

Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΓΩΓΗΣ

ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΝΗΠΙΑΓΩΓΩΝ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΤΙΤΛΟΣ: ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΟΥ ΣΤΡΕΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ
ΠΡΩΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ: ΜΙΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Όνομα: Λυδία

Επώνυμο: Ντόκου

Αρ. Μητρώου: 29

Επιβλέπων Καθηγητής :Βασίλειος Κούτρας

Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή:

Βασίλειος Κούτρας

Άρτεμις Γιώτσα

Δημήτριος Σαρρής

Ιωάννινα Φεβρουάριος 2018

Ευχαριστίες

Η παρούσα εργασία αποτελεί διπλωματική εργασία στα πλαίσια του μεταπτυχιακού προγράμματος «Σχεδιασμός, Υλοποίηση και Αξιολόγηση Προγραμμάτων στην Προσχολική και Πρωτο-σχολική Εκπαίδευση» του Παιδαγωγικού Τμήματος Νηπιαγωγών.

Πριν την παρουσίαση των αποτελεσμάτων της παρούσας διπλωματικής εργασίας, αισθάνομαι την υποχρέωση να ευχαριστήσω ορισμένους από τους ανθρώπους που γνώρισα, συνεργάστηκα μαζί τους και έπαιξαν πολύ σημαντικό ρόλο στην πραγματοποίησή της.

Πρώτον από όλους θέλω να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα καθηγητή της διπλωματικής εργασίας, Καθηγητή Βασίλειο Κούτρα για την πολύτιμη καθοδήγηση του, και την εμπιστοσύνη και εκτίμηση που μου έδειξε.

Στη συνέχεια θα ήθελα να ευχαριστήσω την τριμελή επιτροπή, Καθηγήτρια Άρτεμις Γιώτσα και τον Καθηγητή Δημήτριο Σαρρη που δέχτηκαν να είναι μέλη της τριμελούς επιτροπής αξιολόγησης της μεταπτυχιακής μου εργασίας.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω την πολυαγαπημένη μου οικογένεια, Θεολόγο, Ευφροσύνη, Παρασκευή, Αγγελική και Ιωάννη αλλά και τους στενότερους φίλους μου για την ασυμβίβαστη αγάπη και αποδοχή- κινητήριοις δύναμη για κάθε μου επιδιωξή.

Περιεχόμενα

Ευχαριστίες.....	2
Περίληψη.....	5
Abstract.....	6
ΜΕΡΟΣ Α. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
Κεφάλαιο 1 ^ο Το πρόβλημα της έρευνας.....	7
1.1 Ορισμός του προβλήματος.....	7
1.2 Χρησιμότητα Έρευνας.....	10
1.3 Γενικός σκοπός και επιμέρους στόχοι	11
1.4 Διάθρωση της εργασίας.....	11
1.5 Αποσαφήνιση Όρων.....	12
Κεφάλαιο 2ο Εννοιολογική προσέγγιση	
2.1 Ορισμός Στρες, Άγχους και Φόβου.....	14
2.1.1 Ορισμός Στρες.....	14
2.1.2 Ορισμός Άγχους.....	16
2.1.3 Ορισμός Φόβου.....	17
2.1.4 Διαφοροποίηση στρες, άγχους, φόβου.....	17
2.2 Τύποι στρες.....	18
2.3 Στρεσογόνοι παράγοντες.....	20
2.4 Αιτιολογικές προσεγγίσεις του στρες.....	22
2.4.1 Βιολογικές Θεωρίες.....	22
2.4.2 Ψυχολογικές Θεωρίες.....	23
2.4.2.1 Ψυχαναλυτική Θεωρία.....	23
2.4.2.2 Γνωστικές Θεωρίες.....	24
2.4.2.3 Κοινωνικο-Γνωστική Θεωρία Bandura.....	30
2.4.3 Κοινωνικές Θεωρίες.....	32
2.4.4 Θεωρία Προσωπικότητας.....	33
2.5 Βιολογία του στρες.....	34
2.6 Συνέπειες του στρες.....	39
2.7 Αγχώδεις διαταραχές.....	43
2.8 Παράγοντες κινδύνου και προστατευτικοί παράγοντες.....	50
2.8.1. Παράγοντες κινδύνου και ευαλωτότητα.....	50
2.8.2 Προστατευτικοί παράγοντες και ανθεκτικότητα.....	55
2.9 Πρόληψη και πρόωμη παρέμβαση.....	56

ΜΕΡΟΣ Β. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 3^ο Μεθοδολογία Έρευνας

3.1 Ερευνητικά ερωτήματα.....	65
3.2 Το δείγμα.....	65
3.3 Διαδικασία επιλογής του δείγματος.....	66
Κεφάλαιο 4 ^ο Ανάλυση Αποτελεσμάτων.....	68
Κεφάλαιο 5 ^ο Συμπεράσματα	
5.1 Συμπεράσματα.....	96
5.2 Περιορισμοί.....	101
5.3 Προτάσεις.....	102
Βιβλιογραφία.....	104

Περίληψη

Το στρες αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της καθημερινότητας μας και αναδεικνύεται ως ένα δυνητικά πολύ σοβαρό πρόβλημα. Ιδίως, τα τελευταία χρόνια που η κοινωνικο-οικονομική και πολιτική αστάθεια έχει δημιουργήσει πολλούς από τους παράγοντες κινδύνου που ευθύνονται για το στρες. Είναι πια γνωστό πως το στρες έχει την αφετηρία του ήδη από τη βρεφική ηλικία και οι επιδράσεις του είναι πολλές σε όλα τα επίπεδα της ανθρώπινης ανάπτυξης και ευημερίας (Briggs-Gowan et al, 2004 · Costello, Egger, Copeland, Erkanli, & Angold, 2011 · Egger & Angold, 2006). Η πρόληψη και η πρόωπη παρέμβαση είναι τα μέτρα που πρέπει η κάθε κοινωνία να λάβει για την αντιμετώπιση του εν λόγω προβλήματος. Κι ενώ, σε διεθνές επίπεδο εδώ και μια δεκαετία έχουν γίνει πολλά βήματα προς αυτή την κατεύθυνση, η Ελλάδα δεν ακολουθεί την ίδια τακτική μεγιστοποιώντας τον κίνδυνο για τους πολίτες της. Η παρούσα εργασία επιχειρεί να εντοπίσει όλα τα προγράμματα πρόληψης και θεραπείας στρες που έχουν εφαρμοστεί σε παιδιά πρώτης παιδικής ηλικίας, να αναλύσει τα χαρακτηριστικά τους και να συγκρίνει την αποτελεσματικότητά τους σε μια προσπάθεια να αναδείξει το πρόβλημα και να τονίσει την αναγκαιότητα των προληπτικών και θεραπευτικών παρεμβάσεων στην πρόωπη παιδική ηλικία. Τα προγράμματα που εντοπίστηκαν είναι 22 και αφορούν καθολικές, ενδεδειγμένες, επιλεγμένες προληπτικές παρεμβάσεις και θεραπευτικές παρεμβάσεις. Κάποια από τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας ανέδειξαν ότι οι θεραπευτικές παρεμβάσεις είναι πιο διαδομένες από ότι οι προληπτικές παρεμβάσεις, ότι οι άμεσες παρεμβάσεις είναι περισσότερες στους γονείς από ότι στα παιδιά, ότι η θεραπεία που χρησιμοποιείται περισσότερο είναι η γνωστικο-συμπεριφοριστική θεραπεία και ότι η αξιολόγηση των επιπέδων άγχους γίνεται κυρίως από τους γονείς και σε αρκετά μικρότερο βαθμό από τα παιδιά. Επίσης, από τον υπολογισμό του βαθμού επίδρασης φανερώνεται ότι αυτές οι παρεμβάσεις έχουν πολλά σημαντικά αποτελέσματα στην πρόληψη και στη μείωση του βαθμού κινδύνου, αλλά και στη θεραπεία των αγχωδών διαταραχών.

Λέξεις-κλειδιά: στρες, πρώτη παιδική ηλικία, πρόληψη, θεραπεία, πρόωπη παρέμβαση

Abstract

Stress is an integral part of our everyday life and emerges as a potentially very serious problem. In recent years, socio-economic and political instability has created many of the risk factors that are responsible for stress. It is now known that stress has its origin already from infancy and its effects are many at all levels of human development and well-being (Briggs-Gowan et al, 2004 · Costello, Egger, Copeland, Erkanli, & Angold, 2011 · Egger & Angold, 2006). Prevention and early interventions are the measures that each society has to take to address this problem. And while there have been a lot of steps in this direction at international level for over a decade, Greece is not following the same strategy, maximizing the risk for its citizens. This thesis attempts to identify all the stress prevention and treatment programs applied to early childhood children, analyze their characteristics and compare their effectiveness in an effort to highlight the problem and the need for preventive and therapeutic interventions in early childhood. The programs identified are 22 and involve universal, indicated, selected preventive interventions and therapeutic interventions. Some of the results of this research have shown that therapeutic interventions are more widespread than preventive interventions, that direct interventions are more parental than children, that the most used treatment is cognitive-behavioral therapy, and that assessment levels of anxiety are mainly measured by parents and to a lesser extent by children. Also, by calculating the effect size, it appears that these interventions have many important effects in preventing and reducing the degree of risk, but also in the treatment of anxiety disorders.

Keywords: prevention, treatment, early intervention, stress, early childhood

ΜΕΡΟΣ Α. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1^ο ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

1.1 Ορισμός του προβλήματος

Το στρες κερδίζει όλο και περισσότερο την προσοχή των σύγχρονων ερευνητών. Ο λόγος για αυτό εγκείται στις ερευνητικές τεκμηριώσεις που προοδευτικά πληθαίνουν υποστηρίζοντας πως η επίδραση του στα αποτελέσματα της ανθρώπινης ευημερίας και εξέλιξης είναι ζωτικής σημασίας.

Ενώ, για πολλά χρόνια θεωρούνταν πως αυτό αφορά μόνο εφήβους και ενήλικες έρευνες των τελευταίων χρόνων αποδεικνύουν ότι ξεκινά από πολύ νωρίς - από τη βρεφική κιόλας ηλικία. Οι αριθμοί θέλουν το 9 % (Comer et al., 2012) έως το 15% (Briggs-Gowan et al, 2004 · Costello, Egger, Copeland, Erkanli, & Angold, 2011 · Egger & Angold, 2006) των παιδιών στην πρώτη παιδική ηλικία να πάσχουν από κάποια αγχώδη διαταραχή. Αυτό επιβεβαιώνει ότι οι αγχώδεις διαταραχές είναι πολύ συχνές στα παιδιά προσχολικής και πρωτοσχολικής ηλικίας και ότι πολλές από τις αγχώδεις διαταραχές έχουν χρόνο έναρξης την πρώιμη παιδική ηλικία (Sterba, Egger, & Angold, 2007).

Οι πρώιμες παιδικές εμπειρίες αναδεικνύονται ως οι πλέον καθοριστικότερες για την ανθρώπινη ανάπτυξη. Αξιοσημείωτο δε είναι ότι κατά τη γέννηση του παιδιού οι προυπάρχοντες νευρώνες δεν έχουν ακόμα δημιουργήσει συνάψεις μεταξύ τους ή οι συνάψεις τους είναι πολύ αδύναμες (Nash, 1997). Η δημιουργία και η γρήγορη αύξηση των συνάψεων συμβαίνει τα πρώτα τρία χρόνια της ζωής, ενώ ύστερα αρχίζει η διαδικασία ωρίμανσης του εγκεφάλου με την ενίσχυση των πιο ενεργών και την εξάλειψη των λιγότερο ενεργών (Περβανίδου, Μαγιάκου, & Χρυσός, 2008). Επιπρόσθετα, γνωρίζουμε ότι μέχρι την ηλικία των πέντε έχει δημιουργηθεί το 95% του εγκεφάλου (Brotherson, 2005). Συνεπώς, θα λέγαμε πως ο ανθρώπινος εγκέφαλος έχει σχεδιαστεί με τέτοιο τρόπο

ώστε να πλάθεται στην τελική του μορφή από την επίδραση της εμπειρίας των πρώτων χρόνων της ζωής (Περβανίδου κ συν., 2008).

Οι έρευνες, καταδεικνύουν πως οι παιδικές δυσμενείς εμπειρίες(ACE) είναι πολύ συχνές στο γενικό πληθυσμό (Bjorkenstam et al., 2013 · Hargreaves et al., 2017) και έχουν στενά συνδεθεί με το πρώιμο τοξικό στρες (Banyard, Hamby, & Grych, 2017· Poole, Dobson, & Pusch, 2017). Ενδεικτικά, αναφέρεται ότι στην πρόσφατη έρευνα του Almuneef (2016) αποδείχθηκε ότι το άτομο που έχει βιώσει δυσμενείς παιδικές εμπειρίες έχει σχεδόν τριπλάσιες πιθανότητες να βιώσει ακραίο στρες.

Στις ΔΠΕ περιλαμβάνονται οι δυσλειτουργικές οικογενειακές σχέσεις, η φτώχεια, το διαζύγιο των γονέων, η οικονομική ανασφάλεια, η χρόνια διαβίωση χωρίς στέγη, η κάθε είδους κακοποίηση, η ενδοοικογενειακή βία, η χρήση αλκοολ και ναρκωτικών από μέλη της οικογένειας, οι εγκληματικές δραστηριότητες της οικογένειας, τα ψυχικά προβλήματα των γονέων (Almuneef, 2016 · Sigler 2016 · Tone, 2013).

Εκτός από τις δυσμένεις εμπειρίες το ποσοστό των παιδιών πρώιμης ηλικίας που δύνανται να βρεθούν αντιμέτωποι με το χρόνιο ή/και οξύ στρες αυξάνεται, αφού το στρες συνδέεται με κληρονομικότητα και με στοιχεία προσωπικότητας που εν γένει έχει το παιδί (Beatson, 2014 · Mian, 2011 · White, 2011· Pahl, 2012).

Οι συνέπειες του στρες για την υγεία και την ευημερία του ατόμου είναι καταστρεπτικές. Μερικές από τις κυριότητες συνέπειες είναι η καταστροφή των εγκεφαλικών συνάψεων και η ελάττωση του βάρους του εγκεφάλου, η διακοπή της ανάπτυξης των εγκεφαλικών συνάψεων, η καταστροφή εγκεφαλικών περιοχών που ευθύνονται για τη μνήμη, τη μάθηση και τη συναισθηματική ρύθμιση, η οποία δημιουργεί μεγάλη δυσκολία για την απόκτηση γλωσσικών, γνωστικών και κοινωνικοσυναισθηματικών δεξιοτήτων (Gunnar & Barr 1998 · Gunnar, Herrera, & Hostinar, 2009 · NSCDC, 2014 · Περβανίδου κ. συν., 2008)

Το στρες μπορεί να προκαλέσει σοβαρές οργανικές ασθένειες. Αυτό μπορεί να ευθύνεται για την αποδυνάμωση του ανοσοποιητικού συστήματος, την καταστολή της αυξητικής ορμόνης, τα καρδιαγγειακά προβλήματα όπως υπέρταση, τις μεταβολικές διαταραχές, όπως παχυσαρκία, μεταβολικό σύνδρομο και σακχαρώδη διαβήτη, την αθηροσκληρωτική καρδιαγγειακή νόσο, τη νευροαγγειακή εκφυλιστική νόσο, τη

σαρκοπενία και την οστεροπόρωση, την ευαλωτότητα του ατόμου για μολύνσεις και αυτοάνοσα νοσήματα και μακροπορόθεσμα το θάνατο (Chrousos, 2009 · Περβανίδου κ συν., 2008).

Η σημερινή εποχή είναι γεμάτη από προκλήσεις για τα παιδιά αλλά και απαιτήσεις στις οποίες πρέπει να ανταποκριθούν. Παρά την παραδοχή ότι το πρώιμο στρες είναι πολύ συχνό και παίζει καθοριστικό ρόλο στην ανάπτυξη του παιδιού, καμία δράση προς το παρόν δεν έχει διεξαχθεί στην Ελλάδα για την πρόληψη και αντιμετώπιση του στρες στα παιδιά πρώιμης παιδικής ηλικίας τόσο σε κλινικό επίπεδο όσο και σε σχολικό. Μικρή, επίσης, είναι και η ερευνητική ενασχόληση στον ελλαδικό χώρο σχετικά με αυτό το θέμα με λίγες έρευνες και καμία έρευνα παρέμβασης ή πρόγραμμα.

Αντίθετη με την ελληνική πραγματικότητα είναι η δράση σε διεθνές επίπεδο με την υλοποίηση αρκετών προγραμμάτων καθολικής και ενδεδειγμένης πρόληψης και θεραπείας του πρώιμου στρες σε σχολικά περιβάλλοντα την τελευταία εικοσαετία, κυρίως όμως, την τελευταία δεκαετία. Τα περισσότερα από αυτά τα προγράμματα έχουν υλοποιηθεί στην Αυστραλία, αλλά και στην Αμερική, στην Αγγλία, στην Ισπανία και χρησιμοποιούν διαφορετικές μεθόδους, θεωρίες, εργαλεία και μέσα δίνοντάς μας πολύ σημαντικές πληροφορίες για τη μεθοδολογία που ακολουθείται, τα χαρακτηριστικά που μπορεί να έχει ένα τέτοιου είδους πρόγραμμα και την επίδρασή τους στα παιδιά.

Λαμβάνοντας υπόψη, λοιπόν, τη συχνότητα και την επίπτωση του πρώιμου στρες αλλά και τους παράγοντες κινδύνου εμφάνισης γίνεται φανερό πως η ελληνική κοινωνία τοποθετεί τα παιδιά της σε υψηλό βαθμό επικινδυνότητας προς εμφάνιση. Το χαμηλό βιοτικό επίπεδο, ο οικονομικός στραγγαλισμός, η ανεργία, τα υψηλά ποσοστά κακοποίησης, η υποβάθμιση των υπηρεσιών (λ.χ. σύστημα υγείας) κλονίζουν την οικογένεια και τις ενδοοικογενειακές σχέσεις, επηρεάζουν την ποιότητα της ανατροφής και της φροντίδας, δημιουργούν εχθρικό κοινωνικό κλίμα, ενθαρρύνουν τη γέννηση ανασφάλειας και ελλείματος σε βασικές για τα παιδιά ανάγκες. Συνεπώς, η ενασχόληση με αυτό το θέμα δεν είναι προαιρετική, δεν είναι καν επιλογή είναι επιτακτική ανάγκη γιατί οι πολίτες του αύριο είναι τα παιδιά του σήμερα και η ευημερία τους στο εδώ και τώρα σκιαγραφεί το μέλλον.

Η παρούσα εργασία επιχειρεί να φέρει στο προσκήνιο το πρόβλημα και να επισημάνει τη σοβαρότητα του πρώιμου παιδικού στρες καταγράφοντας και φωτίζοντας τις πτυχές όλων των επίκαιρων προγραμμάτων πρόληψης και παρέμβασης σε προσχολικά και πρωτο-σχολικά περιβάλλοντα που έχουν εφαρμοστεί σε διεθνές επίπεδο. Αναλυτικότερα, καταγράφονται τα χαρακτηριστικά των προγραμμάτων, αναδεικνύονται εκείνα που είναι πιο αποτελεσματικά, προσφέρονται κατευθυντήριες γραμμές για το σχεδιασμό και την υλοποίηση μελλοντικών παρεμβάσεων. Η εργασία αυτή προσδοκά πως με τη γνώση που θα προσφέρει θα ευαισθητοποιήσει το ελληνικό κοινό και θα αποτελέσει την αφετηρία και αφορμή για περαιτέρω δράση σε ένα πρόβλημα που χρίζει άμεσης ενεργοποίησης.

1.2 Χρησιμότητα της έρευνας

Δεδομένη την απύσχα ερευνητική δράση σε αυτό τον χώρο στην Ελλάδα, αυτή η έρευνα αποσκοπεί να φέρει στην επιφάνεια το εν λόγω ερευνητικό προβληματισμό και να στρέψει το ενδιαφέρον των σύγχρονων μελετητών και εκπαιδευτικών σε ένα θέμα που φαίνεται να επηρεάζει πολύ την ανάπτυξη και ευημερία του παιδιού και παραμένει υπο-μελετημένο.

Αυτή η έρευνα είναι χρήσιμη για οποιονδήποτε μελετητή επιθυμεί να αποκτήσει ολοκληρωμένη γνώση για τις παρεμβάσεις πρόληψης και θεραπείας στρες σε παιδιά πρώτης παιδικής ηλικίας, αλλά κυρίως για οποιονδήποτε θέλει να σχεδιάσει και να υλοποιήσει μια τέτοιου είδους παρέμβαση.

Παρουσιάζοντας όλες τις παρεμβάσεις, τα χαρακτηριστικά τους, αλλά και την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων, αυτή η έρευνα μπορεί να καθοδηγήσει και να διευκολύνει τον εκπαιδευτικό, τον ψυχολόγο και άλλες συναφείς ειδικότητες στο να σχεδιάσει την κατάλληλη για το δείγμα του παρέμβαση. Πραγματοποιώντας μια συστηματική ανασκόπηση των τεχνικών, των μεθόδων, των εργαλείων και των μέσων των παρεμβάσεων που ήδη έχουν υλοποιηθεί ο ερευνητής λαμβάνει γνώση για το τι έχει εφαρμοστεί και τι έχει αναδειχθεί ως πιο αποτελεσματικό.

Θεωρείται πως η ανάγνωση της παρούσας εργασίας είναι απαραίτητη πριν από την

υλοποίηση ενός προγράμματος στρες στο σχολείο καθώς δίνεται μια λεπτομερή εικόνα της μεθοδολογικής προσέγγισης που θα πρέπει να λάβει υπόψη του ο μελετητής.

