

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΟΥ
ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ
ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΤΗΣ: ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ ΣΚΑΦΙΔΑ
Α.Μ.: 0204039

ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ
ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ
Συσχέτιση Παιδικού Άγχους και
Άγχους Μητέρας

ΕΠΟΠΤΗΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΠΙΠΕΡΑΚΗΣ ΣΤΥΛΙΑΝΟΣ
ΣΥΝΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ: ΖΑΦΕΙΡΟΠΟΥΛΟΥ ΜΑΡΙΑ

ΒΟΛΟΣ 2008

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Εισαγωγή	3
Α΄ ΜΕΡΟΣ – ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	
Εννοιολογική προσέγγιση	5
1. Ορισμός του άγχους	5
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	
Θεωρητικές – αιτιολογικές προσεγγίσεις του άγχους	8
2.1 Βιολογικές θεωρίες	8
2.2 Οργανικές αιτίες	9
2.3 Ψυχολογικές θεωρίες	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	
Η αντίδραση του ατόμου σε κατάσταση άγχους	17
3.1 Οργανικές αντιδράσεις	17
3.2 Ψυχοσωματικές αντιδράσεις	20
3.3 Ψυχολογικές αντιδράσεις	23
3.3.1 Γνωστικές αντιδράσεις	24
3.3.2 Συναισθηματικές αντιδράσεις	25
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	
Οι αγχώδεις διαταραχές	27
4.1 Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή	27
4.2 Διαταραχή Πανικού με ή χωρίς Αγοραφοβία	28
4.3 Κοινωνική Φοβία	31
4.4 Ειδικές Φοβίες	32
4.5 Ιδιοψυχαναγκαστική Διαταραχή	33
4.6 Μετατραυματική Διαταραχή Άγχους	34
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	
5.1 Το άγχος στον παιδικό πληθυσμό	36
5.2 Οι αγχώδεις διαταραχές στον παιδικό πληθυσμό	39
5.3 Η φύση της σχέσης ανάμεσα στην μητέρα και το παιδί της	46
5.4 Συσχέτιση παιδικού άγχους και άγχους μητέρας	47
Β΄ ΜΕΡΟΣ – ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6	
6.1 Η προβληματική της παρούσας έρευνας	52
6.2 Δείγμα	54
6.3 Εργαλεία μέτρησης – Ερωτηματολόγια	55
6.4 Διαδικασία	58
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7	
7.1 Αποτελέσματα της έρευνας	59
7.2 Συμπεράσματα – Συζήτηση	66
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	69
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	73

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η λέξη άγχος είναι λατινικής προέλευσης και χρησιμοποιείται για να περιγράψει συναισθηματικές καταστάσεις που έχουν ως κοινό χαρακτηριστικό την υποκειμενική δυσφορία. Προέρχεται από το ρήμα άγχω, το οποίο δηλώνει το αίσθημα πνιγμού (άγχω = σφίγγω το λαιμό, πνίγω) που βιώνεται συνήθως σε αυτές τις συναισθηματικές καταστάσεις (Στεφανής, 1981). Ο S. Freud (1894) ήταν ο πρώτος που εισήγαγε τον όρο άγχος στην ψυχολογία, όταν θέλησε να περιγράψει την αγχώδη νεύρωση ως σύνδρομο, το οποίο πρέπει να διαχωρίζεται από την νευρασθένεια. Η καθιέρωση του όρου όμως ως ψυχολογικός, πραγματοποιήθηκε περίπου σαράντα χρόνια αργότερα, όταν ο R. May (1950) διαπίστωσε ότι η λέξη άγχος δεν υπήρχε στα ευρετήρια των ψυχολογικών βιβλίων μέχρι το τέλος της δεκαετίας του '30, με εξαίρεση βέβαια κάποια δημοσιεύματα ψυχαναλυτών (Wolpe, 1990).

Έχουν γίνει αρκετές προσπάθειες, προκειμένου να εκφραστεί η έννοια του άγχους (Wolpe, 1990). Στο πρώτο κεφάλαιο της παρούσας εργασίας, γίνεται μια εννοιολογική προσέγγιση του όρου άγχος και επιχειρείται να δοθεί ένας ορισμός. Γίνεται αναφορά στον τρόπο με τον οποίο ο Spielberg περιέγραψε το πως εκδηλώνονται οι αντιδράσεις άγχους και τον διαχωρισμό που έκανε σε άγχος κατάστασης και σε άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας. Η άλλη διάκριση σύμφωνα με τον Freud είναι σε φυσιολογικό και παθολογικό. Επίσης αναφέρεται η συσχέτιση του άγχους με τον φόβο και οι βασικές τους διαφορές.

Το δεύτερο κεφάλαιο, αναφέρεται στην αιτιολογία του άγχους μέσα από τη σκοπιά διάφορων θεωρητικών προσεγγίσεων, όπως των βιολογικών θεωριών που επικεντρώνονται στο βιοχημικό υπόστρωμα του άγχους, των οργανικών αιτιών που μπορούν να προκαλέσουν ή και να χειροτερέψουν τα συμπτώματα του άγχους (σωματικές ασθένειες όπως έμφραγμα, καρκίνος, άσθμα), και των ψυχολογικών θεωριών. Οι ψυχολογικές θεωρίες που ασχολήθηκαν κυρίως με τον τρόπο που προκαλείται το άγχος διακρίνονται σε ψυχαναλυτικές, σε θεωρίες της συμπεριφοράς και σε υπαρξιακές.

Οι αντιδράσεις του ατόμου σε καταστάσεις άγχους είναι ποικίλες. Αλλαγές παρατηρούνται καταρχήν στο σώμα, προκειμένου ο οργανισμός να καταφέρει να ανταπεξέλθει σε αυτές τις δύσκολες καταστάσεις. Όμως αυτές οι αντιδράσεις είναι από τη φύση τους προγραμματισμένες να λειτουργούν άμεσα και βραχυπρόθεσμα. Έτσι, αν συνεχιστούν για πολύ επιφέρουν ανεπιθύμητα αποτελέσματα. Στο κεφάλαιο 3 γίνεται εκτενέστερη αναφορά, όχι μόνο για τις σωματικές αντιδράσεις, αλλά και για τις

ψυχολογικές (γνωστικές, συναισθηματικές, συμπεριφορικές), καθώς επίσης και για τις ψυχοσωματικές. Στις ψυχοσωματικές αντιδράσεις γίνεται φανερή η σχέση ανάμεσα σε ψυχή και σώμα και πως αλληλοεπηρεάζονται και αλληλοσυμπληρώνονται.

Το άγχος έχει λειτουργικό χαρακτήρα. Διευκολύνει στην αντιμετώπιση δύσκολων καταστάσεων, θέτοντας τον οργανισμό σε ετοιμότητα. Αποτελεί λοιπόν ένα φυσιολογικό στοιχείο της αναπτυξιακής πορείας. Όταν όμως γίνεται υπερβολικό σε ένταση, επίμονο και δυσανάλογο σε σχέση με το ερέθισμα που το προκαλεί, τότε πιθανόν να σηματοδοτεί την ύπαρξη κάποιας αγχώδους διαταραχής. Με αυτό τον τρόπο το άγχος χάνει την λειτουργικότητά του, παρεμποδίζει την ομαλή προσαρμογή του ατόμου και αντί να προετοιμάζει το άτομο να αντιμετωπίσει μια κατάσταση, τον ωθεί στην αποφυγή της (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006). Στο κεφάλαιο 4, παρουσιάζονται αναλυτικά οι αγχώδεις διαταραχές, τα βασικά χαρακτηριστικά τους, επιδημιολογικά στοιχεία, καθώς και ο τρόπος αντιμετώπισής τους.

Το κεφάλαιο 5 εστιάζει στο παιδικό άγχος. Όπως οι ενήλικες, έτσι και τα παιδιά βιώνουν άγχος σε διάφορες περιπτώσεις. Οι αιτίες που προκαλείται μπορεί να αφορούν το οικογενειακό ή το σχολικό περιβάλλον του παιδιού (για παράδειγμα η γέννηση ενός μωρού, οι εξετάσεις κ.λπ.). Από τα πιο βασικά συμπτώματα που μπορούν να μας βοηθήσουν να καταλάβουμε ότι το παιδί έχει άγχος είναι τα τικ, η ενούρηση, η ονυχοφαγία και το τραύλισμα. Δεν είναι μικρό το ποσοστό των παιδιών που εμφανίζουν αγχώδεις διαταραχές (3-18%). Έχει διαπιστωθεί ότι τα παιδιά έχουν αρκετές πιθανότητες να παρουσιάσουν διαταραχές, όταν κάποιος από τους γονείς τους πάσχει από κάποια διαταραχή (και ειδικότερα η μητέρα).

Στα κεφάλαια 6 και 7 παρουσιάζεται η έρευνα που πραγματοποιήθηκε σχετικά με τη συσχέτιση παιδικού άγχους και άγχους μητέρας, το μεθοδολογικό κομμάτι και τέλος τα συμπεράσματα που προέκυψαν.

Α΄ ΜΕΡΟΣ - ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

1. Ορισμός του άγχους

Το άγχος είναι ο μηχανισμός προετοιμασίας και προστασίας (ασφάλειας & ετοιμότητας) του οργανισμού για καταστάσεις «κινδύνου», όπου κινητοποιούνται όλα τα σωματικά συστήματα του οργανισμού, έτσι ώστε να εξασφαλιστεί η αντιμετώπιση της απειλής και – κατ' επέκταση η επιβίωσή του.

Σύμφωνα με τον Spielberger (1982), ο τρόπος με τον οποίο ο κάθε άνθρωπος αντιλαμβάνεται και ερμηνεύει τις πιεστικές καταστάσεις και η αξιολόγηση που κάνει σχετικά με την ικανότητα του να τις αντιμετωπίσει, καθορίζουν το αν θα προκληθούν αντιδράσεις άγχους. Ο ίδιος, χρησιμοποιεί τον όρο στρεσογόνο για να περιγράψει την πιεστική κατάσταση ή το ερέθισμα, το οποίο είναι δυνητικά απειλητικό και αντικειμενικά περιέχει κάποιο βαθμό σωματικού ή ψυχολογικού κινδύνου. Το στρεσογόνο ερέθισμα αποτελεί τον πρώτο συνδετικό κρίκο της αλυσίδας που χρησιμοποιεί για να ορίσει το stress και το άγχος. Η αίσθηση απειλής είναι το επόμενο φαινόμενο που εμφανίζεται μόλις το άτομο αντιληφθεί και ερμηνεύσει το στρεσογόνο ερέθισμα σαν επικίνδυνο ή απειλητικό. Αποτέλεσμα αυτής της ερμηνείας είναι η εκδήλωση μιας αντίδρασης άγχους, η οποία συνοδεύεται από αισθήματα έντασης, φόβου και ανησυχίας. Η ένταση της αντίδρασης εξαρτάται από το πόσο μεγάλο αντιλαμβάνεται τον κίνδυνο το άτομο. Το stress, το οποίο ορίζει σαν μια σύνθετη ψυχοβιολογική διεργασία που αποτελείται από τα τρία στοιχεία που αναφέρθηκαν παραπάνω (Στρεσογόνο ερέθισμα – Αίσθηση απειλής – Αγχωτική κατάσταση), προκαλεί άγχος, το οποίο ισοδυναμεί με μια κατάσταση εσωτερικής έντασης.

Ένα από τα βασικά γνωρίσματα του άγχους είναι ότι δεν υπάρχει κάποιο συγκεκριμένο αντικείμενο το οποίο φοβόμαστε (για παράδειγμα ένα ζώο ή το σκοτάδι). Μπορεί λοιπόν να οριστεί σαν «φόβος χωρίς αντικείμενο» ή σαν «δυσάρεστο αίσθημα ασαφούς και απροσδιόριστου κινδύνου». Υπάρχει δηλαδή, στενή συγγένεια ανάμεσα σε αυτά τα δύο συναισθήματα, το φόβο και το άγχος. Αν και κατά κύριο λόγο συνυπάρχουν,

(Στεφανής, 1981) η διαφορά που τα διακρίνει είναι ότι ο φόβος προκαλείται από εξωτερική και συγκεκριμένη απειλή και είναι χρονικά άμεσος και εξαρτημένος από την συγκεκριμένη κατάσταση, σε αντίθεση με το άγχος, όπου ο κίνδυνος είναι χρονικά απροσδιόριστος. Γενικά, το άγχος μπορεί να ληφθεί ως η εναγώνια αναμονή κάποιου επικείμενου κακού που απειλεί την βιολογική και ηθική υπόσταση του ατόμου, ή ακόμα την ασφάλειά του.

Το άγχος διακρίνεται σε φυσιολογικό και παθολογικό. Το φυσιολογικό άγχος λειτουργεί σαν ένας μηχανισμός που προστατεύει και κινητοποιεί όταν το άτομο χρειάζεται να αντιδράσει άμεσα για την αντιμετώπιση μιας κατάστασης. Ακόμα, (E-therapy, 2007) βοηθάει το άτομο το οποίο βιώνει μια σημαντική αλλαγή στη ζωή του (όπως η γέννηση ενός παιδιού, ο γάμος, η απόλυση ή η προαγωγή στη δουλειά, εξετάσεις κ.λπ.) να ανταπεξέλθει και να προσαρμοστεί στα καινούρια δεδομένα. Αποτελεί έτσι, μέρος του γενικότερου μηχανισμού προσαρμογής (Freud, 1936). Αν και δυσάρεστο, είναι παροδικό, χαμηλό σε ένταση και συχνότητα, και εξαρτημένο από τις περιβαλλοντικές συνθήκες (Στεφανής, 1981).

Το φυσιολογικό άγχος θέτει το άτομο σε κατάσταση ετοιμότητας προκειμένου να επιβιώσει από ενδεχόμενους κινδύνους (E-therapy, 2007). Όταν όμως, αρχίζει να γίνεται πολύ έντονο και να διαρκεί για μεγάλο χρονικό διάστημα, τότε καταλήγει να είναι παθολογικό. Το παθολογικό άγχος είναι μια λάθος αξιολόγηση για μια κατάσταση, η οποία δεν είναι πραγματικά απειλητική και εξακολουθεί να υπάρχει ακόμα και όταν το αίτιο που το προκάλεσε δεν υφίσταται πλέον. Το παθολογικό άγχος έχει τόσο μεγάλη ένταση που φτάνει στον πανικό, είναι σχετικά επίμονο και ανεξάρτητο από τις περιβαλλοντικές συνθήκες (Στεφανής, 1981).

Όταν λοιπόν το άγχος κυμαίνεται σε φυσιολογικά επίπεδα, βοηθάει το άτομο να αντιλαμβάνεται πιο σωστά τους κινδύνους και να δρα πιο αποτελεσματικά. Λειτουργεί σαν κινητήριος παράγοντας για την βελτίωση της ζωής του και την καλύτερη απόδοσή του και προετοιμάζει για δράση και αντίδραση Έτσι, ο ρόλος του είναι ιδιαίτερα ευεργετικός. Όταν όμως ξεπεράσει τα επιτρεπτά όρια, τότε δημιουργεί προβλήματα στην λειτουργικότητα του ατόμου και διαταράσσει την ψυχική ηρεμία του, χωρίς εμφανή εξωτερική αιτία.

Το άγχος καταρχήν μπορεί να επηρεάσει την σωματική υγεία και να δημιουργήσει διάφορα προβλήματα που να ενοχλούν και να επηρεάζουν αρνητικά την καθημερινότητα του ατόμου. Μπορεί να προκληθούν συμπτώματα, όπως πονοκέφαλοι, υπέρταση, πόνοι στο στήθος και μυϊκοί πόνοι, βήχας και ασθματικές καταστάσεις, ξηρότητα του στόματος,

δυσπεψία, διάρροια, αίσθημα κόπωσης, δύσπνοια, μείωση της σεξουαλικής επιθυμίας ή σεξουαλική δυσλειτουργία, εφίδρωση χωρίς λόγο, αϋπνία, κοιλιακή πόνοι, ξηρότητα του δέρματος (E-therapy, 2007).

Εκτός από τον οργανισμό, σε σημαντικό βαθμό επηρεάζονται οι σκέψεις και τα συναισθήματα. Το άτομο μπορεί να εκνευρίζεται σε μεγαλύτερο βαθμό από ό,τι συνήθως, ή ακόμα και να σταματήσει να βρίσκει νόημα και ενδιαφέρον στις ασχολίες του. Άλλα συμπτώματα που μπορεί να εμφανιστούν είναι: υπερβολική λύπη, νευρική κατάσταση, δυσκολίες στη συγκέντρωση, φόβος για το μέλλον, αίσθημα αποτυχίας, διαταραχές ύπνου, ευερεθιστότητα (E-therapy, 2007).

Σημαντικές αλλαγές μπορεί να παρατηρηθούν και στη συμπεριφορά. Το άτομο αποφεύγει συστηματικά τις δραστηριότητες που προξενούν άγχος και σε πολλές περιπτώσεις παρατηρείται αυξημένη κατανάλωση τροφής ή αντίθετα, ανορεξία. Ακόμα, το άτομο είναι πολύ πιθανό να καταφύγει στην κατανάλωση τοξικών ουσιών, όπως το αλκοόλ, το κάπνισμα, τα ναρκωτικά κλπ. (E-therapy, 2007).

Άλλη μία διάκριση του άγχους, εκτός από τη διάκριση σε φυσιολογικό και παθολογικό, είναι η διάκριση σε περιστασιακό (ή ως κατάσταση) και σε χαρακτηριστικό της προσωπικότητας. Το περιστασιακό άγχος αναφέρεται στην ανά πάσα στιγμή βιούμενο από το άτομο άγχος, ενώ το άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας αναφέρεται στην προδιάθεση ή την ετοιμότητα του ατόμου να βιώνει άγχος στην πορεία της ζωής του (Spielberger, 1982).

Ακόμα ένα όρος που θα μας απασχολήσει στα πλαίσια της παρούσας έρευνας είναι ο όρος της κατάθλιψης. Ο όρος κατάθλιψη χρησιμοποιείται και αναφέρεται στη βιβλιογραφία με τρεις έννοιες: α) ως σύμπτωμα, το οποίο είναι δυνατό να εμφανιστεί σε όλους τους ανθρώπους ως αντίδραση σε οδυνηρές καταστάσεις και γεγονότα, β) ως σύνδρομο, το οποίο αποτελείται από ένα συνδυασμό συμπτωμάτων, όπως συναισθήματα στενοχώριας, μοναξιάς και νευρικότητας, τα οποία εμφανίζονται εξαιτίας ενός οδυνηρού γεγονότος, αλλά υποχωρούν σε εύλογο χρονικό διάστημα και γ) ως συγκεκριμένη διαταραχή (Peterson et al., 1993), στην οποία τα παραπάνω συμπτώματα, έχουν αυξημένη ένταση, επιμένουν στο χρόνο και έχουν συγκεκριμένη αιτιολογία, πορεία και έκβαση (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΘΕΩΡΗΤΙΚΕΣ - ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ

2.1 Βιολογικές θεωρίες

Τα νευροδιαβιβαστικά συστήματα¹ της σεροτονίνης, της νορεπινεφρίνης και του γ-αμινοβουτυρικού οξέος (GABA: αυτό το αμινοξύ είναι ένας ανασταλτικός νευροδιαβιβαστής που προσδέεται σε υποδοχείς σε νευρώνες του εγκεφάλου, από τους οποίους ορισμένοι έχουν σχέση με κυκλώματα που ευθύνονται εν μέρει για το αν κάποιος θα βιώσει άγχος), αποτελούν τα κυρίως αντικείμενα μελέτης των βιολογικών θεωριών σχετικά με το βιοχημικό υπόστρωμα του άγχους. Σύμφωνα με διάφορες έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί έχει αποδειχθεί ότι η αυξημένη δραστηριότητα του νοραδρενεργικού και η υπολειτουργία του σεροτονινεργικού και του γκαμπαμινεργικού νευροδιαβιβαστικού συστήματος είναι βασικές αιτίες του άγχους, καθώς επίσης και η αυξημένη δραστηριότητα του αυτόνομου νευρικού συστήματος² (η οποία εμφανίζει αυξημένο τόνο του συμπαθητικού) προκαλεί σωματικές εκδηλώσεις του άγχους (ΕΠΨΥ, 2006).

Το συμπαθητικό νευρικό σύστημα είναι ένα τμήμα του νευρικού συστήματος, το οποίο αξιολογεί τις δυνητικά απειλητικές καταστάσεις και βρίσκει τρόπους για να τις αποφύγει. Αυτό το σύστημα απελευθερώνει νορεπινεφρίνη και επινεφρίνη από τις νευρικές απολήξεις και τα επινεφρίδια, με αποτέλεσμα να ενεργοποιεί υποδοχείς που βρίσκονται σε ζωτικά όργανα (στην καρδιά, στα αιμοφόρα αγγεία, στους ιδρωτοποιούς αδένες), βοηθώντας με αυτό τον τρόπο να κινητοποιηθεί το σώμα προκειμένου να αντιδράσει με άμυνα ή φυγή (Barondes, 1997). Το συμπαθητικό νευρικό σύστημα ελέγχεται από εγκεφαλικά συστήματα, τα οποία αξιολογούν μηνύματα που σχετίζονται με ενδεχόμενους κινδύνους και δημιουργούν στρατηγικές για την αποφυγή αυτών των κινδύνων. Τα μηνύματα άγχους, μπορεί να είναι τέτοιες αντιδράσεις αποφυγής που ενεργοποιούν το συμπαθητικό, και βοηθούν τον οργανισμό να βρίσκεται σε κατάσταση

¹Οι νευροδιαβιβαστές είναι μηνυματοφόρα μόρια, καθένα από τα οποία έχει χαρακτηριστικές ιδιότητες. Το GABA είναι ανασταλτικός νευροδιαβιβαστής, ενώ η σεροτονίνη και η νορεπινεφρίνη έχουν ιδιαίτερη σημασία για το βιολογικό υπόστρωμα της συμπεριφοράς, γιατί εμπλέκονται σε θέματα ψυχικής διάθεσης και στα βιώματα φόβου και ηδονής (Barondes, 1997).

² Το νευρικό σύστημα του ανθρώπου αποτελείται από: 1. Το αυτόνομο νευρικό σύστημα (συμπαθητικό x παρασυμπαθητικό), 2. Το περιφερειακό νευρικό σύστημα και 3. Το κεντρικό νευρικό σύστημα (εγκέφαλος) (Μαρίνος, 1992).

ετοιμότητας μέχρι να διαπιστωθεί η ασφάλεια. Όταν οι αντιδράσεις αποφυγής γίνουν αξιόπιστες, το συμπαθητικό δεν ενεργοποιείται πάντα.

Σχετικές έρευνες έκανε ο Cannon (1929), ο οποίος παρατήρησε αλλαγές στους επινεφρίδιους αδένες και στο συμπαθητικό νευρικό σύστημα, σε ανθρώπους και ζώα που είχαν εκτεθεί σε στρεσογόνα ερεθίσματα (π.χ. έλλειψη οξυγόνου, έντονο ψύχος, συναισθηματική δυσφορία). Αυτές οι αλλαγές, τις οποίες απέδωσε σε εσωτερικές βιολογικές διεργασίες, ενεργοποιούσαν τους ομοιοστατικούς μηχανισμούς. Η ομοιόσταση είναι η ικανότητα του οργανισμού να διατηρεί μια εσωτερική ισορροπία. Όταν η ομοιόσταση διαταρασσόταν είχε σαν αποτέλεσμα ψυχοφυσιολογικές εκδηλώσεις άγχους.

Μετά τον Cannon ακολούθησε ο Selye (1956), ο οποίος έκανε εργαστηριακές έρευνες επάνω σε ζώα. Παρατηρούσε πως αντιδρούσαν σε στρεσογόνα ερεθίσματα, όπως η έντονη θερμότητα και το έντονο ψύχος, το ηλεκτροσόκ, η απώλεια αίματος, τα χειρουργικά τραύματα και ο περιορισμός κινητικότητας. Κάθε ερέθισμα προκαλούσε μια συγκεκριμένη συνέπεια στις σωματικές αντιδράσεις, αλλά παρατήρησε κι ένα επαναλαμβανόμενο σύνδρομο από συνεχείς αλλαγές, το οποίο το προκαλούσαν πολλά από τα ερεθίσματα. Η «κατάσταση stress» καθορίστηκε από αυτές τις στερεότυπες σωματικές αντιδράσεις στα διαφορετικά στρεσογόνα ερεθίσματα.

Σύμφωνα με τις βιολογικές θεραπείες, οι κύριες κατηγορίες φαρμάκων που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση του άγχους είναι οι βενζοδιαζεπίνες, τα αντικαταθλιπτικά και οι β-αναστολείς (ΕΠΨΥ, 2006).

2.2 Οργανικές αιτίες

Τα συμπτώματα του άγχους μπορούν να προκύψουν, ή και να χειροτερέψουν από διάφορες σωματικές ασθένειες. Συγκεκριμένα, οι ασθένειες αυτές μπορεί να είναι (ΕΠΨΥ, 2006):

- Νευρολογικές: Όγκοι του εγκεφάλου, Αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, Σκλήρυνση κατά πλάκας, Επιληψία, Υπαραχνοειδής αιμορραγία.
- Ενδοκρινικές διαταραχές: Υπερθυρεοειδισμός, Υποθυρεοειδισμός, Υπογλυκαιμία, Υπερπαραθυρεοειδισμός, Φαιοχρωμοκύτωμα, Ενδοκρινικές διαταραχές της εμμηνόπαυσης.

- Καρδιαγγειακά - κυκλοφορικά νοσήματα: Στηθάγχη, Έμφραγμα, Πρόπτωση μιτροειδούς βαλβίδος.

- Νοσήματα του Αναπνευστικού: Πνευμονία, Πνευμονική εμβολή, Πνευμονικό οίδημα, Καρκίνος, Άσθμα, Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια.

- Αυτοάνοσα νοσήματα: Ρευματοειδής αρθρίτιδα, Ερυθηματώδης λύκος, Οζώδης πολυαρθρίτιδα.

- Λοιμώδη: Πνευμονία, Λοιμώδης μονοπυρήνωση, AIDS, Φυματίωση.

- Μεταβολικά: Ουραιμία, Ανεπάρκεια B12, Ηλεκτρολυτικές διαταραχές.

Το άγχος που οφείλεται σε οργανικές αιτίες (σωματικές ασθένειες ή φάρμακα) πρέπει να αντιμετωπίζεται αιτιολογικά. Οι γενεσιουργές αιτίες που το προκαλούν πρέπει να εντοπισθούν και να αντιμετωπιστούν. Όταν όμως, η οργανική αιτία δεν μπορεί να αντιμετωπισθεί πλήρως ή όταν παραμένει το άγχος μετά τη θεραπεία του αιτιολογικού παράγοντα, τότε το άτομο πρέπει να αναζητήσει πιο συγκεκριμένη θεραπεία για το άγχος (βιολογική ή ψυχολογική).

2.3 Ψυχολογικές θεωρίες

Τρεις είναι οι κυριότερες ψυχολογικές σχολές που ασχολήθηκαν με τον τρόπο με τον οποίο προκαλείται το άγχος:

- Ψυχαναλυτικές θεωρίες
- Θεωρίες της συμπεριφοράς (Γνωστική – Συμπεριφοριστική θεωρία)
- Υπαρξιακές θεωρίες

Ψυχαναλυτικές Θεωρίες

Η Ψυχαναλυτική θεωρία υποστηρίζει ότι το άγχος δημιουργείται από τη σύγκρουση ανάμεσα στις προσδοκίες και τις επιθυμίες μας και στους περιορισμούς που επιβάλλει η κοινωνία και η συνείδησή μας. Από τη μια υπάρχουν τα ένστικτα που ζητούν ικανοποίηση και από την άλλη η κοινωνία που περιορίζει αυτή την ικανοποίηση με τις επιταγές της (ΕΠΙΨΥ, 2006).

Ο Freud εισήγαγε την ιδέα ότι ο νους προσπαθεί να αυτοπροστατευτεί από δυσάρεστα συναισθήματα, όπως είναι το άγχος, και αυτό το επιτυγχάνει με τους

αμυντικούς μηχανισμούς, ή αλλιώς μηχανισμούς άμυνας. Οι κυριότεροι μηχανισμοί άμυνας είναι η απώθηση, η μετουσίωση, η εξιδανίκευση, η άρνηση της πραγματικότητας, η ταύτιση, η ματαίωση, η προβολή, η παλινδρόμηση, η εκλογίκευση. Όσο ωριμότεροι και αποτελεσματικότεροι είναι οι αμυντικοί μηχανισμοί που έχει αναπτύξει το άτομο, τόσο καλύτερα μπορεί να διαχειριστεί τις εσωτερικές συγκρούσεις, χωρίς να κατακλύζεται από υψηλά επίπεδα άγχους (ΕΠΨΥ, 2006).

Σύμφωνα με την ψυχαναλυτική άποψη που καθιέρωσε ο Freud (1936) και αποτελεί τον άξονα όλης της ψυχαναλυτικής θεωρίας, το άγχος είναι προϊόν ενδοψυχικών (ασυνείδητων) συγκρούσεων και προκαλείται όταν οι αμυντικοί μηχανισμοί του Εγώ³ δεν μπορούν να συγκρατήσουν τις άλυτες ψυχοσυγκρούσεις απωθημένες στο ασυνείδητο. Ανάλογα με το είδος της ψυχοσύγκρουσης, μπορεί να προκύψει είτε ενστικτικό άγχος είτε υπερεγωτικό. Το ενστικτικό άγχος εμφανίζεται όταν δέχεται πιέσεις και τείνει να υποχωρήσει σε σεξουαλικές ή επιθετικές ενορμήσεις, ενώ το υπερεγωτικό εμφανίζεται όταν οι έντονες απαιτήσεις του Υπερεγώ πιέζουν το Εγώ. Αυτές οι έντονες απαιτήσεις ισοδυναμούν με απαγορεύσεις που το άτομο έχει εγκαταστήσει στο ασυνείδητο και έχουν διαμορφωθεί από την κοινωνική αγωγή που έχει δεχτεί και αντιστρατεύονται στην επιθυμία για αναζήτηση της ηδονής.

Αν το άτομο κατά τις πρώτες φάσεις της ψυχοσεξουαλικής του εξέλιξης, έχει υποστεί έντονα ψυχοτραυματικά βιώματα, αυτά μπορεί να συμβάλλουν στην συντήρηση των ψυχοσυγκρούσεων και στην ετοιμότητα τους για αναζωπύρωση σε περίπτωση που το άτομο βιώσει κάποια σχετική εμπειρία στην καθημερινή του ζωή. Με βάση αυτόν τον μηχανισμό έχουν περιγραφεί και άλλοι τύποι άγχους, όπως το άγχος γεννήσεως, αποχωρισμού, ευνουχισμού, εγκαταλείψεως κ.λπ. (Στεφανής, 1981).

Από την ψυχαναλυτική θεωρία του Freud πηγάζουν οι ψυχοδυναμικές θεραπείες. Η ονομασία τους προέκυψε, γιατί ασχολούνται με τις ασυνείδητες δυνάμεις που επηρεάζουν τη σκέψη και τη συμπεριφορά μας. Αυτές οι δυνάμεις είναι κυρίως επιθυμίες, αλλά και κίνητρα που πολλές φορές βρίσκονται σε σύγκρουση και προκαλούν άγχος. Όπως προαναφέρθηκε, το άτομο προσπαθεί να αντιμετωπίσει τις συγκρούσεις με τους μηχανισμούς άμυνας. Όταν όμως, οι συγκρούσεις γίνονται πολύ ισχυρές, τότε η άμυνα

³ Η δομή της προσωπικότητας σύμφωνα με τον Freud αποτελείται από: το εκείνο (ή αυτό, το ID), το οποίο είναι το σύνολο των βιολογικών ενστίκτων του ατόμου και επιζητά την πλήρη ικανοποίησή τους χωρίς να λαμβάνει υπόψη την πραγματικότητα, από το υπερεγώ που αποτελεί την συνείδηση του ατόμου, τα πολιτικά πρότυπα και όλους εκείνους τους κανόνες συμπεριφοράς που έχει εσωτερικεύσει το άτομο και ορίζουν τι είναι σωστό και τι λάθος μέσα στο κοινωνικό πλαίσιο, και από το εγώ, το οποίο καθιστά δυνατή την επικοινωνία ανάμεσα στο ID και το υπερεγώ και φροντίζει να ικανοποιούνται τα βιολογικά ένστικτα με αποδεκτούς τρόπους από την κοινωνία.

καταρρέει και επικρατεί έντονο άγχος, το οποίο εκφράζεται με διάφορα συμπτώματα. Τότε το άτομο καταφεύγει στην ψυχοθεραπεία. Ο ψυχοδυναμικός ψυχοθεραπευτής θεωρεί ότι τα προβλήματα του ατόμου προκύπτουν από την ψυχολογική ένταση που δημιουργείται ανάμεσα στις ασυνείδητες τάσεις και στις απαιτήσεις του περιβάλλοντος. Ο σκοπός της ψυχοθεραπείας είναι να βοηθήσει το άτομο να ελαττώσει την ψυχική ενέργεια που χρησιμοποιεί για τις αμυντικές προσπάθειες και να αποκτήσει μεγαλύτερο έλεγχο των ενστικτωδών παρορμήσεών του (Φατούρου-Χαρίτου, 2005).