Πεποίθηση είναι ότι εξοπλίζοντας όσους ασχολούνται με την εκπαίδευση και τα παιδιά με την απαραίτητη γνώση να διδάξουν επιτυχώς στα παιδιά τεχνικές και δεξιότητες που θα τα βοηθήσουν να διαχειρίζονται τις δύσκολες καταστάσεις και το στρες που αυτές τους γεννούν, και να τα ενδυναμώνουν σε ένα διαρκώς μεταβαλλόμενο περιβάλλον, εκείνα δύνανται να αναπτυχθούν σε υγιείς και λειτουργικούς ενήλικες.

1.3 Γενικός Σκοπός και ειδικοί στόχοι

Σκοπός της εργασίας αυτής είναι να εντοπίσει και να περιγράψει όλα τα προγράμματα πρόληψης και θεραπείας του στρες που έχουν λάβει χώρα σε διεθνές επίπεδο.

Ειδικότεροι στόχοι είναι:

- α) Να αναδείξει τα χαρακτηριστικά του κάθε προγράμματος.
- β) Να εντοπίσει τα κοινά και διαφορετικά χαρακτηριστικά για όλα τα προγράμματα.
- γ) Να επισημάνει ποια προγράμματα εφαρμόζονται περισσότερο και ποια χαρακτηριστικά είναι συνηθέστερα.
- δ) Να υπολογίσει την αποτελεσματικότητά τους.

1.4 Διάρθρωση της εργασίας

Το πρώτο κεφάλαιο της παρούσας εργασίας προσφέρει μια ενδελεχή και λεπτομερή καταγραφή του προβλήματος που καλείται να επιλύσει η παρούσα έρευνα και να επιχειρηματολογήσει τη χρησιμότητα της.

Στο δεύτερο κεφάλαιο ο αναγνώστης αποκτά μια πλήρη εικόνα της εννοιολογικής προσέγγισης του φαινομένου. Προσφέρονται οι ορισμοί των επιστημονικών όρων που

χρησιμοποιούνται στην παρούσα έρευνα. Γίνεται, επίσης, αναφορά στις θεωρητικές προσεγγίσεις, οι οποίοι έχουν εντυπώσει στο υπο-εξεταζόμενο θέμα.

Η παρούσα εργασία περιγράφει στο 3ο κεφάλαιο τη μεθοδολογία που ακολουθήθηκε, δηλαδή τη διαδικασία από τον εντοπισμό του δείγματος, τη συλλογή πληροφοριών, την ταξινόμηση και κωδικοποίηση, την επιλογή της στατιστικής ανάλυσης.

Στο κεφάλαιο 4 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την επεξεργασία- ταξινόμηση, σύνθεση και σύγκριση των δεδομένων.

Στο κεφάλαιο 5 αναδεικνύονται τα συμπεράσματα της παρούσας έρευνας, οι περιορισμοί και οι προτάσεις για μελλοντική έρευνα.

Τέλος, ακολουθεί η βιβλιογραφία που χρησιμοποιήθηκε.

1.5 Αποσαφήνιση όρων

Πρώιμη παιδική ηλικία: Η πρώιμη παιδική ηλικία ορίζεται ως η περίοδος από τη γέννηση μέχρι τα οχτώ έτη.

Στρες: Είναι ο μηχανισμός προετοιμασίας και αντίδρασης του οργανισμού για την προστασία του σε καταστάσεις κινδύνου, όπου κινητοποιούνται όλα τα συστήματα του έτσι ώστε να εξασφαλιστεί η αντιμετώπιση της και κατ' επεκταση η επαναφορά του οργανισμού στην ομοιόσταση

Ευστρες: Είναι ο καλός τύπος στρες γιατί πυροδοτείται από θετικά συναισθήματα και συνδέεται με υγιείς σωματικές καταστάσεις. Θεωρείται φυσιολογικό και η αντιμετώπιση του είναι σημαντικό μέρος της αναπτυξιακής διαδικασίας

Ανεχτό στρες: Αναφέρεται σε εμπειρίες μεγαλύτερης έντασης απ' ότι αυτές του θετικού στρες, το οποίο όμως με την κατάλληλη υποστήριξη μπορεί να ξεπεράσει και να μεταβληθεί σε θετικό στρες

Δυστρες/Τοξικό στρες: Είναι ο βλαβερός τύπος στρες αφού προκαλείται από αρνητικά, δυσάρεστα ερεθίσματα και συνδέεται με βλαβερές σωματικές καταστάσεις.

Πρώιμο στρες: Είναι το στρες που εμφανίζεται κατά την πρώιμη παιδική ηλικία

Αγχος: Είναι η συναισθηματική αντίδραση στο στρες.

Παράγοντες κινδύνου: Ο παράγοντας κινδύνου μπορεί να είναι ένα χαρακτηριστικό γνώρισμα, μια σχέση, μια συμπεριφορά, ένα γεγονός ή μια κατάσταση που αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης ενός συγκεκριμένου αποτελέσματος.

Παιδικές δυσμενείς εμπειρίες: Οι εμπειρίες αυτές περιλαμβάνουν έναν αριθμό διαφορετικών βιώματων όπως η κακοποίηση, η παραμέληση, οι δυσλειτουργικές οικογενειακές σχέσεις που ένα άτομο μπορεί να έχει από τη γεννησή του μέχρι την ενηλικίωσή του.

Προστατευτικοί παράγοντες : Ο προστατευτικός παράγοντας αναφέρεται σε ένα χαρακτηριστικό, μια σχέση, μια συμπεριφορά ή μια κατάσταση που μειώνει την πιθανότητα πρόκλησης ενός συγκεκριμένου αποτελέσματος στην παρουσία ενός κινδύνου.

Ανθεκτικότητα: Αναφέρεται σε εσωτερικές ποιότητες που έχει το άτομο και το βοηθούν να ξεπεράσει το στρες ή την κακουχία. Η σημασιολογική διαφορά της με τον προστατευτικό παράγοντα είναι ότι η ανθεκτικότητα περιλαμβάνει ένα σύνολο παραγόντων συγκεκριμένων για το κάθε άτομο.

ΓΣΘ : Γνωστικο-Συμπεριφοριστική Θεραπεία- προέρχεται από δύο περιοχές της πειραματικής ψυχολογίας, τις θεωρίες μάθησης και τη γνωστική θεωρία. Στόχοι της προσέγγισης αυτής είναι η αλλαγή του τρόπου σκέψης και συμπεριφοράς.

ΘΑΓΠ: Θεραπεία Αλληλεπίδρασης Γονέα-Παιδιού - είναι μια οικογενειοκεντρική θεραπευτική προσέγγιση, κατά την οποία οι γονείς προπονούνται να αλληλεπιδρούν αποτελεσματικά με τα παιδιά τους ώστε να τους διδάξουν τεχνικές.

Κεφάλαιο 2^ο ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

2.1 Ορισμός Στρες, Άγχους και Φόβου

2.1.1 Ορισμός Στρες

Την επίγνωση του στρες και των δυσμενών συνεπειών του φαίνεται πως κατείχαν ήδη ο Αριστοτέλης και ο Ιπποκράτης (Fink, 2017). Ο όρος στρες, βέβαια, συναντάται σε γραπτά του 14ου αιώνα με τη σημασία της πίεσης ή της έντασης (Sebastian, 2013). Το 17ο αιώνα ο φυσικός και βιολόγος, Robert Hooke μελετώντας τον τρόπο με τον οποίο οι ανθρώπινες κατασκευές θα μπορούσαν να αντέχουν βαριά φορτία, όρισε το στρες ως την αντίσταση που αναπτύσσεται στο εσωτερικό ενός αντικειμένου ως συνέπεια της επίδρασης μιας εξωτερικής δύναμης επάνω σε αυτό (Krohne, 2001· Lazarus, 1993a· Γιαννέλου & Λουκάτος, 2016). Παρ' όλα αυτά ήταν στον 20^ο αιώνα που έγιναν μεγάλα βήματα στην κατανόηση του στρες ως έννοια που αφορά τον άνθρωπο και την υγεία του.

Το στρες έλαβε μεγάλη προσοχή όταν ιατρικές μελέτες κατέδειξαν ότι για την επιβίωση του ατόμου και τη διατήρηση της ομοιόστασης είναι αναγκαία η προσαρμογή στις συνεχώς μεταβαλλόμενες περιβαλλοντικές αλλαγές (Slavich, 2016). Ο Selye Hans, πρωτοπόρος στη μελέτη του στρες, το 1936 όρισε το στρες ως μη ειδική απόκριση του σώματος έναντι οποιασδήποτε απαίτησης από αυτό (Rice, 2012). Επειδή, όμως, θεωρήθηκε πως μια τέτοια τοποθέτηση είναι αρκετά ομιχλώδης προχώρησε το 1976 σε έναν πιο λεπτομερή ορισμό : το στρες είναι μία κατάσταση που εκδηλώνεται από ένα ειδικό σύνδρομο το οποίο αποτελείται από όλες τις μη ειδικά προκαλούμενες αλλαγές μέσα στο βιολογικό ανθρώπινο σύστημα (Rice, 2012). Ο Selye αντιλήφθηκε το στρες ως την απάντηση του οργανισμού σε οτιδήποτε μπορούσε να απειλήσει την ομοιόσταση του οργανισμού (Schneiderman, Ironson, & Siegel, 2005). Σύμφωνα με τον Crousos (2008), το **στρες** είναι ο μηχανισμός προετοιμασίας και αντίδρασης του οργανισμού για την προστασία του σε καταστάσεις κινδύνου, όπου κινητοποιούνται όλα τα συστήματα του έτσι ώστε να εξασφαλιστεί η αντιμετώπιση της και κατ' επεκταση η επαναφορά του

οργανισμού στην ομοιόσταση. Συνεπώς, το στρες είναι ένας προσαρμοστικός μηχανισμός απαραίτητος για την επιβίωση του ανθρώπου (Καραδήμας, 2008). Παρ' όλα αυτά όταν η απαίτηση είναι ισχυρή και παρατεταμένη, το άτομο περνά από την προσαρμοστική φάση στη δυσλειτουργία (Καραδήμας, 2008).

Το στρες, στην ιστορική του εξέλιξη, έχει οριστεί ως ερέθισμα, ως αντίδραση και ως σχέση (Καραδήμας, 2008· Matthieu & Ivanoff, 2006· Ntoumanis, Edmunds, & Duda, 2009· Sebastian, 2013). Ως ερέθισμα το στρες επικεντρώνεται στους περιβαλλοντικούς παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν την ισορροπία του εαυτού μας. Ως αντίδραση, το στρες αναφέρεται στις βιολογικές, συναισθηματικές και συμπεριφορικές αλλαγές που βιώνονται και προσφέρει ένα επεξηγηματικό μοντέλο για την ταραχή μας όταν είμαστε αντιμέτωποι με μία καινούργια κατάσταση (Papathanasiou, Tsaras, Neroliatsiou, & Roura, 2015· Sebastian, 2013). Η αντίληψη του στρες ως σχέση υπαινίσσεται μια αλληλεπίδραση ανάμεσα στο ερέθισμα και την αντίδραση (Baqtayan, 2015), δηλαδή στις απαιτήσεις του περιβάλλοντος και στους πόρους του ατόμου να τις αντιμετωπίσει (Sebastian, 2012). Το μοντέλο αυτό αποκτά, τα τελευταία χρόνια, μεγαλύτερη αποδοχή σχετικά με την καταλληλότητα του. Ο McGrath (1976) ορίζει το στρες ως μια αντιλαμβανόμενη ανισορροπία ανάμεσα στην απαίτηση και την ικανότητα αντιμετώπισης, όπου η αποτυχία απόκρισης έχει σημαντικές (αντιλαμβανόμενες) συνέπειες για το άτομο. Ενώ, οι Sandhu & Asrabadi (1994) ορίζουν το στρες ως μια προσαρμοστική βιολογική απάντηση του ανθρώπινου οργανισμού σε εσωτερικές και εξωτερικές πιέσεις και γεγονότα που παρεμποδίζουν την ομοιοστατική ισορροπία του ατόμου. Το ψυχολογικό στρες, σύμφωνα με τους ίδιους ερευνητές, είναι η απόκριση του οργανισμού όταν το άτομο αντιλαμβάνεται ότι η περιβαλλοντική απαίτηση ξεπερνά τις ικανότητες που διαθέτει για να την αντιμετωπίσει. Εξ ορισμού του το στρες προϋποθέτει την ενεργητική αμοιβαία επίδραση ανάμεσα στο άτομο και το περιβάλλον.

Το στρες, θα λέγαμε λοιπόν, πως είναι μία εμπειρία που τα άτομα έχουν όταν ανιχνευτεί μια πραγματική ή φανταστική απειλή (stimuli) προς την ευημερία τους και συμπεριλαμβάνει την ενεργοποίηση του συστήματος απόκρισης του στρες (stress response system). αυτό εμπερικλείει το απόλυτο άγχος (η επιβίωση του ατόμου) και το σχετικό, κατά το οποίο η ερμηνεία ενός γεγονότος ενεργοποιεί το σύστημα απόκρισης (Lupien,

2012 όπ. αναφέρεται στο Tone 2013). Σύμφωνα με τον Spielberg (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.

2.1.2 Άγχος

Ο Freud θεωρούσε το άγχος μια δυσάρεστη συγκινησιακή κατάσταση που χαρακτηριζόταν από όλα εκείνα τα φαινόμενα που καλύπτονταν με τη λέξη «νευρικότητα» και περιελάμβαναν βιωματικές, σωματικές και συμπεριφορικές εκδηλώσεις(αναστολή συμπτώματα και αγχος). Η αγχωτική αυτή κατάσταση χρησίμευε για να προειδοποιήσει το άτομο ότι απαιτείται κάποιο είδος προσαρμογής (Spielberger, 1982). Ο Φρόντντ διέκρινε το άγχος σε αντικειμενικό και νευρωτικό. Το αντικειμενικό περιελάμβανε μια σύνθετη εσωτερική αντίδραση σε μια αναμενόμενη βλάβη που προέρχεται από έναν εξωτερικό κίνδυνο και η έντασή του είναι ανάλογη με το μέγεθος του κινδύνου. Στο νευρωτικό άγχος, από την άλλη, η πηγή του κινδύνου είναι εσωτερική, υπάρχουν συναισθήματα έντασης και το άτομο δεν έχει συνειδητή επίγνωση του στρεσογόνου ερεθίσματος (Han, 2009).

Το άγχος ορίζεται ως μια δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση που χαρακτηρίζεται από υποκειμενικά αισθήματα έντασης, ανησυχίας, φόβου και από την ενεργοποίηση ή διέργεση του αυτόνομου νευρικού συστήματος(Han, 2009). Πρόκειται για μια αντίδραση σε ένα αντιλαμβανόμενο κίνδυνο στην οποία εμπλέκονται βιολογικές, συμπεριφορικές και γνωστικές λειτουργίες (Smith, Iverach, O’Brian, Kefallianos & Reilly, 2014).

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).

2.1.3 Διαφοροποίηση Στρες, Άγχους Και Φόβου

Οι όροι αυτοί πολλές φορές στη καθημερινότητα χρησιμοποιούνται ως ταυτόσημοι, στην πραγματικότητα όμως δεν είναι. Ο Selye Hans χρησιμοποιούσε τον όρο στρες για να αναφερθεί και στην αιτία και την συνέπεια (την αντίδραση) (Szabo, Tache, & Somogyi, 2012). Κάτα την άποψη του Spielberger το στρες προκαλεί άγχος (Spielberger, 1982), για την ακρίβεια το άγχος είναι η συναισθηματική αντίδραση στο στρες (Taylor, 1979). Η ψυχοβιολογική αυτή διεργασία του στρες κατά τον Spielberger (1982) αποτελείται από τρία στοιχεία: ένα ερέθισμα (στρεσογόνο), μία ερμηνεία (από το άτομο), μια αντίδραση άγχους. Με τον όρο στρες εννοείται όλη η παραπάνω διαδικασία, συμπεριλαμβανομένης της συνάντησης με το στρεσογόνο ερέθισμα, της ερμηνείας του ερεθίσματος ως δυνητικά επικίνδυνου και στη συνέχεια της αντίδρασης άγχους, ενώ ο ορισμός του άγχους περιλαμβάνει το τελευταίο σκέλος του στρες, ήτοι την συγκινησιακή αντίδραση η οποία αποτελείται από υποκειμενικά αισθήματα φόβου, έντασης και νευρικότητας.

Το άγχος και το στρες πρέπει να διακριθεί και από μία ακόμη έννοια, αυτή του "φόβου". Ο φόβος μπορεί να οριστεί ως συναίσθημα κατά το οποίο το άτομο αναγνωρίζει την απειλή, αντιλαμβάνεται από που προέρχεται, σχεδιάζει τη δράση του και κάνει εκτιμήσεις για τις συνεπειές της, ενώ αντίθετα στην περίπτωση του άγχους δεν υπάρχει συγκεκριμένο αντικείμενο και αναφέρεται σε μια αόριστη απειλή, σε έναν μελλοντικό και αναμενόμενο κίνδυνο (Μητρούση, Τραυλός, Κούκια, Ζυγά, 2013). Ο Φρόντ ταυτίζει τον φόβο με το αντικειμενικό άγχος και τονίζει πως ο κίνδυνος που τον προκαλεί βρίσκεται στον εξωτερικό κόσμο. Ακόμη, ένα σημαντικό στοιχείο που προσθέτει στη διάκριση με το άγχος (νευρωτικό άγχος) είναι ότι η ένταση του φόβου είναι ανάλογη με το μέγεθος του εξωτερικού κινδύνου, πράγμα που δε συμβαίνει με το άγχος το οποίο τις περισσότερες φορές είναι δυσανάλογο του πραγματικού μεγέθους (Spielberger, 1982).

2.2 Τύποι στρες

Όπως προαναφέρθηκε το στρες είναι απαραίτητο για την προστασία του οργανισμού σε καταστάσεις κινδύνου, αφού κινητοποιεί το άτομο με μια σειρά αλλαγών σε βιολογικό,

συναισθηματικό και συμπεριφορικό επίπεδο με στόχο να αντιμετωπίσει τον κίνδυνο (Καραδήμας, 2008). Σε πολλές περιπτώσεις όμως το στρες μπορεί να αποβεί σοβαρός παράγοντας κινδύνου για την υγεία και ευτυχία του ατόμου.

Το στρες μπορεί να διακριθεί σε ευστρες ή θετικό στρες, σε ανεχτό στρες και σε δυστρες ή τοξικό στρες. **Το ευστρες** είναι ο καλός τύπος στρες γιατί πυροδοτείται από θετικά συναίσθηματα και συνδέεται με υγιείς σωματικές καταστάσεις (Lazarus 1993a · Seyle 1974 οπ. Αναφ. στο Szabo et al., 2012). Τα παιδιά μπορεί να βιώσουν ευστρές όταν γνωρίζουν καινούργιους ανθρώπους, όταν πρέπει να εμπλακούν σε μια καινούργια δραστηριότητα. Θεωρείται φυσιολογικό καθώς προκαλεί μικρή βιολογική διέγερση και η αντιμετώπισή του από τα παιδιά είναι σημαντικό μέρος της αναπτυξιακής διαδικασίας (Middlebrooks & Audage, 2008). **Το ανεχτό στρες** αναφέρεται σε εμπειρίες μεγαλύτερης έντασης απ' ότι αυτές του θετικού στρες αλλά σχετικά το ίδιο σύντομες. Τέτοιες εμπειρίες μπορεί να είναι ο αποχωρισμός με το γονέα, μια φυσική καταστροφή, μια οικογενειακή σύγκρουση. Με την κατάλληλη υποστήριξη το παιδί μπορεί να το ξεπεράσει και να το μεταβάλλει σε θετικό στρες , το οποίο θα το ωφελήσει αναπτυξιακά. Ωστόσο, αν η υποστήριξη είναι ελλιπής αυτό πολύ πιθανόν να μετατραπεί σε τοξικό (Middlebrooks & Audage, 2008). Το ανεχτό στρες, δηλαδή, είναι εν δυνάμει θετικό ή αρνητικό. **Το δυστρές ή τοξικό στρες** είναι ο βλαβερός τύπος στρες αφού προκαλείται από αρνητικά, δυσάρεστα ερεθίσματα και συνδέεται με βλαβερές σωματικές καταστάσεις (Lazarus 1993a · Seyle 1974 οπ. Αναφ. στο Szabo et al., 2012). Οι καταστάσεις αυτές είναι υψηλής έντασης και μεγάλης διάρκειας, όπως η κακοποίηση. Ο τύπος αυτός έχει καταστρεπτικές συνέπειες για την υγεία και ευεξία του ατόμου (Middlebrooks & Audage, 2008). Η παράπανω διάκριση είναι θεμελιώδης για την επίπτωση του στρες στον άνθρωπο, αφού το θετικό στρες είναι ικανό να ενισχύσει το ανοσοποιητικό σύστημα, ενώ το αρνητικό να το καταστρέψει (Lazarus, 1993a).

2.3 Στρεσογόνοι παράγοντες

Την απόκριση του στρες προκαλεί ο στρεσογόνος παράγοντας (Szabo et al., 2012) Ως

στρεσογόνας παράγοντας ορίζεται κάθε πραγματικό ή φανταστικό γεγονός, συνθήκη, κατάσταση, ή ερέθισμα που κινητοποιεί τη διαδικασία απόκρισης του στρες (Everly & Lating, 2002 όπ αναφ. στο Mattiue & Ivanoff, 2006). Οι Lazarus και Folkman ορίζουν τους στέσορες ή στρεσογόνους παράγοντες ως τις εξωτερικές και/ή εσωτερικές απαιτήσεις που το άτομο εκτιμά ότι υπερβαίνουν τις διαθέσιμες δυνατότητες του (Lazarus & Folkman, 1984).