Γενικότερα, ο στόχος της ψυχανάλυσης είναι η αποκάλυψη των ασυνείδητων συγκρούσεων και των κινήτρων σε νευρωτικά άτομα που κυριαρχούνται από άγχος, η συνειδητοποίηση των ασυνείδητων τάσεων, η μείωση της συμμόρφωσης στις επιταγές του Υπερεγώ και η ενδυνάμωση του Εγώ. Η Ψυχανάλυση δεν αποσκοπεί μόνο στην απαλλαγή από τα νευρωτικά συμπτώματα, αλλά στοχεύει στην πλήρη αναδιοργάνωση της προσωπικότητας, προκειμένου το άτομο να καταφέρει να αναπτύξει στενές ανθρώπινες σχέσεις και δημιουργικότητα. Οι τεχνικές που χρησιμοποιούνται είναι ο ελεύθερος συνειρμός, η ανάλυση των ονείρων, η μεταβίβαση και η αντιμεταβίβαση (Φατούρου-Χαρίτου, 2005).

Θεωρίες της συμπεριφοράς (Γνωστική – Συμπεριφοριστική θεωρία)

Η γνωσιακή θεώρηση υποστηρίζει ότι τα άτομα έχουν την τάση να υπερεκτιμούν τους κινδύνους και τις απειλές, ενώ αντίθετα να υποτιμούν την ικανότητά τους να τους αντιμετωπίσουν (ΕΠΙΨΥ, 2006). Το άγχος είναι αποτέλεσμα του διχασμού που βιώνει το άτομο ανάμεσα στην αντικειμενική πραγματικότητα και στην υποκειμενική, δηλαδή στην αντίληψη που έχει σχηματίσει για την πραγματικότητα (Στεφανής, 1981).

Σύμφωνα με τη Γνωσιακή Ψυχοθεραπεία, η οποία εστιάζει στο παρόν πρόβλημα, πρέπει να υπάρξει συνεργασία θεραπευτή και θεραπευόμενου (συνεργατικός εμπειρισμός). Η θεραπεία διαρκεί από 13 έως 20 συνεδρίες. Στη Γνωσιακή Ψυχοθεραπεία, το άγχος εκλύεται επειδή το άτομο αντιλαμβάνεται τον κόσμο ως επικίνδυνο (πιστεύει ότι απειλείται) και θεωρεί τον εαυτό του ευάλωτο, αδύναμο, ανίκανο να αντιμετωπίσει τους κινδύνους. Εστιάζει περισσότερο στα χαρακτηριστικά των ερεθισμάτων που εμπεριέχουν την αίσθηση της απειλής (επιλεκτική προσοχή), διογκώνει και μεγεθύνει την απειλή, υποτιμώντας την ικανότητα του να αντιμετωπίσει αυτές τις καταστάσεις (καταστροφολογία). Σκοπός της θεραπείας είναι η αναδόμηση και η ανασκευή των δυσπροσαρμοστικών πεποιθήσεων (γνωσιών) και η τροποποίηση των δυσλειτουργικών

σκέψεων. Είναι αποτελεσματική στη διαταραχή πανικού, στην κοινωνική φοβία και τη γενικευμένη αγχώδη διαταραχή. Όταν συνδυάζεται με τη συμπεριφορική ψυχοθεραπεία ενισχύει την αποτελεσματικότητά της στη θεραπεία της αγοραφοβίας και της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής (ΕΠΨΥ, 2006).

Σύμφωνα με τις θεωρίες της συμπεριφοράς, το άγχος είναι αποτέλεσμα της εξαρτημένης μάθησης. Είναι μια απάντηση που δίνεται σε ορισμένα ερεθίσματα που προέρχονται από το περιβάλλον. Τα άτομα μαθαίνουν το άγχος και τις εκδηλώσεις του μέσω της μίμησης ενός προτύπου. Σαν πρότυπα μπορούν να λειτουργήσουν για παράδειγμα οι γονείς ή οι σημαντικοί άλλοι (ΕΠΨΥ, 2006). Το άτομο λοιπόν, μαθαίνει μέσω του μηχανισμού των εξαρτημένων αντανακλαστικών, να απαντάει με άγχος σε ερεθίσματα που δέχεται από το περιβάλλον και τα έχει συνδέσει με κάποιο φόβο ή δυσάρεστη εμπειρία που βίωσε στο παρελθόν. Για τους νεότερους συμπεριφερολόγους, το άγχος είναι δευτερογενές κίνητρο συμπεριφοράς, το οποίο αποκτήθηκε με τους μηχανισμούς της κλασικής (Παυλοβιανής) εξάρτησης και συντηρείται μέσω των μηχανισμών της εγχειρητικής εξάρτησης (Στεφανής, 1981).

Η Συμπεριφορική Ψυχοθεραπεία βασίστηκε στις θεωρίες της μάθησης, με κύριους άξονες τις θεωρίες των B. Skinner και I. Pavlov (Φατούρου-Χαρίτου, 2005). Σύμφωνα με την Συμπεριφορική ψυχοθεραπεία οι αγχώδεις διαταραχές είναι προϊόντα μάθησης και προκύπτουν είτε ως αντίδραση απέναντι σε ειδικά περιβαλλοντικά ερεθίσματα (εξαρτημένη μάθηση) είτε ως μίμηση των αγχωδών εκδηλώσεων σημαντικών προσώπων της ζωής μας (ταύτιση με πρόσωπα). Οι ψυχοθεραπείες της συμπεριφοράς αντιμετωπίζουν τα συμπτώματα και αποσκοπούν στην άμεση εξάλειψη των συμπτωμάτων, αποφεύγοντας να ασχοληθούν με τις ενδοψυχικές συγκρούσεις. Βασίζονται στη συμπεριφορική ανάλυση, στον εντοπισμό και τη λεπτομερειακή καταγραφή των δυσπροσαρμοστικών συμπεριφορών και όλων των καταστάσεων που σχετίζονται μ' αυτές, ώστε να σχεδιαστεί η κατάλληλη θεραπευτική παρέμβαση για τον συγκεκριμένο ασθενή (εξατομικευμένη θεραπεία) και να καταστεί δυνατή η αξιολόγησή της. Για να επιτευχθούν οι θεραπευτικοί στόχοι χρησιμοποιούνται συγκεκριμένες συμπεριφορικές τεχνικές, όπως η συστηματική απευαισθητοποίηση, η σταδιακή έκθεση, η εκλεκτική ενίσχυση κλπ. (ΕΠΨΥ, 2006).

Σύμφωνα με τη γνωστική προσέγγιση, όταν ένα γνωστικό σχήμα βρίσκεται σε ισχύ, το άτομο ερμηνεύει αυτόματα και αυθαίρετα τα ερεθίσματα και τις συνθήκες μέσα από το φάσμα αυτών των πεποιθήσεων, ακόμη και αν δεν υπάρχει λογική συνάφεια. Το αγχώδες άτομο παραβλέπει άλλες παραμέτρους και επιλεκτικά ερμηνεύει μια συνθήκη με τρόπο αρνητικό, αυτοεπικριτικό. Τα γνωστικά σχήματα οδηγούν μέσω άλλων διεργασιών

σε αυτόματες σκέψεις, οι οποίες πυροδοτούνται από ένα ερέθισμα ή μια αγχογόνο συνθήκη. Οι αυτόματες σκέψεις προκύπτουν ως μια φευγαλέα, προχειροφτιαγμένη κατασκευή (ροή λέξεων ή εικόνων) και αποτελούν το πιο επιφανειακό γνωστικό επίπεδο, καθώς δεν βασίζονται σε προσεκτική διερεύνηση και λογικά επιχειρήματα (Beck, 1964). Γίνονται αντιληπτές ως πραγματικές ή προφανείς, χωρίς να έχει προηγηθεί επεξεργασία ή ερμηνεία. Ο πιο κοινός τύπος τέτοιων σκέψεων είναι η ακύρωση ή η παραποίηση των «αντικειμενικών» δεδομένων (Beck, 1995). Έτσι ένα γνωστικό σχήμα διατηρείται ακόμη και εάν αποδεικνύεται δυσλειτουργικό για το άτομο ή έρχεται σε αντίφαση με την πραγματικότητα (Ronnen, 1999). Οι συνήθεις διαστρεβλώσεις περιλαμβάνουν ένα φάσμα τυπικών αποκλίσεων στον τρόπο σκέψης και ερμηνείας των εξωτερικών ερεθισμάτων, όπως επικριτική στάση απέναντι στον εαυτό, διχοτομική σκέψη (όλα ή τίποτα), σκέψη καταστροφολογίας, εστίαση της προσοχής μόνο σε αρνητικές σκέψεις, υποτίμηση των προσόντων και δεξιοτήτων τους.

Η Γνωστική Ψυχοθεραπεία, όπως και η Συμπεριφορική, έχει τη βάση της στις ψυχολογικές θεωρίες μάθησης, αλλά υποστηρίζει ότι η φανερή συμπεριφορά δεν είναι απαραίτητη για να μάθει κανείς κάτι. Στο άτομο μπορούν να επιδράσουν οι σκέψεις, ο εσωτερικός μονόλογος, συνειδητός ή ασυνειδητός. Υποστηρίζει ότι οι ανώμαλες γνωστικές διαδικασίες διαιωνίζουν ή επαναφέρουν τα συμπτώματα. Ο τρόπος για να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά είναι να διορθωθούν τα ελαττωματικά γνωστικά σχήματα, και αυτό μπορεί να γίνει μόνο αν εντοπιστούν τα αίτια της διαταραγμένης γνωστικής διεργασίας (Φατούρου-Χαρίτου, 2005).

Η Γνωστική Συμπεριφορική Ψυχοθεραπεία υποστηρίζει ότι νοητικές λειτουργίες, όπως οι προσδοκίες, η απόδοση αιτιολογίας ενός συμβάντος ή κατάστασης, οι εκτιμήσεις, τα πιστεύω, οι μνήμες γενικώς, επηρεάζουν τον τρόπο σκέψης και δράσης του ατόμου. Περιγράφονται διεργασίες, οι οποίες μπορεί να είναι βραχύχρονες (και ταυτόχρονα συνειδητές), όπως η απόδοση αιτιολογίας, η οποία μπορεί να είναι εσωτερική (απόδοση στον εαυτό) ή εξωτερική (απόδοση στους άλλους), ολική και σταθερή (συμβαίνει πάντα), ή ειδική και ασταθής (συμβαίνει υπό ορισμένες συνθήκες). Επίσης, περιγράφονται κι άλλες διεργασίες, οι οποίες είναι μακρόχρονες (και ταυτόχρονα ασυνειδητές), όπως είναι τα πιστεύω του ατόμου. Έτσι γίνεται η παραδοχή του ασυνειδήτου με την έννοια του μη προσιτού στη συνείδηση (Φατούρου-Χαρίτου, 2005).

Όσον αφορά την «εκτίμηση», ασχολήθηκαν εκτεταμένα οι A. Beck και A. Lazarus και όσοι ασχολήθηκαν με την μελαγχολία και την κατάθλιψη γενικότερα. Υποστηρίζεται ότι γίνονται πρώτα κάποιες συγκεκριμένες σκέψεις, οι οποίες προκαλούν στη συνέχεια τα

συναισθήματα. Έτσι, του άγχους προηγούνται οι σκέψεις απειλής. Στόχος της ψυχοθεραπείας είναι να περιοριστούν οι σκέψεις που έχουν αυτοματοποιηθεί (που δεν είναι δηλαδή αποτέλεσμα συλλογισμού) και οι σκέψεις ηττοπάθειας, όπου ο πελάτης πρέπει πρώτα να τις ερμηνεύσει και ύστερα να τις κριτικάρει και να προσπαθήσει να τις ελέγξει (Φατούρου-Χαρίτου, 2005).

Υπαρξιακές θεωρίες

Η Υπαρξιστική Σχολή είναι αυτή που καλλιέργησε την φιλοσοφική άποψη για το άγχος. Το κέντρο της υπαρξιακής θεωρίας είναι ότι το άτομο μπορεί να αντιληφθεί ότι κατέχει μια μηδαμινή θέση στον κόσμο. Αυτή η σκέψη το βασανίζει περισσότερο και από τον θάνατο. Η βασική αντίδραση του απέναντι σε μια χωρίς νόημα ζωή, είναι το άγχος (ΕΠΙΨΥ, 2006).

Στη φιλοσοφία του Κίρκεγκωρ (1844) το άγχος θεωρείται ότι έχει θρησκευτικό χαρακτήρα. Είναι ο δρόμος που πρέπει να ακολουθήσει ο άνθρωπος προκειμένου να φτάσει στο Θεό και τη λύτρωση. Το άγχος, το οποίο εμφανίζεται με το προπατορικό αμάρτημα, συνοδεύει τον άνθρωπο σε όλη του τη ζωή, μόλις αποκτήσει επίγνωση του παραπτώματός του και της μη ελευθερίας του. Η συνείδηση του νιώθει άγχος επειδή είναι ένοχη και η ενοχή είναι μη ελευθερία. Παρόλα αυτά το άγχος αδυνατεί να εγγυηθεί την επίτευξη της ελευθερίας, γιατί ο Θεός αποκαλύπτεται ως θαύμα, ανεξάρτητα από τις διαθέσεις του ανθρώπου (Δομή, 1996).

Στις νεότερες υπαρξιστικές θεωρίες, όπως στον κοσμικό υπαρξισμό του Σαρτρ, το άγχος γεννιέται στον άνθρωπο, μόλις αποκτήσει επίγνωση της υπαρξιακής του κατάστασης. Τα πάντα στον κόσμο είναι απεριόριστα δυνατόν να συμβούν. Δεν υπάρχουν εγγυήσεις για τις επιλογές που κάνει, την ορθότητα ή την χρησιμότητά τους, για το αποτέλεσμα μιας συμπεριφοράς (Δομή, 1996).

Τόσο ο χριστιανικός Υπαρξισμός (Kierkegaard), όσο και ο αθεϊστικός Υπαρξισμός (Sartre) -παρόλο που ο δεύτερος δεν έχει θρησκευτικό χαρακτήρα, αλλά κοσμικό-, έχουν υιοθετήσει ακριβώς την ίδια άποψη. Ότι το άγχος είναι συνδεδεμένο με την ιδιότητα που έχει το ανθρώπινο ον να καταλαβαίνει τον εφήμερο και αμφίβολο χαρακτήρα της ύπαρξής του από τη μία πλευρά και από την άλλη την επίγνωση που έχει το άτομο για την ελευθερία επιλογής μεταξύ πολλών δυνατοτήτων, συμπεριλαμβανομένης και της αποτυχίας (Στεφανής, 1981).

Το άγχος λοιπόν στην φιλοσοφική άποψη δεν λαμβάνεται ως μία καθιερωμένη έννοια, αλλά ως ένας υπαρξιακός τρόπος, μια ψυχική κατάσταση που συνοδεύει τον άνθρωπο σε όλη τη διάρκεια της ζωής του. Δε συνδέεται με ιδιαίτερες καταστάσεις, αλλά εκφράζει την ίδια την υπόσταση του ατόμου (Δομή, 1996).

Στις παραπάνω ψυχολογικές θεωρίες μπορεί να συμπεριληφθεί και η νεοφροϋδική και οι κοινωνικές απόψεις, οι οποίες υποστηρίζουν ότι η βασική αιτία των συγκρουσιακών εμπειριών που προκαλούν το άγχος είναι το οικογενειακό περιβάλλον, αλλά και το ευρύτερο κοινωνικό πλαίσιο (Στεφανής, 1981).

Σύμφωνα με το θεραπευτικό μοντέλο του H. S. Sullivan (1953, αναφ. στο Φατούρου-Χαρίτου, 2005), ο οποίος υποστήριξε τη σημασία της κοινωνικής αλληλεπίδρασης και της ανάγκης του ατόμου για αγάπη, οι ψυχικές ανωμαλίες οφείλονται σε κοινωνικές πιέσεις και σε προβληματικές καθημερινές διαπροσωπικές σχέσεις. Το άγχος είναι αποτέλεσμα της ανασφάλειας που νιώθει το άτομο για τις σχέσεις του με τους γονείς του, αλλά και για τις σχέσεις του με τους σημαντικούς άλλους. Η αυτοεικόνα που δημιουργεί το άτομο στοχεύει στη διατήρηση του άγχους σε χαμηλά επίπεδα. Έτσι, δημιουργείται ο «καλός εαυτός» (σχετίζεται με την τρυφερότητα του γονιού), ο «κακός εαυτός» (σχετίζεται με την συναισθηματική ένταση του γονιού) και ο «μη εαυτός» (ο οποίος δεν είναι αναγνωρίσιμος από τον υπόλοιπο εαυτό). Στόχος της θεραπείας είναι ο πελάτης να περιγράψει και να αναλύσει τα συναισθήματα του για τη στάση του θεραπευτή, εφόσον η θεραπευτική διαδικασία στο συγκεκριμένο μοντέλο θεωρείται έναν κοινωνικό συμβάν όπως κάθε άλλη κοινωνική αλληλεπίδραση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

Η ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ ΣΕ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΓΧΟΥΣ

3.1 Οργανικές αντιδράσεις

Σε περιόδους χρόνιου στρες, μπορεί κανείς να προσέξει έναν αριθμό από φυσικές αλλαγές στον οργανισμό: κεφαλαλγίες, στομαχικό άλγος, δυσκολία στην αναπνοή, βούισμα στα αυτιά, ζάλη, πόνοι στο στομάχι, αστάθεια, τάση για εμετό, διάρροια, εφίδρωση, αύξηση αρτηριακής πίεσης, πόνο στους ώμους και στο στήθος, ταχυκαρδία, αδυναμία στα άκρα, θαμπή όραση, δυσκολία στη κατάποση, στεγνό στόμα.

Συχνά υπάρχει λόγος που νιώθουμε άγχος, για παράδειγμα, όταν πρόκειται να γράψουμε ένα διαγώνισμα, να πούμε κάτι που δε θα είναι ευχάριστο σε κάποιον, να συμμετέχουμε σε μια καινούργια δραστηριότητα. Όταν η δύσκολη φάση τελειώνει, το σώμα επανέρχεται στους φυσιολογικούς ρυθμούς. Σε περιπτώσεις χρόνιας ψυχολογικής πίεσης, αυτό το δυσάρεστο συναίσθημα του άγχους φαίνεται να μη τελειώνει ποτέ, γίνεται όλο και πιο έντονο και συμβαίνει όλο και πιο συχνά.

Οι αντιδράσεις του σώματος στο στρες πραγματοποιούνται μέσω του υποθάλαμου, στο νευρικό κέντρο του εγκεφάλου. Όταν ο υποθάλαμος δέχεται κάποιο στρεσογόνο ερέθισμα αρχίζει μια αλυσίδα νευρικών και βιοχημικών διεργασιών, οι οποίες επηρεάζουν τη λειτουργία των διάφορων συστημάτων του σώματος. Ο υποθάλαμος ενεργοποιεί το αυτόνομο νευρικό σύστημα, προκειμένου να κινητοποιηθεί το σώμα και να μπορέσει να αντιμετωπίσει το στρεσογόνο αίτιο, ενώ παράλληλα ενεργοποιεί και την υπόφυση. Η υπόφυση εκκρίνει μέσα στο αίμα μια βιοχημική ουσία, την αδρενοκορτικοτροφική ορμόνη (ACTH)⁴. Η ACTH διεγείρει τους επινεφρίδιους αδένες, οι οποίοι με τη σειρά τους εκκρίνουν αδρεναλίνη και άλλες βιοχημικές ουσίες και κινητοποιούν τους μηχανισμούς του σώματος. Το σώμα ετοιμάζεται να αντιμετωπίσει τη στρεσογόνα κατάσταση αντιδρώντας με μάχη ή φυγή (υποχώρηση).

Η αντίδραση μάχης ή υποχώρησης συντελείται αυτόματα, χωρίς δηλαδή συνειδητή θέληση. Όταν ενεργοποιηθεί αυτή η αντίδραση, συμβαίνουν κάποιες σωματικές αλλαγές για να μπορέσει το σώμα να ανταπεξέλθει. Οι αλλαγές αυτές όμως, είναι από τη φύση τους άμεσες, βραχυπρόθεσμες αντιδράσεις. Μόλις αντιμετωπιστεί ο ενδεχόμενος κίνδυνος

⁴ Η ACTH είναι ένα πεπτίδιο που επάγει την έκκριση των γλυκοκορτικοειδών από το φλοιό των επινεφριδίων. Τα γλυκοκορτικοειδή προκαλούν πολλές αλλαγές στο σώμα για να αυξήσουν την αντίδραση του οργανισμού σε στρεσογόνα ερεθίσματα (Barondes, 1997),

πρέπει να σταματήσουν, γιατί αν συνεχίσουν για περισσότερο χρονικό διάστημα θα λειτουργήσουν αντίστροφα και θα επιφέρουν ανεπιθύμητα αποτελέσματα στον οργανισμό.

Μία από τις άμεσες οργανικές αντιδράσεις είναι η έκλυση κορτιζόνης από τα επινεφρίδια στο αίμα. Η κορτιζόνη συμβάλλει στην εξουδετέρωση αλλεργικών αντιδράσεων που παρεμποδίζουν διάφορες λειτουργίες, όπως η αναπνοή. Όμως η υπερβολική έκκρισή της μειώνει τις ανοσοποιητικές αντιδράσεις προς όλα τα είδη μολύνσεων και αυξάνει τον κίνδυνο πεπτικού έλκους. Επίσης, είναι πιθανό να επιστρέψουν οι αλλεργικές αντιδράσεις και μάλιστα με μεγαλύτερη ένταση σε σχέση με πριν, όταν τα άμεσα αποτελέσματα της κορτιζόνης παρέλθουν. Ακόμα, είναι δυνατό να μειωθεί η αντίσταση του οργανισμού σε διάφορες μολύνσεις, καθώς επίσης και στον καρκίνο.

Εκτός από την έκλυση κορτιζόνης, από τα επινεφρίδια παρατηρείται και μία αύξηση της αδρεναλίνης και νοραδρεναλίνης. Η αδρεναλίνη και η νοραδρεναλίνη προκαλούν αλλαγές τον μεταβολισμό του σώματος, αυξάνουν τους παλμούς της καρδιάς, την πίεση και τα επίπεδα σακχάρου στο αίμα και επιταχύνουν τα αντανακλαστικά. Η μεταφορά μεγαλύτερης ποσότητας αίματος στους μύς, η αυξημένη ενέργεια και η όξυνση των αντιδράσεων βελτιώνουν τις βραχυπρόθεσμες ικανότητες και την επίδοση του οργανισμού. Αν όμως αυτό δε μεταφραστεί σε στιγμιαία ενέργεια πιθανόν να προκληθούν καρδιακές παθήσεις ή εμφράγματα, βλάβη στο συκώτι εξ' αιτίας της αυξημένης πίεσης και διατάραξη των επιπέδων σακχάρου στο αίμα που εντείνουν την υπογλυκαιμία και τον διαβήτη.

Αύξηση παρατηρείται επίσης, και των θυροειδικών ορμονών στο αίμα. Η έκκριση των ορμονών του θυροειδούς από τον θυροειδή αδένα στο αίμα αυξάνει τον ρυθμό καύσης της ενέργειας και την μετατρέπει σε σωματική δραστηριότητα, με αποτέλεσμα να επιταχύνεται ο μεταβολισμός του σώματος. Αν όμως η επιτάχυνση αυτή έχει μεγάλη διάρκεια τότε ο οργανισμός εξαντλείται, χάνεται βάρος και το σώμα καταρρέει.

Από το μέρος του υποθαλάμου τώρα, μπορεί να συντελείται αύξηση ενδορφίνης. Οι ενδορφίνες λειτουργούν ως φυσικά αναλγητικά και μειώνουν την ευαισθησία στις σωματικές κακώσεις και τα τραύματα. Η υπερβολική έκκρισή της όμως μπορεί να προκαλέσει μεγαλύτερη ευαισθησία σε πόνους, όπως οι πόνοι της μέσης και οι πονοκέφαλοι.

Σημαντική αλλαγή συμβαίνει και στις σεξουαλικές ορμόνες (τεστοστερόνη, προγεστερόνη), οι οποίες μπορεί να μειωθούν σημαντικά. Αν και η σεξουαλική διέγερση

προκαλεί διάσπαση της προσοχής και της ενεργητικότητας και με τη μείωση των σεξουαλικών ορμονών αποφεύγεται αυτή η διάσπαση μειώνοντας έτσι τις πιθανότητες μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης, ωστόσο αν αυτή η μείωση διαρκέσει μεγάλο χρονικό διάστημα μπορεί να οδηγήσει σε ποικίλες σεξουαλικές διαταραχές, στειρότητα, ανικανότητα, ψυχρότητα.

Είναι ακόμα πολύ πιθανό να διακοπεί η λειτουργία του πεπτικού σωλήνα. Γενικά, οι διαταραχές στη λειτουργία του πεπτικού συστήματος επιτρέπουν την εκτροπή του αίματος από το στομάχι στους πνεύμονες και τους μυς. Το στόμα ξεραινεται, έτσι ώστε το στομάχι να μην έχει να ασχοληθεί ούτε με το σάλιο. Όμως η διακοπή της λειτουργίας του πεπτικού σωλήνα και της πέψης μπορεί να προκαλέσει πεπτικές και στομαχικές διαταραχές. Πρόβλημα επίσης μπορεί να προκύψει αν πιέσουμε το απρόθυμο σύστημα να δεχτεί τροφή.

Στις οργανικές αντιδράσεις συγκαταλέγεται και η απελευθέρωση γλυκόζης (άρα και αύξηση της ινσουλίνης στο αίμα), καθώς και η αύξηση της χοληστερόλης από το συκώτι στο αίμα. Η αυξημένη έκκριση χοληστερόλης βοηθάει τη λειτουργία των μυών, καθώς αυξάνει τα επίπεδα ενέργειας. Μία τέτοια αύξηση όμως για παρατεταμένο χρονικό διάστημα εγκυμονεί τον κίνδυνο της αρτηριοσκλήρυνσης που συμβάλει σε διάφορες καρδιακές νόσους και εμφράγματα.

Αύξηση γίνεται και στους καρδιακούς παλμούς, καθώς και στην προμήθεια αέρα. Οι δίοδοι αέρα των πνευμόνων διογκώνονται και αυξάνεται ο ρυθμός της αναπνοής με αποτέλεσμα το αίμα να δέχεται περισσότερο οξυγόνο. Απώλεια των αισθήσεων, αλλά και διαταραχή των ρυθμών της καρδιάς μπορεί να προκληθούν από το υπερ-οξυγονωμένο αίμα.

Το αίμα και το αιμοδιάγραμμα πυκνώνουν. Με τη συστολή των αιμοφόρων αγγείων το αίμα γίνεται παχύρευστο, επιβραδύνεται η ροή του και επιταχύνεται η πήξη του σε περίπτωση τραυματισμού. Η καρδιά όμως δουλεύει περισσότερο προκειμένου το αίμα να καταφέρει να κυκλοφορήσει στις στενές αρτηρίες και φλέβες, με αποτέλεσμα να κουράζεται αρκετά. Συνέπειες μπορεί να είναι καρδιακές παθήσεις, εγκεφαλικά επεισόδια και θρομβώσεις.

Αλλαγές μπορούν να προκύψουν και στο δέρμα. Η κυκλοφορία του αίματος αλλάζει και το αίμα εκτρέπεται από την επιφάνεια του δέρματος και διοχετεύεται σε άλλα μέρη. Ταυτόχρονα παράγεται ιδρώτας για να ψυχρανθούν οι μυς, οι οποίοι έχουν υπερθερμανθεί από την αυξημένη εισροή αίματος.

Μία από τις θετικές αντιδράσεις είναι η βελτίωση της πνευματικής επίδοσης και η όξυνση των αισθήσεων, οι οποίες έχουν σαν αποτέλεσμα να αυξηθεί η βραχυπρόθεσμα λειτουργικότητα του οργανισμού. Αν όμως αυτή η κατάσταση διαρκέσει για μεγάλο χρονικό διάστημα ή περάσει τα επιτρεπτά όρια μπορεί να προκαλέσει καταστολή των αισθητηριακών και νοητικών αντιδράσεων (Fontana, 1995).

3.2 Ψυχοσωματικές αντιδράσεις

Σύμφωνα με την ολιστική προσέγγιση, ο άνθρωπος βιώνει τις εμπειρίες (είτε είναι ευχάριστες είτε δυσάρεστες) από το σώμα και την ψυχή σαν ενότητα. Αν και τα όρια μεταξύ τους δεν είναι σαφή, ψυχή και σώμα αλληλοσυμπληρώνονται. Κάθε σωματικός πόνος εξαρτάται από το πώς αισθανόμαστε και κάθε ψυχική κατάσταση επηρεάζει και βιώνεται από το σώμα. Τη σχέση ανάμεσα σε ψυχολογικά και κοινωνικά φαινόμενα με τις φυσιολογικές και παθολογικές σωματικές/ βιολογικές λειτουργίες μελετά η Ψυχοσωματική Ιατρική (Lipowski, 1984).

Το κύριο χαρακτηριστικό στα ψυχοσωματικά προβλήματα είναι η παρουσία ενός ή περισσότερων ψυχολογικών παραγόντων που επηρεάζουν αρνητικά τη σωματική κατάσταση. Μέσα σε αυτούς τους παράγοντες κατατάσσεται και το άγχος (Μάνος, 1997). Κατά καιρούς, έχουν αναπτυχθεί διάφορες θεωρίες από πολλούς εκπροσώπους σχετικά με τα ψυχοσωματικά προβλήματα. Πρωτοπόρος ήταν η Flanders Dunbar με τη «θεωρία της ειδικής προσωπικότητας», η οποία υποστηρίζει ότι τα περισσότερα ψυχοσωματικά συμπτώματα οφείλονται στην εκφόρτιση της ενέργειας των ενστίκτων στο νευροφυτικό σύστημα του σώματος (Taylor, 2001). Σημαντικότερος όμως εκπρόσωπος της ψυχοσωματικής θεωρείται ο Franz Alexander (περίοδος 1930 – 1940), ο οποίος ανέπτυξε τη «θεωρία της ειδικής σύγκρουσης», σύμφωνα με την οποία οι αλλαγές στη φυσιολογία του σώματος συνδέονται με χρόνια απωθημένα συναισθήματα και ανεπίλυτες ασυνείδητες συγκρούσεις (κυρίως εξάρτησης), που επανενεργοποιούμενες σε συγκεκριμένες καταστάσεις της ζωής, μπορούν να προκαλέσουν την εμφάνιση της νόσου (Alexander, French & Pollock, 1968). Άλλες θεωρίες είναι «η θεωρία της ειδικής απάντησης» (Harold Wolff), στην οποία η ψυχοσωματική νόσος αποτελεί μια αποτυχημένη προστατευτική προσαρμοστική απάντηση του σώματος απέναντι στα στρεσογόνα γεγονότα της ζωής. Οι Grace & Graham διεύρυναν αυτή την άποψη και συνέδεσαν ειδικές ασυνείδητες στάσεις απέναντι σε στρεσογόνα γεγονότα (Taylor, 2001). Επίσης, οι «θεωρίες της φυσιολογικής

(με την έννοια της φυσιολογίας) – σωματικής παλινδρόμησης και της παλινδρόμησης του εγώ» (J.J. Michaels, Felix Deutsch, Sydney Margolin & Max Schur) οι οποίες υποστήριζαν ότι στους ψυχοσωματικούς ασθενείς, παράλληλα με τα απωθημένα συναισθήματα, υπάρχει μια φυσιολογική παλινδρόμηση στη βρεφική και πρώτη παιδική ηλικία, ενώ οι διαταραχές στη σχέση μητέρας-βρέφους ενισχύουν ορισμένα καθορισμένα φυσιολογικά σχήματα. Σύμφωνα με τον Deutsch η συνύπαρξη μιας οργανικής δυσλειτουργίας με μια ενστικτική σύγκρουση σε κάποιο επίπεδο ψυχικής ανάπτυξης, μπορεί να επανενεργοποιηθεί στη κατοπινή ζωή, δηλαδή όταν επανεμφανιστεί μια σύγκρουση, επανεμφανίζεται και η οργανική δυσλειτουργία. Για τον Deutsch οι μηχανισμοί που “καθορίζουν” την επιλογή της ψυχοσωματικής νόσου είναι η μετατροπή και η συμβολοποίηση (Taylor, 2001). Άλλο ένα ρεύμα που δημιουργήθηκε από την Ψυχαναλυτική Εταιρία του Παρισιού με κύριους εκπροσώπους τους P. Marty, M. De M' Uzan, Ch. David και M. Fain, είχε σαν υπόθεση της ύπαρξης μιας “ειδικής ψυχοσωματικής προσωπικότητας”. Η ψυχοσωματική αυτή προσωπικότητα χαρακτηρίζεται από φαινομενικά καλή προσαρμογή, έλλειψη φαντασιωσικής ελευθερίας, προσδεδεμένη σκέψη στην πραγματικότητα, φτώχεια και περιορισμό της ονειροπόλησης, της ονειρικής ζωής και των συνειρμών, πτώχευση στις διαπροσωπικές σχέσεις. Είναι σαν το άτομο να έχει αποκοπεί από το ασυνείδητό του (Kreislner, 1994). Λίγο αργότερα, ο Sifneos (1973) επηρέασε όλους τους σύγχρονους θεωρητικούς της ψυχοσωματικής, εισάγοντας την έννοια της αλεξιθυμίας, για να περιγράψει ένα πολύ βασικό χαρακτηριστικό των ψυχοσωματικών ασθενών, την παρεμπόδιση βίωσης συναισθημάτων και την δυσκολία ανεύρεσης των κατάλληλων λέξεων για την περιγραφή συναισθημάτων (Sifneos, 1973).

Η ψυχοσωματική ιατρική τα τελευταία χρόνια έχει θέση στην ψυχιατρική και η διάγνωση για ψυχοσωματική διαταραχή γίνεται όταν ψυχολογικά ερεθίσματα είναι προσωρινά συνδεδεμένα με την έναρξη και την επιδείνωση μιας σωματικής κατάστασης, και όταν δεν έχει βρεθεί οργανική αιτία που να δικαιολογεί την ύπαρξη του σωματικού προβλήματος (Μπεθάνη, 2008).

Ένας από τους ισχυρισμούς της ψυχοσωματικής ιατρικής είναι ότι συγκεκριμένα συναισθήματα προκαλούν προβλήματα σε συγκεκριμένα όργανα και ότι ο κάθε άνθρωπος έχει χαρακτηριστικά τα οποία δημιουργούν οργανικές παθήσεις κάτω από την επιρροή του άγχους. Τα χαρακτηριστικά αναφέρονται σε πτυχές του χαρακτήρα, σε επιρροές από το παιδικό περιβάλλον και στην κληρονομικότητα. Όταν λοιπόν το άτομο βρεθεί αντιμέτωπο με μια στρεσογόνο κατάσταση, μπορεί να επηρεαστούν όλα τα συστήματα του σώματος.

Για παράδειγμα, στο αναπνευστικό σύστημα μπορεί να προκληθεί υπέρπνοια, βρογχικό άσθμα, ή ακόμα αναστεναγμός και λόξυγκας.

Στο καρδιαγγειακό σύστημα μπορούμε να συναντήσουμε ταχυκαρδία, υπέρταση, ημικρανία (μυϊκή). Τα άτομα με προβλήματα στην καρδιά έχουν μια συνεχή τάση για επιτυχία, τελειομανία και δυσκολεύονται να ηρεμήσουν. Νιώθουν ότι ο χρόνος που έχουν ποτέ δεν είναι αρκετός και ότι δεν προλαβαίνουν να τελειώσουν αυτά που έχουν αρχίσει.

Στο γαστρεντερικό σύστημα μπορεί να προκληθούν παθήσεις, όπως το πεπτικό έλκος, χρόνια γαστρίτιδα, ελκώδης ή βλεννώδης κολίτιδα, δυσκοιλιότητα, καύσος στόμαχου. Τα άτομα που πάσχουν από διαταραχές του γαστρεντερικού συστήματος έχουν κυρίως δυσκολία στην έκφραση των συναισθημάτων τους. Τα άτομα με έλκος είναι φιλόδοξα και αντιμετωπίζουν δυσκολία στην έκφραση των αναγκών τους, ενώ τα άτομα που πάσχουν από κολίτιδα είναι αρκετά ευαίσθητα, προσεχτικά και καθαρά, με μετριοφροσύνη που πιθανότατα κρύβει εγωκεντρισμό και μεγάλη ανάγκη για αγάπη και αποδοχή. Έχουν προσκόλληση στην μητέρα τους και η άποψη τους για την αγάπη είναι αρκετά ιδιόμορφη. Οι ψυχογενείς εμετοί από την άλλη, υποδηλώνουν προβλήματα με την μητέρα κατά την παιδική ηλικία, τα οποία συσσωρεύτηκαν και με τον καιρό δημιούργησαν μια εσωτερική αγωνία και προβλήματα στις σχέσεις του ατόμου.

Στο γενετήσιο σύστημα, μπορεί να υπάρξουν προβλήματα εμμηνορρυσίας στις γυναίκες και δυσκολία στύσης στους άνδρες, οδυνηρή σεξουαλική επαφή, ακόμα και ανικανότητα.

Στο μυοσκελετικό σύστημα μπορεί να παρουσιαστούν πόνοι στη πλάτη, κράμπες και συχνοί πονοκέφαλοι. Τέλος, το δέρμα επηρεάζεται το ίδιο σημαντικά με τα υπόλοιπα συστήματα με αντιδράσεις, όπως έντονος κνησμός, νευροδερματίτιδα, κνησμό και εφίδρωση (ιδιαίτερα στις παλάμες και στα δάχτυλα).

Η ψυχοσωματική ιατρική βασίστηκε σε ακόμα έναν ισχυρισμό, ο οποίος υποστηρίζει ότι το άγχος είναι ικανό να δημιουργήσει την προϋπόθεση για πολλές σωματικές ασθένειες. Βάσει αυτού του ισχυρισμού, υπάρχουν τέσσερις τρόποι αντίδρασης στο άγχος: η «κανονική αντίδραση», όπου το άτομο είναι προσεκτικό, βρίσκεται σε επιφυλακή και αντιλαμβάνεται τα σήματα κινδύνου και αμύνεται σωστά, η «νευρωτική αντίδραση», στην οποία το άτομο αντιλαμβάνεται σωστά τα σήματα κινδύνου, αλλά το άγχος του είναι σε τόσο μεγάλο βαθμό που αποδυναμώνει την άμυνα του οργανισμού με αποτέλεσμα να συμβεί κάποια μορφή νεύρωσης, η «ψυχωτική αντίδραση», στην οποία το άτομο είναι σε επιφυλακή, αντιλαμβάνεται το σήμα κινδύνου, αλλά το ερμηνεύει λάθος και επέρχεται κάποια μορφή νεύρωσης, και τέλος η «ψυχοσωματική αντίδραση», στην

οποία το άτομο αντιλαμβάνεται το σήμα κινδύνου, αλλά η άμυνα του οργανισμού έχει εξασθενήσει και το σήμα κινδύνου εκφράζεται μέσω σωματικών συμπτωμάτων.

Όταν το άτομο δεν αντιδράει και συμβιβάζεται, τότε το άγχος καταπνίγεται και οι προσωπικές επιθυμίες αποκρύπτονται, ακόμα και από τον ίδιο μας τον εαυτό, και τα ψυχοσωματικά προβλήματα παρουσιάζονται σιγά - σιγά. Συμβαίνει συχνά, τα περισσότερα άτομα να προτιμούν να υποφέρουνε (υποσυνείδητα), παρά να αρχίζουν να ανακαλύπτουν πνιγμένες πτυχές του εαυτού τους.

3.3 Ψυχολογικές αντιδράσεις

Ο Selye (1956) κάνοντας μια σειρά από πειράματα (έκθεση ζώων σε στρεσογόνα ερεθίσματα) παρατήρησε ορισμένες σωματικές αλλαγές, όπως αύξηση στο μέγεθος των επινεφριδίων αδένων, συρρίκνωση του θύμου αδένα και των λεμφικών κόμβων, που βρίσκονται στους βουβώνες και τις μασχάλες και τέλος, η συχνή έκθεση σε ισχυρά στρεσογόνα ερεθίσματα προκαλούσε στομαχικά έλκη. Δημιούργησε ένα μοντέλο για να περιγράψει αυτές τις σωματικές αλλαγές που συνέβαιναν από την έκθεση στα στρεσογόνα ερεθίσματα, το Σύνδρομο Γενικής Προσαρμογής (General Adaptation Syndrome – GAS).

Το GAS αρχικά ήταν ένα βιολογικό μοντέλο, μπορεί όμως να περιγράψει και τα ψυχολογικά ζητήματα. Συγκεκριμένα, αποτελείται από τρία στάδια:

1. *Την αντίδραση συναγερμού*, κατάσταση εγρήγορσης που προκαλείται από την έκθεση στο στρεσογόνο αίτιο,
2. *Το στάδιο αντίστασης*, δηλαδή την αντίσταση του οργανισμού απέναντι στο στρεσογόνο ερέθισμα και η προσπάθεια για προσαρμογή,
3. *Το στάδιο εξάντλησης*, το οποίο ακολουθεί όταν έχει καταναλωθεί αρκετή ενέργεια από το προηγούμενο στάδιο για μεγάλο χρονικό διάστημα. Ο οργανισμός αδυνατεί να ανταπεξέλθει και καταρρέει.

Όταν λοιπόν το άτομο έρθει αντιμέτωπο με μια αγχογόνο κατάσταση, αρχικά ενεργοποιείται η αντίδραση συναγερμού, η οποία όμως σταδιακά μειώνεται και επικρατεί μία παύση μέχρι το άτομο να κάνει τις γνωστικές εκτιμήσεις και να αποφασίσει πόσο απειλητικό είναι το ερέθισμα. Έπειτα, στο στάδιο αντίστασης προσπαθεί να ανταπεξέλθει και αν η στρεσογόνο κατάσταση είναι πέρα από τις δυνάμεις του τότε επέρχεται το τρίτο στάδιο, στο οποίο το άτομο εξαντλείται και καταρρέει. Αν και στο δεύτερο στάδιο οι

ψυχολογικές λειτουργίες αυξάνονται, μέχρι το άτομο να φτάσει στο τρίτο στάδιο μειώνονται σταδιακά μέχρι την τελική κατάρρευση.

Από το παραπάνω μοντέλο γίνεται φανερό ότι υπάρχει μια αντιστοιχία ανάμεσα στα οργανικά και ψυχολογικά στάδια που διανύει το άτομο όταν έρχεται αντιμέτωπο με ένα στρεσογόνο αίτιο ή κατάσταση. Όμως, ο τρόπος αντίληψης μιας κατάστασης, η αντοχή, οι εμπειρίες, η κρίση, η σκέψη και οι διάφορες γνωστικές εκτιμήσεις διαφέρουν από άτομο σε άτομο και κατά συνέπεια με διαφορετικό τρόπο αντιμετωπίζει τελικά ο κάθε άνθρωπος μια αγχογόνο κατάσταση. Έτσι, σε κάθε περίπτωση υπάρχουν διαφορετικές επιπτώσεις του στρες.

Οι ψυχολογικές αντιδράσεις κάνουν τη σκέψη να εστιάζεται στην ανησυχία, με αποτέλεσμα να αλλάζει τον τρόπο με τον οποίο βλέπουμε τα πράγματα γύρω μας. Υπάρχει μια ανησυχία ότι κάτι κακό θα συμβεί, φόβος πάντα για το χειρότερο, θεωρούμε ότι δε θα καταφέρουμε να αντεπεξέλθουμε στις απαιτήσεις και να επιλύσουμε τα προβλήματά μας. Η ζωή μοιάζει σαν μια διαρκής ανησυχία, γεμάτη αρνητικές σκέψεις και απαισιοδοξία. Οι συναισθηματικές αλλαγές επιδεινώνουν το πρόβλημα, και προκαλούν νευρικότητα, πτώση του ηθικού και συνεχή φόβο.

Οι πιο σημαντικές από τις αρνητικές αντιδράσεις που μπορούν να προκύψουν αφορούν τη γνώση και τη σκέψη (γνωστικές αντιδράσεις), τα συναισθήματα και την προσωπικότητα (συναισθηματικές αντιδράσεις) και αντιδράσεις που αφορούν ισοδύναμα γνωστικούς και συναισθηματικούς παράγοντες (γενικές συμπεριφορικές αντιδράσεις). Ο αριθμός των συμπτωμάτων, καθώς και ο βαθμός σοβαρότητάς τους διαφέρουν σε κάθε άτομο (Fontana, 1995).

3.3.1 Γνωστικές αντιδράσεις:

Από τις σημαντικότερες δυσκολίες που μπορεί να προκύψουν, είναι στις λειτουργίες της προσοχής και της συγκέντρωσης. Η διάρκειά τους μειώνεται και εξασθενεί η παρατήρηση. Λόγω της διάσπασης της προσοχής, είναι πολύ πιθανόν να παρατηρήσουμε σε κάποιο άτομο να διακόπτει συχνά και απότομα τις σκέψεις ή την ομιλία του, ακόμα και πριν προλάβει να ολοκληρώσει.

Προβλήματα παρουσιάζονται και στην βραχυπρόθεσμη και μακροπρόθεσμη μνήμη, οι οποίες εξασθενούν, με αποτέλεσμα το άτομο να δυσκολεύεται να ανακαλέσει ή να αναγνωρίσει γνωστικές και άλλες πληροφορίες. Η ταχύτητα αντίδρασης μειώνεται και

δεν είναι εύκολο να ελεγχθεί. Αυξάνεται η πιθανότητα λήψης απρόβλεπτων και μη κατάλληλων αποφάσεων. Όμως αυτές οι βιαστικές αποφάσεις, είναι πολύ πιθανό να οδηγήσουν σε λάθος ή σφάλμα, είτε σε πνευματικό είτε σε χειρονακτικό επίπεδο (για παράδειγμα κάποιο λάθος στην εργασία).

Το μυαλό αδυνατεί να κάνει σωστές αξιολογήσεις για τις υπάρχουσες συνθήκες και το άτομο δυσκολεύεται τόσο στην οργάνωση, όσο και στον μακροπρόθεσμο προγραμματισμό, αφού δεν εξετάζει σωστά τις μελλοντικές συνέπειες των πράξεών του. Αυξάνονται οι πιθανότητες να προκληθεί σύγχυση και ψευδαισθήσεις. Μειώνεται η αντικειμενική και κριτική σκέψη, με αποτέλεσμα να μην ελέγχεται επαρκώς η πραγματικότητα και το άτομο να παραλογίζεται (Fontana, 1995).

3.3.2 Συναισθηματικές αντιδράσεις

Το άτομο όταν βιώνει έντονες καταστάσεις άγχους, βρίσκεται σε εσωτερική ένταση. Αντιμετωπίζει σημαντική αδυναμία στην ικανότητα του για απομάκρυνση των ανησυχιών και του άγχους, στην ικανότητα για χαλάρωση του μυϊκού τόνου, αλλά και δυσκολία για σωματική και πνευματική ευεξία. Ειδικά η μυϊκή ένταση και ο λάθος τρόπος αναπνοής προκαλούν σωματική ένταση που οδηγεί στην ψυχική ένταση.

Είναι δυνατό ένας μεγάλος αριθμός χαρακτηριστικών της προσωπικότητας να αλλάξει. Πολλά από αυτά τα χαρακτηριστικά μάλιστα, μπορεί να είναι σημαντικά. Για παράδειγμα, ένας άνθρωπος συνεπής και προσεκτικός μπορεί να γίνει επιπόλαιος και αφηρημένος. Επίσης, διακρίνεται μία συνεχής τάση από τα άτομα, εκτός από τα πραγματικά συμπτώματα που προκαλούνται από το άγχος, να προσθέτουν και άλλα, τα οποία όμως είναι φανταστικά. Αυξάνεται η υποχονδρία και παύει πλέον να υπάρχει η αίσθηση της υγείας.

Αλλαγές ακόμη παρατηρούνται στον υπάρχον κώδικα συμπεριφοράς και στους ηθικούς και συναισθηματικούς περιορισμούς του ατόμου. Το άτομο καταφεύγει σε συμπεριφορές που μέχρι τώρα δεν είχε και εμφανίζει αρκετές συναισθηματικές εναλλαγές και εκρήξεις. Παρουσιάζονται συμπτώματα κατάθλιψης, συστολής και μία γενική αίσθηση αδυναμίας (Fontana, 1995).

Το άτομο νιώθει ανάξιο και ανίκανο να καταφέρει κάτι και πλήττεται υπερβολικά η αυτοεκτίμησή του. Κάνει εσωτερικούς διαλόγους που φανερώνουν έντονο άγχος (για παράδειγμα, τι θα γίνει αν..., ή τι θα σκεφτεί ο κόσμος...). Στους αρνητικούς εσωτερικούς

διαλόγους όμως, κρύβονται λανθασμένες απόψεις, που αφορούν τον εαυτό του, τους άλλους και γενικά για τον κόσμο.

Κρυμμένα συναισθήματα, όπως η απογοήτευση και ο θυμός, δημιουργούν άγχος. Το άτομο μπορεί να αναρωτιέται «γιατί δεν νιώθω καλά, αφού όλα φαίνονται να είναι καλά». Τα κρυμμένα συναισθήματα και η τάση άρνησης των δύσκολων συναισθημάτων ευθύνονται και για το χρόνιο άγχος, αλλά και για την εμφάνιση των οργανικών συμπτωμάτων. Μπορούν να παρουσιαστούν διάφορα προβλήματα, για παράδειγμα, προβλήματα στην ομιλία και στην άρθρωση λόγου, ή ακόμα εντείνονται τα ήδη υπάρχοντα, όπως για παράδειγμα ο τραυλισμός (Fontana, 1995).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

ΟΙ ΑΓΧΩΔΕΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Οι αγχώδεις διαταραχές (ΕΠΨΥ, 2006), μαζί με την κατάθλιψη είναι από τις ψυχικές διαταραχές που εμφανίζονται συχνότερα στο γενικό πληθυσμό. Σύμφωνα με έρευνες, παρουσιάζονται συχνότερα στις γυναίκες (η αναλογία είναι 2:1 ή 3:1 σε σχέση με τους άνδρες), στους ανέργους, σε άτομα χαμηλού μορφωτικού και κοινωνικοοικονομικού επιπέδου και σε άτομα που πάσχουν από χρόνια νοσήματα.

Μια αγχώδης διαταραχή διαφέρει από το άγχος στα εξής σημεία:

- Διαρκεί μεγαλύτερο χρονικό διάστημα.
- Επικρατεί υψηλή ένταση σε τακτά χρονικά διαστήματα.
- Δεν υπάρχει κάποιος επιφανής λόγος για τον οποίο παρουσιάστηκε.
- Μπορεί να αλλάξει τις καθημερινές συνήθειες του ατόμου και να αποδιοργανώσει το συνηθισμένο πρόγραμμα.

Οι Αγχώδεις Διαταραχές περιλαμβάνουν:

- Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή
- Διαταραχή πανικού
- Αγοραφοβία
- Κοινωνική Φοβία
- Ειδικές φοβίες
- Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή
- Μετατραυματική Διαταραχή Άγχους

Πολλές φορές είναι δυνατό να συνυπάρχουν στο άτομο περισσότερες από μία διαταραχές. Υπάρχει δηλαδή συνοσηρότητα.

4.1 Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή

Τα άτομα που πάσχουν από τη συγκεκριμένη διαταραχή νιώθουν άγχος σε έναν μεγάλο αριθμό καθημερινών δραστηριοτήτων και γεγονότων (για τις ευθύνες της

δουλειάς, για οικονομικά ζητήματα, για την υγεία των μελών της οικογένειάς τους, αλλά και για πιο απλά, όπως την ακρίβεια στα ραντεβού, τις μικροδουλειές του σπιτιού κλπ.). Κυρίως αντιμετωπίζουν πρόβλημα στο να ελέγξουν την ανησυχία. Η ένταση και η διάρκεια της είναι πολύ μεγαλύτερη από αυτή που αντιστοιχεί στην πραγματικότητα και στις συνέπειες του αγχωτικού γεγονότος. Το άγχος συνοδεύεται από τρία τουλάχιστον συμπτώματα ακόμα, τα οποία μπορεί να είναι: αίσθηση κινητικής ανησυχίας, δυσκολία στη συγκέντρωση, ευερεθιστότητα, διαταραχή ύπνου και μυϊκή τάση.

Η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή είναι διπλάσια σε συχνότητα στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες. Μπορεί να διαρκέσει ένα έτος σε ποσοστό περίπου 3%, ενώ σε όλη τη ζωή 5%. Συνήθως η διαταραχή ξεκινάει στην παιδική ηλικία, αλλά υπάρχουν πιθανότητες τα συμπτώματα να παρουσιαστούν σε μεγαλύτερη ηλικία, πχ στα 20. Η πορεία της νόσου είναι χρόνια και μπορεί να επιδεινωθεί με το στρες. Οι ασθενείς συχνά έχουν καταθλιπτικά συμπτώματα, όπως απελπισία, αίσθηση ματαιώσης και έλλειψης αξιών, τα οποία συχνά μπορεί να συνοδεύονται με κατάχρηση αλκοόλ, βαρβιτουρικών και αγχολυτικών φαρμάκων. Η συνοσηρότητα με χρόνια κατάθλιψη είναι πολύ υψηλή.

Για την αντιμετώπιση της διαταραχής χρησιμοποιείται φαρμακοθεραπεία και ψυχοθεραπεία, όπως προσανατολισμένη στο εγώ καθώς και γνωσιακές - συμπεριφορικές τεχνικές., αν και δεν έχει υπάρξει κάποια μελέτη που να αποδεικνύει ποια θεραπευτική αγωγή υπερτερεί σε σχέση με τις άλλες. Η φαρμακολογική θεραπεία επικεντρώνεται στις βενζοδιαζεπίνες, στα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, στους εκλεκτικούς αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης, και στους αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης – νορεπινεφρίνης (Προσαρμογή, 2008).

4.2 Διαταραχή Πανικού με ή χωρίς Αγοραφοβία

Στη διαταραχή πανικού παρουσιάζονται αιφνίδιες και επαναλαμβανόμενες κρίσεις έντονου τρόμου που ξεκινούν χωρίς να προμηνύεται κίνδυνος και χωρίς να υπάρχει κάποια εμφανής σχέση με τις εξωτερικές καταστάσεις. Αν και η κρίση μπορεί να κρατήσει λίγα δευτερόλεπτα, ωστόσο είναι ιδιαίτερα βασανιστική για το άτομο που τη βιώνει (Barondes, 1997). Οι κρίσεις μπορεί ακόμα να είναι απλές και να συνοδεύονται από τουλάχιστον ένα μήνα επίμονης αγωνίας για επικείμενη κρίση, ανησυχία για τις επιλοκές ή συνέπειες της κρίσης πανικού ή σημαντική αλλαγή στη συμπεριφορά που σχετίζεται με τις κρίσεις. Προκειμένου να γίνει διάγνωση της συγκεκριμένης διαταραχής

απαιτούνται τουλάχιστον δύο αιφνίδιες κρίσεις που δεν συνδέονται με κάποιον παράγοντα, αν και είναι δυνατόν να συμβούν κρίσεις που σχετίζονται με κάποιον εξωτερικό παράγοντα. Είναι δυνατό κάποιος ασθενής να βιώνει μία κρίση πανικού την εβδομάδα για πολλούς μήνες, ενώ κάποιος άλλος να βιώνει μια σειρά από κρίσεις μέσα σε μια εβδομάδα ανάμεσα σε πολλές εβδομάδες ή μήνες για αρκετά χρόνια. Στα άτομα αυτά χρειάζονται τέσσερις πλήρεις κρίσεις για να τεθεί η διάγνωση.

Ανάλογα με τη συχνότητα των κρίσεων πανικού, τα άτομα που πάσχουν από τη νόσο διακρίνονται από ανικανότητα για εργασία, καθώς επίσης σημαντικοί παράγοντες είναι η στάση που υιοθετούν απέναντι στη νόσο και η απογοήτευση της οικογένειας. Μεγάλη αγωνία βιώνουν σχετικά με τις επιπτώσεις των κρίσεων τους και υπάρχουν περιπτώσεις στις οποίες τα άτομα πιστεύουν ότι πάσχουν από μία απειλητική για τη ζωή τους νόσο, όπως έμφραγμα ή επιληψία. Είναι σύνηθες το φαινόμενο να καταφεύγουν στα επείγοντα ή σε κάποιο παθολογικό ιατρείο για εξετάσεις, οι οποίες τελικά να μη δείχνουν κάποιο σημαντικό ιατρικό πρόβλημα. Ακόμα, υπάρχουν άτομα τα οποία νιώθουν ότι οι κρίσεις πανικού είναι σημάδια που δείχνουν ότι θα τρελαθούν, ενώ δεν είναι λίγοι οι ασθενείς που αναπτύσσουν αποφευκτική συμπεριφορά και αγοραφοβία (άγχος όταν βρίσκονται σε μέρη και καταστάσεις στις οποίες η φυγή είναι δύσκολη ή ταπεινωτική ή όπου η βοήθεια θα ήταν αδύνατη).

Τα άτομα με διαταραχή πανικού είναι χρόνιοι υπεραεριζόμενοι ασθενείς. Με τον υπεραερισμό δημιουργείται υποκαπνία και αλκάλωση, γεγονός που οδηγεί σε μειωμένη εγκεφαλική ροή και κατά συνέπεια σε ζάλη, σύγχυση και αποπραγματοποίηση. Αυτά τα συμπτώματα του υπεραερισμού είναι δυνατό να θεραπευτούν επιτυχώς με αντιπανική αγωγή ή με κατάλληλες συμπεριφορικές τεχνικές αναπνοής.

Η διαταραχή πανικού συνήθως συνυπάρχει με μια άλλη αγχώδη διαταραχή, την αγοραφοβία. Η αγοραφοβία είναι φόβος για δημόσιους χώρους ή για καταστάσεις γενικότερα, στις οποίες το άτομο μπορεί να ζητήσει βοήθεια αλλά να μην υπάρξει. Σε πολλές περιπτώσεις, αυτό που φοβάται στην ουσία ο αγοραφοβικός ασθενής είναι η εμφάνιση μιας κρίσης πανικού σε δημόσιο χώρο και τα αισθήματα ντροπής που θα ακολουθήσουν. Πολλοί αγοραφοβικοί πιθανόν να μην έχουν έντονες κρίσεις πανικού, αλλά να φοβούνται κάποιες καταστάσεις, για παράδειγμα να βρίσκονται στο λεωφορείο ή ανάμεσα στο πλήθος, δηλαδή μέρη τα οποία τους εκθέτουν σε ενδεχόμενους κινδύνους και μπορούν δύσκολα να ξεφύγουν. Ακόμα, είναι συχνό το φαινόμενο αγοραφοβικά άτομα να υπομένουν δυσάρεστες καταστάσεις εξαιτίας του συντρόφου τους, η ακόμα στη

χειρότερη περίπτωση να μην θέλουν να βγουν από το σπίτι, έστω και με συνοδεία άλλου προσώπου (Barondes, 1997).

Η διαταραχή πανικού με ή χωρίς αγοραφοβία, μπορεί να διαρκέσει για όλη τη ζωή του ατόμου σε ποσοστό 1,5%-3,5%, ενώ η διάρκεια ενός έτους από 1% έως 2%. Το 50% των ασθενών έχουν αγοραφοβία. Η διαταραχή ξεκινάει ανάμεσα στα 17 με 25 έτη, και παρουσιάζει διφασική κατανομή. Μπορεί να είναι από επεισοδιακή έως χρόνια, όπως επίσης από επεισοδιακή έως χρόνια μπορεί να είναι και η σχέση της αγοραφοβίας με τη διαταραχή πανικού. Η συχνότητα ανάμεσα στις γυναίκες και τους άνδρες είναι από 2:1 έως 3:1. Στις γυναίκες παρουσιάζεται μεγαλύτερη συχνότητα μεταξύ της ηλικίας 25 έως 44 και οι κρίσεις τους τείνουν να συνεχίζονται για μεγάλα χρονικά διαστήματα περνώντας η ηλικία. Με τη θεραπεία, σε επανέλεγχο μετά από 10 χρόνια, περίπου 30% των ασθενών θεραπεύτηκαν πλήρως, 40-50% παρουσίασαν κάποια βελτίωση αλλά εξακολουθούσαν να έχουν κάποια συμπτώματα, και το υπόλοιπο 20-30% δεν έδειξαν καμία αλλαγή ή ακόμα χειρότερευσαν. Οι ασθενείς που πάσχουν από διαταραχή πανικού σε συνδυασμό με αγοραφοβία τείνουν να έχουν χαμηλότερα ποσοστά ύφεσης (20% σε επανέλεγχο μετά από 18 μήνες) και υψηλότερα ποσοστά υποτροπών, συγκρινόμενοι με τους ασθενείς χωρίς αγοραφοβία. Η πρόγνωση γίνεται χειρότερη όταν συνυπάρχουν κατάθλιψη ή διαταραχή προσωπικότητας.

Τα συμπτώματα που παρουσιάζονται είναι συχνά η παροδική ταχυκαρδία και η αυξημένη συστολική πίεση στη διάρκεια ορισμένων κρίσεων πανικού. Είναι δυνατό να υπάρχει συσχέτιση μεταξύ διαταραχής πανικού και θυροειδικής νόσου, πρόπτωσης μιτροειδούς βαλβίδας, προβλημάτων λαβυρίνθου και άσθματος. Άτομα με αυτή τη διαταραχή έχουν αυξημένες πιθανότητες θανάτου από καρδιαγγειακές νόσους και κίνδυνο για εγκεφαλικό επεισόδιο.

Έχει βρεθεί επίσης συνοσηρότητα με ψυχιατρικές νόσους. Η μείζων καταθλιπτική διαταραχή συμβαίνει στο 50-60% των ασθενών με διαταραχή πανικού. Στο ένα τρίτο μάλιστα αυτών το καταθλιπτικό επεισόδιο προϋπάρχει της διαταραχής πανικού. Ένα μέρος των ασθενών με διαταραχή πανικού έχουν συνοσηρότητα με διαταραχή από χρήση ουσιών. Οι ασθενείς αυτοί αυτοθεραπεύονται συνήθως με αλκοόλ, βενζοδιαζεπίνες, κάνναβη, κοκαΐνη, και άλλους παράγοντες. Η συνοσηρότητα με άλλες αγχώδεις διαταραχές είναι επίσης συχνή, όπως με κοινωνική φοβία (15%-30%), ψυχαναγκαστική-καταναγκαστική διαταραχή (8%-10%), ειδική φοβία (10%-20%) και γενικευμένη αγχώδη διαταραχή (25%). Αυξημένος επίσης κίνδυνος αυτοκτονίας βρέθηκε σε μη

επιπεπλεγμένους ασθενείς (7%) και το ποσοστό αυτό είναι σημαντικά μεγαλύτερο σε διαταραχή πανικού με συνοσηρότητα κάποιας ψυχιατρικής διαταραχής.

Η γνωσιακή - συμπεριφορική θεραπεία και η φαρμακοθεραπεία είναι οι κατάλληλες μέθοδοι για την θεραπεία της διαταραχής. Στις απλές θεραπευτικές δοκιμές η άμεση ανταπόκριση κυμαίνεται από 50% έως 60%. Οι συχνότητες αυτές αυξάνονται με τις στρατηγικές ενίσχυσης της θεραπείας. Οι θεραπείες με σκοπό την άμεση ανταπόκριση περιλαμβάνουν τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, τις υψηλής ισχύος βενζοδιαζεπίνες, και τους εκλεκτικούς αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης, όπως φλουοξετίνη (Ladose), παροξετίνη (Seroxat), σερταλίνη (Zoloft) και φλουβοξαμίνη (Dumyrox).

Απαιτούνται 4 έως 12 εβδομάδες θεραπείας με αντικαταθλιπτικά χάπια για την καταστολή των κρίσεων. Η θεραπεία συνήθως συνιστάται για τουλάχιστον 6 μήνες προκειμένου να γίνει πρόληψη της πρώιμης υποτροπής. Δυστυχώς η θεραπεία της οξείας φάσης δεν οδηγεί συνήθως σε μακροχρόνια ύφεση. Σε επανέλεγχο μετά από 1 έως 4 χρόνια μετά την αντιμετώπιση της οξείας φάσης με μιπραμίνη βρέθηκε ότι το 80% των ασθενών παρουσίασαν συμπτώματα. Σε επανέλεγχο μετά από 3 χρόνια αντιμετώπισης της οξείας φάσης με διαζεπάμη, αλπραζολάμη ή εικονικό φάρμακο, 60% έδειξαν ότι τα συμπτώματα εξακολουθούσαν να υπάρχουν. Συνεπώς, η θεραπεία συντήρησης πιθανόν να ενδείκνυται για πολλούς ασθενείς με διαταραχή πανικού. Θα πρέπει να εξετάζονται σε αραιά διαστήματα ώστε να μειώνεται η δόση στα ελάχιστα εκείνα επίπεδα στα οποία ο ασθενής είναι ασυμπτωματικός (Προσαρμογή, 2008)

4.3 Κοινωνική φοβία

Πυρήνας αυτής της διαταραχής είναι ο φόβος για ταπείνωση ή μεγάλη αμηχανία που πιστεύει ότι θα νιώσει ο ασθενής αν βρεθεί μπροστά σε άλλους. Γι' αυτό, καταστάσεις που απαιτούν αλληλεπίδραση με άλλα άτομα ή καταστάσεις στις οποίες το άτομο πρόκειται να εκτεθεί σε μεγάλο κοινό, να φάει ή να γράψει δημόσια, να παρευρεθεί σε συναντήσεις, να δώσει συνέντευξη ή να χρησιμοποιήσει δημόσιες τουαλέτες, αποφεύγονται συστηματικά. Σε ένα άτομο μπορεί να συνυπάρχουν δύο ή και περισσότεροι κοινωνικοί φόβοι. Όταν ο ασθενής εκτεθεί στη φοβούμενη κατάσταση κατακλύζεται από άγχος και συμπτώματα όπως έντονη εφίδρωση, ξηροστομία και ερυθρότητα. Οι ενήλικες ασθενείς αναγνωρίζουν ότι ο φόβος τους είναι παράλογος. Σε

πολλές περιπτώσεις μάλιστα, καταφεύγουν στη χρήση αλκοόλ και ηρεμιστικών για να μειώσουν τα συμπτώματα άγχους.