Ο κάθε άνθρωπος στη ζωή του έρχεται αντιμέτωπος με ποικίλους παράγοντες. Αυτοί μπορούν να κατηγοριοποιηθούν σε σχέση με τη φύση, τη διάρκεια, την ένταση και την πηγή προελεύσής τους (Slavich, 2016). Ο Seyle διέκρινε τους στρέσορες ανάλογα με τη φύση τους σε φυσικούς (κρύο, ζεστη κλπ.), χημικούς(φορμαλίνη και άλλα) και ψυχολογικούς (Szabo et al., 2012) . Μια παρόμοια διάκριση είναι αυτή των Everly και Lating (2002) σε ψυχοκοινωνικούς και βιογενετικούς. Στους πρώτους ανήκουν εκείνοι, τους οποίους το άτομο αντιλαμβάνεται ως απειλή βασιζόμενο στην αντιληψή του και στην υποκειμενική του κρίση. Από την άλλη μεριά, οι βιογενετικοί παράγοντες δεν χρειάζονται την εκτίμηση της κατάστασης από το άτομο και τις γνωστικές του λειτουργίες για να ενεργοποιήσουν τη βιολογική αντίδραση του στρες. Αυτοί μπορεί να είναι ουσίες όπως η καφεΐνη ή ακόμα περιβαλλοντικές συνθήκες όπως ακραίες θερμοκρασίες (Mattiue & Ivanoff, 2006).

Σύμφωνα με τον Pearlin στρες μπορεί να προκύψει από την παρουσία διακριτών γεγονότων και από την παρουσία συνεχιζόμενων προβλημάτων (Pearlin, Menaghan, Lieberman, & Mullan, 1981).

Ανάλογα με τον χρόνο διάρκειας τους, οι παράγοντες μπορεί να είναι οξείοι, επεισοδιακό οι Elliott και Eisdorfer (1982), μας προσφέρουν μια αρκετά αναλυτική και περιεκτική κατηγοριοποίηση. Έτσι, έχουμε : (α) τα έντονα (οξέα) ερεθίσματα περιορισμένης διάρκειας (π.χ., ένα ατύχημα) , (β) τα ερεθίσματα σε διαδοχή (π.χ., η απόλυση από τη δουλειά και εν συνεχεία η ανεργία και οι συνέπειές της), (γ) τους χρόνιους, περιοδικούς στρεσογόνους παράγοντες (π.χ., οι εξετάσεις) και (δ) τους χρόνιους στρεσογόνους παράγοντες (π.χ. το χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο και η διαβίωση σε συνθήκες φτώχειας). (Καραδήμας, 2008). Με κριτήριο την ένταση την οποία παρουσιάζουν οι παράγοντες στρες, διαχωρίζονται σε γεγονότα ζωής (life events) ,

καθημερινοί μικροπαράγοντες (daily hassels) (Καραδήμας, 2008). Τα γεγονότα ζωής είναι σοβαρές αλλαγές οι οποίες απαιτούν προσαρμογή σε ένα σύντομο χρονικό διάστημα και δεν συμβαίνουν συχνά στη ζωή ενός ατόμου, όπως ο χωρισμός γονέων ή ο θάνατος ενός οικείου (Carr & Umberson, 2013 · Καραδήμας, 2008). Μια υποκατηγορία είναι τα τραυματικά γεγονότα ζωής, τα οποία αποτελούν ακραίες απειλές προς τη σωματική και ψυχολογική ευημερία του ατόμου όπως είναι η σεξουαλική κακοποίηση ή ο πόλεμος (Carr, & Umberson, 2013). Οι καθημερινοί μικροπαράγοντες είναι γεγονότα της καθημερινότητας μικρότερης σημασίας, τα οποία απαιτούν προσαρμογή σε ένα χρονικό διάστημα μιας ή δύο ημερών και τα οποία μάλλον συμβαίνουν πολύ συχνά (Carr & Umberson, 2013 · Καραδήμας, 2008). Τέτοια μπορεί να είναι ένας τσακωμός με κάποιον φίλο, η απώλεια ενός παιχνιδιού, μία προθεσμία.

Ακόμα, οι παράγοντες στρες μπορούν να διαφοροποιηθούν ανάλογα με την πηγή προέλευσης τους σε εξωτερικούς και σε εσωτερικούς.

Είναι αναγκαίο να σημειωθεί ότι ένα γεγονός που είναι στρεσογόνο για κάποιον δε σημαίνει πως είναι και για κάποιον άλλον, αφού προϋποθέτει το άτομο να αντιληφθεί τον παράγοντα ως απειλή (Parathanasiou et al., 2015· Tone, 2013).

Οι τύποι των στρεσογόνων παραγόντων που βιώνει ένα άτομο εξαρτώνται και από την ηλικία, το φύλο, τη φυλή, την κοινωνική τάξη. (Carr & Uberson, 2013 · Pearlin et al., 1989). Για παράδειγμα, ένα παιδί προερχόμενο απο χαμηλή κοινωνικό-οικονομική θέση, είναι πιο πιθανό να αντιμετωπίσει το στρες που πηγάζει από τη φτώχεια ή από τη διαμονή σε μη ασφαλές περιοχές. Επομένως, συμπεραίνουμε πως ένας ορισμός των διαφόρων καταστάσεων ως στρεσογόνων δε μπορεί να έχει καθολική ισχύ, επειδή διαφορετικά άτομα έχουν διαφορετικές αντιλήψεις και αντιδράσεις στις εκάτοτε καταστάσεις (KCHC, 2010).

2.4 Θεωρητικές - αιτιολογικές προσεγγίσεις του στρες

2.4.1 Βιολογικές θεωρίες

Ο Claude Bernard, επιφανής γιατρός, ήταν ο πρώτος που επίσημα μίλησε για την προστασία του οργανισμού από το στρες και τόνισε πως η διατήρηση της ζωής εξαρτάται

σημαντικά από το να κρατάμε σταθερό το εσωτερικό του οργανισμού μας μπροστά στις αλλαγές του περιβάλλοντος (Fink, 2016 · Seyle 1950 · Schneiderman et al., 2005) Πενήντα χρόνια αργότερα, ο Cannon πρότεινε τον όρο ομοιόσταση για τις συντονισμένες βιολογικές διαδικασίες που διατηρούν σταθερή την κατάσταση του οργανισμού. Η ομοιόσταση, δηλαδή, είναι η ικανότητα του οργανισμού να διατηρεί μια εσωτερική ισορροπία. Στη συνέχεια, τη σκυτάλη πήρε ο Seyle Hans, του οποίου οι ανακαλύψεις αποτέλεσαν την ερευνητική επιτομή στη μελέτη του στρες και αποτέλεσαν τη βάση για τους επόμενους μελετητές (Fink, 2016).

Στο πλαίσιο των ερευνών του, ο Seyle έφερε αντιμέτωπά ζώα με διάφορα ερεθίσματα όπως το κρύο, τη ζέστη, ορμόνες κι άλλους τοξικούς παράγοντες. Αυτό που παρατήρησε ήταν μια συντονισμένη και αλληλοεξαρτώμενη λειτουργία του ανθρώπινου οργανισμού (Krohne, 2001 · Rice, 2012).

Συμπέρανε, επομένως, πως επρόκειτο για μια έκφραση των αμυντικών δυνάμεων του σώματος ως αντίδραση σε υπερβολικές απαιτήσεις ή προκλητικά ερεθίσματα (Rice, 2012). Σύμφωνα με τον Seyle, αυτές οι αλλαγές που επέρχονται στη λειτουργία αυτών των συστημάτων αποτελούν το στερεοτυπικό μοντέλο απάντησης στο συστημικό στρες και η ένταση του εξαρτάται εξ ολοκλήρου από την ένταση των ερεθισμάτων (Krohne, 2001 · Μητρούση, Γραυλός, Κούκια, & Ζυγά, 2013). Σημαντικό χαρακτηριστικό του μοντέλου αυτού, είναι ότι η απάντηση του οργανισμού παραμένει ίδια ανεξάρτητα από τη φύση του στρεσογόνου ερέθισματος που την παράγει (Rulli, 2014). Τη συντονισμένη αυτή αντίδραση ονομάσαι Γενικό σύνδρομο Προσαρμογής (GAS: general adaptation syndrome) και ο εκτροχιασμός του ασθένειες της προσαρμογής (Rice, 2012 · Szabo et al., 2012 · Seyle, 1950).

Το σύνδρομο συμπεριλαμβάνει την απειλή και την ανθρώπινη αντίδραση σε αυτό. Σύμφωνα με αυτό το πρότυπο, κάθε άτομο που έρχεται αντιμέτωπο με απειλητικές καταστάσεις αντιδρά με την ίδια σωματική ενεργοποίηση, η οποία όμως ακολουθεί διαδοχικά τρεις φάσεις: α) τη φάση του συναγερμού, β) τη φάση της αντίστασης και γ) τη φάση της εξάντλησης (Baqtayan, 2015 · Γιαννέλου & Λουκάτος, 2016 · Krohne, 2001 · Rice, 2012 · Sebastian, 2013 · Seyle, 1950 · Szabo et al., 2012) : Η φάση του συναγερμού ξεκινά όταν το άτομο βρεθεί μπροστά σε ένα στρεσογόνο ερέθισμα. Ο οργανισμός

τροποποιεί κάποιες φυσιολογικές του λειτουργίες για να αυξήσει τη σωματική του ενεργοποίηση με σκοπό να παλέψει τον κίνδυνο. Εδώ παρατηρείται αύξηση του ρυθμού της καρδιάς και της μυϊκής έντασης. Αν το στρεσογόνο ερέθισμα συνεχίζει να υπάρχει ο οργανισμός περνάει στη φάση της αντίστασης. Σε αυτή τη φάση τα συμπτώματα της πρώτης υποχωρούν και γίνεται μια προσπάθεια από τον οργανισμό να προσαρμοστεί στο στρεσογόνο παράγοντα. Παρ' όλα αυτά όμως οι λειτουργίες του σώματός μας δεν επιστρέφουν σε φυσιολογικά επίπεδα. Αν το στρεσογόνο ερέθισμα επιμένει τότε το σώμα μας περνάει στη φάση της εξάντλησης, κατά την οποία ο οργανισμός ξοδεύει όλα του τα αποθέματα και χάνει την ενεργητικότητά του. Τα συμπτώματα της πρώτης φάσης επανέρχονται αλλά η αντίσταση καθίσταται πια αδύνατη, με αποτέλεσμα το άτομο να είναι ευάλωτο σε άλλους στρεσογόνους παράγοντες.

Στην εν λόγω προσέγγιση, το στρες γίνεται αντιληπτό ως μια εξωτερική δύναμη, όπου οι ατομικές διαφορές και η ιδιοσυγκρασία δεν παίζουν κανένα ρόλο (Μητρούση κ. συν., 2013). Οι διαφορετικές ικανότητες αντιμετώπισης (coping abilities) που κατέχουν τα άτομα αλλά και οι διαφορετικές γνωστικές ερμηνείες που μπορεί να επιδέχεται ένα γεγονός δεν λαμβάνονται υπόψη (Worley, 2012).

Μια σημαντική κριτική που αναπτύχθηκε αφορούσε μια κεντρική ιδέα του μοντέλου αυτού, η οποία είναι ότι διαφορετικά ερεθίσματα προκαλούν τις ίδιες συνέπειες στο σώμα. Σε έρευνες που έκανε ο Mason διαπιστώθηκε πως τα στρεσογόνα ερεθίσματα που χρησιμοποιούσε ο Seyle έφεραν την ίδια συναισθηματική σημασία, συνεπώς ήταν η συγκεκριμένη συναισθηματική επίδραση που προκαλούσε τις ίδιες συνέπειες και όχι τα διάφορα ερεθίσματα (Krohne, 2001). Παρ' ότι είναι αλήθεια ότι διαφορετικά ερεθίσματα (βιολογικά, ψυχολογικά) προκαλούν την ίδια βασική σωματική ενεργοποίηση, δεν είναι αλήθεια ότι αυτά προκαλούν τις ίδιες συνέπειες. Για παράδειγμα, μια ταχυκαρδία που προκαλείται από ένα ερωτικό φιλί έχει διαφορετικές συνέπειες από τη ταχυκαρδία που προκαλείται από την ανακοίνωση ενός κακού νέου (Bottaccioli, 2014 · Krohne, 2001). Προς το τέλος της πορείας του, ο Selye αναγνώρισε πως δεν είναι όλες οι αντιδράσεις του στρες ίδιες εξαιτίας των διαφορετικών υποκειμενικών αντιλήψεων και συναισθηματικών αντιδράσεων (Szabo et al., 2012).

2.4.2 Ψυχολογικές θεωρίες

2.4.2.1 Ψυχοδυναμική θεωρία

Οι ψυχαναλυτικές θεωρίες έχουν ως θέση τους ότι το άγχος προκαλείται από τις συγκρούσεις που γεννιούνται όταν οι ασυνείδητες επιθυμίες μας έρχονται σε αντίφαση με τις επιβεβλημένες επιταγές τόσο της κοινωνίας όσο και της συνείδησης μας (Berzoff, Flanagan, & Hertz, 2011). Κύριος εισηγητής της ψυχαναλυτικής θεωρίας υπήρξε ο Sigmund Freud.

Στις πρώτες διατυπώσεις του ο Freud υποστήριξε πως το άγχος ήταν αποτέλεσμα της εκφόρτισης απωθημένης σεξουαλικής ενέργειας (ο ίδιος την ονόμασε λίμπιντο). Η σεξουαλική ενέργεια προκαλούσε νοητικές εικόνες που το άτομο θεωρούσε απειλητικές και έτσι ο νους τις απωθούσε. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα, κατά τον Freud, η λιμπιντική ενέργεια που δεν είχε καταφέρει να εκφραστεί φυσιολογικά να συσσωρεύεται και να μεταμορφώνεται σε διάχυτο άγχος (Spielberger, 1982). Θεώρησε, δηλαδή, το άγχος ως ένα τοξικό παράγωγο της μη εκφορτισμένης λίμπιντο (Freud, 2007). Στη Δεύτερη θεωρία του για το άγχος ο Φρόυντ το αντιλαμβάνεται ως δυσάρεστη συγκινησιακή αντίδραση στην παρουσία ενός κινδύνου, η οποία χρησιμεύει για να προειδοποιεί το άτομο ότι κάποιος είδος προσαρμογής είναι απαραίτητο (Spielberger, 1982). Προχώρησε, μάλιστα, στη διάφοροποίηση του άγχους σε αντικειμενικό και σε νευρωτικό με κριτήριο την πηγή του κινδύνου. Το αντικειμενικό άγχος προκαλείται όταν αναμένεται ένας τραυματισμός ή μια βλάβη από κάποιον εξωτερικό κίνδυνο και η εντασή του είναι ανάλογη με το μέγεθος του κινδύνου αυτού. Το νευρωτικό άγχος χαρακτηρίζεται από συναισθήματα φόβου και η πηγή του είναι περισσότερο εσωτερική, την οποία το άτομο δεν γνωρίζει συνειδητά (Han, 2009).

Η θεωρία του για το άγχος γνώρισε μεγάλη απήχηση και μελετήθηκε πολύ σε σχέση με τη διεύρυνση του ερευνητικού πεδίου της ψυχανάλυσης πέρα από την ιατρική διδασκαλία σε μια γενική επιστήμη των ψυχικών διεργασιών, στην οποία διεύρυνση συνέβαλαν οι γνώσεις για τη δομή της προσωπικότητας (Freud, 2007).

Η δομική θεώρηση της προσωπικότητας που πρότεινε ο Freud διέκρινε τρία τμήματα: το Εγώ, το Εκείνο (Αυτό, ID) και το Υπερεγώ. Το εκείνο βρίσκεται στο υποσυνείδητο επίπεδο και περιλαμβάνει τις ενστικτώδεις ορμές, οι οποίες ζητούν την πλήρη ικανοποίηση τους (Μπαλλής, 1996). Το Υπερεγώ αποτελεί την συνείδηση του ατόμου, δηλαδή την ηθική συμπεριφορά, τους αξιακούς κανόνες, τα ιδεώδη, τα οποία διαμορφώνονται μέσω της εσωτερίκευσης των γονεϊκών απαιτήσεων και απαγορεύσεων (Freud, 2007 · Μπαλλής, 1996). Το Εγώ μεσολαβεί ανάμεσα στις απαιτήσεις του εκείνο, του υπερεγώ και στην εξωτερική πραγματικότητα (Freud, 2007). Προσπάθει, με άλλα λόγια, να εναρμονίσει τις ενστικτώδεις απαιτήσεις του Εκείνο με τις ηθικές εντολές του Υπερεγώ. Ο αγώνας ανάμεσα σε αυτά τα δύο οδηγεί συνήθως σε σύγκρουση και τότε δημιουργείται το υποσυνείδητο άγχος που λειτουργεί ως σήμα κίνδυνου για το Εγώ (Μπαλλής, 1996). Όταν το Εγώ απειλείται επιστρατεύει αμυντικούς μηχανισμούς (Μητρούση κ συν., 2013). Όταν, λοιπόν, οι άμυνες του Εγώ δεν καταφέρνουν να αντιμετωπίσουν τη σύγκρουση ανάμεσα στις ασυνείδητες τάσεις και τους εσωτερικευμένους κανόνες του ατόμου, δεν επιφέρεται η αρμονία και εκδηλώνεται το άγχος (Freud, 2007).

Η κριτική που αναπτύχθηκε τόσο για την προσέγγιση του Φρόυντ όσο και για τις ψυχαναλυτικές ή ψυχοδυναμικές θεωρίες που ακολούθησαν ήταν ότι αυτές βασίζονται σε μη μετρήσιμες κατασκευές όπως το υποσυνείδητο και την εσωτερική σύγκρουση, ενώ ταυτόχρονα αδυνατεί να εξηγήσει γιατί οι εκδηλώσεις του άγχους διαφέρουν ανάλογα με το φύλο, την κοινωνική τάξη, τη φυλή και τον πολιτισμό (Worley, 2012).

2.4.2 .2 Γνωστικές Θεωρίες

Μέχρι τον Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο η προσέγγιση του στρες ήταν περισσότερο νευρολογική παρά ψυχολογική. Μετά τον πόλεμο έγινε φανερό ότι πολλές συνθήκες της καθημερινής ζωής θα μπορούσαν να παράγουν τις αντιδράσεις άγχους όπως ο γάμος, οι σχολικές εξετάσεις, η ανατροφή των παιδιών κ.α. Ο Lazarus και οι συνεργάτες του σε έρευνα που πραγματοποίησαν διαπίστωσαν ότι η επίδοση των ατόμων κάτω από ίδιες στρεσογόνες συνθήκες δεν ήταν η ίδια με κάποιους να μειώνουν την επίδοσή τους, με

άλλους να τη βελτιώνουν και με άλλους να μην επηρεάζεται καθόλου. Για να εξηγήσουν το τι συνέβαινε ανέτρεξαν στις ατομικές διαφορές και στις γνωστικές μεταβλητές που μεσολαβούσαν ανάμεσα στο στρεσογόνο ερέθισμα και στην αντίδραση (Lazarus, 1993a). Εκτός από το βιολογικό στρες που ερευνήθηκε από τον Seyle, το στρες που βιώνεται από τους ανθρώπους είναι σχεδόν πάντα αποτέλεσμα γνωστικής μεσολάβησης (Krohne, 2001). Αυτό σημαίνει ότι από την έκθεση στο στρεσογόνο ερέθισμα μέχρι την αντίδραση μεσολαβούν οι αντιλήψεις και οι εκτιμήσεις του ατόμου (Mattiue & Ivanoff, 2006). Στο παρόν κεφάλαιο θα παρουσιαστούν θεωρίες που κατέχουν κεντρική θέση στην επιστήμη του στρες και που συνέβαλαν σημαντικά στην κατανόηση του στρες από τη γνωστική, συμπεριφορική, κοινωνική και πολιτισμική σκοπιά.

Θεωρία Εκτίμησης (Appraisal Theory)

Παρ' ότι οι διαφορετικές περιβαλλοντικές συνθήκες μπορούν να εξηγήσουν κάποιες από τις παρατηρούμενες στους ανθρώπους διαφορές, αυτό που είναι πολύ σημαντικό είναι η ψυχολογική κατάσταση, η οποία είναι προϊόν της αλληλεπίδρασης του περιβάλλοντος με το άτομο (Lazarus & Folkman, 1984). Ο Lazarus για πρώτη φορά, το 1966, εισάγει ολοκληρωμένα τη γνωστική Θεωρία της Εκτίμησης (Theory of Appraisal). Στο πυρήνα αυτής της θεωρητικής προσέγγισης βρίσκονται οι εκτιμήσεις (appraisal) και οι στρατηγικές αντιμετώπισης (coping strategies) (Lazarus 1993b). Κεντρικές, επίσης, έννοιες είναι οι σκέψεις, οι αντιλήψεις και οι αξιολογήσεις (Mattiue & ivanoff, 2006). Η γνωστική εκτίμηση αναφέρεται στη μεταβαλλόμενη σχέση ανάμεσα σε ένα άτομο με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του και σε ένα περιβάλλον, τα χαρακτηριστικά του οποίου πρέπει να προβλεφτούν και να ερμηνευθούν (Lazarus & Folkman, 1984). Σύμφωνα με τον εισηγητή της, Lazarus :

"Η θεωρία εκτίμησης είναι η διαδικασία που μεσολαβεί- Θα προτιμούσα να πω που ενεργητικά διαπραγματεύεται - ανάμεσα, από τη μία μεριά τις απαιτήσεις, τους περιορισμούς και τους πόρους του περιβάλλοντος και από την άλλη μεριά, την ιεραρχία των στόχων και προσωπικών πεποιθήσεων του ατόμου" (Lazarus, 1993a σελ. 84).