Τα άτομα που πάσχουν από κοινωνική φοβία, συνήθως έχουν χαμηλές επιδόσεις στο σχολείο ή στον εργασιακό τομέα. Είναι άτομα με χαμηλή αυτοεκτίμηση, που αδυνατούν να διεκδικήσουν αυτό που θέλουν και είναι ευαίσθητα στην αρνητική κριτική των άλλων. Επίσης είναι πολύ πιθανό να μην έχουν αναπτύξει επαρκώς κάποιες κοινωνικές δεξιότητες (πχ δυσκολεύονται να κοιτάζουν στα μάτια).

Η κοινωνική φοβία συναντάται συχνότερα στις γυναίκες από ότι στους άνδρες. Τα επίπεδα της στον πληθυσμό είναι από 3% έως 13%. Μπορεί να υπάρξει συνοσηρότητα και με άλλες διαταραχές (με απλή φοβία, διαταραχή πανικού, αγοραφοβία, ψυχαναγκαστική-καταναγκαστική διαταραχή, διαταραχές διάθεσης, όπως τη μείζονα κατάθλιψη και τη δυσθυμία, διαταραχές που σχετίζονται με χρήση ουσιών, με σωματόμορφη διαταραχή και την αποφευκτική διαταραχή προσωπικότητας. Η διαταραχή συνήθως εμφανίζεται στην εφηβεία και μπορεί να διαρκέσει για όλη τη ζωή.

Οι κοινωνιοφοβικοί ασθενείς δεν νοσηλεύονται, αλλά μπορούν να ακολουθήσουν φαρμακολογική αγωγή σε συνδυασμό με γνωσιακές - συμπεριφορικές θεραπείες, όπως η γνωσιακή ανακατασκευή, η ζωντανή έκθεση και η εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες (Προσαρμογή, 2008).

4.4 Ειδικές Φοβίες

Η φοβία είναι ένας επίμονος και παράλογος φόβος για κάποιο συγκεκριμένο αντικείμενο ή κατάσταση και έχει σαν αποτέλεσμα την επιθυμία για αποφυγή αυτού του αντικειμένου ή της κατάστασης. Το άτομο αν και αναγνωρίζει ότι ο φόβος του είναι παράλογος, δεν μπορεί να κάνει κάτι για να μειώσει το άγχος του και έτσι αποφεύγει συστηματικά την αγχώδη κατάσταση/ αντικείμενο. Οι φοβίες συνήθως διαρκούν για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα.

Σε κάθε περίπτωση φοβίας, υπάρχει ένα σαφές αντικείμενο φόβου, για παράδειγμα τα φίδια, οι αράχνες, τα σκυλιά ή μια προσδιορίσιμη κατάσταση, όπως το ύψος ή οι κλειστοί χώροι. Όμως, επειδή το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού νιώθει κάποια αποστροφή για πολλά από τα παραπάνω πράγματα, διάγνωση μπορεί να γίνει μόνο όταν το άτομο νιώθει τόσο έντονο φόβο, που είτε οδηγείται σε πλήρη αποφυγή της φοβούμενης

κατάστασης, είτε βιώνει τόσο έντονο άγχος που πρέπει οπωσδήποτε να αντιμετωπιστεί (Barondes, 1997).

Ένας στους δέκα ανθρώπους, με ποσοστό διπλάσιο στις γυναίκες από ό,τι στους άνδρες, πάσχει από κάποια απλή/ειδική φοβία. Βέβαια αυτό δεν είναι εύκολα φανερό, γιατί το μεγαλύτερο ποσοστό των ανθρώπων καταφέρνουν να αποφεύγουν αυτό που φοβούνται και να μην το σκέφτονται. Για παράδειγμα, κάποιος που φοβάται τα φίδια αλλά ζει σε αστικό κέντρο, δεν νιώθει τόσο έντονο φόβο για αυτά (Barondes, 1997).

4.5 Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή

Τα άτομα με αυτή τη διαταραχή κάνουν επαναλαμβανόμενες ανεπιθύμητες σκέψεις (ψυχαναγκασμός) και επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές που επιτελούνται προκειμένου να αποφευχθεί ένα φοβερό γεγονός (καταναγκασμός). Για να μειώσουν το άγχος που τους προκαλούν αυτές οι σκέψεις, καταφεύγουν στις συγκεκριμένες συμπεριφορές, οι οποίες τους απαλλάσσουν από τη δυσφορία. Οι επαναλαμβανόμενες ιδεοληψίες και οι καταναγκασμοί δημιουργούν πρόβλημα στη λειτουργικότητα του ατόμου και αναδύουν άγχος, το οποίο υποχωρεί μόλις το άτομο ενδώσει στους καταναγκασμούς.

Ένας κοινός ψυχαναγκασμός είναι η εμμονή με τη βρωμιά και τις μολύνσεις, ή μια τελετουργία, η οποία αν δε γίνει το άτομο πιστεύει ότι κάτι κακό θα συμβεί σε εκείνον ή σε κάποιο κοντινό του πρόσωπο. Επίσης, οι ψυχαναγκασμοί μπορεί να είναι θρησκευτικού περιεχομένου, ή ακόμα και σεξουαλικού (βιασμός) ή επιθετικού (φόνος).

Στους καταναγκασμούς συγκαταλέγεται το υπερβολικό πλύσιμο των χεριών (επικρατεί στο 25% με 50% των ασθενών), η συμπεριφορά ελέγχου με υπερβολική αμφιθυμία (για παράδειγμα αν η βρύση είναι κλειστή ή αν η πόρτα είναι κλειδωμένη). Ακόμα, ένας καταναγκασμός μπορεί να είναι και ψυχικός, όπως το αδιάκοπο μέτρηση των αριθμών. Συνήθως το ψυχαναγκαστικό μέτρηση και ο έλεγχος, καθώς και ψυχαναγκασμοί που αφορούν τη συμμετρία (οι τελετουργίες τους αφορούν την τακτοποίηση και τη ρύθμιση των πραγμάτων, έτσι ώστε να είναι συμμετρικά) προσβάλλουν περισσότερο τους άνδρες από ότι τις γυναίκες.

Μόνο στο 3% των ασθενών η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή διαρκεί για όλη τη ζωή, με 6μηνη επικράτηση περίπου 2%, αν και αυτοί οι αριθμοί πιθανόν να μην ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα (υποεκτίμηση λόγω μυστικοπάθειας, η οποία χαρακτηρίζει όσα άτομα πάσχουν από αυτή τη διαταραχή ή αντίθετα, υπερεκτίμηση λόγω

των κλιμάκων που υπάρχουν στις διάφορες έρευνες και αυξάνουν την συχνότητα). Συνήθως η διαταραχή εμφανίζεται κατά την ενηλικίωση, με ίδιο ποσοστό σε άνδρες και γυναίκες, αλλά στους άνδρες ξεκινάει σε ηλικία από 6 έως 15 χρονών, ενώ στις γυναίκες από 20 έως 29 χρονών. Η πορεία των ασθενών είναι σε μεγάλο βαθμό σταθερή, με το 15% να έχει μία αργή φθίνουσα και μόλις το 5% να παρουσιάζει επεισόδια.

Η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή μπορεί να συνυπάρχει με καταθλιπτικές διαταραχές (κυρίως στις γυναίκες). Στα 2/3 των ασθενών υπάρχει συνοσηρότητα με κατάθλιψη εφ' όρου ζωής. Επίσης μπορεί να υπάρχει συνοσηρότητα με διαταραχές σίτισης (ανορεξία, βουλιμία, ανεξέλεγκτη κατανάλωση φαγητού), οι οποίες προσβάλλουν περισσότερο τις γυναίκες, ή διαταραχές τικ που επικρατούν στο 20 με 30% των ασθενών με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή και αφορούν μεγαλύτερο ποσοστό ανδρών. Άλλες συνυπάρχουσες διαταραχές μπορεί να είναι η διαταραχή πανικού, η κοινωνική φοβία, η σωματο-δυσμορφοφοβική διαταραχή και ψυχωτικές διαταραχές, όπως η σχιζοφρένεια.

Οι ιδεοψυχαναγκαστικοί ασθενείς μπορούν να ακολουθήσουν φαρμακολογική και συμπεριφορική θεραπεία. Ο ασθενής θα πρέπει να λαμβάνει φάρμακα για τουλάχιστον δώδεκα εβδομάδες για να είναι η θεραπεία του επαρκής. Τα συμπτώματα μπορεί να υποχωρήσουν σχετικά αργά και να χρειαστούν αρκετές βδομάδες. Αν διαπιστωθεί ότι η θεραπεία έχει αποτελέσματα, τότε θα πρέπει να συνεχιστεί για τουλάχιστον έναν χρόνο (Προσαρμογή, 2008).

4.6 Μετατραυματική Διαταραχή Άγχους

Εάν ένα άτομο εκτεθεί σε ένα ακραίο ψυχοτραυματικό γεγονός είναι πολύ πιθανό να αναπτύξει κάποια μετατραυματικά συμπτώματα, όπως επίμονη αναβίωση του τραύματος, αποφυγή, υπεραγρύπνηση και ψυχική νωθρότητα. Το γεγονός μπορεί να μην συνέβη αποκλειστικά στο ίδιο το άτομο, αλλά να είναι μάρτυρας μιας κατάστασης που συνέβη σε κάποιον άλλον. Γεγονότα όπως πραγματικός ή απειλούμενος θάνατος, σοβαρός τραυματισμός του ίδιου ή άλλου, καθώς και είδηση θανάτου ή σοβαρού τραυματισμού σε οικείο πρόσωπο, μπορούν να αποτελέσουν πηγές μετατραυματικής διαταραχής. Η διάρκειά της είναι τουλάχιστον ένας μήνας και μπορεί να προκληθεί από έναν οξύ στρέσορα (με διάρκεια τουλάχιστον τριών μηνών) ή ένα χρόνια στρέσορα (με διάρκεια μεγαλύτερη των τριών μηνών). Ακόμα, είναι πιθανό τα συμπτώματα να εμφανιστούν με καθυστέρηση τουλάχιστον έξι μηνών μετά το τραυματικό γεγονός.

Σε ποσοστό 3% έως 58% κυμαίνεται η εμφάνιση της διαταραχής σε άτομα που βρίσκονται σε κίνδυνο. Σε μια καταστροφή, η μετατραυματική διαταραχή είναι δυνατό να προσβάλλει μέχρι και το 30% των θυμάτων. Σύμφωνα με επιδημιολογική κοινοτική έρευνα που πραγματοποιήθηκε στις ΗΠΑ έδειξε ότι η επικράτηση για όλη τη ζωή είναι 1%, με συχνότητα 0,5% για τους άνδρες και 1,3% για τις γυναίκες. Σε άλλη κοινοτική έρευνα σε νέους ενήλικες φάνηκε ότι η δια βίου επικράτηση είναι 9,2%, με 11,3% για τις γυναίκες και 6% για τους άνδρες. Να σημειωθεί ότι τα πρωτεύοντα τραύματα για τους άνδρες ήταν η μάχη και η προσωπική μαρτυρία του θανάτου κάποιου, ενώ για τις γυναίκες η σωματικού τύπου επίθεση ή απειλή αφορούσε περισσότερο από το 50% των περιπτώσεων τραυματικής εμπειρίας.

Η μετατραυματική διαταραχή άγχους μπορεί να επηρεάσει σημαντικά την ζωή των ασθενών τόσο στην εργασία τους, όσο και στις διαπροσωπικές τους σχέσεις. Διαταραχές στον ύπνο, αυξημένο αντανακλαστικό τρομάγματος, υπερεπαγρύπνηση, δυσκολία στη συγκέντρωση και αυξημένη ευερεθιστότητα είναι μερικά από τα συμπτώματα που βιώνει ο ασθενής. Αλλά ο ασθενής αναβιώνει και το ίδιο το τραυματικό γεγονός με διάφορους τρόπους, όπως: με επαναλαμβανόμενες αναμνήσεις ή επανάληψη του γεγονότος στα όνειρα, ή και με διασχιστικές καταστάσεις κατά τις οποίες το άτομο συμπεριφέρεται σα να ξαναζεί το γεγονός (μπορεί να διαρκέσουν από δευτερόλεπτα μέχρι και ημέρες). Όταν ο ασθενής δέχεται ερεθίσματα που προκαλούν τη θύμησή του γεγονότος νιώθει δυσφορία και ενόχληση, γι' αυτό και προσπαθεί να αποφεύγει οποιαδήποτε κατάσταση συνδέεται με το τραύμα.

Δεν υπάρχει κάποια συγκεκριμένη ηλικία στην οποία εμφανίζεται η διαταραχή. Μπορεί να παρουσιαστεί σε όλες τις ηλικίες, ακόμα και στην παιδική. Τα συμπτώματα συνήθως εμφανίζονται τους τρεις πρώτους μήνες, αλλά είναι δυνατόν να υπάρξει καθυστέρηση μηνών ή και χρόνων. Το 50% των ασθενών με την κατάλληλη θεραπεία μπορεί να παρουσιάσει ύφεση των συμπτωμάτων. Η θεραπεία μπορεί να είναι ένας συνδυασμός φαρμακοθεραπείας, υποστηρικτικής ψυχοθεραπείας, γνωσιακής-συμπεριφορικής θεραπείας και ψυχοεκπαίδευση. Η φαρμακοθεραπεία, συνήθως ξεκινάει με τη χορήγηση ενός αντικαταθλιπτικού, το οποίο είναι αποτελεσματικό στην ψυχική αδράνεια και των άλλων συνοδών ενοχλημάτων. Παρατηρείται θετικό αποτέλεσμα στο 60%-70% των περιπτώσεων. Επιπλέον, τα αντικαταθλιπτικά δείχνουν θετικό αποτέλεσμα στο 60% έως 70% των περιπτώσεων που είναι σε ψυχοθεραπεία. Η ελάχιστη διάρκεια των θεραπευτικών προσπαθειών θα πρέπει να είναι 12 εβδομάδες (Προσαρμογή, 2008).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

5.1 Το άγχος στον παιδικό πληθυσμό

Το άγχος συνιστά παθολογική συμπεριφορά, όταν η αντίδραση στη ψυχολογική πίεση γίνεται χρόνια ή υπερβολική (σε σχέση με το παρεχόμενο ερέθισμα). Μπορούμε να καταλάβουμε ότι το παιδί υποφέρει από άγχος, όταν αυτό εμποδίζει το παιδί να χαρεί μια φυσιολογική ζωή, επηρεάζει τη συμπεριφορά του, τη σχολική του επίδοση, τις οικογενειακές και φιλικές σχέσεις, την κοινωνική του ζωή και γενικά τη λειτουργικότητα του παιδιού στη καθημερινότητά του.

Σύμφωνα με τον Carl Rogers (1951), κάθε άτομο αξιολογεί τις εμπειρίες του ανάλογα με την έννοια που έχει για τον εαυτό του. Η συμπεριφορά του και ο τρόπος που αντιλαμβάνεται τον κόσμο καθορίζεται από την αυτοαντίληψή του. Η έννοια του εαυτού δεν ανταποκρίνεται πάντα στην πραγματικότητα. Όλοι όμως οι άνθρωποι θέλουν να συμπεριφέρονται με συνέπεια προς την εικόνα που έχουν διαμορφώσει για τον εαυτό τους. Η δεύτερη έννοια του εαυτού στη θεωρία του Rogers είναι ο ιδανικός εαυτός. Ο ιδανικός εαυτός αναφέρεται στην ιδέα για το είδος του ανθρώπου που θα ήθελε ο κάθε άνθρωπος να κατακτήσει. Όταν ο ιδανικός εαυτός συμπίπτει ή βρίσκεται κοντά στον πραγματικό εαυτό, τότε το άτομο νιώθει ευτυχισμένο. Για να νιώθει ολοκληρωμένο το άτομο, πρέπει να έχει μεγαλώσει με την άνευ όρων θετική αντιμετώπιση από τους γονείς του, δηλαδή να νιώθει το παιδί ότι οι γονείς του το εκτιμούν και το σέβονται, ακόμα και όταν δεν θεωρούν τις συμπεριφορές και τα αισθήματά του ιδανικά.

Η θεωρία του Rogers ανήκει στην ανθρωπιστική προσέγγιση. Σύμφωνα με αυτή κάθε παιδί έχει την ανάγκη να γίνεται αποδεκτό από τους άλλους (συνομήλικους, ενήλικους, κοινωνία) και να νιώθει την αγάπη των σημαντικών άλλων (γονείς, εκπαιδευτικοί κ.λπ.), καθώς και να ικανοποιεί τις βασικές του ανάγκες (Prochaska & Norcross, 1994 αναφ. στο Χατζηχρήστου, 2004). Όταν λοιπόν τα παιδιά, δέχονται αποδοχή, αγάπη, ζεστασιά και σεβασμό χωρίς όρους αναπτύσσουν μια υγιή αίσθηση του εαυτού. Συχνά όμως, οι γονείς θέτουν όρους και ζητούν από τα παιδιά τους να εκπληρώνουν κάποιες προϋποθέσεις, προκειμένου να προσφέρουν την αγάπη τους (πχ αν θες να σ' αγαπάω, πρέπει να φας όλο το φαγητό σου). Αυτή η συμπεριφορά των γονιών προκαλεί σύγκρουση ανάμεσα στην αυτοαντίληψη του παιδιού και της εσωτερικής του εμπειρίας, αφού το παιδί εισπράττει το μήνυμα ότι πρέπει να ενεργεί με συγκεκριμένους τρόπους για να έχει την αγάπη των γονιών του. Το αποτέλεσμα είναι το παιδί να μην

μπορεί να ενεργήσει ελεύθερα με βάση τις δικές του ανάγκες, να μην αποδέχεται τα ευχάριστα και τα δυσάρεστα συναισθήματα του και να δημιουργείται μια αλληλοσυγκρουόμενη αίσθηση του εαυτού. Η ασυμφωνία ανάμεσα στην εμπειρία του και την εικόνα που έχει δημιουργήσει για τον εαυτό του, δημιουργούν το αίσθημα της απειλής στο παιδί και έντονο άγχος. Για να μειώσει την ασυμφωνία και το άγχος που τη συνοδεύει χρησιμοποιεί άμυνες, όπως η διαστρέβλωση της αντίληψης και η άρνηση (Χατζηχρήστου, 2004).

Οι κυριότερες αιτίες για την εμφάνιση άγχους στα παιδιά χωρίζονται σε πέντε βασικές κατηγορίες. Σε *γενετικούς* παράγοντες, δηλαδή στην γενετική προδιάθεση προς το άγχος όταν παρουσιάζονται ορισμένοι ψυχολογικοί ή κοινωνικοί παράγοντες, ή ακόμα και παράγοντες που συνδέονται με τη λειτουργία του εγκεφάλου και νευροβιολογικές διεργασίες. Σε *οικογενειακούς* παράγοντες, όπως ο τρόπος με τον οποίο αντιδρά η οικογένεια στο στρες, η αμφιθυμία ως προς την οριοθέτηση, η φτωχή οργάνωση, η υπερβολική εμπλοκή ή η υπερπροστασία, ακόμα και όταν οι γονείς έχουν και οι ίδιοι έντονο άγχος και φόβους. Σε *κοινωνικούς* παράγοντες, όπως το χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο και οι πολιτισμικές συνθήκες. Σε *γεγονότα ζωής*, τα οποία μπορεί να είναι διάφορα μικρά συμβάντα ή ακόμα και πιο σημαντικά, όπως ο θάνατος, η ασθένεια και άλλες απώλειες. Σε *ατομικούς* παράγοντες, που αφορούν την ιδιοσυγκρασία του παιδιού, την εσωστρέφεια, τον βαθμό εξάρτησης από τους ενήλικους, τη συμμόρφωση (ΙΚΠΙ, 2003).

Στο οικογενειακό περιβάλλον μπορούν να υπάρξουν πολλές αιτίες που πιθανότατα να προκαλέσουν άγχος στα παιδιά. Ο ερχομός ενός μωρού στην οικογένεια, τα οικονομικά προβλήματα, οι διαφωνίες και οι διαμάχες ανάμεσα στους γονείς, προβλήματα με τα αδέρφια, το διαζύγιο και ο θάνατος ενός κοντινού προσώπου, η ενδοοικογενειακή βία και η γονική αδιαφορία είναι μερικά μόνο παραδείγματα. Όμως, στο αυξημένο άγχος του παιδιού σημαντικό ρόλο παίζει και ο λάθος τρόπος διαπαιδαγώγησης που εφαρμόζουν οι γονείς (υπερπροστασία, αυταρχισμός, τελειοθηρία). Στο σχολικό περιβάλλον τα προβλήματα που προκαλούν άγχος αφορούν κυρίως τη σχέση παιδιού – εκπαιδευτικού και πιθανές συγκρούσεις, δυσκολίες με τους συμμαθητές, προβλήματα στην διαδικασία μάθησης και δυσκολία στις εξετάσεις, ενώ σημαντικότερο φαίνεται να είναι το θέμα της σχολικής επιτυχίας που συνδέεται με τη γενικότερη επιτυχία και ευτυχία του ατόμου (Jones Sears & Milburn, 1990).

Το παιδί μπορεί να εμφανίσει συμπτώματα άγχους από τους πρώτους μήνες της ζωής του, όταν δεν ικανοποιούνται οι βασικές του ανάγκες, όπως η ανάγκη για φαγητό,

στοργή, ηρεμία ή όταν αποχωρίζεται από τη μητέρα. Τα συνηθέστερα σωματικά συμπτώματα στα παιδιά είναι οι στομαχόπονοι, οι εμετοί και η κεφαλαλγία. Σε κάποιες περιπτώσεις, παρατηρείται και συχνουρία (Herbert, 1992).

Εκτός από τα σωματικά συμπτώματα, αλλαγές παρατηρούνται και στην ψυχολογική κατάσταση των παιδιών. Τα παιδιά με άγχος τείνουν να κάνουν αρνητικές σκέψεις και να γίνονται επικριτικά με τον εαυτό τους, υπερεκτιμούν τη πιθανότητα να τους συμβεί κάτι άσχημο, εστιάζουν τη προσοχή τους μόνο σε ό,τι πήγε στραβά, υποβιβάζουν τα προσόντα και τις ικανότητές τους, πιστεύουν ότι δεν έχουν το δυναμικό να ανταπεξέλθουν και περιμένουν ότι θα αποτύχουν. Μειώνεται η αυτοεκτίμηση τους και έχουν χαμηλότερη απόδοση στο σχολείο σε σχέση με πριν.

Όσον αφορά τη συμπεριφορά, υπάρχουν τέσσερις βασικές καταστάσεις που φανερώνουν την ύπαρξη υποσυνείδητων συγκρούσεων, την εξωτερίκευση στρες και άγχους και παρατηρούνται κυρίως στην παιδική ηλικία. Αυτά τα συμπτώματα είναι η ενούρηση, τα τικ, το φάγωμα των νυχιών και ο τραυλισμός. Η ενούρηση παρουσιάζεται πιο συχνά στα αγόρια από ότι στα κορίτσια και ψυχολογικά εξηγείται σαν έμμεση έκφραση κάποιας μορφής άγχους, σαν επίκληση για εκδήλωση περισσότερης στοργής ή σαν αποτέλεσμα κάποιας συναισθηματικής δυσκολίας που δημιουργεί στρες στο παιδί. Σε κάποιες περιπτώσεις η ενούρηση πιθανόν να αποτελεί την έκφραση κάποιας έχθρας απέναντι στον έναν ή και τους δύο γονείς που βρίσκεται σε υποσυνείδητη κατάσταση.

Τα τικ εμφανίζονται μεταξύ 6 και 14 χρόνων, αλλά μπορεί να τα συναντήσουμε και σε ενήλικες. Υπάρχουν τα χρόνια τικ, που δηλώνουν την ύπαρξη ψυχολογικών προβλημάτων, και τα τικ που κάποιες φορές λαμβάνονται σαν παροδική εστίαση κάποιων συγκεκριμένων ψυχολογικών προβλημάτων και εξαφανίζονται με ψυχοθεραπευτική αγωγή της συμπεριφοράς του ανθρώπου που τα έχει. Τα τικ δημιουργούν συναισθήματα ανασφάλειας και στρες και ειδικότερα στα άτομα που τα συνειδητοποιούν ότι τα έχουν, γιατί καταλαβαίνουν ότι τα υπόλοιπα άτομα τα σχολιάζουν επικριτικά.

Το φάγωμα των νυχιών εντοπίζεται σε ένα μεγάλο ποσοστό των παιδιών, ειδικότερα όταν πάσχουν από προβλήματα χαρακτήρα και προσωπικότητας, όταν μεγαλώνουν σε ιδρύματα ή όταν κάποιος από τους γονείς στα παιδικά του χρόνια είχε αυτή τη συνήθεια. Το φάγωμα των νυχιών είναι μια εκδήλωση στρες και άγχους και αιτιολογείται ως εστίαση στο στοματικό στάδιο ανάπτυξης του παιδιού (στάδιο θηλασμού), ή ως συμβολική εκδήλωση έχθρας σε οικείο πρόσωπο, ή ως εκδήλωση ανασφάλειας που πηγάζει από την παρουσία και τη ζήλια απέναντι σε συγγενικό

πρόσωπο, ή τέλος ως εκδήλωση της σεξουαλικότητας του παιδιού, το οποίο αντί να καταφύγει στον αυνανισμό, τρώει τα νύχια του.

Το τραύλισμα (κεκεδισμός), αποτελεί πρόβλημα της ρυθμικής ροής του λόγου. Ψυχοδυναμικά, παρουσιάζεται λόγω του φόβου που νιώθει το παιδί ότι αν μιλήσει ελεύθερα, θα πει λέξεις που θα εκφράσουν το θυμό του ή την έχθρα για άτομο είτε του οικογενειακού είτε του σχολικού περιβάλλοντος και πιθανόν να έχει σαν συνέπεια να καταλήξει το παιδί με αυτό τον τρόπο σε πραγματική ή συμβολική καταστροφή. Επίσης, ο τραυλισμός μπορεί να θεωρηθεί και ως κράμα των ψυχοσεξουαλικών επιθετικών τάσεων του παιδιού. Έτσι, όταν το παιδί επιθυμεί να εκδηλώσει τον θυμό του σε ένα άτομο, τραυλίζει, εξαιτίας της ανασφάλειας που νιώθει για την έκβαση της προσπάθειάς του.

Τα παραπάνω τέσσερα συμπτώματα όπως είναι φυσικό, προβληματίζουν τους γονείς των παιδιών. Όταν όμως οι γονείς βιώνουν έντονο άγχος για την προβληματική συμπεριφορά του παιδιού τους, μεταφέρουν το άγχος της αποτυχίας στα παιδιά με αποτέλεσμα κάθε φορά που το παιδί επαναλαμβάνει τη συγκεκριμένη συμπεριφορά να αισθάνεται ακόμη πιο άσχημα καθώς αντιλαμβάνεται ότι οι δικοί του υποφέρουν από αρνητικά συναισθήματα (ΙΚΠΙ, 2003).

5.2 Αγχώδεις διαταραχές στον παιδικό πληθυσμό

Η συχνότητα εμφάνισης των διαταραχών άγχους στα παιδιά είναι αρκετά υψηλή. Παρόλα αυτά δεν έχει δοθεί η ανάλογη βαρύτητα στην διάγνωση, αλλά και την αντιμετώπισή τους. Αυτό πιθανόν να οφείλεται στο γεγονός ότι τα συμπτώματα δεν γίνονται εύκολα αντιληπτά, και επίσης δεν προκαλούν ιδιαίτερη ενόχληση στο περιβάλλον, ούτε δείχνουν να έχουν επιπτώσεις για τους άλλους (Albano et al., 1996). Ακόμα όμως και όταν τα συμπτώματα είναι φανερά, είναι δύσκολο για τους γονείς να καταλάβουν αν αποτελούν εκδηλώσεις φυσιολογικού ή παθολογικού άγχους (Albano et al., 1996 αναφ. στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006).

Η συχνότητα εμφάνισης των διαταραχών άγχους στον παιδικό πληθυσμό κυμαίνεται από 3% έως 18% (Barlow, 1988). Έχει επίσης διαπιστωθεί ότι τα κορίτσια εμφανίζουν με μεγαλύτερη συχνότητα συμπτώματα άγχους σε σχέση με τα αγόρια (Kashani & Orvaschel, 1990 αναφ. στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006).

Παρότι δεν υπάρχει ξεχωριστή διαγνωστική κατηγορία για τις αγχώδεις διαταραχές στον παιδικό πληθυσμό, εντούτοις λαμβάνονται υπόψη οι γνωστικές και

αναπτυξιακές διακυμάνσεις στη διάγνωση του άγχους στα παιδιά. Για παράδειγμα, σε αντίθεση με τους ενήλικες που πάσχουν από κάποια αγχώδη διαταραχή, τα παιδιά δεν αναγνωρίζουν τους φόβους τους ή τα συμπτώματα του άγχους τους ως παράλογα ή υπερβολικά. Παράγοντες που λαμβάνονται υπόψη στον χαρακτηρισμό ενός φόβου ή μιας αντίδρασης ως «μη φυσιολογικής» αποτελούν πρώτιστα ο βαθμός του άγχους και η ακαταλληλότητα της ηλικίας του παιδιού να βιώνει αυτούς τους φόβους και να εμφανίζει τις συγκεκριμένες αντιδράσεις. Επιπλέον συμπτώματα, όπως κλάμα, κόπωση, ευερεθιστότητα, τρόμος, δυσκολία συγκέντρωσης ή στερεοτυπικές κινήσεις αποτελούν δείκτες για ύπαρξη άγχους στα παιδιά.

Τα παιδιά με αγχώδεις διαταραχές, αντιλαμβάνονται και ερμηνεύουν την πραγματικότητα με αρνητικό και αυτό-επικριτικό τρόπο (Kendall, 1993) και έχουν πολύ συχνά σκέψεις που σχετίζονται με το φόβο απειλής ή αξιολόγησης από τους άλλους. (Kendall, 1994). Παρουσιάζουν γνωστικά ελλείμματα και παραποιήσεις, οι οποίες σηματοδοτούν κατά βάση τον αρνητικό και αυτό-επικριτικό τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνονται και ερμηνεύουν την πραγματικότητα (Kendall, 1993). Ο εντοπισμός των γνωστικών σκέψεων και παραποιήσεων είναι αναγκαίος στα παιδιά, προκειμένου να αποσαφηνισθούν οι βασικές επιδράσεις στην ανάπτυξή τους και να διευκολυνθεί η διαδικασία τόσο της διάγνωσης, όσο και της κατάλληλης θεραπείας. Για το λόγο αυτό, οι γνωστικές διεργασίες και οι θεραπευτικοί στόχοι πρέπει να είναι κατάλληλα προσαρμοσμένοι στην ηλικία, στο επίπεδο της γνωστικής ανάπτυξης και στο τρόπο σκέψης του παιδιού (Ronnen, 1999).

Υπάρχουν τέσσερις διαφορετικές θεωρητικές προσεγγίσεις που αναφέρονται στα πιθανά αίτια των διαταραχών άγχους στα παιδιά: η ψυχαναλυτική θεωρία, η θεωρία της συμπεριφοράς, η θεωρία της κοινωνικής μάθησης και η θεωρία του δεσμού (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006).

Η ψυχαναλυτική θεωρία αναφέρεται σε νευρώσεις, οι οποίες είναι αποτέλεσμα των συγκρούσεων που βιώνει το παιδί ανάμεσα στις δικές του επιθυμίες και στις απαιτήσεις (κατά την κρίση του) του κοινωνικού περιγύρου. Το περιεχόμενο της σύγκρουσης εξαρτάται από το στάδιο της σεξουαλικής ανάπτυξης του παιδιού. Βασικό στοιχείο των νευρώσεων είναι το άγχος που εκδηλώνεται ως το αποτέλεσμα της απειλής που νιώθει το παιδί ή ότι θα τιμωρηθεί ή ότι θα χάσει την αγάπη των γονιών του. Όταν το άγχος γίνει ισχυρό σε ένταση, τότε το άτομο επιστρατεύει κάποιον από τους μηχανισμούς άμυνας. Σύμφωνα με τη συγκεκριμένη θεωρία τα συμπτώματα της νευρώσεως έχουν συμβολική σημασία (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006).