Η θεωρία αυτή υποστηρίζει πως είναι η προσωπική υποκειμενική ερμηνεία και εκτίμηση των γεγονότων ή καταστάσεων που παράγουν τα συναισθήματα και που καθορίζουν τελικά την αίσθηση ασφάλειας του ατόμου σε σχέση με το περιβάλλον (Mattieu & Ivanoff, 2006· Lazarus, 1999). Πρέπει να τονιστεί, βέβαια, ότι αν και αναγνωρίζεται ότι τα συναισθήματα σε κάποιες περιπτώσεις είναι ικανά να λειτουργήσουν μεσολαβητικά και να προκαλέσουν άγχος, η έμφαση εδώ δίνεται στη γνωστική δραστηριότητα που σχετίζεται με το υποκειμενικό νόημα που δίνει το άτομο σε μια κατάσταση (Lazarus & Folkman, 1984) Η εκτίμηση είναι μια καθολική διαδικασία, κατά την οποία οι άνθρωποι συνεχώς αξιολογούν τη σημαντικότητα του τι συμβαίνει για την προσωπική τους ευημερία (Lazarus 1993a· Lazarus & Folkman, 1984).

Υπάρχουν δύο τύποι εκτίμησης, η αρχική και η δευτερεύουσα. Η αρχική συμβαίνει όταν το άτομο αξιολογεί ένα γεγονός ως πιθανά επικίνδυνο ή ακίνδυνο για την ευημερία του, ενώ η δευτερεύουσα αναφέρεται στην αξιολόγηση από το άτομο των ικανοτήτων και πόρων που κατέχει για να το αντιμετωπίσει (Mattieu & Ivanoff, 2006 · Lazarus & Folkman, 1984). Υπό το πρίσμα αυτό, το στρες θεωρείται ως μια σχέση του ατόμου και του περιβάλλοντος- των ατομικών πόρων και των περιβαλλοντικών απαιτήσεων (Mattieu & Ivanoff, 2006 · Ntoumanis et al., 2009· Sebastian, 2012). Με άλλα λόγια, αυτό υφίσταται όταν το άτομο εκτιμά πως οι απαιτήσεις μιας κατάστασης σημαντικής για τη ζωή του υπερβαίνουν τη δυνατότητα του να την αντιμετωπίσει (Krohne, 2001 · Lazarus & Folkman, 1986 · Worley, 2012)

Η αρχική αξιολόγηση μπορεί να διακριθεί σε:

A) μη σχετική όταν το ερέθισμα δεν ενέχει κάποιο υπαινιγμό για την ευημερία του ατόμου, οπότε το άτομο δεν έχει να κερδίσει ή να χάσει κάτι.

B) θετική όταν το άτομο αντιλαμβάνεται πως το έρεθισμα είναι θετικό και διατηρεί ή ενισχύει την ευημερία του.

Γ) στρεσογόνο όταν το άτομο θεωρεί πως το ερέθισμα αποτελεί βλάβη/απώλεια, απειλή ή πρόκληση (Lazarus & Folkman, 1984).

Η βλάβη αναφέρεται στη ψυχολογική ζημιά ή απώλεια που έχει γίνει ήδη (η απώλεια ενός αγαπημένου ανθρώπου, κάποια ζημιά της αυτοεκτίμησης, της κοινωνικής εκτίμησης κλπ.) και αποτελεί το πιο καταστροφικό είδος στρες. Η απειλή είναι η προσδοκία ή

αναμονή της βλάβης ή της απώλειας, η οποία συνοδεύεται από αρνητικά συναισθήματα όπως φόβος και άγχος, δίνοντας όμως ταυτόχρονα τη δυνατότητα στο άτομο να βιώσει στρατηγική αντιμετώπισης της' η πρόκληση προέρχεται από απαιτήσεις που το άτομο νιώθει ότι έχει πιθανότητες να αντιμετωπίσει επιτυχώς και που του δίνουν την ευκαιρία να βιώσει κάποιο κέρδος, συνοδεύεται από ευχάριστα συναισθήματα όπως ενθουσιασμός, ζήλος κλπ. (Lazarus 1993a · Lazarus & Folkman 1984). Όπως είδαμε, τα διαφορετικά αυτά είδη στρες συνδέονται με διαφορετικές συναισθηματικές κατάστασεις, κάποιες θετικές, κάποιες αρνητικές (Krohne, 2001 · Lazarus, 1993b). Πρέπει να επισημανθεί, ότι η απειλή και η πρόκληση μπορούν να συνυπάρχουν στο αντίκρουσμα μιας στρεσογόνου κατάστασης. Για παράδειγμα, μια εξέταση για τους μαθητές μπορεί να εγείρει και συναισθήματα απειλής και πρόκλησης, παρ' όλα αυτά η σχέση αυτών των δύο μπορεί να αλλάζει καθώς η κατάσταση εξελίσσεται (Lazarus & Folkman 1984).

Από τη στιγμή που μια κατάσταση αξιολογηθεί ως απειλή ή πρόκληση το άτομο περνάει στη δευτερεύουσα αξιολόγηση κατά την οποία το άτομο ελέγχει τις επιλογές αντιμετώπισης (coping options) που έχει στη διαθεσή του. Η αντιμετώπιση (coping) είναι μια διαδικασία κατά την οποία το άτομο καταβάλλει συνεχείς προσπάθειες και σε γνωστικό και συμπεριφορικό επίπεδο να διαχειριστεί τις απαιτήσεις που έχει εκτιμήσει ότι είναι αφόρητες (Lazarus 1993a · Worley, 2012). Οι στρατηγικές αντιμετώπισης, σύμφωνα με τον Lazarus και Folkman (1984), μπορούν να διαχωριστούν σε αυτές που είναι εστιασμένες στο πρόβλημα και προσπαθούν να καταλύσουν το στρεσογόνο ερέθισμα και αυτές που είναι εστιασμένες στο συναίσθημα και προσπαθούν να ρυθμίσουν τα δυσάρεστα συναισθήματα. Μεταγενέστερες έρευνες, υποστήριξαν πως τα άτομα έχουν συγκεκριμένους τρόπους αντιμετώπισης που προτιμούν να εφαρμόζουν λόγω των ατομικών χαρακτηριστικών της προσωπικότητας (Ntoumanis et al., 2009).

Οι άνθρωποι διαφέρουν στην ευαισθησία και ευαλωτότητα τους προς συγκεκριμένα γεγονότα, όπως επίσης και στις ερμηνείες και στις αντιδράσεις τους (Lazarus & Folkman, 1984).

Γνωσιακό Μοντέλο Aaron Tim Beck

Στο γνωσιακό μοντέλο του Aaron Tim Beck για το άγχος η προσοχή εστιάζεται στον

τρόπο με τον οποίο το άτομο ερμηνεύει γεγονότα παρά στα ίδια τα γεγονότα. Ο Beck διαφοροποιήθηκε από την ψυχαναλυτική προσέγγιση και εστίασε στις συνεισητές υποκειμενικές εμπειρίες προτείνοντας πως τα συμπτώματα ψυχοπαθολογίας μπορούν, σε γνωστικούς όρους, να εξηγηθούν ως προκατειλημμένες ερμηνείες γεγονότων που ενεργοποιούν αρνητικές αναπαραστάσεις του εαυτού, του κόσμου και του μέλλοντος (cognitive foundations) . Κεντρική έννοια για την αποσαφήνιση του άγχους είναι η ευαλωτότητα (vulnerability), η οποία ορίζεται ως η αντίληψη ενός ατόμου για τον εαυτό του ως 'ένα υποκείμενο που ο ελεγχός του πάνω σε εσωτερικούς ή εξωτερικούς κινδύνους είναι ανεπαρκής για να του προσφέρει την αίσθηση της ασφάλειας που χρειάζεται. Η ευαλωτότητα μπορεί να αναπτυχθεί από συγκεκριμένες δυσλειτουργικές γνωστικές διαδικασίες (Clark & Beck, 2010).

Το μοντέλο αυτό εξετάζει το άγχος μέσα από την προοπτική της πληροφοριακής επεξεργασίας, κατά την οποία οι συναισθηματικές ενοχλήσεις συμβαίνουν εξαιτίας της υπερβολικής ή ελαττωματικής λειτουργίας του γνωστικού συστήματος (Clark & Beck, 2010). Οι διάφορες ερμηνείες δημιουργούν δυσάρεστα συναισθήματα που χαρακτηρίζονται από μη ρεαλισμό, υπερεκτίμηση της πιθανότητας παρουσίασης και του βαθμού δριμύτητας των άσχημων καταστάσεων και υποεκτίμηση των υπάρχοντων τρόπων αντιμετώπισης των καταστάσεων ή των τρόπων επίλυσης (Clark & beck 1988 όπ. αναφ. στο Καλπάκογλου, 2009). Το άγχος εν προκειμένω θεωρείται ως μία αντίδραση σε μία ακατάλληλη και υπερβολική αξιολόγηση της προσωπικής ευαλωτότητας που προκύπτει από ένα εσφαλμένο σύστημα επεξεργασίας πληροφοριών που παρερμηνεύει ουδέτερες καταστάσεις ως απειλητικές (Clark & beck 2010). Όταν το σύστημα πληροφοριών παρέχει λανθασμένες πληροφορίες, άλλα συστήματα του οργανισμού (το συναισθηματικό, το συμπεριφορικό) δεν λειτουργούν πια με προσαρμοστικό τρόπο. Τα λάθη μπορούν να οδηγήσουν σε γνωστικές προκαταλήψεις, σε υπερβολικά ή ακατάλληλα συναισθήματα και σε δυσπροσαρμοστικές συμπεριφορές (Beck & Haigh, 2014). Το σύστημα πληροφοριών εξαρτάται από δύο υποσυστήματα, το αυτόνομο σύστημα πληροφοριών και το αντανεκλαστικό. Στο πρώτο οι σκέψεις συμβαίνουν γρήγορα, λαμβάνονται ως δεδομένες και αποτελούν μια άμεση ερμηνεία ενός γεγονότος (cognitive foundations). Σε αυτό το σύστημα οι εισερχόμενες πληροφορίες κατηγοριοποιούνται σε

μεγάλες κατηγορίες(πρωτοσχήματα) και είναι πιθανόν να γίνουν λάθη. Τα ερεθίσματα στο αντανακλαστικό σύστημα, από την άλλη, επεξεργάζονται πιο αργά, σχολαστικά, πιο αντικειμενικά και λιγότερο απόλυτα από ότι στην πρωταρχική επεξεργασία. Το αντανακλαστικό σύστημα μπορεί να διορθώσει ή να τροποποιήσει τα λάθη του αυτόνομου (Beck & Haigh, 2014).

Οι πληροφορίες που επεξεργάζονται αυτά τα δύο συστήματα καταγράφονται σε σχήματα. Τα σχήματα είναι είναι γνωστικές κατασκευές των μόνιμων αναπαραστάσεων προηγούμενων πληροφοριών και εμπειριών. Αν τα εισερχόμενα ερεθίσματα είναι παρόμοια με τα προηγούμενα καταγράφονται και κωδικοποιούνται, αν όχι αγνοούνται. Η επεξεργασία, βέβαια, μπορεί να επηρεαστεί από την ύπαρξη και κυριαρχία αρνητικών σχημάτων (Καλπάκογλου, 2009). Τα σχήματα, επομένως, μπορούν να μας διαφωτίσουν αρκετά για το πώς μια προσαρμοστική λειτουργία μετατρέπεται σε δυσπροσαρμοστική (Beck & Haigh, 2014). Οι κατηγορίες αρνητικών σχημάτων περιλαμβάνουν προτάσεις απίτησης, καταστροφικά πιστεύω, χαμηλή ανεκτικότητα, προτάσεις αξιολόγησης, υπεργενίκευση για το μέλλον. Τα αρνητικά σχήματα θέτουν σε λειτουργία μια γνωσιακή αρχή (Self – protective mode) βάσει της οποίας το άτομο βρίσκει σε ετοιμότητα αναζητώντας πληροφορίες που θα σημάνουν κάποιο πιθανό κίνδυνο. Ως αποτέλεσμα, το άτομο εστιάζει περισσότερο στις επικίνδυνες πλευρές μιας κατάστασης παρά στα στοιχεία που υποδηλώνουν ασφάλεια. Η διαδικασία που τα αρνητικά σχήματα επηρεάζουν το σύστημα επεξεργασίας πληροφοριών (γνωσιακές λειτουργίες) υπαινίσσεται μια αρνητική προκατάληψη σε ότι αφορά την επιλογή των πληροφοριών, την εξαγωγή συμπερασμάτων για τον εαυτό, τη συμπεριφορά αντιμετώπισης, όπως υπερεκτίμηση της απειλής και υποτίμηση των πόρων αντιμετώπισης. Παραδείγματα γνωστικών λειτουργιών είναι τα αυθαίρετα συμπεράσματα, η επιλεκτική αφαίρεση, η υπεργενίκευση, η μεγέθυνση και σμίκρυνση, η προσωποποίηση, ο απόλυτος διχοτομισμός. Τα προϊόντα αυτών των σχημάτων (cognitive products) συντελούν στη δημιουργία αρνητικών σκέψεων που κυριαρχούν και τέλος δημιουργούν σταθερά σχήματα που μπορούν να χαρακτηρίζουν την προσωπικότητα του ατόμου και να συνεργούν στην ψυχοπαθολογική του ευπάθεια (Καλπάκογλου, 2009).

2.4.2.3 Κοινωνικο-γνωστική Θεωρία Bandura

Στη κοινωνικο-γνωστική θεωρία του Bandura δύο έννοιες κατέχουν περίοπτη θέση, η έννοια της αυτό-αποτελεσματικότητας (self-efficacy) και του προσδωκόμενου αποτελέσματος (outcome expectancy). Το προσδωκόμενο αποτέλεσμα αναφέρεται στην αντίληψη του ατόμου ότι τα αποτελέσματα μιας κατάστασης εξαρτώνται όχι από τον έλεγχο του αλλά από το περιβάλλον και στην προσωπική αξιολόγηση ότι μια συγκεκριμένη συμπεριφορά θα οδηγήσει σε συγκεκριμένα αποτελέσματα, ενώ η αυτό-αποτελεσματικότητα είναι ένα είδος αξιολόγησης που το άτομο πραγματοποιεί για τις ικανότητές του να εφαρμόσει επιτυχώς αυτή τη συμπεριφορά και να επιφέρει τα επιθυμητά αποτελέσματα (Frishman, 2012 · Lazarus & Folkman · Sebastian, 2012). Η πίστη του ατόμου ότι οι δυνατότητες του είναι ικανές να του προσφέρουν τον έλεγχο μιας κατάστασης που επηρεάζει τη ζωή του είναι ο πιο σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει τη δράση του. Χωρίς αυτήν το άτομο θα έχει πολύ χαμηλό κίνητρο να δράσει ή να αντισταθεί στις δυσκολίες (Bandura 1989· Bandura 2004). Η αξιολόγηση της αυτοαποτελεσματικότητας, θα μπορούσαμε να πούμε, πως είναι μέρος της δευτερεύουσας αξιολόγησης στη θεωρία του Lazarus, κατά την οποία το άτομο εξετάζει αν μπορεί να αντιμετωπίσει το στρεσογόνο εμπόδιο (Lazarus & Folkman, 1984). Η λογική της θεωρίας αυτής είναι ότι εάν ένα άτομο πιστέψει ότι έχει τη ικανότητα να ξεπεράσει τα εμπόδια, τότε αυξάνει τις πιθανότητες ο στόχος του να επιτευχθεί (Frishman, 2012).

Η αυτό-αποτελεσματικότητα παίζει ένα πολύ σημαντικό ρόλο στις αντιδράσεις του στρες και στην ποιότητα αντιμετώπισης (Bandura, 2004) των απειλητικών καταστάσεων. Ακόμα και εάν ένα άτομο πιστέψει πως μια στρατηγική είναι κατάλληλη για την αντιμετώπιση μιας κατάστασης, αν δεν πιστέψει ότι μπορεί να την εφαρμόσει επιτυχώς δεν πρόκειται να την ενεργοποιήσει και αυτό γιατί οι άνθρωποι όταν κρίνουν ότι μια απειλητική κατάσταση υπερβαίνει τις δεξιότητές τους να την αντιμετωπίσουν φοβούνται και την αποφεύγουν, ενώ όταν εκτιμούν ότι είναι ικανοί να τη διαχειριστούν προχωρούν σε δράσεις και συμπεριφορές (Bandura, 1977). Αυτό που συμπεραίνεται, επομένως, είναι

ότι οι άνθρωποι που θεωρούν ότι οι απειλητικές καταστάσεις είναι διαχειρίσιμες από εκείνους επιδεικνύουν χαμηλότερα επίπεδα φόβου. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα η αντιλαμβανόμενη σχέση του ατόμου με το περιβάλλον να μεταβάλλεται και το άτομο να βιώνει χαμηλότερης έντασης στρες (Bandura 2004 · Lazarus & Folkman, 1984). Η υψηλή αίσθηση αυτό-αποτελεσματικότητας επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίον κανείς σκέφτεται, κινητοποιεί τον εαυτό του μπροστά στις δυσκολίες, την ποιότητα της συναισθηματικής του ζωής και την ευάλωτότητα προς το στρες και την κατάθλιψη, τη λήψη αποφάσεων σε κομβικές στιγμές της ζωής. Θα λέγαμε, λοιπόν, πως η αυτο-αποτελεσματικότητα προωθεί την ανθεκτικότητα προς τους στρεσογόνους παράγοντες (Bandura, 2004 · Bandura 1989).

Οι κρίσεις για το κατά πόσο είμαστε αποτελεσματικοί βασίζονται στην προηγούμενη εμπειρία, στον κοινωνική σχηματισμό (social shaping), την κοινωνική πίεση, στις βιολογικές και συναισθηματικές καταστάσεις (Bandura 1986 οπ. αναφ. Sebastian 2012). Ο βαθμός επιτυχίας και αποτυχίας που το άτομο είχε σε προγενέστερες παρόμοιες καταστάσεις θα επηρεάσει αρνητικά την αντίληψη της αυτό-αποτελεσματικότητας του σε καινούργιες καταστάσεις. Ο κοινωνικός παραδειγματισμός, από την άλλη αναφέρεται στη διαμόρφωση των κρίσεων μας μέσα από τη σύγκριση που κάνουμε με ανθρώπους που κατά μια έννοια θεωρούμε ότι είναι όμοιοι μας. Αν δηλαδή εκείνοι πετυχαίνουν, θεωρούμε ότι μπορούμε κι εμείς να επιτύχουμε- παρομοίως και στην περίπτωση που αποτυγχάνουν. Η κοινωνική πίεση αναφέρεται στις θετικές και αρνητικές ανατροφοδοτήσεις που λαμβάνουμε, οι οποίες θα αυξήσουν ή θα μειώσουν την αντίληψη της αυτό-αποτελεσματικότητας μας. Οι βιολογικές και συναισθηματικές καταστάσεις μπορούν να επηρεάσουν την πεποίθηση μας ότι μπορούμε να τα καταφέρουμε με επιτυχία σε μια συνθήκη, αφού η συναισθηματική και βιολογική ένταση και διέγερση λαμβάνονται ως οιωνοί χαμηλής επίδοσης (Bandura 1998 · Sebastian 2012).

Συμπεριφορικές Θεωρίες/ Θεωρίες Μάθησης

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).

2.4.3 Κοινωνικές Θεωρίες

Οι κοινωνικές θεωρίες του στρες επικεντρώνονται στις κοινωνικοπεριβαλλοντικές απαιτήσεις ως πηγές του στρες, με τις οποίες το άτομο έρχεται αντιμέτωπο και αδυνατεί να προσαρμοστεί, (Aneshensel, 1992). Οι πηγές του στρες μπορούν να ανιχνευτούν στις κοινωνίες – στις δομές και τους πολιτισμούς τους (Pearlin et al., 1981) Η κοινωνική δομή και οργάνωση, οι κοινωνικοί ρόλοι, η κοινωνική υποστήριξη και άλλες κοινωνικές κατασκευές, συνεπώς, είναι αντικείμενα μελέτης των κοινωνικών θεωριών (Aneshensel, 1992).

Στις ψυχολογικές θεωρίες όπως είδαμε, συναισθηματικές, συμπεριφορικές και γνωστικές διαδικασίες αλληλοεπηρεάζονται. Αυτό που υποστηρίζει η κοινωνική θεωρία είναι ότι αυτές οι διαδικασίες δέχονται κοινωνικές επιρροές. Οι προσωπικές αξίες, δηλαδή το σύστημα εννοιών που δομεί την προσωπική επίγνωση και τις κατάλληλες συμπεριφορικές απαντήσεις μαθαίνονται μέσα από τις διαδικασίες κοινωνικοποίησης. Επίσης, η αντίληψη και αξιολόγηση μιας συμπεριφοράς ποικίλει σύμφωνα με το κοινωνικό περιεχόμενο (Kaplan, 1994).

Ο Pearlin υποστηρίζει ότι το στρες συνδέεται άμεσα με το κοινωνικό περιβάλλον του ατόμου: το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο, την πολιτισμική καταγωγή, το φύλο, την ηλικία. Αλλά και ο Bandura έχει τονίσει ότι το άτομο λειτουργεί μέσα σε ένα ευρύ φάσμα

κοινωνικοδομικών επιρροών. Αυτό καταδεικνύει κοινωνικο- δημογραφικά χαρακτηριστικά όπως το κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο, τη φυλή, το φύλο και την ποιότητα της γειτονιάς όπου κάποιος ζει (Frishman, 2012).

Ο Pearlin το 1989 ανέπτυξε το Μοντέλο Διαδικασίας του Στρες (Stress Process Model), το οποίο αποτέλεσε ένα θεωρητικό μοντέλο για την συμβολή των στρεσογόνων παραγόντων στην εκδήλωση συμπτωμάτων του άγχους (Blair & Raver, 2012). Το μοντέλο αυτό παρέχει μια οικολογική προσέγγιση που λαμβάνει υπόψη της την κοινωνική θέση, τη φυλή και τον πολιτισμό (Anda et al., 2006).

2.4.4 Θεωρία προσωπικότητας

Στο άγχος ως ατομικό χαρακτηριστικό έχουν αναφερθεί πολύ θεωρητικοί όπως ο Freud, ο Taylor, ο Spielberger.

Ο Spielberger διέκρινε το άγχος σε δομικό και περιστασιακό (ή καταστασιακό). Ο πρώτος τύπος αναφέρεται (trait anxiety) στο άγχος ως ένα γενικό χαρακτηριστικό της προσωπικότητας, ενώ ο δεύτερος (State anxiety) ως παροδικές συναισθηματικές καταστάσεις που διαφοροποιούνται μέσα στο χρόνο και ποικίλουν στην ένταση τους (Taylor, 1979). Το άτομο είναι ικανό να χαρακτηρίζεται από μία συμπεριφορική προδιάθεση ή τάση να αντιλαμβάνεται ως απειλητικές πολλές καταστάσεις και να αντιδρά σε αυτές με υψηλά επίπεδα περιστασιακού άγχους δυσανάλογα σε σχέση με τον πραγματικό βαθμό κινδύνου της κατάστασης (θεωρίες άγχους). Τα άτομα με υψηλό δομικό άγχος είναι ιδιαίτερα ευάλωτα από το στρες και έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να βιώνουν αγχωτικές καταστάσεις από ότι τα άτομα με χαμηλό δομικό άγχος (Spielberger, 1982). Το περιστασιακό άγχος από την άλλη, συνδέεται με υποκειμενικά αντιλαμβανόμενα συναισθήματα ανησυχίας, νευρικότητας και έντασης που οδηγούν στην ενεργοποίηση του Αυτόνομου Νευρικού Συστήματος και αναφέρεται στη στιγμιαία βίωση του άγχους. (McDowell, 2006 · Μητρούση κ συν. 2013 · Spielberger, 1982 · Taylor, 1979). Ωστόσο, δε θεωρείται δεδομένο πως ένα άτομο με υψηλό δομικό άγχος θα αντιδρά κάθε φορά σε ερεθίσματα με άγχος. Η αντιδρασή του επηρεάζεται από το περιβάλλον και τις γνωστικές εκτιμήσεις που θα κάνει για την εκάστοτε κατάσταση. Ο Spielberger (1982)

και συνεργάτες του για να μετρήσουν αυτούς τους δύο τύπους άγχους ανέπτυξαν ένα αυτό-αναφερόμενο εργαλείο, το STAI (State-Trait Anxiety Inventory).

2.5 Βιολογία του στρες

Από τη βιολογική έννοια το στρες είναι η αλληλεπίδραση ανάμεσα στην φθορά και την άμυνα, όπως στη φυσική, η ένταση ή πίεση αντιπροσωπεύει την αλληλεπίδραση ανάμεσα στην δύναμη και την αντίσταση που επιβάλλεται σε αυτήν (Seyle, 1950). Το stress περιλαμβάνει μια σειρά από βιολογικές, ψυχολογικές και συναισθηματικές αλλαγές.

Στην κατανόηση της βιολογικής διάστασης και λειτουργίας του στρες υπήρξε ακρογωνιαίος λίθος η πολυετής μελέτη του ενδοκρινολόγου Hans Selye, ο οποίος μελετώντας το στρες και τη σχέση του με την υγεία ανακάλυψε τη βιολογική απάντηση του στρες.

Ο Seyle, λοιπόν, πρότεινε ένα τριαδικό μοντέλο ως τη βάση της θεωρίας του (stress response theory). Κατόπιν εργαστηριακών μελετών σε ζώα, παρατήρησε τη συντονισμένη λειτουργία αυτών των κατά τα άλλα ανεξάρτητων συστημάτων κάθε φορά που τα ζώα εκτιθονταν σε διάφορα ερεθίσματα όπως το κρύο, η ζέστη, ορμόνες. Συμπέρανε, επομένως, πως επρόκειτο για μια έκφραση των αμυντικών δυνάμεων του σώματος ως αντίδραση σε υπερβολικές απαιτήσεις ή προκλητικά ερεθίσματα. Σημαντικό χαρακτηριστικό του μοντέλου αυτού αντίδρασης είναι ότι παραμένει ίδιο ανεξάρτητα από το στρεσογόνο ερέθισμα που την παράγει. Την όλη διαδικασία του, συμπεριλαμβανόμενης της απειλής και της ανθρώπινης αντίδρασης την ονόμασε Γενικό σύνδρομο Προσαρμογής και ο εκτροχιασμός του (derailments) ασθένειες της προσαρμογής (Rice, 2012 · Szaboz et al., 2012 · Seyle, 1950). Σύμφωνα με αυτό το πρότυπο, κάθε άτομο που έρχεται αντιμέτωπο με απειλητικές καταστάσεις αντιδρά με την ίδια σωματική ενεργοποίηση, η οποία όμως ακολουθεί διαδοχικά τρεις φάσεις: α) τη φάση του συναγερμού, β) τη φάση της αντίστασης και γ) τη φάση της εξάντλησης (Γιαννέλου, & Λουκάτος, 2016).

Φάση Συναγερμού

Η φάση του συναγερμού συμβαίνει όταν το άτομο συναντήσει το στρεσογόνο ερέθισμα. Ο οργανισμός ξεκινάει μια σειρά από νευρικών και βιοχημικών διεργασιών, οι οποίες επηρεάζουν τα διάφορα συστήματα του σώματος, Στόχος είναι να προετοιμαστεί για να αντιδράσει στην απειλή (πάλη ή φυγή). Κατά τη φάση αυτή ενεργοποιείται ο άξονας HPA (υποθάλαμος-υπόφυση-επινεφρίδια). Ο υποθάλαμος ενεργοποιεί το αυτόνομο νευρικό σύστημα (συμπαθητικό), το οποίο μέσω του σωματικού κλάδου που είναι υπεύθυνο για τη μυική ένταση και του συμπαθητικού κλάδου ο οποίος εκκρίνει μια ουσία που ονομάζεται νορανδρεναλίνη, υπεύθυνη για τη μετάδοση των ηλεκτρικών ερεθισμάτων από τον ένα νευρώνα στον άλλον, θα τονώσει τα εξωτερικά όργανα προκαλώντας διαστολή της κόρης των ματιών, αύξηση της μυικής έντασης και του ρυθμού της καρδιάς, ταραχή της αναπνοής, αύξηση της σωματικής θερμοκρασίας και εφίδρωση. Παράλληλα, ο υποθάλαμος ενεργοποιεί την υπόφυση μέσω της έκκρισης κορτικοτροφικής ορμόνης (CHR). Αυτή προειδοποιεί την υπόφυση να απελευθερώσει αδρενοκορτικοτροφική ορμόνη διεγείρωντας το επινεφρίδιο (φλοιό), το οποίο θα παράξει και θα απελευθερώσει στο αίμα ανδρεναλίνη και νοραδρεναλίνη (ή αλλιώς επινεφρίνη-νορεπινεφρίνη), τις κορτικοειδείς ορμόνες, δηλαδή τα μυελοκορτικοειδή, τα γλυκοκορτικοειδή (π.χ. κορτιζόνη) και τα ανδρογόνα. Αυτές οι ουσίες βοηθούν την αύξηση και τη διατήρηση ίδιων συμπτωμάτων με αυτά που προκλήθηκαν από το συμπαθητικό νευρικό σύστημα. Στόχος της λειτουργίας όλων αυτών των συστημάτων είναι να προετοιμάσει το άτομο για τις διαφορετικές αντιδράσεις πάλης η φυγής (Γιαννέλου & Λουκάτος, 2016 · Tone, 2013).

Φάση αντίστασης

Κατά τη φάση της αντίστασης ο οργανισμός καταβάλλει μια προσπάθεια αντίστασης και υπέρβασης της απειλής (Γιαννέλου & Λουκάτος, 2016). Η δεύτερη αυτή φάση μπορεί να θεωρηθεί ως η προσπάθεια για επιβίωση μέσω μιας προσεχτικής ισορροπημένης χρήσης των αμυντικών μηχανισμών με σκοπό να διευκολυνθεί η συνύπαρξη του οργανισμού και του στρεσογόνου παράγοντα (Selye, 1976a). Η έναρξη της

σηματοδοτείται με τη δραματική μείωση των χαρακτηριστικών του συναγερμού, στη πραγματικότητα τα περισσότερα από αυτά αντιστρέφονται (Rice, 2012 · Seyle, 1950). Σε αυτό σημαντικό ρόλο παίζει η κορτιζόλη που έχει παραχθεί κατά την πρώτη φάση, αφού ενεργοποιεί το παρασυμπαθητικό νευρικό σύστημα το οποίο έχει αντίθετη δράση απ' ότι το συμπαθητικό (Rice, 2012) Η κορτιζόλη ταξιδεύει με το αίμα στον εγκέφαλο και προειδοποιεί τον υποθάλαμο να σταματήσει την έκκριση κορτικοτροφικής ορμόνης, συνεπώς να τερματίσει το σύστημα απόκρισης του στρες. Πρέπει να επισημανθεί, ωστόσο ότι παρά τη μείωση της σωματικής διέγερσης που επικρατεί κατά την αρχική φάση, το σώμα δεν επιστρέφει στο φυσιολογικό του επίπεδο (Sebastian, 2012). Το άτομο παρουσιάζεται ευερέθιστο με μεταπτώσεις στη συμπεριφορά του, δυσκολία συγκέντρωσης, αυπνία και άλλα οργανικά προβλήματα (Γιαννέλου & Λουκάτος, 2016).

Φάση εξάντλησης

Όταν ο οργανισμός δεν καταφέρνει να υπερισχύσει της απειλής και αυτή επιμένει, σταδιακά τα αποθέματα ενεργειάς του ξοδεύονται και τότε εκδηλώνεται η φάση της εξάντλησης. Στη τρίτη αυτή φάση τα χαρακτηριστικά της πρώτης, δηλαδή του συνεγερμού επανέρχονται (Seyle, 1950), όμως πια η αντίσταση δεν είναι εφικτή. Το άτομο παρουσιάζει συμπτώματα κόπωσης, αδυναμίας, παραίτησης, κατάθλιψης και είναι ευάλωτο σε σοβαρές οργανικές ασθένειες (Γιαννέλου & Λουκάτος, 2016).

Συμπεριφορικές Αντιδράσεις

Ο Cannon μελετώντας τις συνέπειες του στρες σε ζώα διαπίστωσε ότι αυτά κατέφευγαν είτε στην αντίδραση της πάλης είτε στην αντίδραση της φυγής. δηλαδή, επέλεγαν ή να μείνουν και να παλέψουν τον κίνδυνο ή να προσπαθήσουν να τον αποφύγουν (Fink, 2016).

Η επιλογή της **πάλης** ως αντίδραση σημαίνει ότι το παιδί επιλέγει να αμυνθεί ενεργητικά με πράξεις ή λόγια για να μειώσει την απειλή και να κατακτήσει την

προσωπική του ασφάλεια. Ένα παράδειγμα είναι αυτό του παιδιού που φτύνει το γάλα: σε αυτή τη περίπτωση η μητέρα μπορεί να το εκλάβει ως στρεσογόνο ερέθισμα και να αρχίζει να φωνάζει (αντίδραση πάλης). Αυτό, στη συνέχεια, μπορεί να ενεργοποιήσει το αυτόνομο νευρικό σύστημα του παιδιού και να αντιδράσει με φυγή, δηλαδή να φύγει από το δωμάτιο (Tone, 2013). Η **φυγή (flight)** ενεργοποιείται και αυτή όπως και η πάλη με τέσω του ΑΝΣ και του ΣΝΣ, μόνο που το άτομο επιλέγει να διαφύγει από την απειλητική κατάσταση. Μια ακόμη συμπεριφορική αντίδραση στο στρες είναι αυτή του **παγώματος (freeze response)**. Όταν το στρες είναι εξαιρετικά μεγάλο το άτομο μπορεί να οδηγηθεί σε μια παγωμενη ακινησία (Spielberger, 1982). Το άτομο νιώθει ανίκανο να κινηθεί ή να απαντήσει και δεν αναλαμβάνει δράση ούτε προς την πάλη ούτε προς τη φυγή (Καραδήμας, 2008). Ενδείξεις της ακινησίας αυτής είναι καταστάσεις κατά τις οποίες το άτομο νιώθει «παγωμένο», μουδιασμένο, έτοιμο να λιποθυμήσει και αντιλαμβάνεται τον εαυτό του ως ανήμπορο (Clark & Beck, 2010). Αυτή η αντίδραση θεωρείται πως λαμβάνει χώρα όταν η πάλη ή η φυγή πιστεύεται πως δεν πρόκειται να είναι αποτελεσματικές. (Tone, 2013)

Ο άνθρωπος πρέπει να εκτιμά ορθά το μέγεθος της απειλής για να επιλέγει την κατάλληλη απάντηση σε αυτή. Σύμφωνα με τη θεωρία της εξέλιξης και της φυσικής επιλογής οι οργανισμοί που υποαντιδρούν ή υπεραντιδρούν σε επικίνδυνες καταστάσεις, είναι πολύ πιθανό, ότι θα φθαρούν και έτσι θα αποκλειστούν από το είδος (Spielberger, 1982).

Συμπτώματα στρες

Οργανικά

- ✚ Πονοκεφάλους
- ✚ Πόνους στο στήθος
- ✚ Στομαχόπονους, προβλήματα πέψης, διάρροια
- ✚ Υψηλή αρτηριακή πίεση
- ✚ Έντονη και ρηχή αναπνοή
- ✚ Μεγάλη συχνότητα που αρρωσταίνει
- ✚ Αίσθημα κόπωσης

- ✚ Γνωστικά
- ✚ Δυσκολία συγκέντρωσης
- ✚ Διάσπαση προσοχής
- ✚ Δυσκολίες στη μνήμη

Συναισθηματικά

- ✚ Άγχος
- ✚ Νευρικότητα
- ✚ Θυμό
- ✚ Ευερεθιστότητα
- ✚ Κακοδιαθεσία
- ✚ Κατάθλιψη
- ✚ Αίσθηση πανικού και απώλειας ελέγχου
- ✚ Συναισθηματικές μεταπτώσεις, κυκλοθυμία
- ✚ Χαμηλά αυτό-εκτίμηση, έλλειψη αυτοπεποίθησης
- ✚ Ντοπαλότητα
- ✚ Ανησυχία

Το σύμπτωμα είναι η ένδειξη μιας παθολογικής καταστάσης. Τα συμπτώματα είναι οργανικά, συναισθηματικά, γνωστικά και συμπεριφοριστικά (ADAA, 2008 · ECH, 2006). Για τα νεαρά παιδιά που δυσκολεύονται να αναγνωρίσουν ότι έχουν στρες και να το κηράσουν προφορικά πρέπει να στραφούμε περισσότερο στις συμπεριφοριστικές ενδείξεις.

- ✚ Συμπεριφοριστικά
- ✚ Αρνητικές αλλαγές στη συμπεριφορά
- ✚ Αϋπνία ή επιθυμία για υπερβολικό ύπνο
- ✚ Νυχτερινή ενούρηση
- ✚ Αυτοτραυματισμός
- ✚ Τράβηγμα μαλλιών
- ✚ Ξεσπάσματα οργής
- ✚ Ντοπαλότητα και αποφυγή συμμετοχής σε δραστηριότητες που παλαιότερα τους άρεσαν
- ✚ Άρνηση να απαντήσουν όταν κάποιος τους μιλάει
- ✚ Έκφραση παραπόνων και ανησυχιών σχετικά με το σχολείο

- ✚ Ασυνήθιστοι φόβοι και έντονες φοβικές αντιδράσεις
- ✚ Διαταραχές στην πρόσληψη τροφής (να τρώνε λίγο ή να τρώνε πολύ)
- ✚ Αποφεύγει να παίξει με τους συνομήλικους
- ✚ Εχθρική συμπεριφορά προς μέλη της οικογένειας
- ✚ Έλλειψη ελέγχου της παρορμητικότητας
- ✚ Περιορισμένο ρεπερτόριο παιχνιδιού
- ✚ Δυσκολία στις μεταβάσεις ανάμεσα στις δραστηριότητες
- ✚ Ασυνήθιστη συμπεριφορά σε άλλα περιβάλλοντα

2.6 Συνέπειες του Στρες

Όπως είδαμε και σε προηγούμενο κεφάλαιο, το στρες μπορεί να διακριθεί ανάλογα με τις συνεπειές του στην υγεία σε ευστές ή θετικό, ανεχτό και δυστρές ή τοξικό.

Όταν η αντίδραση του συστήματος του στρες είναι χρονικά και ποσοτικά κατάλληλη στα στρεσογόνα ερεθίσματα, τότε αυτή είναι ζωτικής σημασίας για την ευημερία του ανθρώπου, την επαρκή απόδοση σε καθήκοντα και τις θετικές κοινωνικές αλληλεπιδράσεις. Στον αντίποδα, όταν ακατάλληλε αντιδράσεις τόσο σε σχέση με το μέγεθος όσο και με τη διάρκεια μπορεί να έχει καταστροφικές συνέπειες για την ανάπτυξη του ατόμου και τη σωματική του σύσταση προκαλώντας του πολλές συμπεριφορικές, ενδοκρινικές, μεταβολικές, cardio vascular, αυτό-ανισσοπιτικές και αλλεργικές διαταραχές. Η σοβαρότητα των συνεπειών αυτών εξαρτάται από τη γενετική, επιγενετική και οργανική εαυλωτότητα ή ανθεκτικότητα του ατόμου στο στρες, την έκθεση του σε στρεσογόνες καταστάσεις σε «κρίσιμες περιόδους» της ανάπτυξης, την παρουσία συνυπαρχόντων δυσμενών παραγόντων ή προστατευτικών παραγόντων, τη χρονική στιγμή, το μέγεθος και τη διάρκεια του στρες (Chrousos, 2009).

Η επίδραση του στρες στη σωματική υγεία του ατόμου

Το οξύ άγχος δύναται να προκαλέσει αλλεργικές αντιδράσεις όπως έκζεμα, άσθμα, αγγειοκινητικά φαινόμενα, όπως ημικρανίες και υπέρταση, διάφορους πόνους, όπως πονοκεφάλους και πόνους στην πλάτη, γαστρεντερικά συμπτώματα, όπως πόνος, διάρροια, δυσκοιλιότητα και δυσπεψία. Το χρόνιο στρες μπορεί να οδηγήσει σε καταστολή της ανάπτυξης με την καταστολή της αυξητικής ορμόνης, καρδιαγγειακά προβλήματα όπως υπέρταση, μεταβολικές διαταραχές, όπως παχυσαρκία, μεταβολικό σύνδρομο και σακχαρώδη διαβήτη, αθηροσκληρωτική καρδιαγγειακή νόσο, νευροαγγειακή εκφυλιστική νόσο, σαρκοπενία και οστεοπόρωση, αναστολή της δράσης του ανοσοποιητικού συστήματος και της φλεγμονώδης αντίδρασης με αποτέλεσμα να

αυξάνεται η ευαλοτότητα του ατόμου για μολύνσεις και αυτοάνοσα νοσήματα. Ακόμα, στρες μπορεί να επιφέρει συμπεριφορικές συνέπειες όπως διαταραχές ύπνου, όπως αϋπνία ή υπνηλία, διατροφικές διαταραχές, όπως ανορεξία ή υπερφαγία.. Η παρατεταμένη ενεργοποίηση του συστήματος στρες μπορεί να προκαλέσει και την ανάπτυξη νευροψυχιατρικών διαταραχών όπως αγχώδεις διαταραχές και κατάθλιψη.

Η επίδραση του στρες στον αναπτυσσόμενο εγκέφαλο

Κατά τη γέννηση, ένα βρέφος διαθέτει περίπου ένα δισεκατομμύριο εγκεφαλικά κύτταρα ή νευρώνες. Η παραγωγή νέων νευρώνων σταματά στις περισσότερες περιοχές του εγκεφάλου κατά τη γέννηση και τα οι προϋπάρχοντες νευρώνες δεν έχουν έχουν ακόμα δημιουργήσει συνάψεις μεταξύ τους ή οι συνάψεις τους είναι πολύ αδύναμες (Nash, 1997). Έκτοτε γίνεται γρήγορη αύξηση των συνάψεων, η οποία σταματάει περίπου στην ηλικία των τριών ετών, ενώ ύστερα αρχίζει η διαδικασία ωρίμανσης του εγκεφάλου με την ενίσχυση των πιο ενεργών και την εξάλειψη των λιγότερο ενεργών (Περβανίδου κ συν., 2008).