Η θεωρία της συμπεριφοράς υποστηρίζει ότι οι αγχώδεις και φοβικές αντιδράσεις μαθαίνονται μέσω της διαδικασίας της κλασικής υποκατάστασης. Στο πείραμα τους οι Watson και Rayner (1920) παρουσίαζαν ταυτόχρονα σε ένα αγοράκι ενός έτους ένα ουδέτερο (ανεξάρτητο) ερέθισμα, ένα κουνέλι και ένα αποστροφικό (εξαρτημένο) ερέθισμα, ένα δυνατό θόρυβο που προκαλούσε την φοβική αντίδραση του βρέφους. Μετά από πολλές επαναλήψεις, η φοβική αντίδραση του βρέφους εκδηλωνόταν στη θέα του κουνελιού ακόμα και όταν ο θόρυβος απουσίαζε. Αν αυτού του είδους οι αντιδράσεις παγιωθούν, τότε ενδέχεται να γενικευθούν και σε άλλα ερεθίσματα εκτός του αρχικού. Για παράδειγμα το μικρό αγόρι στο παραπάνω πείραμα άρχισε να φοβάται τα γένια του ερευνητή που έμοιαζαν σε όψη με το κουνέλι. Επίσης, σύμφωνα με την θεωρία της συμπεριφοράς, το άγχος αποτελεί ένα ισχυρό κίνητρο αποφυγής, γι' αυτό και κάθε συμπεριφορά που οδηγεί στην μείωση ή εξάλειψη του άγχους, αποτελεί ενίσχυση για το άτομο. Η διατήρηση της αγχώδους συμπεριφοράς γίνεται μέσω της συντελεστικής υποκατάστασης (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006).

Στη θεωρία της κοινωνικής μάθησης, το παιδί είναι δυνατόν μέσα από τη διαδικασία παρατήρησης ενός προτύπου να υιοθετήσει ορισμένες αρνητικές συναισθηματικές αντιδράσεις. Αν η μητέρα του παιδιού αγχώνεται διαρκώς και για πολλά πράγματα, είναι πιθανό το παιδί να εκδηλώσει ανάλογες αντιδράσεις για τα ίδια θέματα που αγχώνουν και τη μητέρα του. Η υιοθέτηση φοβικής αντίδρασης μέσω της παρατήρησης είναι ο πιο ισχυρός παράγοντας για την επικράτηση της φοβίας. Το παιδί μαθαίνει να φοβάται μέσω της μίμησης ενός προτύπου και ανάλογα από το πόσο σημαντικό είναι το άτομο για το παιδί, θα εξαρτηθεί και η σταθερότητα της συμπεριφοράς (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006).

Σύμφωνα με τη θεωρία του δεσμού (Bowlby, 1973), οι παιδικοί φόβοι έχουν βιολογικό υπόβαθρο και ερμηνεύονται βάσει της ποιότητας του δεσμού (ασφαλής – ανασφαλής) που έχει αναπτύξει το παιδί με το πρόσωπο που το φροντίζει. Αυτό το πρόσωπο συνήθως είναι η μητέρα. Το βρέφος, για να καταφέρει να καλύψει τις ανάγκες του (βιολογικές και συναισθηματικές) πρέπει να βρίσκεται κοντά στο πρόσωπο που το φροντίζει. Το κλάμα ή ο φόβος για τα ξένα άτομα, αποτελούν προσπάθειες που στοχεύουν στη διατήρηση ή την επανάκτηση της προσοχής του ατόμου που τα φροντίζει. Αν η ανάπτυξη του συναισθηματικού δεσμού δεν γίνει ομαλά, δημιουργείται ένα είδος ανασφαλή δεσμού, το οποίο εσωτερικεύεται από το παιδί με τη μορφή μοντέλου εργασίας. Αυτό το μοντέλο αποτελεί τη βάση του τρόπου με τον οποίο το παιδί θα αντιλαμβάνεται και θα ερμηνεύει τον κόσμο γύρω του στο μέλλον. Τα παιδιά τα οποία τείνουν να

αντιλαμβάνονται τον κόσμο που τα περιβάλλει ως απρόσιτο και απειλητικό, μπορεί να εκδηλώσουν στο μέλλον συμπτώματα άγχους και αποφευκτικής συμπεριφοράς (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006).

Από τις παραπάνω θεωρίες γίνεται φανερό όχι μόνο η πολύπλευρη αιτιολογία του άγχους και των φοβιών στα παιδιά, αλλά και η δυσκολία ερμηνείας των διαταραχών άγχους με μια μόνο θεωρία (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006).

Άγχος Αποχωρισμού: Σύμφωνα με το DSM-IV⁵, της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Ένωσης (Zimmerman, 1994) ως άγχος αποχωρισμού περιγράφεται το αναπτυξιακά δυσανάλογο και υπερβολικό άγχος που αφορά τον αποχωρισμό του παιδιού από το σπίτι ή από εκείνους στους οποίους είναι συναισθηματικά προσκολλημένο. Ο πυρήνας της διαταραχής μπορεί να είναι α) το παιδί βιώνει υπερβολική υποκειμενική ενόχληση όταν συμβαίνει ή αναμένεται αποχωρισμός από το σπίτι ή από τους «σημαντικούς άλλους», β) επίμονη και υπερβολική ανησυχία μήπως τους χάσει ή συμβεί κάποιο κακό σ' αυτούς ή στο ίδιο, γ) απροθυμία και άρνηση να πάει στο σχολείο εξαιτίας των προαναφερόμενων φόβων, δ) υπερβολικό φόβο να μείνει μόνο χωρίς τα οικεία πρόσωπα προς αυτό, ε) επίμονη απροθυμία ή άρνηση να κοιμηθεί χωρίς το άτομο με το οποίο είναι συναισθηματικά προσκολλημένο ή να κοιμηθεί μακριά από το σπίτι, στ) μπορεί να παρουσιάσει επαναλαμβανόμενους εφιάλτες που αφορούν θέματα αποχωρισμού και ζ) επαναλαμβανόμενα παράπονα για σωματικά συμπτώματα (κεφαλαλγίες, πόνους στο στομάχι, ναυτία ή εμετό), όταν συμβαίνει ή αναμένεται αποχωρισμός από οικεία πρόσωπα. Η διάρκεια της διαταραχής ορίζεται σε 4 εβδομάδες τουλάχιστον (Καλλιμώρου, 2008).

Για να γίνει διάγνωση ότι το παιδί πάσχει από άγχος αποχωρισμού, θα πρέπει ο φόβος του αποχωρισμού να αποτελεί το επίκεντρο του άγχους και το άγχος να έχει εκδηλωθεί κατά τα πρώτα έτη ζωής (Μπίμπου-Νάκου, 2004α). Θα πρέπει το άγχος να είναι δυσανάλογο με την ηλικία του παιδιού, να εκδηλώνεται με ασυνήθιστη βαρύτητα και να έχει σχέση με προβλήματα κοινωνικής λειτουργικότητας. Η διαταραχή άγχους αποχωρισμού παρουσιάζεται με την ίδια συχνότητα και στα δύο φύλα και είναι δυνατόν να συνυπάρχει με ειδικές φοβίες, όπως ο φόβος για το σκοτάδι (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006).

⁵ DSM (American Psychiatric Association. APA): Είναι το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών, το οποίο αναπτύχθηκε στις ΗΠΑ και αποτελεί ένα κατηγορικό σύστημα ταξινόμησης που χρησιμοποιείται σε όλο τον κόσμο. Το DSM-IV χρονολογείται στο 1994, είναι από τις τελευταίες εκδόσεις και περιλαμβάνει ένα μεγάλο αριθμό διαγνωστικών κατηγοριών που αναφέρονται σε παιδιά (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006).

Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή: Τα παιδιά με γενικευμένο άγχος έχουν τάσεις για τελειότητα και έντονη ανάγκη για συνεχή ενίσχυση και επιδοκιμασία. Το άγχος του παιδιού δεν εστιάζεται σε ένα συγκεκριμένο αντικείμενο ή συνθήκη, και κατά την πορεία, ο εστιασμός της ανησυχίας μπορεί να στρέφεται από ένα αντικείμενο σε άλλο. Μπορεί να στενοχωριέται για το τι θα συμβεί στο μέλλον ή για πράξεις που έκανε στο παρελθόν. Κυρίως τα μεγαλύτερα παιδιά, στενοχωριούνται για το πώς φέρθηκαν παλιότερα, συγκριτικά με τα μικρότερα (Μπίμπου-Νάκου, 2004α).

Η αντίδραση των παιδιών σε γεγονότα ή καθημερινές δραστηριότητες είναι το υπερβολικό και ανεξέλεγκτο άγχος, η ευερεθιστότητα, η μυϊκή ένταση, η δυσκολία συγκέντρωσης, τα προβλήματα ύπνου και η εύκολη κόπωση. Γενικά, τα παιδιά με γενικευμένο άγχος εκδηλώνουν συχνά σωματικές ενοχλήσεις και ασχολούνται υπερβολικά με τον εαυτό τους (Μπίμπου-Νάκου, 2004α). Τείνουν να ανησυχούν για την απόδοση τους στο σχολείο, τη σύγκριση με τα άλλα παιδιά, την ακρίβεια των πράξεών τους. Ο πυρήνας της διαταραχής είναι πως ό,τι δεν πάει καλά είναι οδυνηρό (καταστροφολογία: βιώνουν συνθήκες επερχόμενης καταστροφής). Συνήθως όμως, τα παιδιά με γενικευμένο άγχος υπερεκτιμούν το ενδεχόμενο των αρνητικών συνεπειών ορισμένων καταστάσεων και επίσης νιώθουν ανήμπορα να αντιμετωπίσουν τις εξελίξεις που προβλέπουν ότι θα ακολουθήσουν (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006). Το γενικευμένο άγχος δυσκολεύει περισσότερο τα παιδιά και τις σχέσεις τους, συγκριτικά με τις άλλες μορφές άγχους.

Διαταραχή Πανικού: Η συγκεκριμένη διαταραχή χαρακτηρίζεται από συχνή εκδήλωση κρίσεων πανικού, οι οποίες συνοδεύονται από ανυπόφορη αίσθηση ενδεχόμενου κινδύνου ή και θανάτου. Εκδηλώνεται ξαφνικός και υπερβολικός φόβος και δυσφορία που αφορά σωματικά συμπτώματα, όπως εφίδρωση, τρόμο, ταχυκαρδία, ναυτία, αστάθεια, ρίγη, ασφυξία.

Ο πυρήνας της διαταραχής είναι ότι το άτομο φοβάται ότι θα χάσει τον έλεγχο ή ότι θα πάθει κάτι (η αίσθηση του «θα τρελαθώ»). Τα παιδιά με διαταραχή πανικού, δεν μπορούν να προβλέψουν πότε μπορεί να παρουσιαστεί μία κρίση και αυτό τους προξενεί έντονο άγχος και φόβο μήπως συμβούν και επιπρόσθετες κρίσεις. Έτσι δυσκολεύονται να συγκεντρωθούν σε αυτό που κάνουν και προσπαθούν συνεχώς να ξεφύγουν από αυτή την κατάσταση (ADAA, 2003).

Μετατραυματικό Στρες: Όταν τα παιδιά έχουν βιώσει ή υπήρξαν μάρτυρες ενός τραυματικού γεγονότος (π.χ. σεισμός, βασανισμός, ατύχημα), εκδηλώνουν έντονο άγχος ως επακόλουθο αυτής της τραυματικής εμπειρίας (ADAA, 2003). Η αναβίωση αυτού του

γεγονότος γίνεται είτε μέσω των ονείρων, είτε μέσω επαναλαμβανόμενων και παρείσακτων ενοχλητικών ανακλήσεων του γεγονότος, είτε από έντονες ενοχλήσεις από νύξεις που μπορεί να του το θυμίζουν. Ο πυρήνας της διαταραχής είναι η αποφυγή της αναβίωσης, η αποφυγή σκέψεων και συναισθημάτων, ή ακόμα και συζητήσεων που σχετίζονται με το γεγονός (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006).

Κοινωνική Φοβία: Είναι ο έντονος και επίμονος φόβος σε κοινωνικές καταστάσεις. Ο πυρήνας της διαταραχής είναι η ανησυχία του ατόμου μήπως εκτεθεί σε μια συνθήκη, όπου θα βιώσει αμηχανία και σύγχυση. Τα παιδιά με κοινωνική φοβία είναι συνήθως παιδιά μοναχικά, απομονωμένα και θεωρούνται ήσυχα από τους γονείς και τους συνομηλίκους. Είναι ιδιαίτερα φοβισμένα στο σχολικό χώρο και νιώθουν άβολα σε καταστάσεις όπως όταν πρόκειται να διαβάσουν δυνατά ή να ζητήσουν βοήθεια από το δάσκαλο (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006). Εκδηλώνουν απροθυμία στο να συμμετέχουν σε ομαδικές δραστηριότητες και εκδηλώσεις, εξαιτίας του φόβου τους μήπως εκτεθούν ή ακόμα ντροπιαστούν. Γενικά, ένα από τα γνωρίσματα αυτών των παιδιών είναι η αδιαφορία (ADAA, 2003).

Ειδική Φοβία: Έρευνες σε παιδιά απέδειξαν ότι τα περισσότερα παιδιά εμφανίζουν φόβους και ανησυχίες που αποτελούν στάδιο της φυσιολογικής ανάπτυξής τους. Οι Bell-Dolan, Last & Strauss,(1990), εξέτασαν 62 παιδιά ηλικίας 5-8 ετών που δεν είχαν ιστορικό αναπτυξιακής διαταραχής. Το 1/3 εξέφρασε υπεραπασχόληση με επίτευξη, φοβίες για το ύψος, για έκθεση σε κοινό, αποφυγή κοινωνικής επαφής και σωματικές ενοχλήσεις (Καλλιμώρου, 2008).

Τα παιδιά με ειδικές φοβίες βιώνουν υπερβολικό και παράλογο φόβο στην παρουσία ή την πρόβλεψη παρουσίας συγκεκριμένου αντικειμένου, ζώου ή κατάστασης. Από τις πιο συνηθισμένες φοβίες που παρουσιάζονται στα παιδιά είναι: ο φόβος για τα ύψη, για το σκοτάδι, για μικρούς και περιορισμένους χώρους (κλειστοφοβία), για δυνατούς θορύβους, για τους κεραυνούς, για τα φίδια, για τα σκυλιά και άλλα μικρά ζώα (ADAA, 2003).

Είναι πολύ πιθανό, τα παιδιά να μην αντιλαμβάνονται πάντα ότι οι φόβοι τους είναι υπερβολικοί και αδικαιολόγητοι. Βιώνουν άγχος εξαιτίας των σκέψεων που κάνουν για το τι μπορεί να τους συμβεί αν εκτεθούν στο αντικείμενο ή την κατάσταση που τους προκαλεί φόβο. Επίσης, είναι πιθανό να βρίσκονται διαρκώς σε ετοιμότητα, προκειμένου να διαπιστώσουν έγκαιρα την εμφάνιση του φοβικού ερεθίσματος (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006).

ΙδεοΨυχαναγκαστική Διαταραχή: Τα παιδιά με αυτή τη διαταραχή χαρακτηρίζονται από επαναλαμβανόμενες ιδεοληψίες ή καταναγκασμούς, που γίνονται με τη μορφή τελετουργίας και δημιουργούν πρόβλημα στη λειτουργικότητα, καθώς το παιδί τις έχει δημιουργήσει μέσα στο μυαλό του σαν σκέψεις ή εικόνες. Η καθημερινή ενασχόληση με τους καταναγκασμούς είναι τουλάχιστον μία ώρα καθημερινά (ADAA, 2003). Οι ιδεοληψίες που αναφέρουν τα παιδιά έχουν σχέση με διάφορες μολύνσεις, τη σεξουαλικότητα και τη θρησκεία. Ο πυρήνας της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής στα παιδιά έχει ως εξής: «θα συμβεί αυτό το κακό επειδή έκανα αυτή τη σκέψη. (μαγική σκέψη). Αν εκτελέσω αυτό το τελετουργικό αντισταθμίζω το υποτιθέμενο κακό και μειώνω το άγχος μου. Τίποτα κακό δε θα συμβεί».

Σχολική φοβία: Η σχολική φοβία είναι αγχώδη διαταραχή που χαρακτηρίζεται από φόβο για την παρακολούθηση του σχολείου. Ο φόβος για το σχολείο πρωτοεμφανίζεται στον παιδικό σταθμό, το νηπιαγωγείο και κορυφώνεται στη Β' τάξη του Δημοτικού. Είναι όμως δυνατό να εμφανιστεί και στο γυμνάσιο. Η σχολική φοβία δεν πρέπει να συγχέεται με τις πρώτες αρνητικές αντιδράσεις του παιδιού όταν πρωτοπηγαίνει στο σχολείο. Το σχολικό περιβάλλον για το «νεοσύλλεκτο» μαθητή είναι κάτι άγνωστο και είναι φυσιολογικό για ένα παιδί να εκδηλώνει έναν ενστικτώδη φόβο για κάτι καινούριο και άγνωστο. Είναι λοιπόν φυσικό, κατά τις πρώτες μέρες του παιδιού στο σχολείο να υπάρχουν έντονες αντιδράσεις ή άρνηση του παιδιού να πάει στο σχολείο. Οι εκδηλώσεις αυτές μετά τις πρώτες εντυπώσεις, συνήθως υποχωρούν. Επίσης, η σχολική φοβία διαφέρει από άλλους συγκεκριμένους και πραγματικούς φόβους που εκδηλώνει το παιδί για το σχολείο, όπως π.χ. φόβο για κάποιο συμμαθητή ή κάποιο διαγώνισμα κ.λπ. (Δεσποτοπούλου, 2008).

Το σχολειοφοβικό παιδί βασανίζεται κυρίως από την σκέψη ότι πρέπει να εγκαταλείψει το σπιτικό περιβάλλον και όχι τόσο από ένα συγκεκριμένο φόβο στο σχολείο. Έτσι, βρίσκει διάφορες δικαιολογίες για να παραμείνει στο σπίτι, οι οποίες αν και είναι λογικοφανείς, συνήθως δεν πείθουν τους οικείους του. Για παράδειγμα μπορεί να παραπονεθεί για τον αυστηρό δάσκαλο, για κάποιο μαθησιακό πρόβλημα, για τα διαγώνισμα, ή για κοροϊδία ή χειροδικία από τους συμμαθητές του κ.λπ. Επίσης, το παιδί πιθανότατα να εκφράσει το φόβο ότι κάτι κακό θα συμβεί στη μητέρα όσο αυτό λείπει από το σπίτι. Τα μικρότερα παιδιά συνήθως δε δίνουν εξηγήσεις για την άρνησή τους να πάνε στο σχολείο και απλώς εκδηλώνουν κάποια συμπτώματα, για τα οποία δε μπορεί να δοθεί ιατρική εξήγηση.

Τα συμπτώματα που μπορεί να οδηγήσουν στο συμπέρασμα ότι ένα παιδί είναι σχολειοφοβικό (Schmitt, 1991) αφορούν κυρίως αόριστα σωματικά συμπτώματα, όπως στομαχόπονοι, πονοκέφαλοι, πόνος στο λαιμό, ναυτία ή ζάλη, διάρροια, ιδιοτροπίες στο φαγητό, νυχτερινούς εφιάλτες, ενούρηση, εγκόπριση κ.λπ. , ειδικά όταν το παιδί έχει απουσιάσει πέντε ή και περισσότερες μέρες εξαιτίας αυτών των συμπτωμάτων. Η ώρα που εμφανίζονται συνήθως τα συμπτώματα είναι το πρωί, όταν ετοιμάζεται να πάει στο σχολείο. Μπορεί το παιδί να εκδηλώσει αντικοινωνικές συμπεριφορές, όπως εκρήξεις θυμού, επιθετικότητα ή υπερκινητικότητα, άρνηση για λήψη τροφής. Τα συμπτώματα επιδεινώνονται την ώρα αναχώρησης από το σπίτι ή την ώρα άφιξης στο σχολείο. Κατά την παραμονή στο σχολικό χώρο, το παιδί αναζητά διαρκώς τους γονείς του και θέλει να γυρίσει σπίτι.

Το νηπιαγωγείο και η Α΄ Δημοτικού είναι οι πρώτες τάξεις που εμφανίζονται τα συμπτώματα. Κυρίως αρχίζουν τους μήνες Σεπτέμβριο και Οκτώβριο. Υπάρχουν ελάχιστα συμπτώματα κατά τα σαββατοκύριακα και τις διακοπές, ενώ εμφανίζονται την Κυριακή το βράδυ και τη Δευτέρα το πρωί. Στις υπόλοιπες δραστηριότητες το παιδί φαίνεται υγιές και ενεργητικό.

Για την αντιμετώπιση της σχολικής φοβίας οι γονείς πρέπει να δείξουν υπομονή, σταθερότητα στη συμπεριφορά τους και έμπρακτο ενδιαφέρον για τη συμπεριφορά του παιδιού τους. Όταν το παιδί παραπονιέται ότι είναι άρρωστο, πρέπει να κρίνουν απ' όσα ξέρουν για την προσωπικότητά του κατά πόσο προσποιείται ή όχι και να ενθαρρύνουν την έκφραση των συναισθημάτων του και την επικοινωνία. Είναι σημαντικό να προτρέψουν το παιδί να έχει περισσότερες επαφές με συνομηλίκους, π.χ. να ενταχθεί σε αθλητικές ομάδες, να πηγαίνει στα σπίτια άλλων παιδιών, να βγαίνει συχνά έξω (Δεσποτοπούλου, 2008).

5.3 Η φύση της σχέσης ανάμεσα στην μητέρα και το παιδί της

Ο όρος μητρότητα χρησιμοποιείται για να υποδηλώσει το ισχυρό σε ένταση ένστικτο και το ποιοτικό συναίσθημα της γυναίκας – μητέρας για το παιδί της. Από τη στιγμή της γέννησης του παιδιού, η μητέρα το φροντίζει με στοργή, σταθερότητα, ετοιμότητα και προσπαθεί να καλύψει επαρκώς τις βιοκινητικές, συναισθηματικές, νοητικές και κοινωνικές ανάγκες του. Από τα συναισθήματα ασφάλειας που εμπνέει στο παιδί η σχέση του με τη μητέρα, αλλά και με τα άλλα πρόσωπα του οικείου

περιβάλλοντος (πατέρας, αδέρφια κ.λπ.), κρίνεται κατά πόσο το παιδί θα αποκτήσει το πρώτο στοιχείο της υγιούς προσωπικότητας, τη βασική εμπιστοσύνη, η οποία θα του επιτρέψει να έχει θετική στάση απέναντι στα πρόσωπα γύρω του και στον κόσμο γενικότερα (Erikson, 1963).

Ο ρόλος της μητέρας είναι ιδιαίτερα σημαντικός, αφού αποτελεί για το παιδί το κύριο πρόσωπο αναφοράς για όλη του τη ζωή. Η ποιότητα της σχέσης μητέρας – παιδιού επηρεάζει την ποιότητα των διαπροσωπικών σχέσεων που θα αναπτύξει το παιδί στην ενήλικη ζωή. Ο ρόλος της μητέρας δεν διαμορφώνεται μόνο από την αμφίδρομη σχέση με το παιδί της, αλλά και από τις άλλες εμπειρίες (νοητικές και συναισθηματικές) που βιώνει στον οικογενειακό, επαγγελματικό και κοινωνικό τομέα ταυτόχρονα. Η εναρμόνιση των ρόλων που έχει μια μητέρα επηρεάζει τη σωματική και ψυχική της υγεία, και κατ' επέκταση την ψυχική υγεία του παιδιού (Αλεξιάδου & Χριστοδούλου, 1990).

Η σχέση της μητέρας με το παιδί της αφορά την φροντίδα και το πλούσιο σε ποιότητα συναίσθημα που αναπτύσσεται μεταξύ τους. Σύμφωνα με τους αναπτυξιακούς ψυχολόγους, αυτή η σχέση είναι αμφίδρομη, υπάρχει δηλαδή αλληλεπίδραση, όπου η συμβολή της μητέρας είναι ιδιαίτερα σημαντική (Bell & Harper, 1977). Η ποιότητα της σχέσης έχει σημαντικές επιδράσεις στη συναισθηματική και πνευματική ανάπτυξη του παιδιού. Οι παράγοντες που παίζουν καθοριστικό ρόλο είναι πολλοί. Για παράδειγμα, το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του παιδιού και η κατάσταση της υγείας της μητέρας. Η σχέση μπορεί να διαταραχθεί εάν η μητέρα μειονεκτεί ψυχολογικά, αλλά και φυσικά (Harper, 1990).

5.4 Συσχέτιση παιδικού άγχους και άγχους μητέρας

Υπάρχει στενή σχέση ανάμεσα στη συχνότητα των σωματικών και ψυχικών παθήσεων στους γονείς και στην εμφάνιση ψυχολογικών προβλημάτων στα παιδιά. Σε σχετική έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Αγγλία (Rutter, 1966), βρέθηκε ότι το ένα στα πέντε από τα παιδιά με νευρωσικές διαταραχές και με προβλήματα αντικοινωνικής συμπεριφοράς που νοσηλεύονταν σε ψυχιατρική παιδική κλινική, είχε έναν ψυχικά ασθενή γονέα. Η αναλογία αυτή ήταν τριπλάσια σε σχέση με ανάλογη έρευνα που έγινε στους γονείς μιας ομάδας σύγκρισης από παιδιά που νοσηλεύονταν σε παιδική οδοντιατρική κλινική. Ακόμα, τα παιδιά στην παιδιατρική ψυχιατρική κλινική με γονείς

που είχαν ιστορικό ψυχικών διαταραχών, έπασχαν από περισσότερα ψυχολογικά προβλήματα σε σύγκριση με τα υπόλοιπα παιδιά στην ίδια κλινική.

Παρόλα αυτά δεν μπορεί να υποστηριχτεί η άποψη ότι όλα τα παιδιά με γονείς που έχουν ψυχικές διαταραχές, θα παρουσιάσουν και τα ίδια ψυχολογικά προβλήματα. Πολλά γίνονται υγιείς ενήλικες. Απλά, τα παιδιά που ζουν σε τέτοιες καταστάσεις διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο. Αυτό που φαίνεται να έχει ιδιαίτερες επιπτώσεις στο παιδί, είναι αν και σε τι βαθμό ο γονέας το εμπλέκει στα παθολογικά του συμπτώματα (για παράδειγμα όταν ο γονέας έχει άγχος για την ομαλή ανάπτυξη του παιδιού). Επίσης, η κατάθλιψη συνδέεται στενά με την εμφάνιση προβλημάτων στο παιδί. Τα προβλήματα που θα παρουσιάσει το παιδί σχετίζονται κυρίως με ψυχική ασθένεια της μητέρας (Herbert, 1992).

Τα ψυχολογικά προβλήματα που παρουσιάζουν τα παιδιά με γονείς με ψυχική διαταραχή, είναι κυρίως η κατάθλιψη, το άγχος, οι σωματικές ενοχλήσεις, οι διαταραχές διαγωγής, καθώς και επιμέρους γνωστικές, αναπτυξιακές και κοινωνικές δυσκολίες (Beardslee, Versage & Gladstone, 1998` Fisher, Kokes, Coles, Perkins & Wynne, 1987` Grunbaum & Gammeltoft, 1993 αναφ. στο Μπίμπου-Νάκου, 2004α).

Σε σχετική έρευνα μελετήθηκαν οι πρώιμες σχέσεις γονέων και παιδιών, κυρίως αναδρομικά (Manassis, Bradley, Goldberg, Hood & Swinson, 1994). Οι δυσκολίες άγχους μελετήθηκαν στα ίδια τα παιδιά που εμφανίζουν αντίστοιχα προβλήματα και έπειτα διερευνήθηκαν οι σχέσεις γονέων – παιδιών (bottom up). Βρέθηκε ότι το 80% των παιδιών που παραπέμφθηκαν σε κάποια υπηρεσία λόγω άγχους, μοιράζονταν τα ίδια προβλήματα με έναν από τους δύο γονείς. Το ποσοστό έφτανε το 60% σε παιδιά και εφήβους που οι γονείς τους εκδήλωναν προβλήματα άγχους (Μπίμπου-Νάκου, 2004α).

Σε πολλές ερευνητικές εργασίες έχει διαπιστωθεί πως τα παιδιά έχουν αυξημένες πιθανότητες να εκδηλώσουν κάποια ψυχική διαταραχή σε περιπτώσεις που έχουν οι γονείς κάποια ψυχική διαταραχή. Σύμφωνα με ερευνητικά δεδομένα, παιδιά με γονείς που πάσχουν από αγχώδη διαταραχή, έχουν επτά φορές περισσότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν την ίδια διαταραχή σε σχέση με άλλα παιδιά (Bernstein & Borchardt, 1991). Για παράδειγμα, (Piacentini & Graae, 1997) το 20% των γονέων εφήβων με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή παρουσιάζει την ίδια διαταραχή, ενώ το 50% των γονέων των εφήβων αυτών παρουσιάζει κάποια μεμονωμένα συμπτώματα της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής. Έχει επίσης διαπιστωθεί, σε ό,τι αφορά τις διαταραχές διάθεσης (Beardslee et al., 1993), πως τα παιδιά των γονέων με κάποια διαταραχή διάθεσης έχουν δύο έως τρεις φορές περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν κατάθλιψη

σε σχέση με τα παιδιά γονέων χωρίς ψυχική διαταραχή. Επίσης, (Weissman et al., 1988) παιδιά των οποίων οι γονείς είχαν κατάθλιψη κατά την παιδική ηλικία, έχουν 14 φορές περισσότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν και τα ίδια κατάθλιψη μέχρι τα 13 τους χρόνια (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006).

Στην Ελλάδα δεν υπάρχουν συστηματικά δεδομένα σχετικά με τον αριθμό των παιδιών που έχουν γονείς με ψυχικές διαταραχές, καθώς και για τον αριθμό των παιδιών που ζουν με έναν γονιό ψυχικά επιβαρυνόμενο και απευθύνονται σε ιατροπαιδαγωγικές και άλλες υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Τα συνολικότερα δεδομένα δείχνουν ποσοστό 30% με 80% για την εμφάνιση ψυχικών διαταραχών σε παιδιά με γονείς που πάσχουν από ψυχική διαταραχή (Billings & Moos, 1985` Hosman, 2001). Έρευνες στη Σουηδία (Thore Morch, 2001) έδειξαν ότι γονείς με ψυχικές διαταραχές που φροντίζουν μόνοι τους τα παιδιά τους παρουσιάζουν σε ποσοστό 20% ανάγκη μακροχρόνιας νοσηλείας, ενώ σε ποσοστό 25-30% επισκέπτονται ως εξωτερικοί ασθενείς αρμόδιες υπηρεσίες. Γενικότερα στην Ευρώπη το ποσοστό γονιών με ψυχικές διαταραχές κυμαίνεται στο 20 με 50% (Hosman, 2001). Οι μελέτες που αναφέρονται σε γονείς με διαγνωσμένη κατάθλιψη (Beardslee, Versage & Gladstone, 1998) καταγράφουν ότι τα παιδιά τους κινδυνεύουν να εμφανίσουν συναισθηματικές δυσκολίες 4 με 6 φορές περισσότερο. Η πλειονότητα των γονέων με ψυχική διαταραχή είναι μητέρες (Nicholson, Nason, Calabresi & Yando, 1999), οι περισσότερες από τις οποίες είναι μόνες, με χαμηλό εισόδημα και εμπειρίες θυματοποίησης (Μπίμπου-Νάκου, 2004β).

Η εργασία της μητέρας (η οποία εξαρτάται από την κοινωνικοοικονομική κατάσταση) φαίνεται να είναι ένας από τους παράγοντες που επηρεάζουν την ανάπτυξη των παιδιών. Παιδιά μόνων, φτωχών και αμόρφωτων μητέρων φαίνεται να ευεργετούνται όταν η μητέρα τους εργάζεται. Αυτό οφείλεται στην αύξηση του οικογενειακού εισοδήματος, στην βελτίωση της κοινωνικής θέσης της μητέρας, του ηθικού της και της αυτοπεποίθησής της (Bronfenbrenner, 1995). Σχετική έρευνα επιβεβαιώνει αυτό το εύρημα (Vandell & Ramanan, 1991), στην οποία βρέθηκε ότι παιδιά της τρίτης και πέμπτης δημοτικού, τα οποία φρόντιζαν μετά το σχολείο οι μόνες άνεργες μητέρες τους, είχαν υψηλότερα ποσοστά αντικοινωνικής συμπεριφοράς, άγχους και συγκρούσεων με συνομηλίκους, σε σχέση με τα παιδιά που είχαν άλλο είδος επιτήρησης από ενήλικους μετά το σχολείο. Βέβαια, σημαντικό ρόλο παίζουν και οι ώρες εργασίας της μητέρας. Περισσότερες από σαράντα ώρες την εβδομάδα (Gottfried, Gottfried & Bathurst, 1988` Owen & Cox, 1988) αυξάνουν τα επίπεδα άγχους της μητέρας και επηρεάζουν της

ευαισθησία της στην παροχή φροντίδας στο παιδί της. Είναι επίσης πιθανό να έχουν επίδραση στην προσαρμογή και τα επιτεύγματα του παιδιού (Cole & Cole, 2002).