Γίνεται φανερό, λοιπόν, πως ο ανθρώπινος εγκέφαλος έχει σχεδιαστεί με τέτοιο τρόπο ώστε να «πλάθεται» στην τελική του μορφή από την επίδραση της πρώιμης εμπειρίας. Οι διακυμάνσεις των κορτικοστεροειδών παίζουν πολύ σημαντικό ρόλο στην έναρξη και τερματισμό αυτής της διαδικασίας (Περβανίδου, Μαγιάκου, Χρυσός). Συνεπώς, το πρώιμο τοξικό στρες μπορεί να έχει σοβαρές συνέπειες στην ανάπτυξη του εγκεφάλου (Fox, 2011 · Gunnar & Barr 1998 · Gunnar et al., 2009 · Περβανίδου κ συν., 2008) :

- Καταστρέφει τις εγκεφαλικές συνάψεις και οδηγεί σε ακραίες περιπτώσεις σε μόνιμη ελάττωση του βάρους του εγκεφάλου
- Διακόπτει την ανάπτυξη των εγκεφαλικών συνάψεων, οι οποίοι κατά την πρώιμη ηλικία είναι ιδιαίτερα εύαλωτες, με αποτέλεσμα το άτομο να αναπτύξει το develop a low threshold for stress οδηγώντας το σε υπερβολικές αντιδράσεις του στρες στις μετέπειτα δυσμενείς εμπιρίες της ζωής
- Απορρυθμίζει το νευροενδοκρινικό σύστημα απάντησης του στρες που

απελευθερώνει υψηλά επίπεδα ορμονών του στρες, τα οποία αποδυναμώνουν το ανοσοποιητικό σύστημα

- Τα υψηλά, επίσης, επίπεδα κορτιζόλης είναι ικανά να επηρεάσουν και να βλάψουν τον ιππόκαμπο και την αμυγδαλή του εγκεφάλου, δύο περιοχές του εγκεφάλου που ευθύνονται για τη μνήμη και τη μάθηση, τη διατήρηση του φόβου. Η αμυγδαλή ανιχνεύει αν το ερέθισμα είναι επικίνδυνο και ο ιππόκαμπος συνδέει τη φοβική ανταπόκριση με το περιεχόμενο μέσα στο οποίο η στρεσογόνα κατάσταση συνέβη. Η σύνδεση αυτή μαθαίνει στο παιδί να αντιδρά με στρες σε παραόμοιες με την αρχική καταστάσεις. Η αμυγδαλή εμπλέκεται στο αίσθημα του φόβου, στον έλεγχο της επιθετικής συμπεριφοράς και στην ανάκληση της συναισθηματικής μνήμης, ενώ και οι δύο αυτές περιοχές επηρεάζουν τον τρόπο με τον οποίο το σώμα θα αντιδράσει στον κίνδυνο.
- Ελλάτωση του μεγέθους του μέσου μέρους του μεσολοβίου, το οποίο συνδέει τα δύο ημισφαίρια και μεταφέρει πληροφορίες από το ένα στο άλλο. Κατά αυτό τον τρόπο χάνεται η συνδεσιμότητα ανάμεσα στον προμετωπιαίο λοβό και τον ιππόκαμπο, δύο περιοχές που παίζουν σπουδαίο ρόλο στη δραστηριότητα της αμυγδαλής με συνέπεια η λειτουργία της να μην αναστέλλεται και οι προσαρμοστικές προσπάθειες να καθίστανται ανεπιτυχείς
- Βλάπτει την ανάπτυξη του προμετωπιαίου φλοιού, μια εγκεφαλική περιοχή πολύ σημαντική για την ανάπτυξη εκτελεστικών λειτουργιών που περιλαμβάνει την ικανότητα του να μπορεί κανείς να σχεδιάζει, να ακολουθεί και να τροποποιεί σχέδια, να ελέγχει και να εστιάζει την προσοχή του, να ρυθμίζει τα συναισθήματα του και να ελέγχει τις παρορμητικές συμπεριφορές, να θυμάται και να ενσωματώνει καινούργιες πληροφορίες για τη λήψη αποφάσεων.

Όπως φαίνεται, το πρώιμο στρες διακόπτει τη φυσιολογική ανάπτυξη της αρχιτεκτονικής του εγκεφάλου και προγραμματίζει τον εγκέφαλο σε ένα εναλλακτικό αναπτυξιακό μονοπάτι (Fox, 2011) . Αυτό μπορεί να εξηγήσει γιατί παιδιά με τοξικό στρες αντιμετωπίζουν προβλήματα στην ανάπτυξη γλωσσικών, γνωστικών, και κοινωνικοσυναισθηματικών δεξιοτήτων (NSCDC, 2014)

Η επίδραση του στρες στην κοινωνικο-συναισθηματική υγεία του παιδιού

Κάποιες από τις εγκεφαλικές βλάβες που προκαλεί το στρες είδαμε πως επηρεάζουν με βλαπτικό τρόπο τον έλεγχο της παρορμητικής συμπεριφοράς και γενικότερα τη συναισθηματική ρύθμιση, γνωστικές δεξιότητες όπως τη μνήμη, τη συγκέντρωση και την προσοχή, αδυναμία στο συντονισμό διαδικασιών για την επίτευξη στόχων. Άλλες συνέπειες στο συναισθηματικό κόσμο του παιδιού είναι ευερεθιστότητα, η κακοδιαθεσία, οι συναισθηματικές μεταπτώσεις, η χαμηλή αυτό-εκτίμηση, η έλλειψη αυτοπεποίθησης, ντροπαλότητα, αίσθημα απώλειας ελέγχου και πανικού, αίσθημα απογοήτευσης, δυσκολία αναγνώρισης των συναισθηματικών εκφράσεων άλλων ατόμων. Το χρόνιο στρες μπορεί να οδηγήσει και σε ψυχιατρικές νόσους όπως οι αγχώδεις διαταραχές και η κατάθλιψη (Chrousos, 2009).

Το παιδί συνδέοντας το ερέθισμα με το περιεχόμενο της φοβικής κατάστασης (τα άτομα, το μέρος κλπ.) μαθαίνει να αντιδρά με στρες σε οποιαδήποτε κατάσταση μπορεί να προσομοιάζει με την αρχική. Με το πέρασμα του χρόνου, όμως το άγχος του μπορεί να γενικευτεί και να εκδηλώνεται και σε περιεχόμενα που ελάχιστα μοιάζουν με το αρχικό, δηλαδή το άγχος του να πυροδοτηθεί και από άλλα πρόσωπα και μέρη. Συνεπώς, όταν παιδιά νεαρής ηλικίας αναγνωρίζουν μεγάλο εύρος συνθηκών ως απειλητικές που θα ενεργοποιήσουν το σύστημα του στρες αποκλείουν την ευκαιρία να μάθουν και να αλληλεπιδράσουν κοινωνικά (Fox, 2011). Αυτό έχει ως συνέπεια την κοινωνική απόσυρση, την απομόνωση, τη δυσκολία επικοινωνίας και επισυνάψεις θετικών σχέσεων (ECA, 2006 · KCHC, 2010).

Έτσι, Ένας φαύλος κύκλος ξεκινά όπου η δυσπροσαρμοστικότητα στα στρεσογόνα γεγονότα προκαλεί ψυχοκοινωνικά προβλήματα και εκείνα διατηρούν ή εντείνουν τη δυσπροσαρμοστική συμπεριφορά (Chrousos, 2009).

2.7 Αγχώδεις διαταραχές

Οι αγχώδεις διαταραχές είναι πιο συχνές στα κορίτσια απ' ότi στα αγόρια, αν και σε έρευνες που αφορούν νεαρά παιδιά οι διαφορές στο φύλο είναι σπάνιες.

Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή

Στη γενικευμένη αγχώδη διαταραχή το παιδί ανησυχεί υπερβολικά για ένα μεγάλο εύρος αρνητικών πιθανοτήτων σε πολλά ζητήματα της καθημερινής του ζωής (Al-Biltagi & Sahran, 2016). Τέτοια ζητήματα μπορεί να είναι η σχολική επίδοση, η υγεία, οικογενειακά προβλήματα, οι σχέσεις με τους συνομηλίκους, η επίδοση στα αθλήματα, η τήρηση της συνέπειας (ADAA, 2008). Συνηθίζει να σκέφτεται τα λάθη του παρελθόντος και να ανησυχεί για μελλοντικές υποθετικές δυσμενείς καταστάσεις. Αυτή η διαταραχή αφορά το 2.7 με 5.7 % του πληθυσμού και ο μέσος όρος ηλικιακής έναρξης είναι τα 8.8 χρόνια (Rhoads & Donnelly, 2012). Οπότε αυτή η διαταραχή είναι συχνότερη σε παιδιά μεγαλύτερης ηλικίας (Al-Biltagi & Sahran, 2016 · Mackenzie, Reynolds, Chou, Pagura, & Sareen, 2011). Επίσης, η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή συχνά συνυπάρχει και με άλλες αγχώδεις διαταραχές (Rhoads & Donnelly, 2012). Σύμφωνα με το Διαγνωστικό εγχειρίδιο της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Ένωσης, η υπερβολική αυτή ανησυχία για να διαγνωστεί ως διαταραχή πρέπει να επιμένει για περισσότερο από έξι μήνες και να συνοδεύεται για τα παιδιά από ένα σύμπτωμα π.χ. κούραση, διαταραχή ύπνου, μυϊκή ένταση, ευερεθιστότητα, δυσκολία συγκέντρωσης (Chan, 2015). Χαρακτηριστικά που, επίσης, συμβάλλουν στη διάγνωση είναι η δυσαναλογία της έκτασης και της έντασης της ανησυχίας με την πραγματική απειλή, ότi συμπτωματολογία δεν οφείλεται στην χρήση κάποιας φαρμακευτικής αγωγής και ότi παρά την συνύπαρξη άλλων διαταραχών (ειδική φοβία, κοινωνική φοβία) η εστίαση δεν έγκειται σε αυτές. Κύριο χαρακτηριστικό διαφοροποίησης είναι ότi στην γενικευμένη αγχώδη διαταραχή το παιδί ανησυχεί για πολλά και διαφορετικά θέματα, τα οποία πολλές φορές περιγράφονται από τους γονείς ως ανησυχίες ενηλίκων (Rhoads & Donnelly, 2012). Τα παιδιά με γενικευμένη αγχώδης διαταραχή είναι συχνά τελειομανή και σκληρά με την αξιολόγηση του εαυτού τους, ενώ

παράλληλα αποζητούν συνεχώς την επιβεβαίωση από τους άλλους (ADAA, 2008).

Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή

Η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενες και ενοχλητικές σκέψεις, εικόνες ή παραρμόσεις (ιδεοληψίες), τις οποίες ακολουθεί συνήθως ένα αίσθημα υποχρέωσης να εκτελέσει το άτομο επανειλημμένα τελετουργίες και ρουτίνες (ψυχαναγκασμοί) με σκοπό να ελέγξει και να μειώσει το άγχος του. Η μείωση, όμως, αυτή είναι προσωρινή, επειδή οι ψυχαναγκασμοί ενδυναμώνουν τις ιδεοληψίες, δημιουργώντας έτσι ένα φαύλο κύκλο της ιδεοψυχαναγκαστικής συμπεριφοράς (ADAA, 2008 · Rapee, 2012). Τα επιδημιολογικά στοιχεία φανερώνουν πως το ποσοστό του συνολικού πληθυσμού που πάσχει αντιστοιχεί στο 2 με 3 % (Rapee, 2012), ενώ όσον αφορά τον παιδικό πληθυσμό υποστηρίζεται πως η εμφάνιση της πάθησης συμβαίνει σε 1 στα 200 παιδιά (Geller & March, 2012). Τα αγόρια έχουν πιο πρώιμο στάδιο έναρξης της νόσου από ότι τα κορίτσια (ADAA, 2008 · Clark & Beck, 2010 '). Βασικά συστατικά είναι ο αναμενόμενος φόβος ή απειλή (Rapee, 2012), που οδηγούν σε υψηλά επίπεδα δυστρέξ και διακόπτουν τη φυσιολογική ρουτίνα του παιδιού, την ακαδημαϊκή του λειτουργία, τις κοινωνικές του δραστηριότητες και τις οικογενειακές του σχέσεις (Geller & March, 2012).

Διαταραχή πανικού

Η διαταραχή πανικού χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενα, μη ανεμενόμενα επεισόδια πανικού και από επίμονη ανησυχία, που διαρκεί τουλάχιστον ένα μήνα, για την εμφάνιση επιπρόσθετων επεισοδίων, για τις συνέπειες τους (να χάσει τον έλεγχο, να πάθει καρδιακή προσβολή, να τρελαθεί), για άλλες συμπεριφορικές αλλαγές που σχετίζονται με τα επεισόδια (Black, Garcia, Freeman, 2004). Οι επιθέσεις πανικού είναι ξαφνικές και το παιδί για να διαγνωστεί με τη διαταραχή πρέπει να του έχουν συμβεί τουλάχιστον δύο φορές τέτοια επεισόδια. Τα συμπτώματά τους περιλαμβάνουν αίσθημα επικείμενου κινδύνου, ανάγκη για διαφυγή, αύξηση του καρδιακού παλμού, εφίδρωση, τρέμουλο,

δύσπνοια και αίσθημα πνιγμού, πόνος στο στήθος, ναυτία, ζαλάδα, παραισθήσεις, φόβος για θάνατο, φόβος για απώλεια του ελέγχου, αίσθηση ότι θα τρελαθεί, ιδρώτας (ADDA, 2008). Τις επιθέσεις πανικού μπορεί να ακολουθήσει αγοραφοβία, δηλαδή φόβος και αποφυγή μιας κατάστασης κατά την οποία μπορεί να εκδηλωθεί η διαταραχή πανικικού ή κατά την οποία η διαφυγή είναι δύσκολη (Rodes, & Donnelly, 2012). Η πιο συχνή ένδειξη αγοραφοβίας στα παιδιά είναι η άρνηση να πάνε στο σχολείο (ADAA, 2008).

Διαταραχή Μετατραυματικού στρες

Η διαταραχή μετατραυματικού στρες αναφέρεται στη βίωση έντονου άγχους και φόβου από το παιδί μετά από τραυματικά συμβάντα ή γεγονότα ακραίας απειλής για τη ζωή, στα οποία μπορεί να ήταν θύμα ή μάρτυρας. Τέτοια γεγονότα μπορεί να είναι η κάθε είδους κακοποίηση, ένα σοβαρό ατύχημα, μια βία επίθεση, μια φυσική καταστροφή (ADAA, 2008). Το ποσοστό των παιδιών που εκδηλώνουν μετατραυματικό στρες είναι συντριπτικά μεγαλύτερο από αυτό των ενήλικων, υπενθυμίζοντας πως τα παιδιά είναι πιο ευάλωτα στην έκθεση τραυματικών εμπειριών (Perry, 2007). Ενδείξεις αυτής της διαταραχής σε παιδιά νεαρής ηλικίας είναι η επίμονη αναβίωση του γεγονότος μέσω του επαναληπτικού παιχνιδιού, της ζωγραφικής, τη διήγηση ιστοριών, γενικευμένοι εφιάλτες με τέρατα ή ανθρώπους σε κίνδυνο, σωματικά συμπτώματα όπως πονοκεφάλους και στομαχόπονους, αυξημένη εγρήγορση (τρομάζουν εύκολα, ευρεθιστότητα, ξεσπάσματα θυμού), προβλήματα ύπνου, αποφυγή δραστηριοτήτων, ανθρώπων ή τόπων που θυμίζουν το τραυματικό γεγονός, παλινδρόμηση ή αποτυχία προόδου στην απόκτηση αναπτυξιακών δεξιοτήτων, όπως η εκμάθηση χρήσης της τουαλέτας και η νυχτερινή ενούρηση, η γλωσσική ανάπτυξη, η κοινωνικοποίηση, η μάθηση στο σχολείο, δυσκολία συγκέντρωσης (Bhaskaran, Gaikwad, Chandrakanth, Shekhar, & Seshadri, 2016). Αρκετές πρόσφατες έρευνες έχουν συνδέσει τις δυσμενείς παιδικές εμπειρίες με τα συμπτώματα του μετατραυματικού στρες (Bhaskaran et al., 2016 · Damian, Knieling, & Ioan, 2011 · Opaas & Philos, 2015).

Διαταραχή κοινωνικού άγχους ή κοινωνική φοβία

Η διαταραχή αυτή περιλαμβάνει επίμονο φόβο και άγχος για μία ή περισσότερες κοινωνικές καταστάσεις στις οποίες το άτομο εκτίθεται σε μη οικεία πρόσωπα ή σε πιθανή παρατήρηση και αξιολόγηση από τους άλλους. Τέτοιες καταστάσεις περιλαμβάνουν κοινωνικές αλληλεπιδράσεις (π.χ. μια συζήτηση, γνωριμία με ανοίκεια πρόσωπα), παρατήρηση από τους άλλους (πχ. Όταν τρως ή πίνεις), παρουσίαση μπροστά σε άλλους (λόγο, η κάποια εργασία). Στα παιδιά, το άγχος πρέπει να εμφανίζεται και σε καταστάσεις με συνομήλικους και όχι μόνο κατά τις αλληλεπιδράσεις με τους ενήλικες. Το άτομο φοβάται πως θα εκδηλώσει τα συμπτώματα άγχους ή θα φερθεί με ένα τρόπο που θα ταπεινώσει και ντροπιάσει τον εαυτό του με αποτέλεσμα την απόρριψη και προσβολή από τους άλλους (ADAA, 2008). Ένα μεγάλο ποσοστό των ανθρώπων που εκδηλώνουν κοινωνική φοβία την εκδηλώνουν στην πρώιμη παιδική ηλικία και μάλιστα η εμφάνιση της σε πρώιμο ηλικιακό στάδιο έχει συνδεθεί με σοβαρότερα συμπτώματα, χαμηλότερη λειτουργικότητα και καταστρεπτικότερες συνέπειες αργότερα (Rosellini, Rutter, Bourgeois, Emmert-Aronson, & Brown, 2013). Το παιδί με κοινωνικό άγχος μπορεί να αντιδράσει με δισταγμό, παθητικότητα ή ανησυχία όταν βρίσκεται στο κέντρο της προσοχής, αποφυγή ή άρνηση να ξεκινήσει μια συζήτηση, να προσκαλέσει φίλους να παίξουν μαζί, αποφυγή της οπτικής επαφής, σιγανή ομιλία, ομιλία με τρεμάμενη φωνή, δυσκολία να μιλήσει δημόσια ή να αναφέρουν το όνομα του στην τάξη, αποφυγή του σχολείου και των ηλικιακά κατάλληλων δραστηριοτήτων, ενώ παρουσιάζεται απομονωμένος και ιδιαίτερα ανήσυχος για αρνητική αξιολόγηση από τους άλλους, ταπείνωση και ντροπή (ADDA, 2008). Τα παιδιά με αυξημένη κοινωνική φοβία συχνά υποτιμούν τις κοινωνικές τους δεξιότητες και νιώθουν πιο άνετα στις καθημερινές αλληλεπιδράσεις απ' ότι αυτές συμβαίνουν πιο σπάνια και προϋποθέτουν μεγαλύτερη έκθεση (Cartwright-Hatton, Tschernitz, & Gomersall, 2005).

Ειδική φοβία

Τα παιδιά σε αυτή τη διαταραχή παρουσιάζουν υπερβολικό φόβο για ένα αντικείμενο ή μια κατάσταση, η έκθεση στις οποίες προκαλεί μια άμεση αγχώδης αντίδραση που μπορεί να εκφραστεί με κλάμα, οργή, πάγωμα (ADAA, 2008). Η προσχολική περίοδος είναι μια

εποχή που τα παιδιά μπορούν να νιώσουν άγχος για πραγματικά και φανταστικά πράγματα (Roe, 2006). Τα παιδιά αυτής της ηλικίας μπορεί να φοβούνται το σκοτάδι, τους ξένους, τις ιατρικές διαδικασίες, τους διάφορους ήχους τη νύχτα, τα ζώα, άλλα αντικείμενα που μπορούν να τα βλάψουν όπως συσκευές του σπιτιού, φυσικά φαινόμενα όπως ο κεραυνός, φανταστικά πλάσματα π.χ. τέρατα, μάγισσες, φαντάσματα (ADDA, 2008 · Roe, 2006 · Rhoads, & Donnelly, 2012).

Άγχος αποχωρισμού

Το άγχος του αποχωρισμού αναφέρεται στην ανησυχία και φόβο του παιδιού ότι θα συμβεί κάτι κακό είτε σε εκείνο είτε στα σημαντικά άτομα της ζωής του (συνήθως γονείς) όταν χωριστεί μαζί τους (Hill, Waite & Creswell, 2016 · Rappe, 2012). Πηγάζει, δηλαδή, από το φόβο απώλειας της φροντίδας και της προστασίας που παρέχεται από ένα κύριο πρόσωπο προσκόλλησης (attachment figure), συνήθως της μητέρας (Lipsitz, Martin, Manuzza, & Charpman, 1994) . Γι' αυτό το λόγο το παιδί προσπαθεί να αποφύγει αυτό τον αποχωρισμό. Το άγχος αποχωρισμού είναι μια φυσιολογική πτυχή της αναπτυξιακής εξέλιξης του παιδιού η οποία μπορεί να κυμανθεί από όταν το παιδί είναι μόλις επτά μηνών μέχρι και 6 ετών (Bowlby, 2006).

Είναι συχνό φαινόμενο όταν οι γονείς αφήνουν τα παιδιά στον παιδικό σταθμό ή στο νηπιαγωγείο εκείνο να κλαίει και στη συνέχεια να κοπάζει όταν αρχίζει να εμπλέκεται στις δραστηριότητες του σχολείου. Όταν, όμως, χρειάζεται πολύ περισσότερο χρόνο για να ηρεμήσει σε σχέση με τα υπόλοιπα παιδιά και παρακωλύεται η λειτουργικότητα του παιδιού για μεγάλο χρονικό διάστημα εξαιτίας αυτού ή συνέχίζει αυτό να υπάρχει σε μεγαλύτερες ηλικίες τότε γίνεται λόγο για την αγχώδη διαταρξή αποχωρισμού. (Birgistin & Robinson, 2010). Το ποσοστό των παιδιών που επηρεάζεται από αυτή τη διαταραχή είναι το 4%. Ενδείξεις ότι το παιδί βιώνει μια τέτοια διαταραχή είναι εφιάλτες με περιεχόμενο τον αποχωρισμό, άρνηση να αντιμετωπίσει καταστάσεις που προυποθέτουν αποχωρισμό, όπως το να πάει σχολείο, το να κοιμηθεί μακριά από το σπίτι, να επισκεφτεί

συγγενείς και φίλους, και να μείνει σπίτι με ένα άτομο φροντιστή που δεν είναι κάποιον από τα κύρια άτομα προσκόλλησης, η επιθυμία να κοιμηθεί μαζί με τους γονείς του, τα σωματικά συμπτώματα, όπως διάρροια, στομαχόπονος, εξαγωγή και έκφραση ανησυχίας και φόβων ότι μπορεί να απαχθεί, να τραυματιστεί αν χωριστεί με τα άτομα προσκόλλησης (Rappe, 2012).

Επιλεκτική αλαλία

Η επιλεκτική αλαλία είναι μια αγχώδης διαταραχή, η οποία χαρακτηρίζεται από τη συνεχή αποτυχία του παιδιού να μιλήσει σε κοινωνικές καταστάσεις, όπου η ομιλία αναμένεται, ενώ το ίδιο παιδί σε άλλες καταστάσεις μιλάει (ADAA, 2008). Τα παιδιά που αναφέρονται ως επιλεκτικά σιωπηλά, συνήθως μιλάνε στο σπίτι και σε οικεία πρόσωπα, όμως δεν καταφέρνουν να κάνουν το ίδιο στο νηπιαγωγείο, στα μαγαζιά και σε άλλες κοινωνικές καταστάσεις (Aberdeenshire Council, 2013). Κριτήρια αξιολόγησης της διαταραχής είναι η αλαλία να αποτελεί ενόχληση που παρεμβαίνει στην εκπαιδευτική επιτυχία και στην κοινωνική επικοινωνία, η διάρκεια της να είναι τουλάχιστον ένας μήνας (και να μην περιλαμβάνει τον πρώτο μήνα στο σχολείο), ο λόγος εκδήλωσης της να μην είναι η ελλιπής γνώση της ομιλούμενης γλώσσας ή η έλλειψη γνώσεων γενικότερα και να μην μπορεί να εξηγηθεί καλύτερα από διαταραχές που σχετίζονται με τη γλώσσα την επικοινωνία ή να μην συμβαίνει αποκλειστικά στην παρουσία σχιζοφρένειας ή άλλων ψυχωτικών διαταραχών (ADAA, 2008). Η αγχώδης αυτή διαταραχή είναι σπάνια και υπολογίζεται πως εντοπίζεται σε 7 στα 1000 παιδιά (Aberdeenshire Council, 2013) με τα κορίτσια να εκδηλώνουν πιο συχνά αυτή τη διαταραχή απ' ό,τι τα αγόρια (Muris, Hendriks & Bot, 2016). Αν και η επιλεκτική αλαλία είναι εμφανής πριν την εισαγωγή στο σχολείο, η εμφάνιση της είναι πιο έντονη όταν το παιδί πρώτοεισάγεται σε ένα σχολικό περιβάλλον. Οπότε θα λέγαμε πως οι ηλικίες που εμφανίζεται είναι τα 3 με 6 (Rodes, & Donnelly, 2012). Επιπρόσθετα, Οι εναλλακτικοί τρόποι επικοινωνίας που χρησιμοποιεί το παιδί είναι το κούνημα του κεφαλιού και οι χειρονομίες (Krysanski, 2003).

Η αιτιολογία για αυτή τη διαταραχή έχει ερευνηθεί μέσα από το πρίσμα της

ψυχαναλυτικής θεωρίας, της συμπεριφορικής, των οικογενειακών συστημάτων, του κοινωνικού άγχους και φοβίας και του μετατραυματικού στρες. Παρ' ότι η ακριβής αιτία πρόκλησης δεν έχει ακόμα βρεθεί, οι ερευνητές συμφωνούν πως δεν προκύπτει από προβλήματα στη γλώσσα, στο λόγο ή στην επικοινωνία, αν και κάποιες φορές συνυπάρχουν. Ακόμη, διαφέρει από τη ντροπαλότητα στη σοβαρότητα και τη διάρκεια (Camposano, 2011). Σε έρευνα των Muris, Hendriks & Bot (2016) διαπιστώθηκε πως η επιλεκτική αλαλία δεν σχετίζεται άμεσα με τη ντροπαλότητα ως χαρακτηριστικό. Στην ίδια έρευνα, όμως, καταγράφηκε συσχέτιση του κοινωνικού άγχους με την επιλεκτική ηλικία αφήνοντας να εννοηθεί πως υπάρχει μια έμμεση σχέση με τη ντροπαλότητα. Η αντίληψη της διαταραχής ως μια αντίδραση του μετατραυματικού στρες, έχει από αρκετούς ερευνητές αμφισβητηθεί (Camposano, 2011), ωστόσο σε πρόσφατη έρευνα περίπτωσης η επιλεκτική αλαλία παρουσιάστηκε να έχει σχέση με τη βίωση τραυματικών εμπειριών (Anyfantakis, Botzakis, & Mplevrakis, 2009).

2.8 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΙ ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

2.8.1 Παράγοντες κινδύνου (Risk Factors) και Ευαλωτότητα

Ο παράγοντας κινδύνου μπορεί να είναι ένα χαρακτηριστικό γνώρισμα, μια σχέση, μια συμπεριφορά, ένα γεγονός ή μια κατάσταση που αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης ενός συγκεκριμένου αποτελέσματος. Επειδή, όμως, δε μπορούμε να πούμε με βεβαιότητα αν ο παράγοντας προκαλεί το αποτέλεσμα ή το αντίστροφο, θα ήταν ακριβέστερο να θεωρήσουμε ότι ο παράγοντας και το αποτέλεσμα συσχετίζονται ή συνυπάρχουν. Οι παράγοντες κινδύνου στα προσχολικά χρόνια βρίσκονται κυρίως στο στενό κοινωνικό περιβάλλον, δηλαδή την οικογένεια και τους συνομηλίκους (Andershed, A-K.Andershed, H., & Farrington, 2012). Αξιοσημείωτο είναι ότι οι παράγοντες κινδύνου αλληλεπιδρούν μεταξύ τους δημιουργώντας μια αυξανόμενη ευαλωτότητα για την ανάπτυξη του άγχους (Muris, Brakel, Arntz, & Schouten, 2011) συνηγορώντας στο αιτιολογικό μοντέλο που θέλει η παθογένηση του άγχους να εξαρτάται από αυτή την δυναμική αλληλεπίδραση των διαφόρων παραγόντων (Muris et al., 2011)

Προσωπικότητα παιδιού

Τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας που έχουν συνδεθεί περισσότερο με την εμφάνιση άγχους στην πρώιμη παιδική ηλικία είναι η **συμπεριφορική αναστολή** και η **αρνητική συναισθηματικότητα**, (Beatson, 2014 · Fox, 2011 · Mian, Wainwright, Briggs-Gowan, & Carter, 2011 · White, McDermott, Degnan, Henderson, 2011 · Pahl, 2012). Η συμπεριφορική αναστολή είναι ένα χαρακτηριστικό που συναντάται νωρίς στην παιδική ηλικία και περιγράφει μια τάση του παιδιού να αντιδρά με φόβο, υποχώρηση και επιφυλακτικότητα σε καινούργιες, μη οικίες καταστάσεις (Hudson, 2011 · Mian, Godoy, Briggs- Gowan, & Carter, 2012 · White et al., 2011,). Τα νροπαλά παιδιά έχουν χαμηλή κοινωνική αλληλεπίδραση (Corapci, 2007), είναι διστακτικά να ξεκινήσουν ή να

συμμετέχουν σε κοινωνικές αλληλεπιδράσεις όταν γνωρίζουν νέα παιδιά και προτιμούν να συναναστρέφονται με άτομα που γνωρίζουν και νιώθουν ασφάλεια, ενώ παράλληλα επιδεικνύουν υψηλά ποσοστά άγχους όταν είναι μόνα τους σε καινούργιες καταστάσεις (Beatson, 2014). Αν και αυτή η συμπεριφορά μπορεί να συνδεθεί με την εκδήλωση άγχους γενικά, συνδέεται περισσότερο με το κοινωνικό άγχος (Muris et al., 2011 · White et al., 2011) . Η αρνητική συναισθηματικότητα χαρακτηρίζεται από ευερεθιστότητα , αρνητική διάθεση, αρνητικές συναισθηματικές αντιδράσεις, χαμηλή αυτορρύθμιση (Mian et al., 2012). Ερευνες (Hudson, 2011· Mian et al., 2011) ανέδειξαν ότι η προσωπικότητα του παιδιού νηπιακής ηλικίας αναδείχθηκε ως ο πιο σημαντικός παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση στρες σε μεγαλύτερη παιδική ηλικία. Μία άλλη έννοια που έχει συσχετιστεί με το άγχος είναι η **φτώχ ή προκοινωνική συμπεριφορά**, η οποία όμως παρουσιάζεται περισσότερο ως συνέπεια του στρες παρά ως προβλεπτικός παράγοντας (Beatson,2014).

Δυσμενείς Παιδικές Εμπειρίες (Adverse childhood experiences)

Οι εμπειρίες αυτές περιλαμβάνουν έναν αριθμό διαφορετικών βιώματων όπως η κακοποίηση, η παραμέληση, οι δυσλειτουργικές οικογενειακές σχέσεις που ένα άτομο μπορεί να έχει από τη γέννησή του μέχρι την ενηλικίωσή του (Middlebrooks & Audage, 2008 · Poole et al., 2017 · Tone, 2013). Τέτοια βιώματα μπορεί να είναι η συναισθηματική και σωματική κακοποίηση, η σεξουαλική κακοποίηση, η παραμέληση, η ενδοοικογενειακή βία, η φτώχεια, το διαζύγιο των γονέων, η οικονομική ανασφάλεια, η χρόνια διαβίωση χωρίς στέγη, η χρήση αλκοολ και ναρκωτικών από μέλη της οικογένειας, οι εγκληματικές δραστηριότητες της οικογένειας, τα ψυχικά προβλήματα των γονέων (Almuneef, 2016 · Sigler, 2016 · Tone, 2013). Η έρευνα έχει δείξει ότι οι εμπειρίες αυτές είναι συχνές στο γενικό πληθυσμό, με σχεδόν το ¼ του πληθυσμού να περιγράφει τουλάχιστον τρεις τέτοιες εμπειρίες (Hargreaves et al., 2017). Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στη Σουηδία βρέθηκε πως το 41% με 54% έχει βιώσει τουλάχιστον μια δυσμενή παιδική εμπειρία, ενώ το 11% με 13% τουλάχιστον τρεις μέχρι την ενηλικίωση τους (Bjorkenstam et al., 2013). Αυτές οι εμπειρίες έχουν στενά συνδεθεί με χρόνια προβλήματα σωματικής και πνευματικής υγείας, και ιδίως με το τοξικό στρες (Banyard et

al., 2017 · Poole et al., 2017) . Πορίσματα άλλης έρευνας κατέδειξαν ότι οι χρόνιες ασθένειες ατόμων που είχαν βιώσει δυσμενείς παιδικές εμπειρίες αναφέρονταν στο 17% τους στο άγχος, το 15% στη παχυσαρκία, το 9% στην κατάθλιψη, το 9% στο διαβήτη, το 6% σε ψυχικές ασθένειες, το 3% σε καρδιακές παθήσεις, το 22% σε προβληματικές συμπεριφορές, το 5% σε συχνή κατάλωση αλκοόλ και το 4 % σε χρήση ναρκωτικών. Το υψηλό ποσοστό πιθανότητας να βιώσει κάποιος, έχοντας τέτοιες εμπειρίες, το άγχος επιβεβαιώνεται και από άλλη έρευνα που θελει το άτομο να έχει 2.4 φορές περισσότερες πιθανότητες να το νιώσει από ότι κάποιος που δεν έχει γίνει μάρτυρας δυσμενών παιδικών εμπειριών (Almuneef, 2016). Το τοξικό στρες που συνδέεται με την έκθεση σε Δυσμενείς Παιδικές Εμπειρίες, διακόπτει την νευροανάπτυξη και οδηγεί σε μειωμένη λήψη αποφάσεων, έλεγχο των παρορμήσεων, και αντίσταση σε ασθένειες, σε αύξηση των προβληματικών συμπεριφορών και στην πρόωρη εμφάνιση ασθενειών, δυσλειτουργιών, και θανάτου (Hargreaves et al., 2017).

Κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά

Αρκετές έρευνες έχουν συνδέσει ορισμένα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά ως πιθανοί παράγοντες κινδύνου για το στρες). Σε αυτά ανήκουν η φτώχεια, η ανεργία των γονέων, το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης της οικογένειας, η μειονοτική εθνικότητα, η μονογονεϊκή κατάσταση της οικογένειας, το μέγεθος της, η σειρά γέννησης (Mian et al., 2011). Οσον αφορά το φύλο, αυτό φαίνεται να μην επηρεάζει την εμφάνιση του στρες στα πρώιμα χρόνια της ζωής (Mian et al., 2011 · Sajaniemi et al., 2014), όμως καθώς το παιδί φθάνει στη μέση παιδική ηλικία οι διαφορές μεγαλώνουν με τα κορίτσια να εμφανίζονται δύο φορές περισσότερο αγχωμένα από ότι τα αγόρια.

Σχέση γονέα - παιδιού

Αιτιολογικά μοντέλα έχουν τονίσει πως **το γονεϊκό άγχος** συνδέεται με το άγχος των παιδιών και ιδίως της μητέρας (Mian et al., 2011 Hudson, 2011· Muris et al., 2011 · Pereira, Barros, Mendoraca, & Muris, 2014) Μία εξήγηση για αυτό είναι ότι ενδεχομένως τα παιδιά παρατηρώντας τους γονείς τους υιοθετούν το ίδιο μοντέλο φοβικής και

υπερπροστατευτικής απάντησης σε καταστάσεις (Mian et al., 2011). Οι αγχωμένοι γονείς επηρεάζουν τον τρόπο που το παιδί ερμηνεύει και σκέφτεται για το περιβάλλον και τις δυσκολίες της ζωής οδηγώντας το σε ερμηνευτικές προκαταλήψεις, σε γνωστικά λάθη και σε εσφαλμένες ερμηνείες του κινδύνου (Pereira et al., 2014). Μια άλλη αιτιολόγηση είναι ότι το άγχος που βιώνουν οι γονείς επηρεάζει την ανατροφή που προσφέρουν στα παιδιά τους. Οι γονείς που βιώνουν άγχος είναι πιθανόν να δυσκολεύονται να ρυθμίσουν τα συναισθηματά τους, να τηρήσουν μια πάγια γονεϊκή στρατηγική και να ανταποκριθούν στις ανάγκες των παιδιών τους (Tone, 2013). Επίσης, γονείς με αγχώδεις διαταραχές τείνουν να είναι πιο ελεγκτικοί, υπερπροστατευτικοί. λιγότεροι στοργικοί από ότι οι γονείς που δεν βιώνουν άγχος (Mian et al., 2011). Η **ψυχοπαθολογία των γονέων** αποτελεί, επίσης, έναν παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση στρες στα παιδιά. Για παράδειγμα, παιδιά γονέων που πάσχουν από κατάθλιψη είναι πιο πιθανό να λάβουν λιγότερη στοργικότητα, φτωχότερη γονεϊκή ενασχόληση και περισσότερο αυταρχικούς τρόπους ανατροφής με αποτέλεσμα να αυξάνεται η ευαλωτότητα τους και συνεπώς το στρες. (Pahl, 2012).

Η ανατροφή και οι **γονεϊκές πρακτικές** μπορούν επηρεάσουν την εμφάνιση και διατήρηση άγχους στα παιδιά (Dougherty et al., 2011 · Gar & Hudson 2008) Έρευνες έχουν δείξει ότι οι μητέρες αγχωμένων παιδιών είναι υπερπροστατευτικές, παρεμβατικές, επικριτικές, μη αντικειμενικές, λιγότερο στοργικές και επιδεικνύουν αυτοθυσιαστικές συμπεριφορές σε μεγαλύτερο βαθμό από ότι μητέρες που τα παιδιά τους δεν έχουν στρες (Gar & Hudson, 2008). Ο υπερβολικός έλεγχος της καθημερινότητας του παιδιού, ο περιορισμός της αυτονομίας και η αποθάρρυνση για ανεξάρτητη επίλυση προβλημάτων περιορίζει την αίσθηση ελέγχου στο περιβάλλον και την αίσθηση αυτό-αποτελεσματικότητας του παιδιού, και δεν πά'ρχει στα παιδιά τις ευκαιρίες να ανακαλύψουν το περιβάλλον, να αναπτύξουν κοινωνικές δεξιότητες και δεξιότητες αντιμετώπισης (Bogels & Brechman-Toussaint, 2006 · Pereira et al., 2014· Muris et al., 2011). Ενδιαφέρον είναι το εύρημα της Hudson (2011), το οποίο καταδεικνύει τον υπερβολικό έλεγχο της μητέρας ως σημαντικό προβλεπτικό παράγοντα για την inhibition και το άγχος στη νηπιακή ηλικία. Σε έρευνα, των Kryski (2013), υποστηρίχτηκε πως η επίδραση των αρνητικών γονεϊκών πρακτικών στη αύξηση των επιπέδων άγχους

υφίσταται αλλά πρέπει να συνδέεται με χαρακτηριστικά γνωρίσματα του παιδιού όπως η χαμηλή αυτορρύθμιση.

Μια ακόμα μεταβλητή, που φαίνεται να αποτελεί παράγοντα κινδύνου είναι η **μη ασφαλής σύνδεση** (attachment) γονέα-παιδιού. Αυτό που θα καθορίσει το βαθμό ασφάλειας στην επισύναψη της σύνδεσης είναι η ευαισθησία με την οποία ανταποκρίνεται ο φροντιστής και η συνέπεια αυτής της ευαισθησίας (). Η πρόιμη αυτή εμπειρία της μη ασφαλής σύνδεσης δημιουργεί εσωτερικά μοντέλα τα οποία το παιδί τα μεταφέρει σε άλλες σχέσεις του (Bogels & Brechman-Toussaint, 2006).

Ο τύπος μη ασφαλής σύνδεσης που σχετίζεται περισσότερο με το στρες είναι η διαφορούμενη σύνδεση. Το παιδί αντιλαμβάνεται τον κόσμο ως επικίνδυνο και ασυνεπή προς τις ανάγκες του και αυτό το οδηγεί σε αρνητικές προσδοκίες για τον εαυτό του σε σχέση με τους άλλους και στην εκδήλωση στρες (Colonesi, 2011).

Λειτουργία της οικογένειας

Οι συζυγικές συγκρούσεις, η κακή ποιότητα της συζυγικής σχέσης, η ασυμφωνία των γονέων σε θέματα που αφορούν την ανατροφή του παιδιού και άλλες πλευρές της οικογενειακής λειτουργίας είναι δυνατό να επηρεάσουν την αίσθηση ασφάλειας και ελέγχου του παιδιού, αλλά και τις πρακτικές ανατροφής που εφαρμόζουν οι γονείς (Bogels & Brechman-Toussaint, 2006).

Έκθεση σε βία και κακοποίηση

Η έκθεση στη βία αναφέρεται σε καταστάσεις όπου το παιδί είναι μάρτυρας βιαιοπραγιών είτε στο επίπεδο της οικογένειας είτε στο επίπεδο της κοινότητας ή γειτονιάς. Τέτοιες εμπειρίες μπορεί να είναι βίαια περιστατικά στη γειτονιά, καταστάσεις όπου κάποιο μέλος της οικογένειας απειλείται με όπλο ή του ασκείται σωματική βία. Η έκθεση στη βία στην πρόιμη παιδική ηλικία έχει συσχετιστεί με την εκδήλωση αγχωδών διαταραχών (Mian et al., 2012). Σε έρευνα των Lowe et al. (2016), βρέθηκαν σημαντικές συσχετίσεις ανάμεσα στην έγκληματικότητα της γειτονιάς με το παιδικό τραύμα και την εμφάνιση μετατραυματικού στρες και κατάθλιψης. Ακόμα, η έκθεση του παιδιού στη βία

θεωρείται μια μορφή κακοποίησης που ονομάζεται σύνδρομο αμέτοχου θεατή.