Οι παρεμβάσεις που προσανατολίζονται στην οικογένεια αναγνωρίζουν πως οι δυσκολίες των παιδιών αναπτύσσονται σε ένα συγκεκριμένο πλαίσιο σχέσεων όπου υπάρχει αλληλεξάρτηση (Moinar & Linqvist, 1993). Το παιδί που δυσκολεύεται να παρακολουθήσει το σχολείο γιατί δεν θέλει να αποχωριστεί τους γονείς του ή δυσκολεύεται να κάνει φίλους προφανώς εκδηλώνει τη συγκεκριμένη συμπεριφορά μέσα σε ένα πλαίσιο σχέσεων όπου η οικογένεια παίζει σημαντικό ρόλο και αντιδρά με συγκεκριμένους τρόπους στις δυσκολίες του παιδιού. Από την άλλη πλευρά η εμπλοκή της οικογένειας συνδέεται δυνάμει με την εμφάνιση ή τη διατήρηση των δυσκολιών άγχους μέσω της αλληλεπίδρασης γενετικών ή περιβαλλοντικών παραγόντων ή τρόπων επικοινωνίας. Οι γονείς, για παράδειγμα, πιθανόν να εκδηλώνουν συμπεριφορές που διευκολύνουν την εκδήλωση άγχους στα παιδιά, είτε γιατί και οι ίδιοι νιώθουν άγχος, είτε γιατί δεν αντιδρούν ιδιαίτερα αποτελεσματικά παρά τις προθέσεις τους (Μπίμπου-Νάκου, 2004α).

Σε ό,τι αφορά τη σχέση ψυχικής διαταραχής γονέα και παιδιού, δεν υπάρχουν συστηματικές προσεγγίσεις προληπτικής παρέμβασης για παιδιά και γονείς σε οικογένειες όπου ο ένας από τους δύο γονείς εκδηλώνει κάποια ψυχική διαταραχή (Falkon, 1998` Stedman & Fuggle, 2000` Reder, McClure & Jolley, 1998). Οι έρευνες εστιάζονται κυρίως στο πως προσαρμόζονται τα παιδιά σε καταστάσεις επηρεασμένες από την ύπαρξη γονικής ψυχικής διαταραχής, στα χαρακτηριστικά και τις εμπειρίες των γονιών ως ατόμων που χρειάζονται βοήθεια και ως προς τον γονεϊκό τους ρόλο, καθώς και σε θέματα που αφορούν την ανάπτυξη και αξιολόγηση παρεμβάσεων σε γονείς και παιδιά (Styron, Kliine Pruett, McMahon & Davidson, 2002), χωρίς όμως να υπάρχει σύνδεση (Falkon, 1998) μεταξύ των αναγκών των γονέων και των παιδιών στις περισσότερες έρευνες (Μπίμπου-Νάκου, 2004β).

Οι κλινικοί παράγοντες (Μπίμπου-Νάκου, 2004β) που επηρεάζουν την εμφάνιση ψυχικών διαταραχών στα παιδιά δεν συνδέονται τόσο με την διάγνωση της γονικής ψυχικής διαταραχής (Downey & Coyne, 1990` Fisher & Kokes, 1980` Sameroff, Seifer & Zax, 1982), αλλά με την διάρκειά της, την επιμονή της, την κλινική εικόνα, τον τρόπο και τον χρόνο έναρξης (Reder, McClure & Jolley, 1998). Όμως, όπως προαναφέρθηκε δεν εκδηλώνουν όλα τα παιδιά (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006), από αυτά που ζουν σε προβληματικά περιβάλλοντα, ψυχικές διαταραχές. Οι προστατευτικοί παράγοντες των παιδιών (ή αυτοί που μετριάζουν τις συνέπειες) είναι η υψηλή νοημοσύνη και η ικανότητα

επίλυσης προβλημάτων (Herrenkohl et al., 1994` Seifer et al., 1992), η παρουσία έμπιστου ενήλικα εκτός οικογένειας (Jenkins & Smith, 1990` Werner, 1989), η υποστηρικτική σχέση με τουλάχιστον ένα γονέα (Bradley et al., 1994) και η ομαλή βρεφική περίοδος (Werner, 1989).

Δεν υπάρχουν πολλές μελέτες για την κατανόηση από τα παιδιά γενικά της ψυχικής διαταραχής ή της γονικής ψυχικής διαταραχής. Ανεξάρτητα από την ηλικία τους, έχουν την τάση να συνδέουν την ψυχική διαταραχή των γονιών τους με τη δική τους συμπεριφορά. Η δυσκολία κατανόησης για το τι ακριβώς συμβαίνει στους γονείς έγκειται στο γεγονός ότι απουσιάζει συστηματική ενημέρωση από τα διαθέσιμα θεσμικά ή μη δίκτυα στήριξης (Falkov, 1998` Roberts, 1996 αναφ. στο Μπίμπου-Νάκου, 2004β).

Τα κεφάλαια που ακολουθούν αναφέρονται σε έρευνα που πραγματοποιήσαμε προκειμένου να βρεθούν σχετικοί δείκτες συσχέτισης παιδικού άγχους και άγχους μητέρας (λεπτομέρειες μεθοδολογίας στο κεφάλαιο 6) και στα αποτελέσματα που βρέθηκαν από τη συγκεκριμένη έρευνα (κεφάλαιο 7).

Β' ΜΕΡΟΣ – ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

6.1 Η προβληματική της παρούσας έρευνας

Ο σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν να διαπιστωθεί αν υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στο παιδικό άγχος και το άγχος μητέρας. Με την επιλογή κατάλληλων ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκαν μετρήσεις προκειμένου να διερευνηθούν τα επίπεδα άγχους τόσο των παιδιών, όσο και των μητέρων, καθώς και μετρήσεις της ψυχικής διάθεσης και ψυχικών διαταραχών, και συγκεκριμένα της κατάθλιψης.

Οι κυριότεροι δείκτες συσχέτισης που αναμενόταν από τα αποτελέσματα της έρευνας ήταν δύο. Ο πρώτος αφορούσε το άγχος της μητέρας και πως αυτό επηρεάζει και καθορίζει το εσωτερικευμένο και γενικευμένο άγχος του παιδιού. Ο δεύτερος αναφερόταν στη συσχέτιση που υπάρχει ανάμεσα στην κατάθλιψη της μητέρας και το εσωτερικευμένο και γενικευμένο άγχος του παιδιού. Τα προβλήματα άγχους τα οποία ανήκουν στα προβλήματα συναισθήματος και αφορούν την ψυχική υγεία των παιδιών έχουν μία βασική διάκριση. Διακρίνονται σε προβλήματα εσωτερίκευσης (είναι τα προβλήματα που το παιδί δεν εκδηλώνει με άμεσο τρόπο και ορατό και δεν γίνονται εύκολα αντιληπτά από τους άλλους) και σε προβλήματα εξωτερίκευσης, τα οποία παρατηρούνται στη συμπεριφορά του παιδιού.

Συγκεκριμένα, τα ερευνητικά ερωτήματα που τέθηκαν είναι τα εξής:

- ✓ Όταν η μητέρα παρουσιάζει υψηλά ποσοστά άγχους εμφανίζει και το παιδί υψηλά ποσοστά εσωτερικευμένου και γενικευμένου άγχους;
- ✓ Η παρουσία κατάθλιψης στην μητέρα σχετίζεται με υψηλά ποσοστά εσωτερικευμένου και γενικευμένου άγχους στο παιδί;

Προκειμένου να γίνουν οι απαραίτητες μετρήσεις άγχους των παιδιών και των μητέρων τους και να βρεθούν οι δείκτες συσχέτισης, θεωρήθηκε σκόπιμο να ελεγχθεί η επίδραση διάφορων παραγόντων. Συγκεκριμένα, αυτοί οι παράγοντες αφορούσαν το άγχος των παιδιών, το άγχος της μητέρας και την κατάθλιψη της μητέρας με το φύλο και την ηλικία των παιδιών, καθώς και το μορφωτικό - εκπαιδευτικό επίπεδο των μητέρων. Τα ερωτήματα που τέθηκαν είναι τα εξής:

- ✓ Το φύλο του παιδιού επηρεάζει τα ποσοστά άγχους που θα εκδηλώσει;

- ✓ Τα ποσοστά κατάθλιψης και άγχους της μητέρας επηρεάζονται από το φύλο του παιδιού;
- ✓ Τα ποσοστά άγχους του παιδιού επηρεάζονται από την ηλικία του;
- ✓ Η ηλικία του παιδιού επηρεάζει τα ποσοστά κατάθλιψης και άγχους της μητέρας;
- ✓ Τα ποσοστά άγχους και κατάθλιψης της μητέρας επηρεάζονται από το μορφωτικό – εκπαιδευτικό επίπεδό της;
- ✓ Το μορφωτικό – εκπαιδευτικό επίπεδο της μητέρας επηρεάζει τα ποσοστά άγχους του παιδιού;

Για την μέτρηση των μέσων όρων και των τυπικών αποκλίσεων των δημογραφικών παραγόντων ως προς το άγχος παιδιού και του άγχους και κατάθλιψης των μητέρων, αλλά και την μέτρηση των δεικτών συσχέτισης ανάμεσα σε άγχος και κατάθλιψη μητέρας και άγχος παιδιού, καθοριστικό ρόλο θα παίζουν οι τιμές από τις αναλύσεις των αποτελεσμάτων που θα προκύψουν από τα ερωτηματολόγια.

Οι αρχικές υποθέσεις της έρευνας έτειναν στην εύρεση θετικής συσχέτισης ανάμεσα στους δείκτες και στατιστικώς σημαντικής, χωρίς όμως αυτό να απέκλειε το ενδεχόμενο μιας ασήμαντης συσχέτισης. Σύμφωνα λοιπόν με τα προαναφερθέντα ερωτήματα αναμένεται ότι υψηλά ποσοστά του άγχους της μητέρας σχετίζονται και με υψηλά ποσοστά του άγχους του παιδιού.

6.2 Το δείγμα

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στην πόλη του Βόλου (Νομός Μαγνησίας) κατά την χρονική περίοδο από Δεκέμβριο του 2007 έως Απρίλιο του 2008. Για να χορηγηθούν τα ερωτηματολόγια στα σχολεία ζητήθηκε άδεια από την Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση, η οποία αφού έλεγξε το περιεχόμενό τους και τα έκρινε κατάλληλα, χορήγησε το σχετικό έγγραφο. Τελικά, τα παιδιά που συμμετείχαν στην έρευνα φοιτούσαν σε δημοτικά σχολεία του δήμου Βόλου και του Δήμου Νέας Ιωνίας.

Το δείγμα της έρευνας αποτελείται από 116 άτομα και συγκεκριμένα από 58 παιδιά και τις μητέρες τους. Συνολικά δόθηκαν 230 ερωτηματολόγια (115 σε παιδιά και άλλα τόσα στις μητέρες τους αντίστοιχα). Από αυτά όμως επιστράφηκαν τα 116 (58 ανήκουν σε παιδιά και τα υπόλοιπα 58 στις μητέρες τους). Αυτή η διαρροή πιθανόν να οφείλεται στον περιορισμένο χρόνο των σύγχρονων μητέρων, αφού τα περισσότερα ερωτηματολόγια που δεν συμπληρώθηκαν αφορούσαν τις μητέρες. Τα αντίστοιχα συμπληρωμένα ερωτηματολόγια των παιδιών τους δεν χρησιμοποιήθηκαν στην έρευνα, γιατί δεν είχαν κάποια αξία για τις μετρήσεις.

Ο συνολικός αριθμός των αγοριών είναι 29 (2 στην Δ΄ Δημοτικού, 13 στην Ε΄ και 14 στην ΣΤ΄), και των κοριτσιών είναι επίσης 29 (17 στην Ε΄ Δημοτικού και 11 στην ΣΤ΄). Να συμπληρώσω ότι στα δημογραφικά στοιχεία του ενός ερωτηματολογίου που αναφερόταν σε κορίτσι, δεν αναγράφεται η ηλικία του, γι' αυτό και δεν συμπεριλαμβάνεται στον ακόλουθο πίνακα.

Στον πίνακα παρουσιάζεται αναλυτικά η ηλικία και το φύλο των παιδιών που έλαβαν μέρος:

Φύλο	Τάξεις			Σύνολα
	4 ^η Δημοτικού	5 ^η Δημοτικού	6 ^η Δημοτικού	
Αγόρια	2	13	14	29
Κορίτσια	0	17	11	28
Σύνολα	2	30	25	57

Επίσης, πρέπει να αναφερθεί ότι η επιλογή των σχολείων έγινε τυχαία. Επιλέχθηκαν οι μεγαλύτερες τάξεις του Δημοτικού σχολείου, γιατί τα παιδιά αυτής της ηλικίας είναι σε θέση να κατανοήσουν καλύτερα το περιεχόμενο των ερωτηματολογίων.

6.3 Εργαλεία Μέτρησης – Ερωτηματολόγια

Όπως προαναφέρθηκε η παρούσα έρευνα έχει σαν στόχο την εύρεση συσχέτισης ανάμεσα στο παιδικό άγχος και το άγχος της μητέρας. Ελέγχθηκε η επίδραση των παραγόντων που αφορούν το άγχος των παιδιών, το άγχος της μητέρας και τη κατάθλιψη της μητέρας με το φύλο των παιδιών, την ηλικία των παιδιών, καθώς και με το μορφωτικό - εκπαιδευτικό επίπεδο των μητέρων. Οι αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν με μη παραμετρική στατιστική, καθώς ο αριθμός του δείγματος κρίθηκε μικρός και αφετέρου οι βαθμολογίες στα ερωτηματολόγια που διερευνούν ψυχικές διαταραχές δεν έχουν τη μορφή της κανονικής κατανομής.

Χρησιμοποιήθηκαν δύο πακέτα ερωτηματολογίων για τις απαιτούμενες μετρήσεις, το ένα απευθυνόταν στα παιδιά και το άλλο στις μητέρες τους. Στο πακέτο που δόθηκε στα παιδιά υπήρχε ένα ερωτηματολόγιο, το οποίο καταλάμβανε χώρο μίας σελίδας Α4. Συγκεκριμένα χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο Κλίμακα Παιδικού Άγχους (SCAS, Spence) σε ελληνική προσαρμογή από Ρόμπερτ Μέλλον (2007), προκειμένου να αξιολογηθεί το γενικευμένο άγχος του παιδιού.

Η Κλίμακα Παιδικού Άγχους αποτελείται από 24 ερωτήματα, στα οποία μπορούν να δοθούν τέσσερις διαφορετικές απαντήσεις που φανερώνουν συχνότητα. Η 4βάθμια κλίμακα αποτελείται από τις εξής απαντήσεις: «Ποτέ», «Μερικές Φορές», «Συχνά», «Πάντα». Η βαθμολογία των απαντήσεων μπορεί να πάρει τιμές από το 1 έως το 4, με τον αριθμό 1 να δηλώνει απώλεια άγχους και το 4 να θεωρείται παθολογικό. Οι ενδιάμεσες απαντήσεις δηλώνουν σταδιακή αύξηση του άγχους. Στις περισσότερες ερωτήσεις η βαθμολογία είχε ως εξής: Ποτέ = 1, Μερικές Φορές = 2, Συχνά = 3, Πάντα = 4. Για παράδειγμα, στην ερώτηση «Ανησυχώ ότι θα τα πάω άσχημα στο σχολείο μου» αν κάποιο παιδί επιλέξει το «Συχνά», τότε αυτή η επιλογή θα βαθμολογηθεί με 3. Σε ορισμένες όμως ερωτήσεις η βαθμολογία αντιστρέφεται με το «Ποτέ» να θεωρείται παθολογικό και να βαθμολογείται με 4, το «Μερικές Φορές» με 3, το «Συχνά» με 2 και το «Πάντα» με 1. Για παράδειγμα, στην ερώτηση «Περνώ καλά με τα άλλα παιδιά» αν το παιδί επιλέξει το «Πάντα», τότε αυτή η απάντηση θα πάρει το βαθμό 1, καθώς το να περνάει καλά με τα άλλα παιδιά θεωρείται απόλυτα φυσιολογικό και δεν δηλώνει παθολογία.

Όσον αφορά το πακέτο ερωτηματολογίων που δόθηκε στις μητέρες, αυτό περιλαμβάνει αρχικά κάποια δημογραφικά στοιχεία που αφορούν την ίδια (οικογενειακή κατάσταση, επάγγελμα, επίπεδο εκπαίδευσης κ.λπ.), αλλά και το παιδί (φύλο, ηλικία,

αθλήματα με τα οποία ασχολείται το παιδί, μαθησιακά προβλήματα, αναπηρία κ.λπ.). Στη συνέχεια ακολουθούν τρία ερωτηματολόγια.

Το πρώτο ερωτηματολόγιο είναι το Ερωτηματολόγιο Ελέγχου Σχολικής Συμπεριφοράς Για Γονείς (CBCL: Child Behavior Checklist, Achenbach, 1991), από το οποίο συμπεριλήφθηκαν στην έρευνα μόνο τα ερωτήματα που αφορούν εσωτερικές διαταραχές (άγχος και κατάθλιψη). Σύμφωνα με το ερωτηματολόγιο, η μητέρα έπρεπε να κυκλώσει την απάντηση που πίστευε ότι ταίριαζε καλύτερα στη συμπεριφορά του παιδιού της στο παρόν ή στους τελευταίους έξι μήνες. Συνολικά, τα ερωτήματα ήταν 35 και οι απαντήσεις είχαν ως εξής: για την επιλογή «Δεν Ταίριαζει» η μητέρα έπρεπε να κυκλώσει τον αριθμό 0 εφόσον το συγκεκριμένο στοιχείο δεν το είχε παρατηρήσει ή δεν ταίριαζε στη συμπεριφορά του παιδιού της, για το «Ταιριάζει Κάπως ή Μερικές Φορές» τον αριθμό 1 και για το «Ταιριάζει Πολύ ή Πολύ Συχνά» τον αριθμό 2. Το 0, 1 και 2 είναι και οι αντίστοιχες βαθμολογίες που παίρνουν οι επιλεγμένες απαντήσεις με το 0 να μην φανερώνει την ύπαρξη κάποιας εσωτερικής διαταραχής, σε αντίθεση με το 2 που δηλώνει ύπαρξη.

Το δεύτερο ερωτηματολόγιο είναι το Psychiatric Symptom Index (Hfeld, 1976), το οποίο είναι ένα εργαλείο μέτρησης της ψυχικής διάθεσης. Με την μέτρηση της διάθεσης είναι δυνατό να διαπιστωθεί η φυσιολογική λειτουργία της, καθώς επίσης και να εξεταστούν οι διαφορές ανάμεσα στις φυσιολογικές διακυμάνσεις της διάθεσης και σε μια πιθανή διαταραχή της (Barondes, 1997). Αποτελείται από 29 ερωτήματα, στα οποία η μητέρα καλείται να επιλέξει πόσο συχνά ένωσε κάποια ενοχλήματα ή παράπονα κατά την διάρκεια των δύο τελευταίων εβδομάδων. Η 4βάθμια κλίμακα των απαντήσεων έχει ως εξής: «Ποτέ», «Κάποιες Φορές», «Συχνά» και «Πολύ Συχνά». Η βαθμολογία των απαντήσεων παίρνει τιμές από το 1 έως το 4. Συγκεκριμένα: Ποτέ = 1, Κάποιες Φορές = 2, Συχνά = 3 και Πολύ Συχνά = 4.

Το τρίτο ερωτηματολόγιο που συμπεριλήφθηκε στο πακέτο που συμπληρώθηκε από τις μητέρες ήταν το Depression Inventory του Beck (1978). Είναι μία κλίμακα αυτοαναφοράς που βασίζεται στη χρήση του όρου «κατάθλιψη» ως σύμπτωμα και αξιολογεί την καταθλιπτική διάθεση, όπως αυτή παρουσιάζεται από το ίδιο το άτομο (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006). Το ερωτηματολόγιο χρησιμοποιήθηκε για την αξιολόγηση της κατάθλιψη των μητέρων. Αποτελείται από 21 ερωτήματα πολλαπλής επιλογής, όπου η μητέρα καλείται να επιλέξει την απάντηση που εκφράζει καλύτερα το πώς αισθάνεται το τελευταίο χρονικό διάστημα. Σε κάθε ερώτημα έπρεπε να βάλει σε κύκλο μία απάντηση από κάθε ενότητα. Η κάθε ενότητα είχε 4 ή 5 παραλλαγές του ίδιου

συναισθήματος με βαθμολογία από το 0 έως το 3. Σε ορισμένες περιπτώσεις δύο ερωτήσεις λήφθηκαν σαν δύο υποερωτήματα α και β στα οποία αντιστοιχήθηκε ο ίδιος βαθμός. Για παράδειγμα 0 = Δεν αισθάνομαι λυπημένη, 1 = Αισθάνομαι λυπημένη ή μελαγχολική, 2(α) = Είμαι λυπημένη ή μελαγχολική συνεχώς και δεν μπορώ να απαλλαγώ από αυτό, 2(β) = Είμαι τόσο μελαγχολική ή δυστυχισμένη, ώστε αυτό μου προξενεί πόνο, 3 = Είμαι τόσο μελαγχολική ή δυστυχισμένη ώστε δεν μπορώ να το αντέξω.

Τόσο στα φυλλάδια που δόθηκαν στα παιδιά, όσο και στα φυλλάδια που δόθηκαν στις μητέρες, υπήρχαν εισαγωγικές σελίδες που εξηγούσαν τους τρόπους με τους οποίους έπρεπε να συμπληρωθούν τα ερωτηματολόγια. Συγκεκριμένα, στα φυλλάδια των παιδιών τονίστηκε πόσο σημαντικό ήταν οι ερωτήσεις να απαντηθούν με ειλικρίνεια και πως δεν υπάρχουν λάθος ή σωστές απαντήσεις. Στα φυλλάδια των μητέρων, εξηγήθηκαν στην αρχική σελίδα οι λόγοι διεξαγωγής της έρευνας και στις επόμενες υπήρχαν διευκρινιστικές λεξάντες και τίτλοι σχετικά με τις πληροφορίες που ζητούνταν να συμπληρωθούν (ποιες πληροφορίες αφορούσαν την ίδια, ποιες το παιδί κ.λπ.).

6.4 Διαδικασία

Η έρευνα διήρκησε περίπου τέσσερις μήνες (από Δεκέμβριο 2007 μέχρι Απρίλιο 2008). Τα ερωτηματολόγια δόθηκαν σε δημοτικά σχολεία του Βόλου και της Νέας Ιωνίας του Νομού Μαγνησίας, μετά από σχετική άδεια που μου χορηγήθηκε από την Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση.

Αρχικά η διαδικασία είχε προγραμματιστεί να πραγματοποιηθεί ως εξής: Σε κάθε τάξη που θα μοίραζα τα φυλλάδια, θα έπαιρνα κάποιο χρόνο (λιγότερο από μία διδακτική ώρα) προκειμένου να συμπληρώσουν τα παιδιά εν παρουσία μου τα φυλλάδια που αφορούσαν τα ίδια. Θα διάβαζα στα παιδιά μία μία τις ερωτήσεις και εκείνα θα έβαζαν σε κύκλο την απάντηση που θα τα αντιπροσώπευε καλύτερα. Θα βοηθούσα με επεξηγήσεις όπου θα υπήρχε πρόβλημα κατανόησης ή και όποιο άλλο πρόβλημα παρουσιαζόταν. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων θα ήταν ατομική. Έπειτα, θα δίνονταν στα παιδιά φάκελοι με τα φυλλάδια των μητέρων, για να τα δώσουν να συμπληρωθούν στο σπίτι. Καθώς τα φυλλάδια των παιδιών που θα συμπληρώνονταν εκείνη την ώρα θα τα έπαιρνα μαζί μου, η ταυτοποίηση μητέρας – παιδιού θα γινόταν από τα αρχικά των ονομάτων τους.

Όταν έλαβα την άδεια και εξήγησα τον τρόπο με τον οποίο θα επιθυμούσα να ενεργήσω, η Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση θεώρησε ότι ο παραπάνω τρόπος που θα διεξαγόταν η έρευνα, πιθανόν να παρεμπόδιζε την εκπαιδευτική διαδικασία. Έτσι, η παρουσία μου μέσα στην τάξη δεν ήταν δυνατή. Η αμέσως επόμενη λύση, η οποία και τελικά εφαρμόστηκε, ήταν να εσωκλείσω σε φακέλους ένα φυλλάδιο για το παιδί και ένα φυλλάδιο για την μητέρα. Οι φάκελοι μοιράστηκαν στα παιδιά από τους δασκάλους των τάξεων. Το χρονικό περιθώριο που έδινα κάθε φορά για την επιστροφή των φακέλων ήταν περίπου δύο με τρεις εβδομάδες. Να προσθέσω ότι τόνισα πως η συμπλήρωση και η επιστροφή των φακέλων δεν ήταν υποχρεωτική, αλλά προαιρετική.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

7.1 Αποτελέσματα της έρευνας

Η επεξεργασία και η ανάλυση των δεδομένων που συλλέχθηκαν από τα ερωτηματολόγια πραγματοποιήθηκε μόλις συγκεντρώθηκε ο απαιτούμενος αριθμός φυλλαδίων. Η στατιστική ανάλυση έγινε με βάση το πρόγραμμα SPSS 16.0. Όπως έχει ήδη αναφερθεί έγινε έλεγχος της επίδρασης των παραγόντων που αφορούν το άγχος των παιδιών, το άγχος και την κατάθλιψη της μητέρας με το φύλο των παιδιών, την ηλικία των παιδιών, αλλά και το μορφωτικό - εκπαιδευτικό επίπεδο των μητέρων. Οι αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν με μη παραμετρική στατιστική για δύο κυρίως λόγους:

- Ο αριθμός του δείγματος κρίθηκε μικρός και
- Οι βαθμολογίες στα ερωτηματολόγια που διερευνούν ψυχικές διαταραχές δεν έχουν τη μορφή της κανονικής κατανομής.

Η επίδραση των παραγόντων μετρήθηκε με την κλίμακα Kruscal-Wallis, καθώς θεωρείται το πιο ακριβές τεστ μη παραμετρικής ανάλυσης για περισσότερα από δύο ανεξάρτητα δείγματα. Δεν βρέθηκε καμία σημαντική επίδραση.

Παρακάτω παρουσιάζονται αναλυτικά οι μέσοι όροι και οι τυπικές αποκλίσεις των μετρήσεων άγχους ως προς τους δημογραφικούς παράγοντες σύμφωνα με την στατιστική ανάλυση. Αρχικά παρουσιάζονται οι μετρήσεις άγχους σε σχέση με το φύλο, έπειτα σε σχέση με την ηλικία και τέλος σε σχέση με το μορφωτικό εκπαιδευτικό επίπεδο των μητέρων.

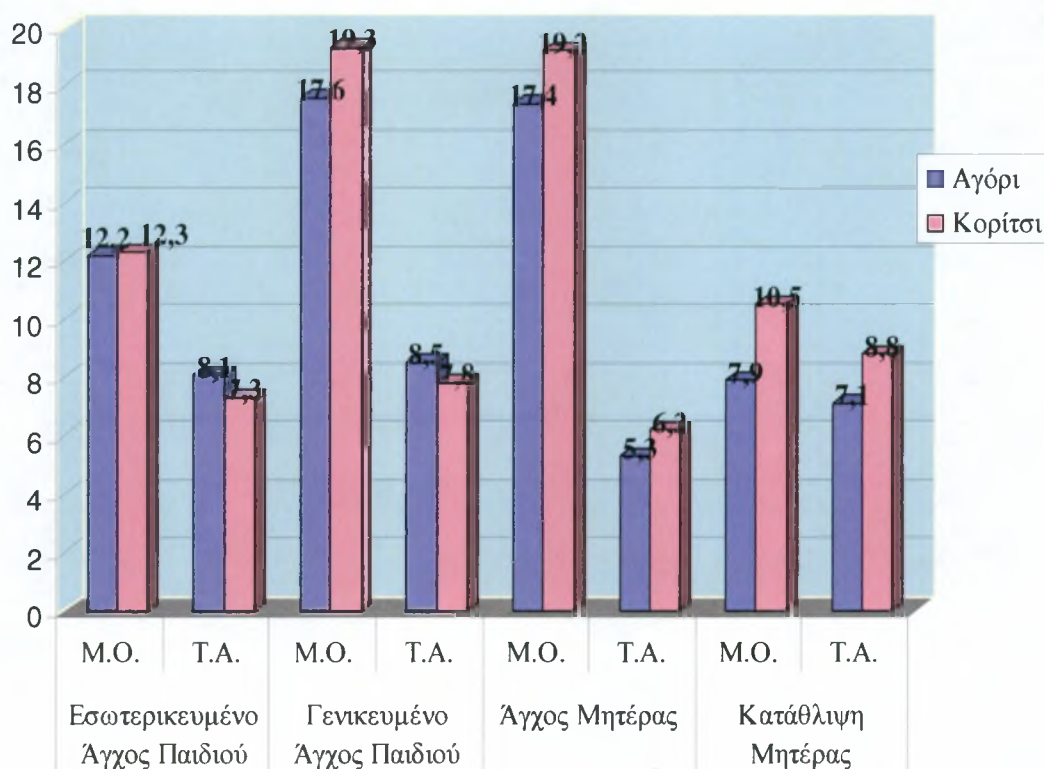
Μετά τις μετρήσεις άγχους σε σχέση με τους δημογραφικούς παράγοντες με τους αντίστοιχους πίνακες, τα γραφήματα και τους σχολιασμούς των αποτελεσμάτων, παρουσιάζονται οι δείκτες συσχέτισης που προέκυψαν από την στατιστική ανάλυση ανάμεσα σε:

- Άγχος μητέρας και εσωτερικευμένο και γενικευμένο άγχος παιδιού,
- Κατάθλιψη μητέρας και εσωτερικευμένο και γενικευμένο άγχος παιδιού.

Πίνακας 1. Μετρήσεις Άγχους Σε Σχέση Με Το Φύλο Των Παιδιών

	Εσωτερικευμένο Άγχος Παιδιού		Γενικευμένο Άγχος Παιδιού		Άγχος Μητέρας		Κατάθλιψη Μητέρας	
	M.O.	T.A.	M.O.	T.A.	M.O.	T.A.	M.O.	T.A.
Αγόρι	12,2	8,1	17,6	8,5	17,4	5,3	7,9	7,1
Κορίτσι	12,3	7,3	19,3	7,8	19,2	6,2	10,5	8,8

Γράφημα 1. Μετρήσεις Άγχους Σε Σχέση Με Το Φύλο Των Παιδιών

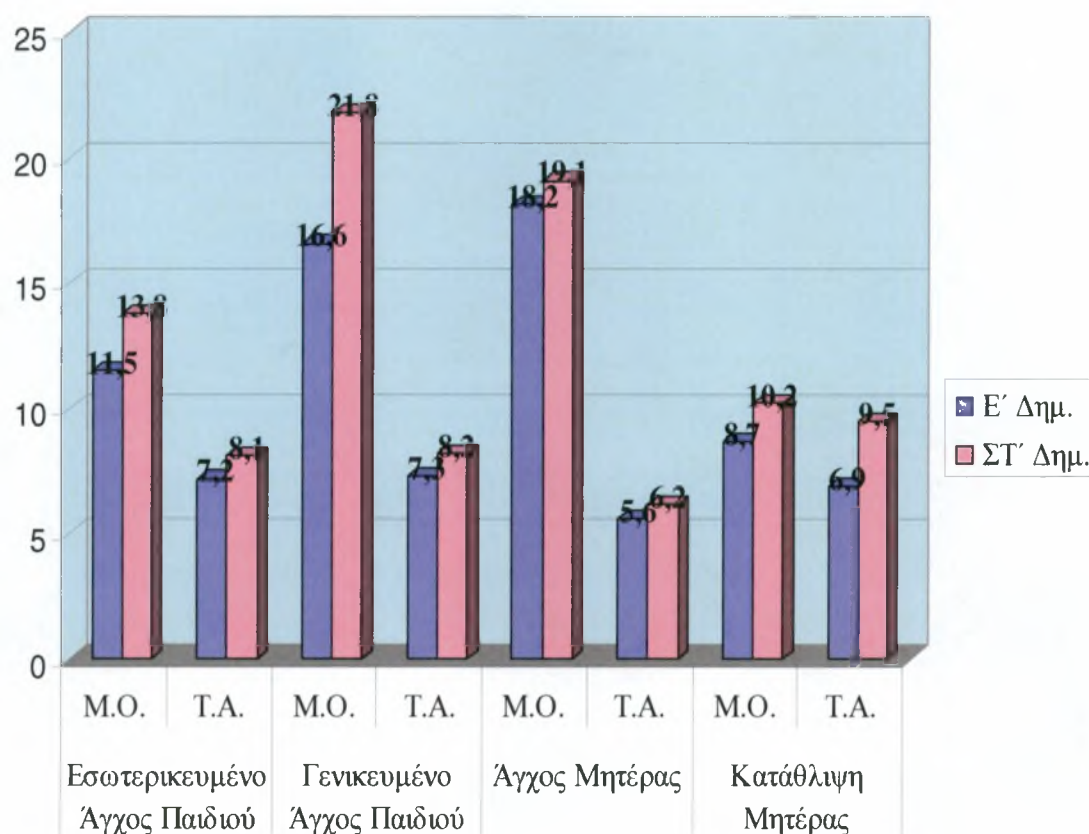


Στον M.O. = 12,2 του εσωτερικευμένου άγχους των αγοριών και των M.O. = 12,3 των κοριτσιών, δεν εντοπίζεται καμία στατιστικώς σημαντική διαφορά. Η μεγαλύτερη διαφορά αφορά την κατάθλιψη της μητέρας, η οποία όταν πρόκειται για αγόρι παίρνει τιμή στον M.O. = 7,9 ενώ όταν πρόκειται για κορίτσι ανεβαίνει στο M.O. = 10,5. Η αμέσως μικρότερη διαφορά μετά την κατάθλιψη αφορά το άγχος μητέρας (M.O. = 17,4 για αγόρι και M.O. = 19,2 για κορίτσι). Το γενικευμένο άγχος παιδιού παίρνει τις εξής τιμές: M.O. = 17,6 στα αγόρια και M.O. = 19,3 στα κορίτσια. Να προσθέσω ότι το γενικευμένο άγχος παιδιού παίρνει τις μεγαλύτερες τιμές στον συγκεκριμένο πίνακα, ενώ οι μετρήσεις για την κατάθλιψη της μητέρας παίρνουν τις μικρότερες, παρόλο που εμφανίζεται μεγαλύτερη διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα.

Πίνακας 2. Μετρήσεις Άγχους Σε Σχέση Με Την Ηλικία Των Παιδιών

	Εσωτερικευμένο Άγχος Παιδιού		Γενικευμένο Άγχος Παιδιού		Άγχος Μητέρας		Κατάθλιψη Μητέρας	
	M.O.	T.A.	M.O.	T.A.	M.O.	T.A.	M.O.	T.A.
Ε' Δημ.	11,5	7,2	16,6	7,3	18,2	5,6	8,7	6,9
ΣΤ' Δημ.	13,8	8,1	21,8	8,2	19,1	6,2	10,2	9,5

Γράφημα 2. Μετρήσεις Άγχους Σε Σχέση Με Την Ηλικία Των Παιδιών

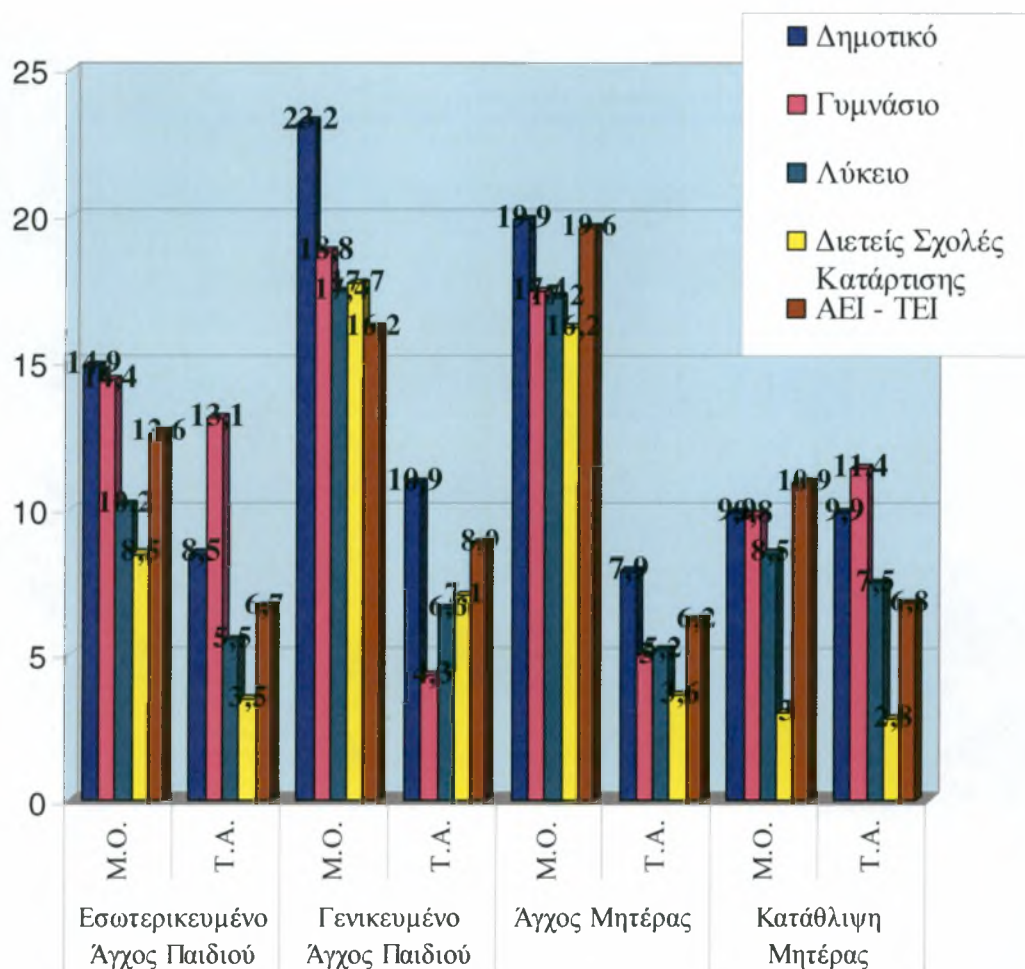


Η μεγαλύτερη διαφορά εντοπίζεται στο γενικευμένο άγχος παιδιού, με τα παιδιά της Ε' Δημοτικού να έχουν τον M.O. = 16,6 ενώ ο μέσος όρος των παιδιών της ΣΤ' Δημοτικού ανεβαίνει στο M.O. = 21,8. Γενικά, το άγχος των παιδιών εμφανίζει μια αύξηση καθώς αυξάνει και η ηλικία. Το άγχος της μητέρας, αν και δεν έχει κάποια σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δύο ηλικίες, ωστόσο έχει από τους μεγαλύτερους M.O. στον πίνακα (μετά το γενικευμένο άγχος παιδιού) με M.O. = 18,2 για την Ε' Δημοτικού και M.O. = 19,1 για την Στ' Δημοτικού. Το άγχος και η κατάθλιψη της μητέρας παρουσιάζουν μια μικρή, αλλά όχι σημαντική αύξηση, όσο μεγαλώνει το παιδί σε ηλικία.

Πίνακας 3. Μετρήσεις Άγχους Σε Σχέση Με Το Μορφωτικό – Εκπαιδευτικό Επίπεδο Των Μητέρων

	Εσωτερικευμένο Άγχος Παιδιού		Γενικευμένο Άγχος Παιδιού		Άγχος Μητέρας		Κατάθλιψη Μητέρας	
	Μ.Ο.	Τ.Α.	Μ.Ο.	Τ.Α.	Μ.Ο.	Τ.Α.	Μ.Ο.	Τ.Α.
Δημοτικό	14,9	8,5	23,2	10,9	19,9	7,9	9,9	9,9
Γυμνάσιο	14,4	13,1	18,8	4,3	17,4	5	9,8	11,4
Λύκειο	10,2	5,5	17,4	6,6	17,2	5,2	8,5	7,5
Διετείς Σχολές Κατάρτισης	8,5	3,5	17,7	7,1	16,2	3,6	3	2,8
ΑΕΙ - ΤΕΙ	12,6	6,7	16,2	8,9	19,6	6,2	10,9	6,8

Γράφημα 3. Μετρήσεις Άγχους Σε Σχέση Με Το Μορφωτικό – Εκπαιδευτικό Επίπεδο Των Μητέρων



Από τον πίνακα γίνεται φανερή μια σταδιακή αύξηση του γενικευμένου άγχους παιδιού, όσο το μορφωτικό - εκπαιδευτικό επίπεδο της μητέρας γίνεται κατώτερο, με τον

M.O. = 16,2 όταν η μητέρα είναι απόφοιτος ανώτερης σχολής και να αγγίζει M.O. = 23,2 όταν η μητέρα είναι απόφοιτος δημοτικής εκπαίδευσης. Αυτή η τιμή του M.O. είναι και η μεγαλύτερη που υπάρχει στον πίνακα όσον αφορά το παιδικό άγχος σε σχέση με το εκπαιδευτικό επίπεδο της μητέρας. Μεγάλες συσχετίσεις παρατηρούνται και στο άγχος της μητέρας ανάλογα με το μορφωτικό της επίπεδο, με τις μεγαλύτερες τιμές να βρίσκονται στον M.O. της δημοτικής εκπαίδευσης (= 19,9) και των ΑΕΙ – ΤΕΙ (= 19,6). Η τιμές του M.O. στις μετρήσεις για την κατάθλιψη της μητέρας, ενώ σταδιακά κατεβαίνουν όσο ανεβαίνει το μορφωτικό επίπεδο, μόλις φτάσουμε στο επίπεδο των ΑΕΙ – ΤΕΙ ο M.O. παρουσιάζει μια σημαντική αύξηση και μάλιστα παίρνει την μεγαλύτερη τιμή (M.O. = 10,9) όσον αφορά την κατάθλιψη της μητέρας στο συγκεκριμένο πίνακα.

ΔΕΙΚΤΕΣ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ

Οι δείκτες συσχέτισης που βρέθηκαν είναι θετικοί και στατιστικώς σημαντικοί. Έτσι επιβεβαιώνονται οι αρχικές μας υποθέσεις και οι σκοποί της παρούσας έρευνας, ότι δηλαδή υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στο παιδικό άγχος και στο άγχος και κατάθλιψη μητέρας. Παρακάτω παρουσιάζονται οι σχετικοί πίνακες και τα αντίστοιχα γραφήματα.

Πίνακας 4. Δείκτες συσχέτισης άγχους μητέρας με εσωτερικευμένο και γενικευμένο άγχος παιδιού.

	Εσωτερικευμένο Άγχος Παιδιού	Γενικευμένο Άγχος Παιδιού
Άγχος Μητέρας	0,6**	0,32**

Σημείωση: ** η συσχέτιση είναι στατιστικώς σημαντική σε ποσοστό άνω του $p < 0,01$.

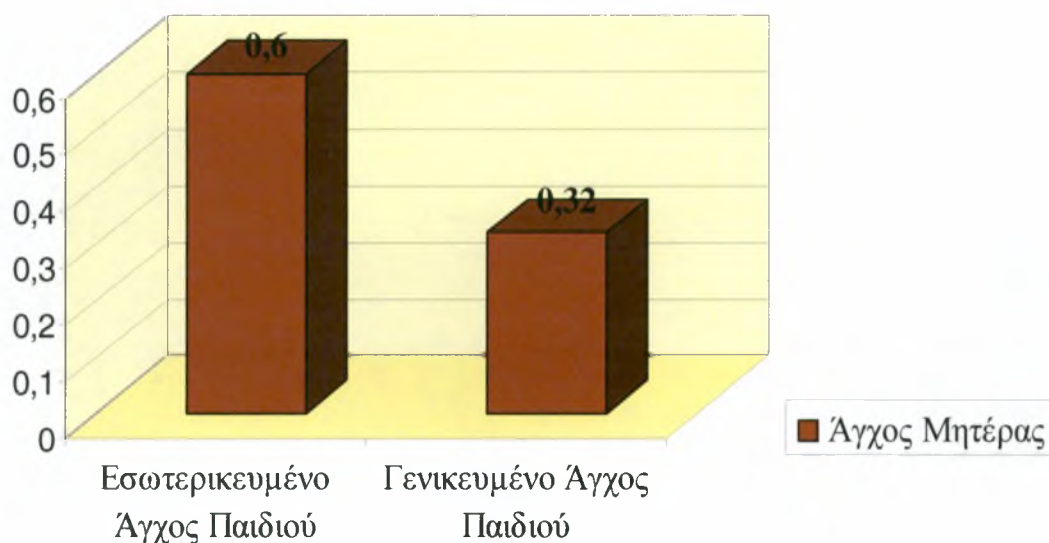
Πίνακας 5. Δείκτες συσχέτισης κατάθλιψης μητέρας με εσωτερικευμένο και γενικευμένο άγχος παιδιού.

	Εσωτερικευμένο Άγχος Παιδιού	Γενικευμένο Άγχος Παιδιού
Κατάθλιψη Μητέρας	0,56**	0,29*

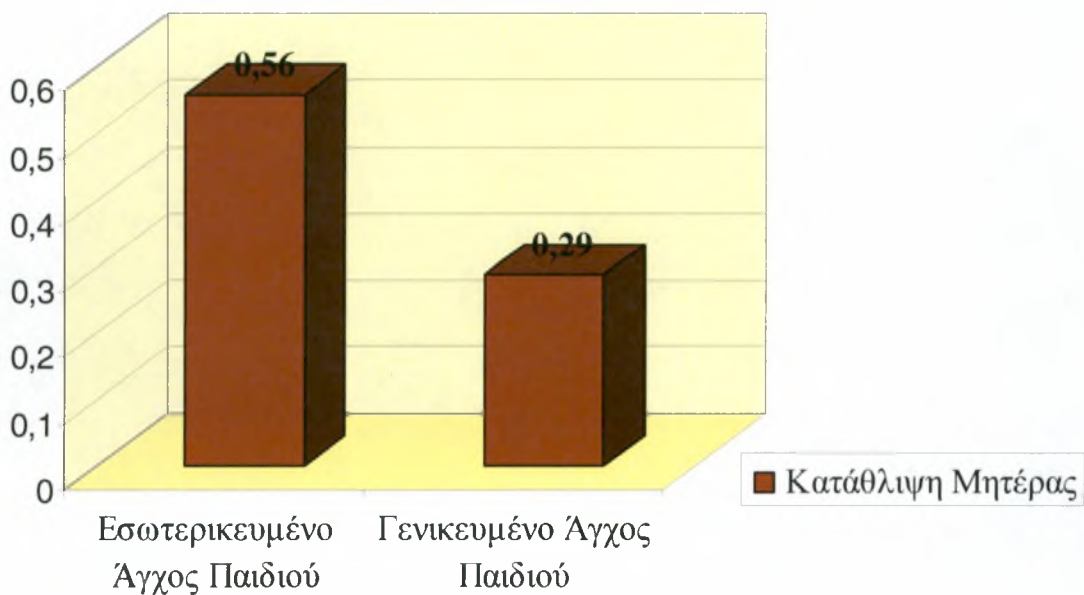
Σημείωση: ** η συσχέτιση είναι στατιστικώς σημαντική σε ποσοστό άνω του $p < 0,01$.

* η συσχέτιση είναι στατιστικώς σημαντική σε ποσοστό άνω του $p < 0,05$.

Γράφημα 4. Δείκτες συσχέτισης άγχους μητέρας με εσωτερικευμένο και γενικευμένο άγχος παιδιού.



Γράφημα 5. Δείκτες συσχέτισης κατάθλιψης μητέρας με εσωτερικευμένο και γενικευμένο άγχος παιδιού.



7.2 Συμπεράσματα - Συζήτηση

Στην παρούσα έρευνα ελέγχθηκε η επίδραση των παραγόντων που αφορούν το άγχος των παιδιών, το άγχος και την κατάθλιψη της μητέρας με το φύλο των παιδιών, την ηλικία των παιδιών, αλλά και το μορφωτικό - εκπαιδευτικό επίπεδο των μητέρων. Οι αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν με μη παραμετρική στατιστική, καθώς ο αριθμός του δείγματος κρίθηκε μικρός και οι βαθμολογίες στα ερωτηματολόγια που διερευνούν ψυχικές διαταραχές δεν έχουν τη μορφή της κανονικής κατανομής.

Η επίδραση των παραγόντων μετρήθηκε με την κλίμακα Kruskal-Wallis, καθώς θεωρείται το πιο ακριβές τεστ μη παραμετρικής ανάλυσης για περισσότερα από δύο ανεξάρτητα δείγματα.

Οι δείκτες συσχέτισης αφορούσαν την αλληλεπίδραση ανάμεσα στο άγχος και την κατάθλιψη της μητέρας με το άγχος του παιδιού. Ο πρώτος δείκτης συσχέτισης του άγχους μητέρας με το εσωτερικευμένο άγχος παιδιού είναι 0,60 και δείχνει ότι η συσχέτιση είναι στατιστικώς σημαντική αφού το ποσοστό είναι άνω του $p < 0,01$. Το ίδιο στατιστικώς σημαντική συσχέτιση βρέθηκε ανάμεσα στο άγχος μητέρας και στο γενικευμένο άγχος παιδιού με δείκτη 0,32 ($p < 0,01$).

Όσον αφορά το δείκτη συσχέτισης ανάμεσα στην κατάθλιψη της μητέρας και το εσωτερικευμένο άγχος του παιδιού είναι 0,56 και δείχνει ότι η συσχέτιση είναι στατιστικώς σημαντική (ποσοστό άνω του $p < 0,01$). Ενώ ανάμεσα στην κατάθλιψη της μητέρας και το γενικευμένο άγχος του παιδιού ο δείκτης είναι 0,29, επίσης στατιστικώς σημαντική συσχέτιση (ποσοστό άνω του $p < 0,05$).

Τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν (η Κλίμακα Παιδικού Άγχους, το Ερωτηματολόγιο Ελέγχου Σχολικής Συμπεριφοράς Για Γονείς, το Psychiatric Symptom Index και το Depression Inventory), είναι όλα κλινικά εργαλεία και μετρούν ψυχοπαθολογία. Όμως, ο πληθυσμός που συμμετείχε στην έρευνα ήταν φυσιολογικός, χωρίς κάποια διαγνωσμένη διαταραχή. Παρόλο λοιπόν που χρησιμοποιήθηκαν κλινικά εργαλεία σε φυσιολογικό πληθυσμό, εντούτοις εντοπίστηκε αυξημένο άγχος και μάλιστα βρέθηκε θετική και στατιστικώς σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στις μετρήσεις άγχους.

Τα αποτελέσματα που βρέθηκαν συμφωνούν με έρευνες στις οποίες μελετήθηκαν οι σχέσεις παιδιών και γονέα (Manassis, Bradley, Goldberg, Hood & Swinson, 1994), αλλά και οι διαπροσωπικές σχέσεις γονέων και παιδιών με δείκτες γονικών πρακτικών Rapee, 1997` Shortt, Barrett, Dadds & Fox, 2001). Οι δυσκολίες άγχους μελετήθηκαν α) στα ίδια τα παιδιά που εμφανίζουν αντίστοιχα προβλήματα και στη συνέχεια

διερευνούνται οι σχέσεις γονέων και παιδιών (bottom up), β) στους γονείς που δηλώνουν προβλήματα άγχους και στη συνέχεια διερευνούνται οι σχέσεις τους με τα παιδιά (top down). Το 80% των παιδιών που παραπέμφθηκαν σε κάποια υπηρεσία λόγω άγχους μοιράζονταν τα ίδια προβλήματα με έναν από τους δύο γονείς. Το ποσοστό έφτανε το 60% σε παιδιά και εφήβους που οι γονείς τους εκδήλωναν προβλήματα άγχους (Beidel & Turner, 1997` Last, Hersen, Kazdin, Orvaschel & Perrin, 1991` Merikangas, Dierker & Szatmari, 1998` Silverman & Nelles, 1998 αναφ. στο Μπίμπου-Νάκου, 2004α).

Από τα παραπάνω συμπεράσματα που προέκυψαν από αυτή την έρευνα γίνεται φανερό πως η ψυχική διάθεση της μητέρας είναι δυνατό να επηρεάσει την ψυχική υγεία του παιδιού. Το άγχος των γονέων (Μπίμπου-Νάκου, 2004α) και οι στρατηγικές που χρησιμοποιούν οι ίδιοι συνδέεται με την εμφάνιση αντίστοιχων δυσκολιών στα παιδιά τους.

Σύμφωνα με ερευνητικά δεδομένα, έχει προκύψει το συμπέρασμα ότι όταν οι γονείς πάσχουν από κάποια αγχώδη διαταραχή, τότε τα παιδιά τους έχουν εφτά φορές περισσότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν την ίδια διαταραχή σε σχέση με τα παιδιά φυσιολογικών γονέων (Bernstein & Borchardt 1991, αναφ. στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006). Επίσης, απόγονοι καταθλιπτικών γονέων είναι γνωστό ότι αντιμετωπίζουν αυξανόμενο κίνδυνο για κατάθλιψη και άλλα ψυχιατρικά και ψυχοκοινωνικά προβλήματα (Beardslee, Bemporad, Keller & Klerman, 1983). Συγκεκριμένα, τα παιδιά καταθλιπτικών γονέων κινδυνεύουν τετραπλά να αναπτύξουν κατάθλιψη πριν την ενηλικίωση (Beardslee, Versage & Gladstone, 1998). Παρόλα αυτά, αν και υπάρχει υψηλός κίνδυνος, δεν εμφανίζουν όλα τα παιδιά προβλήματα ψυχοπαθολογίας (Weissman et al., 1997).

Κατά την διάρκεια των δύο τελευταίων δεκαετιών ένας αυξανόμενος αριθμός ερευνητών έχουν αναπτύξει μια εναλλακτική άποψη όσον αφορά τη μελέτη της τρωτότητας και της ανθεκτικότητας στον πληθυσμό με υψηλό κίνδυνο. Η έμφαση δίνεται στην αμοιβαία αλληλεπίδραση μεταξύ κοινωνικών, βιολογικών και ψυχολογικών χαρακτηριστικών (Sameroff & MacKenzie, 2003). Σύμφωνα με μια τέτοια προοπτική, οι αμοιβαίες συναλλαγές μεταξύ των γονιών και των παιδικών χαρακτηριστικών ενεργούν για να αυξήσουν ή για να μειώσουν τη πιθανότητα ένα παιδί να αναπτύξει κατάθλιψη ή άλλες ψυχολογικές ενοχλήσεις (Cicchetti & Toth, 1998). Ένα πολύ σημαντικό χαρακτηριστικό των παιδιών που θα μπορούσε να προωθήσει την ανθεκτικότητα ή τον κίνδυνο στα πλαίσια της μητρικής κατάθλιψης είναι η δυνατότητα να ρυθμιστούν προσαρμοστικά οι συγκινήσεις (ER, emotion regulation). Το ER είναι οι εσωτερικές και εξωτερικές διαδικασίες που περιλαμβάνονται στην έναρξη, την διατήρηση ή την

τροποποίηση της ποιότητας, της έντασης των συναισθηματικών απαντήσεων (Silk, Shaw, Forbes, Lane & Kovacs, 2006).

Η χρήση ερωτηματολογίων και κλιμάκων που συμπληρώνουν γονείς, εκπαιδευτικοί και παιδιά είναι δυνατόν να εντοπίσουν γενικές κατηγορίες άγχους και φοβίας. Επισημαίνουμε πως τα ερωτηματολόγια δεν οδηγούν σε διάγνωση, αλλά βοηθούν στην περιγραφή της συμπεριφοράς και των συναισθημάτων. Επιδημιολογικές μελέτες στην Ελλάδα χρησιμοποίησαν κυρίως δύο εργαλεία για τα παιδιά: το Ερωτηματολόγιο Δυνατοτήτων και Δυσκολιών (Goodman, 1994 & 1997) και το ερωτηματολόγιο Σχολικής Συμπεριφοράς (Achenbach, 1979). Μια μελέτη σε παιδιά, γονείς και εκπαιδευτικούς που συνέκρινε τον εντοπισμό δυσκολιών από τις τρεις αυτές κατηγορίες με τη χρήση του Ερωτηματολογίου Δυνατοτήτων και Δυσκολιών κατέγραψε δυσκολίες συναισθήματος (άγχος, κατάθλιψη) στο 27,4% των παιδιών σύμφωνα με τους γονείς, και στο 7,9% σύμφωνα με τους εκπαιδευτικούς (Μπίμπου, Κιοσέογλου & Στογιαννίδου, 2000 αναφ. στο Μπίμπου-Νάκου, 2004α).

Τα δεδομένα ως προς την σύνδεση της ψυχικής υγείας των γονέων και των παιδιών τους παρουσιάζουν επίσης αντιφατικότητα. Από τη μια μεριά ορισμένοι μελετητές υποστηρίζουν πως οι γονείς που νιώθουν επιβάρυνση αναγνωρίζουν σημαντικά περισσότερες δυσκολίες στα παιδιά τους συγκριτικά με γονείς που αναγνωρίζονται ως επαρκείς. Από την άλλη πλευρά υποστηρίζεται πως οι γονείς σε στρες πιθανόν να εντοπίζουν με μεγαλύτερη ευαισθησία τις δυσκολίες των παιδιών που αφορούν άγχος ή φοβία. Όπως έχει ήδη επισημανθεί, το άγχος των γονέων και οι στρατηγικές που χρησιμοποιούν οι ίδιοι συνδέεται με την εμφάνιση αντίστοιχων δυσκολιών στα παιδιά τους (Μπίμπου-Νάκου, 2004α).

Συμπερασματικά μπορούμε να πούμε ότι οι θετικές συσχετίσεις που βρέθηκαν φανερώνουν πόσο σημαντική είναι η ψυχική υγεία της μητέρας για την ομαλή ανάπτυξη του παιδιού και πόσο σημαντικό ρόλο μπορεί να παίξει η ύπαρξη άγχους και κατάθλιψης στο ποσοστό άγχους που παρουσιάζουν τα παιδιά.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αλεξιάδου, Ρ. και Ν. Χριστοδούλου, (1990) 'Μητέρα-μητρότητα' Παιδαγωγική Ψυχολογική Εγκυκλοπαίδεια, Λεξικό, 6: 3149, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Alexander, F., French, T.M., και G.H. Pollock (1968) 'Psychosomatic Specificity. Experimental Study and Results', Chicago: The University of Chicago Press.

Barondes, S.H. (1997) *Στοιχεία Μοριακής Νευροβιολογίας & Βιολογικό Υπόστρωμα Ψυχικών Διαταραχών*, Αθήνα: Έλλην.

Beck, J. (1995) *Cognitive therapy: Basics and beyond*, New York: Guilford Press.

Cannon, W.B. (1929) *Bodily Changes in Pain, Hunger, Fear and Rage*, New York: Appleton.

Cole, M. και S.R. Cole *Η ανάπτυξη των παιδιών: Γνωστική και ψυχοκοινωνική ανάπτυξη κατά την νηπιακή και μέση παιδική ηλικία*, 2: 540-541, Αθήνα: Τυπωθήτω - ΓΙΩΡΓΟΣ ΔΑΡΔΑΝΟΣ.

Erikson, E.H. (1963) *Childhood and Society*, New York, Norton.

Fontana, D. (1995) *Άγχος και η αντιμετώπισή του*, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Freud, S. (1936) 'The problem of anxiety', The psychoanalytic Quarterly Press.

Harper, L.V. (1990) 'Μητέρας-παιδιού σχέση' Παιδαγωγική Ψυχολογική Εγκυκλοπαίδεια, Λεξικό, 6: 3149-3150, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Herbert, M. (1992) *Ψυχολογικά προβλήματα παιδικής ηλικίας*, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Κάκουρος, Ε. και Κ. Μανιαδάκη (2006) *Ψυχοπαθολογία παιδιών και εφήβων, Αναπτυξιακή προσέγγιση*, Αθήνα: Τυπωθήτω - ΓΙΩΡΓΟΣ ΔΑΡΔΑΝΟΣ.

Kreisler, L. (1994) *Η ψυχοσωματική του παιδιού*, Εκδόσεις Χατζηνικολή

Lipowski, Z.J. (1984) 'What does the word Psychosomatic really mean? A historical and Semantic Inquiry', *Psychosomatic Medicine*, 46: 153-171.

Μάνος, Ν. (1997) *Βασικές αρχές ψυχιατρικής*, Εκδόσεις University Press

Μαρίνος, Γ.Ζ. (1992) *Το άγχος, οι νευρώσεις και η θεραπεία τους*, Αθήνα: Γλάρος.

Μπίμπου-Νάκου, Ι. (2004α) 'Το άγχος και η φοβία στα παιδιά', στο Α. Καλαντζή-Αζίζι και Μ. Ζαφειροπούλου (επιμ.) *Προσαρμογή στο σχολείο: «Πρόληψη και αντιμετώπιση δυσκολιών»*, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Μπίμπου-Νάκου, Ι. (2004β) 'Γονική ψυχική διαταραχή και ψυχοκοινωνική υγεία παιδιών και εφήβων: Θεραπευτικά διλήμματα που αφορούν την κατανόηση της γονικής ψυχικής διαταραχής από τα παιδιά', στο Μ. Ζαφειροπούλου και Γ. Κλεφταράς (επιμ.) *Εφαρμοσμένη κλινική ψυχολογία του παιδιού*, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Rogers, C.R. (1951) *Client-centered therapy: Its current practice, implications, and theory*, Boston, MA: Houghton-Mifflin.

Ronnen, Tammie (1999) *Η γνωστική- εξελικτική θεραπεία στα παιδιά*, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Rutter, M. (1966) 'Children of sick parents', Oxford University Press.

Seley, H. (1956) *The Stress of Life (Revised Edition)*, New York: McGraw-Hill.

Schmitt B. (1991) *Preventing and Overcoming School Phobia. Your Child's Health.*

Sifneos, P.E. (1973) 'The Prevalence of "Alexithymic" Characteristics in Psychosomatic Patients' *Psychother. Psychosom.*, 22: 255-262

Silk, J.S., Shaw, D.S., Forbes, E.E., Lane, T.L., & M. Kovacs (2006) 'Maternal depression and child internalizing: The moderating role of child emotion regulation', *Journal of clinical child and adolescent psychology*, 1: 116-126.

Spielberger, C. (1982) *Άγχος – Στρες και πώς να το καταπολεμήσετε*, Αθήνα: Ψυχογίος.

Στεφανής, Κ. (1981) 'Το άγχος', *Εγκυκλοπαίδεια Πάπυρος Λαρούς Μπριτάνικα*, 2: 220-221, Αθήνα: Εκδοτικός Οργανισμός Πάπυρος.

Wolpe, J. (1990) 'Το άγχος', *Παιδαγωγική Ψυχολογική Εγκυκλοπαίδεια, Λεξικό*, 1: 61-62, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Φατούρου – Χαρίτου, Μ. (2005) 'Ψυχοθεραπευτική πράξη', στο Σ. Βοσνιάδου (επιμ.) *Εισαγωγή στην ψυχολογία, τ. Β': Κοινωνική ψυχολογία, Κλινική ψυχολογία*, Αθήνα: Gutenberg.

Χατζηχρήστου, Χ.Γ. (2004) *Εισαγωγή στη σχολική ψυχολογία*, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Χριστοδουλίδης, Α. (επιμ.) (1996) 'Το άγχος', *Εγκυκλοπαίδεια Νέα Δομή*, 1: 228-229, Αθήνα: Δομή.

Zimmerman, M. (1994) *Interview Guide for Evaluating DSM-IV Psychiatric Disorder and Mental Status Examination*, Philadelphia: Psych Press Products.

Ιστότοποι:

Anxiety Disorders Association of America (ADAA, 2003). Anxiety Disorders in children and adolescents, Anxiety disorders information. Αναζήτηση στο www.google.com

Δεσποτοπούλου, Φ. (2008) 'Σχολική Φοβία', Παιδικό Εργαστήρι (www.paidiko-ergastiri.gr/index.php?option=com_content&task=view&id=30&Itemid=83 Πρόσβαση 11/4/2008).

Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας, (ΕΠΙΨΥ, 2006) 'Άγχος' (www.depressionanxiety.gr Πρόσβαση 22/9/2007).

E-therapy, Ενημέρωση Ψυχικής Υγείας – Γνωσιακή Συμπεριφοριστική Θεραπεία (E-therapy, 2007) 'Άγχος' (www.e-therapy.gr Πρόσβαση 22/9/2007).

Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής (ΙΚΠΙ, 2003), 'Το άγχος' Αναζήτηση στο www.google.com

Καλλιμώρου, Ε. (2008) 'Διαταραχή άγχους αποχωρισμού', Παιδικό Εργαστήρι (www.paidiko-ergastiri.gr/index.php?option=com_content&task=view&id=24&Itemid=77 Πρόσβαση 11/4/2008).

Μπεθάνη, Ε. (2008) 'Ψυχοσωματικά προβλήματα των παιδιών' Παιδικό Εργαστήρι (www.paidiko-ergastiri.gr/index.php?option=com_content&task=view&id=61&Itemid=119 Πρόσβαση 11/4/2008).

Προσαρμογή, Διεπιστημονική Εταιρία Ψυχολογικής Παρέμβασης (Προσαρμογή, 2008) 'Ψυχική Υγεία-Άγχος' (www.prosarmogi.gr/mental-illness/stress.html#04 Πρόσβαση 11/4/2008).

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ



Αυτό που κρατάς στα χέρια σου είναι ένα φυλλάδιο με ερωτήσεις.
Μας ενδιαφέρει να καταλάβουμε τι σκέφτεσαι και πώς αισθάνεσαι.



Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις.

Θυμήσου!

Αυτό που θέλουμε είναι

να δούμε πώς εσύ αισθάνεσαι γι' αυτό που λέει η κάθε πρόταση.

Σημείωσε δίπλα από κάθε πρόταση αυτό που σου έρχεται πρώτα στο μυαλό.

Γράψε εδώ το όνομά σου:

Προσπάθησε να απαντήσεις σε όλες τις προτάσεις που θα διαβάσεις. Αν κουραστείς, κάνε ένα διάλειμμα. Προσπάθησε να απαντάς αυθόρμητα και με ειλικρίνεια.

Σε ευχαριστούμε!

Πόσο συχνά μου συμβαίνει;

Κύκλωσέ το

1. Με ανησυχούν πολλά και διάφορα πράγματα.	Ποτέ	Μερικές Φορές	Συχνά	Πάντα
2. Φοβάμαι το σκοτάδι.	Ποτέ	Μερικές Φορές	Συχνά	Πάντα
3. Όταν έχω ένα πρόβλημα, νιώθω κάτι στο στομάχι μου.	Ποτέ	Μερικές Φορές	Συχνά	Πάντα
4. Νιώθω φόβο.	Ποτέ	Μερικές Φορές	Συχνά	Πάντα
5. Θα φοβόμουν να μείνω μόνος μου στο σπίτι.	Ποτέ	Μερικές Φορές	Συχνά	Πάντα
6. Φοβάμαι όταν πρόκειται να γράψω ένα διαγώνισμα.	Ποτέ	Μερικές Φορές	Συχνά	Πάντα
7. Φοβάμαι όταν πρέπει να χρησιμοποιήσω δημόσιες τουαλέτες (στο σχολείο, στο εστιατόριο...)	Ποτέ	Μερικές Φορές	Συχνά	Πάντα
8. Ανησυχώ όταν πρόκειται να μην είμαι με τους γονείς μου.	Ποτέ	Μερικές Φορές	Συχνά	Πάντα
9. Φοβάμαι μήπως «γίνω ρεζίλι» μπροστά σε κόσμο.	Ποτέ	Μερικές Φορές	Συχνά	Πάντα
10. Ανησυχώ ότι θα τα πάω άσχημα στο σχολείο μου.	Ποτέ	Μερικές Φορές	Συχνά	Πάντα
11. Περνώ καλά με τα άλλα παιδιά.	Ποτέ	Μερικές Φορές	Συχνά	Πάντα
12. Ανησυχώ ότι κάτι πολύ κακό θα συμβεί σε κάποιον στην οικογένεια μου.	Ποτέ	Μερικές Φορές	Συχνά	Πάντα
13. Ξαφνικά, χωρίς κανένα λόγο, νιώθω ότι δεν μπορώ να αναπνεύσω.	Ποτέ	Μερικές Φορές	Συχνά	Πάντα
14. Όταν έχω τελειώσει μια δουλειά πρέπει να ελέγξω ξανά και ξανά ότι την έκανα σωστά.	Ποτέ	Μερικές Φορές	Συχνά	Πάντα
15. Φοβάμαι όταν πρέπει να κοιμηθώ μόνος μου, χωρίς άλλον στο δωμάτιο.	Ποτέ	Μερικές Φορές	Συχνά	Πάντα
16. Δυσκολεύομαι να φύγω από το σπίτι για το σχολείο επειδή αγχώνομαι ή φοβάμαι.	Ποτέ	Μερικές Φορές	Συχνά	Πάντα
17. Χαίρομαι να παίζω.	Ποτέ	Μερικές Φορές	Συχνά	Πάντα
18. Φοβάμαι τα σκυλιά.	Ποτέ	Μερικές Φορές	Συχνά	Πάντα
19. Έχω κάποιες κακές ή ανόητες σκέψεις που δεν μπορώ να τις ξεκολλήσω από το μυαλό μου.	Ποτέ	Μερικές Φορές	Συχνά	Πάντα
20. Όταν έχω ένα πρόβλημα, η καρδιά μου χτυπά πολύ δυνατά.	Ποτέ	Μερικές Φορές	Συχνά	Πάντα
21. Ξαφνικά αρχίζω να τρέμω χωρίς να υπάρχει λόγος.	Ποτέ	Μερικές Φορές	Συχνά	Πάντα
22. Ανησυχώ ότι κάτι κακό θα μου συμβεί.	Ποτέ	Μερικές Φορές	Συχνά	Πάντα
23. Φοβάμαι να πάω στο γιατρό ή στον οδοντίατρο.	Ποτέ	Μερικές Φορές	Συχνά	Πάντα
24. Όταν έχω ένα πρόβλημα, αισθάνομαι σαν χαμένος.	Ποτέ	Μερικές Φορές	Συχνά	Πάντα



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΟΥ



ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

Στα πλαίσια έρευνας που διεξάγει το Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας επιχειρείται να γίνει μια καταγραφή των αναγκών, των προβλημάτων, αλλά και του προφίλ παιδιών σχολικής ηλικίας.

Ακολουθεί ένα φυλλάδιο από ερωτήσεις που χρειάζεται να συμπληρώσουν οι μητέρες των παιδιών, προκειμένου να εξαχθούν αποτελέσματα αξιόπιστα και αντιπροσωπευτικά για τον πληθυσμό. Ακολούθως υπάρχει και αντίστοιχο φυλλάδιο, το οποίο συμπληρώνεται από τα ίδια τα παιδιά.

Παρακαλούμε βεβαιωθείτε ότι έχετε σημειώσει τα αρχικά του ονόματος του παιδιού σας τόσο στο δικό σας, όσο και στο φυλλάδιο του παιδιού σας. Επίσης βεβαιωθείτε ότι έχετε απαντήσει σε όλες τις ερωτήσεις, ακόμη κι αν δεν είστε σίγουρη ή έστω και αν κάποια πρόταση δεν σας αντιπροσωπεύει ακριβώς (επιλέξτε αυτήν που πλησιάζει πιο κοντά σε αυτό που πιστεύετε).

Σας ευχαριστούμε θερμά για τη συμμετοχή σας.

ΤΟ ΦΥΛΛΑΔΙΟ ΑΥΤΟ ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΙΣ ΜΗΤΕΡΕΣ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ

Αν θέλετε να επικοινωνήσουμε μαζί σας, παρακαλούμε γράψτε το όνομά σας και στοιχεία επικοινωνίας (τηλέφωνο, e-mail) εδώ:

ΗΜΕΡΙΝΗ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Πληροφορίες που αφορούν το παιδί

ΑΡΧΙΚΑ ΟΝΟΜΑΤΟΣ ΠΑΙΔΙΟΥ

Όνομα

Πατρώνυμο

Επώνυμο

ΦΥΛΟ ΠΑΙΔΙΟΥ:

Αγόρι

Κορίτσι

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:

Ημέρα

Μήνας

Έτος

ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ Η ΦΥΛΗ ΠΑΙΔΙΟΥ:

ΤΑΞΗ ΣΧΟΛΕΙΟΥ:

ΔΕΝ ΠΑΕΙ ΣΧΟΛΕΙΟ

Πληροφορίες που αφορούν τη μητέρα του παιδιού

Η σχέση σας με το παιδί: Βιολογική μητέρα Μητριά Ανάδοχη μητέρα Θετή μητέρα

Η οικογενειακή σας κατάσταση:

Έγγαμη με το βιολογικό πατέρα του παιδιού

Έγγαμη με θετό πατέρα του παιδιού

Χήρα

Άγαμη

Διαζευγμένη

Σε διάσταση / αίτηση διαζυγίου

Συζώ

Άλλο

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΓΟΝΕΩΝ (παρακαλούμε απαντήστε με ακρίβεια, για παράδειγμα, στρατιωτικός, οικιακά).

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΠΑΤΕΡΑ

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ

ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ;

Δημοτικό

Γυμνάσιο

Λύκειο

Διετείς Σχολές

Κατάρτισης

ΑΕΙ/ΤΕΙ

Ετήσιο οικογενειακό

εισόδημα: κάτω από 15.000€

16.000 έως 35.000€

άνω των 36.000€

Παρακαλούμε συμπληρώστε αυτό το έντυπο έτσι ώστε να εκφράζει τις δικές σας απόψεις για τη συμπεριφορά του παιδιού, ακόμη και εάν άλλοι μπορεί να μη συμφωνούν μαζί σας. Μπορείτε να προσθέσετε σχόλια δίπλα σε κάθε ερώτηση και στον χώρο που υπάρχει στη σελίδα 3. **Βεβαιωθείτε ότι απαντήσατε σε όλες τις ερωτήσεις.**

I. Παρακαλούμε αναφέρετε τα κύρια σπορ στα οποία αρέσει στο παιδί σας να συμμετέχει.

Για παράδειγμα: κολύμβηση, ποδήλατο, ποδόσφαιρο, μπάσκετ.

Κανένα

i. _____

ii. _____

iii. _____

Σε σύγκριση με άλλα παιδιά της ηλικίας του, περίπου πόσο χρόνο αφιερώνει στο καθένα;

Λιγότερο από το μέσο όρο	Στο μέσο όρο	Περισσότερο από το μέσο όρο	Δεν ξέρω
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Σε σύγκριση με άλλα παιδιά της ηλικίας του, πόσο καλά τα καταφέρνει στο καθένα;

Λιγότερο από το μέσο όρο	Στο μέσο όρο	Περισσότερο από το μέσο όρο	Δεν ξέρω
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

II. Παρακαλούμε αναφέρετε τα αγαπημένα χόμπι, δραστηριότητες και παιχνίδια του παιδιού σας, εκτός από σπορ. Για παράδειγμα: συλλογή γραμματοσήμων, κούκλες, βιβλία, πιάνο, χειροτεχνίες, ηλεκτρονικός υπολογιστής, αυτοκίνητα, μουσική, ψάρεμα κ.τ.λ. (Μη συμπεριλάβετε το ραδιόφωνο και τη τηλεόραση.)

Κανένα

i. _____

ii. _____

iii. _____

Σε σύγκριση με άλλα παιδιά της ηλικίας του, περίπου πόσο χρόνο αφιερώνει στο καθένα;

Λιγότερο από το μέσο όρο	Στο μέσο όρο	Περισσότερο από το μέσο όρο	Δεν ξέρω
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Σε σύγκριση με άλλα παιδιά της ηλικίας του, πόσο καλά τα καταφέρνει στο καθένα;

Λιγότερο από το μέσο όρο	Στο μέσο όρο	Περισσότερο από το μέσο όρο	Δεν ξέρω
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

III. Παρακαλούμε αναφέρετε τις οργανώσεις, λέσχες, ομίλους ή ομάδες στις οποίες συμμετέχει το παιδί σας.

Καμία

i. _____

ii. _____

iii. _____

Σε σύγκριση με άλλα παιδιά της ηλικίας του, πόσο ενεργά συμμετέχει στην καθεμιά;

Λιγότερο από το μέσο όρο	Στο μέσο όρο	Περισσότερο από το μέσο όρο	Δεν ξέρω
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IV. Παρακαλούμε αναφέρετε τις εργασίες ή τα θελήματα που κάνει το παιδί σας.

Για παράδειγμα: φυλά μικρά παιδιά, στρώνει το κρεβάτι του, εργάζεται σε μαγαζί (συμπεριλάβετε και δουλειές για τις οποίες αμείβεται).

Καμία

i. _____

ii. _____

iii. _____

Σε σύγκριση με άλλα παιδιά της ηλικίας του, πόσο καλά τις κάνει;

Λιγότερο από το μέσο όρο	Στο μέσο όρο	Περισσότερο από το μέσο όρο	Δεν ξέρω
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

V. 1. Περίπου πόσους στενούς φίλους έχει το παιδί σας; (μη συμπεριλάβετε αδελφούς και αδελφές)

- Κανένα 1 2-3 4 ή περισσότερους

2. Περίπου πόσες φορές την εβδομάδα κάνει πράγματα με τους φίλους του εκτός σχολείου;

(μη συμπεριλάβετε αδελφούς και αδελφές)

- Λιγότερο από μια φορά 1-2 φορές 3 ή περισσότερες φορές

VI. Σε σύγκριση με άλλα παιδιά της ηλικίας του, το παιδί σας:

	Χειρότερα	Στο μέσο όρο	Καλύτερα	
A. Πόσο καλά τα πάει με τους αδελφούς και τις αδελφές του;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Δεν έχει αδέρφια
B. Πόσο καλά τα πάει με τα άλλα παιδιά;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Γ. Πόσο καλά συμπεριφέρεται στους γονείς του;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Δ. Πόσο καλά παίζει και δουλεύει μόνο του;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

VII. 1. Επίδοση στα μαθήματα

Δεν πάει σχολείο διότι _____

Σημειώστε για κάθε μάθημα στο κατάλληλο κουτάκι

	Κάτω από τη βάση	Κάτω από το μέσο όρο	Στο μέσο όρο	Πάνω από το μέσο όρο
A. Γλώσσα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Ιστορία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Γ. Αριθμητική ή Μαθηματικά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Δ. Φυσική ή Χημεία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ΣΤ.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Z.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Άλλα μαθήματα π.χ. Ξένες γλώσσες κ.λ.π. **Μη** συμπεριλάβετε τη γυμναστική, μαθήματα ζωγραφικής ή άλλα μη σχολικά μαθήματα.

2. Βρίσκεται το παιδί σας σε ειδική αγωγή, αποκαταστασιακό πρόγραμμα, τάξη ένταξης, ειδικό σχολείο;

Όχι

Ναι – Είδος προγράμματος τάξης ή σχολείου:

3. Έχει το παιδί σας επαναλάβει κάποια τάξη;

Όχι

Ναι – Ποιες τάξεις κι για ποιο λόγο;

4. Έχει το παιδί σας προβλήματα με τα μαθήματα ή άλλου είδους προβλήματα στο σχολείο;

Όχι

Ναι – Παρακαλούμε περιγράψτε:

Πότε άρχισαν αυτά τα προβλήματα; _____

Έχουν λυθεί αυτά τα προβλήματα;

Όχι

Ναι – Πότε;

Έχει το παιδί σας κάποια αρρώστια ή αναπηρία (ψυχική, νοητική ή σωματική);

Όχι

Ναι – Παρακαλούμε περιγράψτε:

Τι σας ανησυχεί περισσότερο για το παιδί σας;

Παρακαλούμε περιγράψτε τα πιο θετικά χαρακτηριστικά του παιδιού σας.

Παρακάτω είναι ένας κατάλογος με στοιχεία συμπεριφοράς παιδιών. Για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου λάβετε υπόψη τη συμπεριφορά του παιδιού **στο παρόν** ή στους **τελευταίους 6 μήνες**.

Εάν το στοιχείο συμπεριφοράς ταιριάζει στο παιδί σας **πολύ ή πολύ συχνά**, βάλτε σε κύκλο το 2.

Εάν το στοιχείο συμπεριφοράς ταιριάζει στο παιδί σας **κάπως ή μερικές φορές**, βάλτε σε κύκλο το 1.

Εάν το στοιχείο συμπεριφοράς δεν του ταιριάζει **καθόλου** βάλτε σε κύκλο το 0.

Παρακαλούμε απαντήστε σε όλες τις ερωτήσεις, ακόμη και αν μερικές φορές φαίνονται να μην ταιριάζουν στο παιδί σας.

0=Δεν ταιριάζει (απ' όσο ξέρετε) 1=Ταιριάζει κάπως ή μερικές φορές 2=Ταιριάζει πολύ ή πολύ συχνά

0 1 2	5	Υπάρχουν πολύ λίγα πράγματα που τον/την ευχαριστούν	0 1 2	56	Έχει σωματικά ενοχλήματα χωρίς γνωστή ιατρική αιτία:
0 1 2	14	Κλαίει πολύ	0 1 2	A	Διάφορους πόνους (εκτός από πονοκεφάλους, πόνους στην κοιλιά)
0 1 2	29	Φοβάται ορισμένα ζώα, καταστάσεις ή μέρη, εκτός από το σχολείο (περιγράψτε): _____	0 1 2	B	Πονοκεφάλους
0 1 2	30	Φοβάται να πάει σχολείο	0 1 2	Γ	Ναυτία, τάση για έμετο
0 1 2	31	Φοβάται μήπως σκεφτεί ή κάνει κάτι κακό	0 1 2	Δ	Προβλήματα με τα μάτια του (όχι ότι φορά γυαλιά) περιγράψτε: _____
0 1 2	32	Αισθάνεται ότι πρέπει να είναι τέλειος/τέλεια	0 1 2	E	Εξανθήματα ή άλλα δερματικά προβλήματα
0 1 2	33	Αισθάνεται, παραπονιέται ότι κανείς δεν τον/την αγαπάει	0 1 2	ΣΤ	Κοιλιακούς πόνους
0 1 2	35	Αισθάνεται ότι δεν αξίζει τίποτα, ότι είναι κατώτερος/κατώτερη	0 1 2	Z	Κάνει εμετούς
0 1 2	42	Προτιμά να είναι μόνος του/μόνη της, παρά με άλλους	0 1 2	H	Άλλα (περιγράψτε): _____
0 1 2	44	Τρώει τα νύχια του/της	0 1 2	65	Αρνείται να μιλήσει στους άλλους
0 1 2	45	Είναι νευρικός/η, έχει τεντωμένα νεύρα, βρίσκεται σε μεγάλη ένταση	0 1 2	69	Είναι μυστικοπαθής, κρατά πράγματα μέσα του
0 1 2	47	Έχει εφιάλτες	0 1 2	71	Δεν είναι άνετος, ντροπιάζεται εύκολα, αισθάνεται εύκολα αμηχανία
0 1 2	49	Έχει δυσκοιλιότητα, δεν ενεργείται κανονικά	0 1 2	75	Είναι πολύ ντροπαλός/η ή δειλός/η
0 1 2	50	Έχει πολλούς φόβους, είναι αγχώδης	0 1 2	91	Μιλά για αυτοκτονία
0 1 2	51	Αισθάνεται ζαλάδες	0 1 2	102	Είναι νωθρός/ή, αργός/ή στις κινήσεις του, του/της λείπει η ενεργητικότητα
0 1 2	52	Αισθάνεται υπερβολικά ένοχος/ένοχη	0 1 2	103	Είναι δυστυχισμένος/η, θλιμμένος/η, μελαγχολικός/η
0 1 2	54	Φαίνεται υπερβολικά κουρασμένος/η χωρίς λόγο	0 1 2	111	Απομονώνεται στον εαυτό του, δεν κάνει σχέσεις με άλλους
			0 1 2	112	Αγωνιά, είναι αγχώδης

Οι παρακάτω ερωτήσεις αφορούν εσάς.

*Απαντήστε με ειλικρίνεια στην απάντηση
που ταιριάζει πιο πολύ με το πώς νοιώθετε.*



Ευχαριστούμε!

Παρακάτω υπάρχει μία λίστα ενοχλημάτων ή παραπόνων που οι περισσότεροι από εμάς έχουμε βιώσει κάποια στιγμή. Θα μας ενδιέφερε να μας πείτε πόσο συχνά νοιώσατε καθένα από αυτά τις **τελευταίες δύο εβδομάδες**.

Παρακαλούμε κυκλώστε την απάντηση που περιγράφει καλύτερα πώς νοιώθετε

Κατά τη διάρκεια των δύο (2) τελευταίων εβδομάδων, πόσο συχνά...

1.	δυσκολευτήκατε να θυμηθείτε κάποια πράγματα;	Ποτέ	Κάποιες φορές	Συχνά	Πολύ συχνά
2.	δυσκολευτήκατε να συγκεντρωθείτε σε κάτι;	Ποτέ	Κάποιες φορές	Συχνά	Πολύ συχνά
3.	δυσκολευτήκατε να πάρετε αποφάσεις;	Ποτέ	Κάποιες φορές	Συχνά	Πολύ συχνά
4.	νοιώσατε ένα κενό;	Ποτέ	Κάποιες φορές	Συχνά	Πολύ συχνά
5.	νοιώσατε το στομάχι σας να σφίγγει ή να ανακατεύεται;	Ποτέ	Κάποιες φορές	Συχνά	Πολύ συχνά
6.	Είχατε ένταση ή σφίξιμο στο λαιμό, την πλάτη ή σε άλλους μύες;	Ποτέ	Κάποιες φορές	Συχνά	Πολύ συχνά
7.	Νοιώσατε λιποθυμία ή ζαλάδα;	Ποτέ	Κάποιες φορές	Συχνά	Πολύ συχνά
8.	Ίδρώσατε, χωρίς να ζεσταθείτε υπερβολικά ή να ασκηθείτε;	Ποτέ	Κάποιες φορές	Συχνά	Πολύ συχνά
9.	Προσέξατε τα χέρια σας να τρέμουν;	Ποτέ	Κάποιες φορές	Συχνά	Πολύ συχνά
10.	Έπρεπε να αποφύγετε συγκεκριμένα πράγματα, μέρη ή δουλειές που είχατε να κάνετε, επειδή σας τρόμαζαν;	Ποτέ	Κάποιες φορές	Συχνά	Πολύ συχνά
11.	νοιώσατε την καρδιά σας να χτυπά δυνατά ή να έχετε ταχυκαρδία, χωρίς να κάνετε κάποια φυσική άσκηση;	Ποτέ	Κάποιες φορές	Συχνά	Πολύ συχνά
12.	νοιώσατε νευρική ή να τρέμετε μέσα σας;	Ποτέ	Κάποιες φορές	Συχνά	Πολύ συχνά
13.	δυσκολευτήκατε να πάρετε βαθιά αναπνοή;	Ποτέ	Κάποιες φορές	Συχνά	Πολύ συχνά
14.	νοιώσατε ένταση ή αγωνία για κάτι;	Ποτέ	Κάποιες φορές	Συχνά	Πολύ συχνά
15.	νοιώσατε φοβισμένη για κάτι;	Ποτέ	Κάποιες φορές	Συχνά	Πολύ συχνά
16.	διαπιστώσατε ότι δεν είχατε πολύ όρεξη για φαγητό;	Ποτέ	Κάποιες φορές	Συχνά	Πολύ συχνά
17.	νοιώσατε μόνη;	Ποτέ	Κάποιες φορές	Συχνά	Πολύ συχνά
18.	πιάσατε τον εαυτό σας να βαριέται ή να σας ενδιαφέρουν ελάχιστα πράγματα γύρω σας;	Ποτέ	Κάποιες φορές	Συχνά	Πολύ συχνά
19.	δε νοιώσατε ερωτικό ενδιαφέρον ή σεξουαλική ευχαρίστηση;	Ποτέ	Κάποιες φορές	Συχνά	Πολύ συχνά
20.	δυσκολευτήκατε να σας πάρει ο ύπνος ή να ολοκληρώσετε τον ύπνο σας;	Ποτέ	Κάποιες φορές	Συχνά	Πολύ συχνά
21.	σας ήρθε η επιθυμία να κλάψετε ή κλάψατε;	Ποτέ	Κάποιες φορές	Συχνά	Πολύ συχνά
22.	νοιώσατε άκεφη ή κακόκεφη;	Ποτέ	Κάποιες φορές	Συχνά	Πολύ συχνά
23.	νοιώσατε χωρίς ενέργεια ή ζωτικότητα;	Ποτέ	Κάποιες φορές	Συχνά	Πολύ συχνά
24.	νοιώσατε αβοήθητη ή χωρίς στήριγμα σχετικά με το μέλλον;	Ποτέ	Κάποιες φορές	Συχνά	Πολύ συχνά
25.	είχατε αρνητικές σκέψεις για τη ζωή σας (σκεφτήκατε να βλάψετε τον εαυτό σας);	Ποτέ	Κάποιες φορές	Συχνά	Πολύ συχνά
26.	χάσατε την ψυχραιμία σας;	Ποτέ	Κάποιες φορές	Συχνά	Πολύ συχνά
27.	ενοχληθήκατε ή εκνευριστήκατε εύκολα;	Ποτέ	Κάποιες φορές	Συχνά	Πολύ συχνά
28.	είχατε επικριτική στάση απέναντι σε άλλους;	Ποτέ	Κάποιες φορές	Συχνά	Πολύ συχνά
29.	θυμώσατε για πράγματα όχι και τόσο σημαντικά;	Ποτέ	Κάποιες φορές	Συχνά	Πολύ συχνά

Παρακαλούμε να βάλετε *μόνο έναν κύκλο*

μπροστά στην απάντηση που εκφράζει *καλύτερα* πως αισθάνεστε το τελευταίο διάστημα.

Σημειώστε μία απάντηση από κάθε ενότητα.

- 0 Δεν αισθάνομαι λυπημένη.
- 1 Αισθάνομαι λυπημένη ή μελαγχολική.
- 2α Είμαι λυπημένη ή μελαγχολική συνεχώς και δεν μπορώ ν' απαλλαγώ από αυτό
- 2β Είμαι τόσο μελαγχολική ή δυστυχημένη, ώστε αυτό μου προξενεί πόνο.
- 3 Είμαι τόσο μελαγχολική ή δυστυχημένη ώστε δεν μπορώ να το αντέξω.
-
- 0 Δεν είμαι ιδιαίτερα αισιόδοξη ή αποθαρρυσμένη για το μέλλον.
- 1 Αισθάνομαι χωρίς θάρρος για το μέλλον.
- 2α Μου φαίνεται ότι δεν έχω τίποτα καλό να περιμένω από το μέλλον.
- 2β Μου φαίνεται ότι δεν θα ξεπεράσω τις δυσκολίες μου.
- 3 Μου φαίνεται ότι το μέλλον είναι χωρίς ελπίδα και ότι τα πράγματα δεν μπορεί να φτιάξουν.
-
- 0 Δεν αισθάνομαι αποτυχημένη.
- 1 Μου φαίνεται ότι είμαι αποτυχημένη περισσότερο από τους άλλους ανθρώπους
- 2α Αισθάνομαι ότι έχω πετύχει στη ζωή μου πολύ λίγα πράγματα άξια λόγου
- 2β Καθώς σκέπτομαι τη ζωή μου μέχρι τώρα το μόνο που βλέπω είναι πολλές αποτυχίες.
- 3 Αισθάνομαι ότι είμαι τελείως αποτυχημένο σαν άτομο (σύζυγος-μητέρα).
-
- 0 Δεν αισθάνομαι ιδιαίτερα δυσαρεστημένη.
- 1α Αισθάνομαι βαριεστημένη σχεδόν όλη την ώρα.
- 1β Δεν απολαμβάνω τα πράγματα όπως πρώτα.
- 2 Δεν με ευχαριστεί πια τίποτα.
- 3 Αισθάνομαι δυσαρεστημένη με το κάθε τι.
-
- 0 Δεν αισθάνομαι ιδιαίτερα ένοχο τον εαυτό μου.
- 1 Πολλές φορές αισθάνομαι κακή ή χωρίς αξία.
- 2α Αισθάνομαι πολύ ένοχη.
- 2β Τον τελευταίο καιρό αισθάνομαι κακή ή χωρίς αξία, σχεδόν όλη την ώρα.
- 3 Αισθάνομαι ότι είμαι πολύ κακή ή ανάξια
-
- 0 Δεν αισθάνομαι ότι τιμωρούμαι
- 1 Αισθάνομαι ότι κάτι κακό μπορεί να μου συμβεί
- 2 Αισθάνομαι ότι τιμωρούμαι ή ότι θα τιμωρηθώ.
- 3α Αισθάνομαι ότι μου αξίζει να τιμωρηθώ
- 3β Θέλω να τιμωρηθώ.

0 Δεν αισθάνομαι απογοητευμένη από τον εαυτό μου. —

1α Αισθάνομαι απογοητευμένη από τον εαυτό μου.

1β Δεν μου αρέσει ο εαυτός μου.

2 Σιχαίνομαι τον εαυτό μου.

3 Μισώ τον εαυτό μου.

0 Δεν αισθάνομαι ότι είμαι χειρότερη από τους άλλους.

1 Είμαι αυστηρή με τον εαυτό μου για τις αδυναμίες μου.

2α Κατηγορώ τον εαυτό μου για τα λάθη μου.

2β Κατηγορώ τον εαυτό μου για κάθε κακό που συμβαίνει.

0 Δεν μου έρχονται σκέψεις να κάνω κακό στον εαυτό μου.

1 Μου έρχονται σκέψεις να κάνω κακό στον εαυτό μου αλλά ποτέ δεν θα έκανα κάτι τέτοιο.

2α Μου φαίνεται ότι θα ήταν καλύτερα να πέθαινα.

2β Μου φαίνεται ότι η οικογένειά μου θα ήταν καλύτερα αν πέθαινα.

2γ Έχω συγκεκριμένα σχέδια αυτοκτονίας.

3 Θα αυτοκτονούσα αν μπορούσα.

0 Δεν κλαίω περισσότερο από το συνηθισμένο.

1 Κλαίω τώρα περισσότερο απ' ό,τι συνήθως

2 Κλαίω συνεχώς, δεν μπορώ να το σταματήσω.

3 Άλλοτε μπορούσα να κλάψω αλλά τώρα μου είναι αδύνατο να κλάψω αν και το θέλω

0 Δεν είμαι περισσότερο εκνευρισμένη τώρα απ' ό,τι συνήθως

1 Ενοχλούμαι ή εκνευρίζομαι περισσότερο απ' ό,τι συνήθως

2 Αισθάνομαι διαρκώς εκνευρισμένη

3 Δεν εκνευρίζομαι τώρα για πράγματα που με νεύριζαν συνήθως.

0 Δεν έχω χάσει το ενδιαφέρον μου για τους άλλους ανθρώπους

1 Ενδιαφέρομαι τώρα λιγότερο για τους άλλους ανθρώπους απ' ό,τι παλαιότερα.

2 Έχω χάσει το περισσότερο ενδιαφέρον μου για τους άλλους ανθρώπους και τα αισθήματά μου γι' αυτούς έχουν λιγοστέψει.

3 Έχω χάσει όλο το ενδιαφέρον μου για τους άλλους ανθρώπους και δεν νοιάζομαι καθόλου γι' αυτούς.

0 Είμαι το ίδιο αποφασιστική όπως πάντα.

1 Τελευταία αναβάλω το να παίρνω αποφάσεις.

2 Έχω μεγάλη δυσκολία στο να παίρνω αποφάσεις.

3 Δεν μπορώ να πάρω πια καμιά απόφαση

- 0 Δεν μου φαίνεται ότι η εμφάνισή μου είναι χειρότερη από άλλοτε.
1 Ανησυχώ μήπως μοιάζω γερασμένη και αντιπαθητική.
2 Αισθάνομαι ότι έγινε τέτοια αλλαγή επάνω μου, ώστε να φαίνομαι αντιπαθητική
3 Μου φαίνεται ότι είμαι άσχημη και αποκρουστική.
- 0 Τα καταφέρνω στη δουλειά μου, όπως και πρώτα.
1α Χρειάζεται να κάνω ιδιαίτερη προσπάθεια για ν' αρχίσω κάποια δουλειά.
1β Δεν τα καταφέρνω στη δουλειά μου όπως πρώτα.
2 Χρειάζεται να πιέσω πολύ τον εαυτό μου για να κάνω κάτι.
3 Μου είναι αδύνατο να εργαστώ.
- 0 Κοιμάμαι τόσο καλά όσο συνήθως.
1 Ξυπνώ το πρωί πιο κουρασμένη από άλλοτε.
2 Ξυπνώ το πρωί 2-3 ώρες νωρίτερα από άλλοτε και δυσκολεύομαι να ξανακοιμηθώ.
3 Ξυπνώ νωρίς κάθε μέρα και δεν μπορώ να κοιμηθώ πάνω από 5 ώρες το 24ωρο.
- 0 Δεν κουράζομαι ευκολότερα απ' ό,τι συνήθως.
1 Κουράζομαι τώρα ευκολότερα από πρώτα.
2 Κουράζομαι με το παραμικρό που κάνω
3 Κουράζομαι τόσο εύκολα ώστε δεν μπορώ να κάνω τίποτα.
- 0 Η όρεξή μου δεν είναι χειρότερη από άλλοτε.
1 Η όρεξη μου δεν είναι τόσο καλή όσο άλλοτε.
2 Η όρεξή μου είναι πολύ χειρότερη τώρα.
3 Δεν έχω πια καθόλου όρεξη.
- 0 Δεν έχω χάσει καθόλου βάρος τον τελευταίο καιρό.
1 Έχω χάσει περισσότερο από 2 κιλά.
2 Έχω χάσει περισσότερο από 4 κιλά.
3 Έχω χάσει περισσότερο από 7 κιλά
- 0 Δεν με απασχολεί η υγεία μου περισσότερο από άλλοτε.
1 Με απασχολούν πόνοι ή βαρυστομαχιά ή δυσκοιλιότητα.
2 Με απασχολεί τόσο πολύ το πως αισθάνομαι ή το τι αισθάνομαι, ώστε μου είναι δύσκολο να σκεφτώ τίποτα άλλο.
3 Είμαι εντελώς απορροφημένη με το τι αισθάνομαι.
- 0 Δεν έχω προσέξει τελευταία καμία αλλαγή στο ενδιαφέρον μου για το σεξ.
1 Ενδιαφέρομαι τώρα λιγότερο για το σεξ απ' ό,τι συνήθως.
2 Ενδιαφέρομαι πολύ λιγότερο τώρα για το σεξ.
3 Έχω χάσει τελείως το ενδιαφέρον μου για το σεξ.





ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ



004000091607