Σύμφωνα με τον ορισμό του Π.Ο.Υ. η κακοποίηση ή η κακομεταχείριση του παιδιού περιλαμβάνει όλες τις μορφές σωματικής ή συναισθηματικής κακής μεταχείρισης, σεξουαλικής παραβίασης, παραμέλησης ή παραμελημένης θεραπευτικής αντιμετώπισης ή εκμετάλλευσης για εμπορικούς σκοπούς, η οποία καταλήγει σε συγκεκριμένη ή εν δυνάμει βλάβη που αφορά στη ζωή και στην ανάπτυξη του παιδιού, στα πλαίσια μιας σχέσης ευθύνης, εμπιστοσύνης και δύναμης. Πληθώρα ερευνών υποστηρίζουν πως η κακοποίηση και ιδίως η συναισθηματική κακοποίηση είναι πολύ σοβαρός παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση στρες και δύναται να αποτελέσει μια τραυματική εμπειρία, η οποία έχει εντόνως συνδεθεί με την εμφάνιση αγχωδών διαταραχών κατά την ενήλικη ζωή (Fox, 2011).

2.8.2 Προστατευτικοί Παράγοντες και Ανθεκτικότητα

Παρά την ύπαρξη παραγόντων κινδύνου ή τη βίωση δυσμενών εμπειριών, πολλά παιδιά καταφέρνουν να μεγαλώνουν υγιή και ευτυχισμένα. Η απάντηση στο πως συμβαίνει αυτό, ίσως βρίσκεται στην έννοια της ανθεκτικότητας και του προστατευτικού παράγοντα (WHO, 2012). Ο προστατευτικός παράγοντας αναφέρεται σε ένα χαρακτηριστικό, μια σχέση, μια συμπεριφορά ή μια κατάσταση που μειώνει την πιθανότητα πρόκλησης ενός συγκεκριμένου αποτελέσματος στην παρουσία ενός κινδύνου. Συνεπώς, η ύπαρξη προστατευτικών παραγόντων μπορούν να κάνουν το παιδί περισσότερο ανθεκτικό απέναντι στους παράγοντες κινδύνου (Andershed et al., 2012).

Η έννοια της **ανθεκτικότητας** αναφέρεται σε εσωτερικές ποιότητες που έχει το άτομο και το βοηθούν να ξεπεράσει το στρες ή την κακουχία. Η σημασιολογική διαφορά της με τον προστατευτικό παράγοντα είναι ότι η ανθεκτικότητα περιλαμβάνει ένα σύνολο παραγόντων συγκεκριμένων για το κάθε άτομο (WHO, 2012). Χαρακτηριστικά που την δομούν είναι η επιμονή, η αυτό-αποτελεσματικότητα, ο συναισθηματικός και γνωστικός έλεγχος υπό πίεση, η προσαρμοστικότητα, η ανοχή του αρνητικού αποτελέσματος, και η θέσπιση στόχων (Connor & Davidson, 2003). Πρέπει να επισημανθεί ότι ανθεκτικότητα δε

σημαίνει απλώς απουσία προβλημάτων αλλά και παρουσία υγιής λειτουργίας (Banyarda, Hambyb, & Grychc, 2017). Σε έρευνα των Poole et al. (2017), διαπιστώθηκε πως η ανθεκτικότητα μπορούσε να μετριάσει τη σύνδεση μεταξύ των δυσμενών παιδικών εμπειριών και της κατάθλιψης κατά την ενήλικη ζωή.

Οι προστατευτικοί παράγοντες στην προσχολική ηλικία που έχουν βρεθεί να είναι αποτελεσματικοί είναι η αποτελεσματική αυτό-ρύθμιση, η συναισθηματική ρύθμιση, «ο εύκολος χαρακτήρας», η υψηλή νοημοσύνη, η γονική αποδοχή και ανταπόκριση, η στοργικότητα, η ασφαλής σύνδεση, οι θετικές οικογενειακές σχέσεις, οι λίγοι αποχωρισμοί με τον φροντιστή/γονέα, και φυσικές πλευρές του περιβάλλοντος ανατροφής, όπως παροχή ασφάλειας, παροχή ερεθισμάτων για μάθηση (Andershed et al., 2012), η συνέπεια των αλληλεπιδράσεων και η συναισθηματική σταθερότητα των γονέων απέναντι στο παιδί, οι κατάλληλες γονικές παρακτικές, η ανάπτυξη δεσμού εμπιστοσύνης με ένα άτομο πέρα των γονέων, ο εγγραμματισμός και η καλή ψυχική υγεία των γονέων (WHO, 2012).

2.9 Πρόληψη και Πρώιμη Παρέμβαση

2.9.1 Προγράμματα πρόληψης

Αυτό που μπορεί να διαφοροποιήσει την πρόληψη από την πρώιμη παρέμβαση είναι ότι η δεύτερη στοχεύει σε άτομα που βρίσκονται σε κίνδυνο να την εμφανίσουν ή έχουν κάποια ήπια συμπτώματα διαταραχής, ενώ στην πρόληψη δεν είναι απαραίτητη η ένδειξη συμπτωμάτων ή η παρουσία κινδύνου (Dadds, Seinen, Roth, & Harnett, 2000). Η πρόληψη μπορεί να διακριθεί σε τρεις τύπους – η πρωτογενής, η δευτερογενής και η τριτογενής. Η πρωτογενής πρόληψη αναφέρεται σε παρεμβάσεις σε πληθυσμούς που δεν έχει ανακύψει κάποια διαταραχή, συνεπώς στοχεύει στη μείωση της πιθανότητας εμφάνισης. Η δευτερογενής πρόληψη περιλαμβάνει παρεμβάσεις που απευθύνεται σε άτομα που εκδηλώνουν συμπτώματα, χωρίς όμως τη στιγμή της παρέμβασης να ανταποκρίνονται στα διαγνωστικά κριτήρια. Η τριτογενής πρόληψη αφορά παρεμβάσεις σε άτομα με διαγνωσμένη διαταραχή και στοχεύει στη μείωση της έντασης και διάρκειας του

προβλήματος και στην πρόληψη του υποτροπιασμού (Dadds et al., 2000). Η πρόληψη μπορεί, επίσης να κατηγοριοποιηθεί με κριτήριο τον πληθυσμό τον οποίο στοχεύουν. Έτσι, έχουμε τις **καθολικές προληπτικές παρεμβάσεις**, οι οποίες απευθύνονται σε όλο τον πληθυσμό άσχετα από τον κίνδυνο εμφάνισης, τις **ενδεδειγμένες προληπτικές παρεμβάσεις**, οι οποίες στοχεύουν σε υποομάδες παιδιών με ανιχνεύσιμα συμπτώματα ψυχοπαθολογίας αλλά χωρίς να πληρούν τα κριτήρια διάγνωσης μια ψυχικής διαταραχής και τις **επιλεγμένες προληπτικές παρεμβάσεις** που έχουν ως αποδέκτη τους παιδιά υψηλού κινδύνου εμφάνισης της διαταραχής λόγω της παρουσίας ψυχολογικών, βιολογικών και περιβαλλοντικών παραγόντων (Allen, Murray & Creswell, 2013). Η παραπάνω διάκριση, η οποία προτάθηκε από το Ινστιτούτο Ιατρικής μπορεί να αποτελέσει μια αποτελεσματική μέθοδο για την επιλογή συμμετεχόντων σε προληπτικά προγράμματα (Dadds et al., 2000).

Η πρόληψη βασίζεται σε ένα σύστημα το οποίο επιχειρεί να μειώσει τους παράγοντες κινδύνου ή/και να βελτιώσει και να αναπτύξει τους προστατευτικούς παράγοντες με σκοπό να οικοδομήσει την ανθεκτικότητα. Στο πλαίσιο αυτό, τα προγράμματα πρόληψης στοχεύουν να ενδυναμώσουν τα άτομα, ώστε να χρησιμοποιούν τις δικές τους δυνάμεις και ικανότητες και να αποκτήσουν καινούργιες δεξιότητες πριν την εμφάνιση ή επιδείνωση μιας διαταραχής (Dadds et al., 2000). Οι δεξιότητες αυτές είναι παρόμοιες με αυτές που επιδιώκονται να διδαχθούν στις κλινικές θεραπείες που περιλαμβάνουν ψυχοεκπαίδευση, τεχνικές χαλάρωσης, γνωστική αναδόμηση και έκθεση και συχνά συνοδεύονται από επιπρόσθετες δεξιότητες όπως για παράδειγμα η δεξιότητα επίλυσης προβλημάτων (Rapee, 2012). Τα προγράμματα καθολικής πρόληψης για παιδιά χρησιμοποιούν συνήθως σχολικούς πληθυσμούς (Rapee, 2012).

Δεδομένου ότι τα προγράμματα καθολικής πρόληψης δε στοχεύουν σε ομάδες παιδιών που βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο ή που ήδη έχουν επιδείξει κάποια συμπτώματα, δεν αναμένονται μεγάλες επιδράσεις, ωστόσο ακόμα κι αν ο βαθμός επίδρασης είναι μικρός όταν αυτός αφορά έναν ολοκληρω πληθυσμό, καθίσταται σημαντικός (Rapee, 2012).

2.8.2 Προγράμματα Θεραπευτικής παρέμβασης

Οι πρώιμες θεραπευτικές παρεμβάσεις απευθύνονται σε πληθυσμό με συμπτώματα που ανταποκρίνονται στα διαγνωστικά κριτήρια, που έχουν δηλαδή διαγνωστεί με αγχώδη διαταραχή τη στιγμή της παρέμβασης. Ο αριθμός των ατόμων που δέχονται αυτές τις παρεμβάσεις είναι συνήθως μικρότερος από ότι τα προγράμματα πρόληψης, εντοπίζονται συνήθως από κλινικές ή κέντρα ψυχικής υγείας και σημειώνουν μεγαλύτερα ποσοστά βελτίωσης, αφού τα επίπεδα άγχους του είναι πολύ πιο αυξημένα από ότι των ατόμων που έχουν συμπεριληφθεί σε προγράμματα πρόληψης Παρακάτω συνοψίζονται κάποιες από τις θεραπείες που χρησιμοποιούνται σε προγράμματα θεραπείας σε παιδιά.

Γνωστικο-συμπεριφοριστική Θεραπεία (CTB)

Η γνωστικοσυμπεριφοριστική θεραπεία προέρχεται από δύο περιοχές της πειραματικής ψυχολογίας, τις θεωρίες μάθησης και τη γνωστική θεωρία. Στόχοι της προσέγγισης αυτής είναι η αλλαγή του τρόπου σκέψης και συμπεριφοράς. Κεντρική ιδέα είναι ότι οι σκέψεις, τα συναισθήματα και οι συμπεριφορές αλληλεπιδρούν και αν αλλάξουμε το ένα, αυτό επιδρά και στα άλλα δύο.

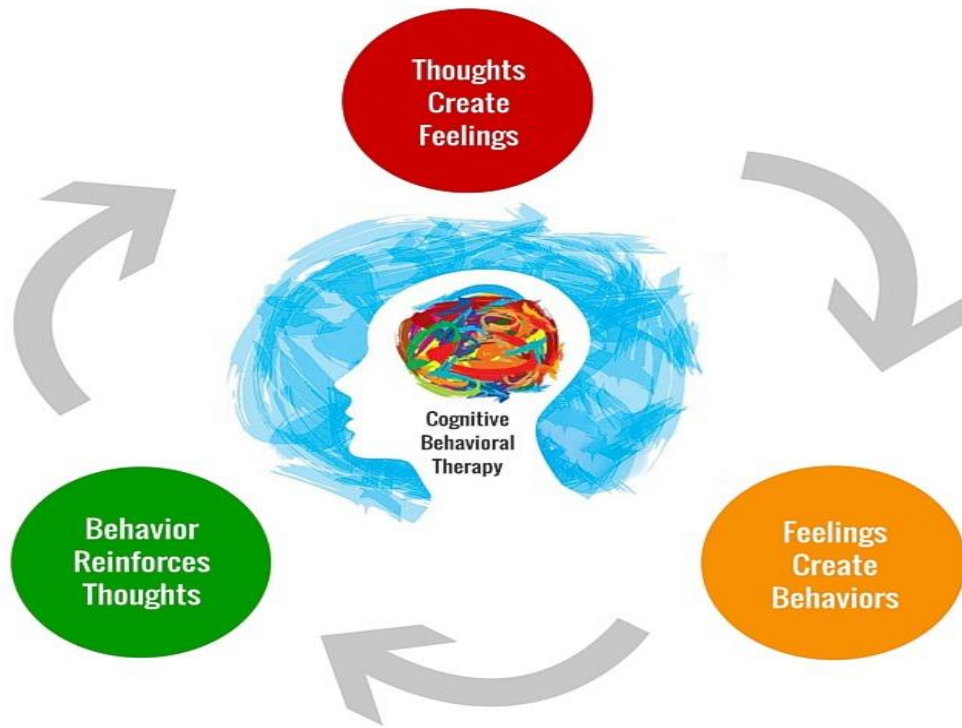
Η θεραπεία εστιάζει περισσότερο στην αντιμετώπιση των παραγόντων που ευθύνονται για τη διατήρηση των συμπτωμάτων του άγχους στο παρόν, παρα στην κατανόηση των παραγόντων που προκάλεσαν τη διαταραχή (Seligman Ollendik, 2011 · Hill, 2016). Σημαντικό στοιχείο που τη διαφοροποιεί από άλλες θεραπείες είναι ότι έχει διδακτικό χαρακτήρα (Seligman & Ollendick, 2016), στοχεύει με άλλα λόγια στην εκμάθηση από το παιδί αναπτυξιακά κατάλληλων δεξιοτήτων αντιμετώπισης (**coping skills**) και της αναγνώρισης των συνασθημάτων του (Njoroge & Yang, 2012). Η ΓΝΘ για τις αγχώδεις διαταραχές συνδυάζει αυτές τις δεξιότητες με την ιεραρχική έκθεση στις φοβικές καταστάσεις (Hirshfeld- Becker et al., 2008).

Οι γνωστικές και συμπεριφορικές παρεμβάσεις χαρακτηρίζονται από πέντε κοινές ιδιότητες, οι οποίες αποτελούν θεμελιώδεις αρχές της γνωστικο- συμπεριφορικής θεραπείας: α) τη συμμόρφωση με το μοντέλο επιστήμονα- κλινικού γιατρού, όπου οι θεραπείες που επιλέγονται βασίζονται σε προσκομιζόμενα αποδεικτικά στοιχεία ή

εφαρμόζονται με τη μορφή αξιολόγησης προκειμένου να καθορίσει την αποτελεσματικότητά τους, β) τη διεξοδική ιδιογραφική αξιολόγηση των συμπεριφορών-στόχων και των καταστασιακών, γνωστικών και συμπεριφορικών παραγόντων που διατηρούν τα συμπτώματα του άγχους, γ) την έμφαση στην ψυχοεκπαίδευση, δ) τις θεραπευτικές παρεμβάσεις που εστιάζουν στο συγκεκριμένο πρόβλημα και σχεδιάζονται για να βελτιώσουν τα συμπτώματα της ανησυχίας ε) τη γενίκευση της εκπαίδευσης στο τέλος της θεραπείας (Compton et al., 2004).

Οι δεξιότητες αντιμετώπισης που περιλαμβάνει αυτό το θεραπευτικό μοντέλο είναι η γνωστική αναδόμηση της σκέψης, οι τεχνικές μυικής χαλάρωσης, η αναγνώριση συναισθημάτων. Αυτές οι δεξιότητες θα διευκολύνουν τη συμμετοχή στην έκθεση. Άλλες τεχνικές που χρησιμοποιούνται είναι η ψυχοεκπαίδευση για το άγχος, η μοντελοποίηση της έκθεσης, η ενίσχυση με τον έπαινο και τη θετική ανατροφοδότηση (Hirshfeld- Becker, 2008).

Επιπρόσθετα, δεδομένης της σύνδεσης της θεραπείας με τη συμπεριφορική θεωρία, η οποία δίνει μεγάλη σημασία στο περιβάλλον στο οποίο μια αγχώδης συμπεριφορά συμβαίνει, επιδιώκεται η δόμηση νέων δεξιοτήτων στους γονείς, στους δασκάλους, τα αδέρφια, τους συμμαθητές (Seligman & Ollendik , 2011) . Όταν οι στόχοι της θεραπείας που έχουν τεθεί από το παιδί με τη συνεργασία του γονέα και του θεραπευτή έχουν εκπληρωθεί και οι δεξιότητες έχουν αναπτυχθεί τότε η θεραπεία λήγει. Η θεραπεία στα παιδιά με συνήθεις αγχώδεις διαταραχές διαρκεί δώδεκα με δεκαέξι εβδομάδες και σπανίως ξεπερνά τους έξι μήνες. Παρ' όλα αυτά ενισχυτικές συναντήσεις μπορούν να επεκτείνουν τη χρονική διάρκεια με σκοπό να βοηθήσουν το παιδί να μεταφέρει τις αποκτημένες δεξιότητες σε καινούργιες καταστάσεις και να διασφαλιστούν τα οφέλη της θεραπείας.



Εικόνα 1. Η αλληλεπίδραση της σκέψης, του συναισθήματος και της συμπεριφοράς

Γνωστική αναδόμηση

Η γνωστική αναδόμηση είναι μια διαδικασία κατά την οποία το άτομο αντιμετωπίζει τις δυσλειτουργικούς και αρνητικούς τρόπους σκέψης αντικαθιστώντας τους με κανούργιες πιο θετικές και ρεαλιστικές σκέψεις (Smith, Segal, R., & Segal, J., 2017). Αυτό απαιτεί από το παιδί να αναγνωρίσει τη συνομιλία που κάνει με τον εαυτό του και να κατανοήσει τη σύνδεση της με τα συμπτώματα άγχους (Seligman & Ollendick, 2011). Αρχικά, το παιδί διδάσκεται να ελέγξει και εντοπίσει τις σκέψεις που γεννούν τα συμπτώματα άγχους και αφότου τις εντοπίσει καλείται να τις αμφισβητήσει ενεργά. Στο δεύτερο αυτό στάδιο το παιδί διδάσκεται να αξιολογεί αυτές τις σκέψεις αμφισβητώντας την ύπαρξη απειλής, αναλύοντας τις πεποιθήσεις που δεν βοηθούν, περιγράφοντας τα μειονεκτήματα και τα πλεονεκτήματα του να ανησυχείς η να αποφεύγεις την κατάσταση που φοβάσαι, εξετάζοντας τις πραγματικές πιθανότητες για να συμβούν οι αρνητικές προβλέψεις. Στη συνέχεια το άτομο αντικαθιστά τις παλιές αρνητικές μη ρεαλιστικές σκέψεις με καινούργιες, πιο θετικές, ακριβείς και ρεαλιστικές σκέψεις αναπτύσσοντας κατά αυτό τον

τρόπο έναν πιο προσαρμοστικό τρόπο σκέψης και αντιμετώπισης (Seligman & Ollendick, 2011).

Επαναλαμβανόμενη Έκθεση

Η έκθεση στο φοβικό ερέθισμα είναι το κεντρικότερο στοιχείο της θεραπείας για παιδιά (Seligman & Ollendick, 2011) και βασίζεται στην αντίληψη ότι η έκθεση του ατόμου στην κατάσταση ή το αντικείμενο που τον φοβίζει θα αυξήσει σταδιακά την αίσθηση ελέγχου και θα μειώσει το άγχος (Smith et al., 2017). Η έκθεση μπορεί να γίνει είτε φανταστικά (in vivo) είτε στην πραγματική ζωή και ακολουθεί μια σταδιακή διαδικασία που ονομάζεται συστηματική απευαισθητοποίηση (Smith et al., 2017). Αυτή ακολουθεί πέντε φάσεις:

Άλλες τεχνικές

Μια τεχνική που αποδεικνύεται επίσης αποτελεσματική είναι η **συμβολική μοντελοποίηση**. Παιδιά με φοβίες όταν παρατήρησαν άλλα άτομα να προσεγγίζουν το φοβικό τους ερέθισμα χωρίς να έχουν αρνητικές συνέπειες, επέδειξαν σταθερές μειώσεις στην αποφευκτική συμπεριφορά τους (Bandura, 1968). **Οι τεχνικές χαλάρωσης** είναι μια δεξιότητα που θεωρείται σημαντική στη διαχείριση του στρες. Αυτές περιλαμβάνουν ασκήσεις βαθιάς αναπνοής, προοδευτικής μυικής χαλάρωσης, αυτο-διδασκαλία με φράσεις όπως "ηρέμησε", "όλα θα πάνε καλά", "είμαι γενναίο παιδί", οπτικές εικόνες με όμορφα τοπία και ευχάριστες στιγμές. Οι ενήλικες μπορούν να διδάξουν αυτά στα παιδιά μέσω της καθοδήγησης, της διήγησης ιστοριών, της δημιουργικής έκφρασης και να δημιουργήσουν το κατάλληλο περιβάλλον (χαλαρωτική μουσική, κατάλληλε επίπλωση) για να υποβοηθήσουν την εκμάθηση (ECA, 2006 · Seligman & Ollendick, 2011). **Ο διαλογισμός** θεωρείται πως βοηθάει στη χαλάρωση του μυαλού και του σώματος. Για τα παιδιά προσχολικής ηλικίας προτείνονται εύκολες ασκήσεις γιόγκα, το tai chi, το Qi gong (ECA, 2006). **Η συχνή γυμναστική**, επίσης, περιλαμβάνεται στις μορφές χαλάρωσης και είναι ένας αξιοσημείωτος τρόπος το παιδί να διαχειριστεί το στρες. Η γυμναστική παρέχει μια καλή φυσική κατάσταση που καθιστά το σώμα ικανότερο να καταπολεμήσει το στρες,

αποφορτίζει το παιδί από την ένταση του και διευκολύνει τη χαλάρωση (Zolten & Long, 2006).

Προσαρμογές για την προσχολική ηλικία

Πρέπει, βέβαια, να τονιστεί ότι η εφαρμογή της γνωστικοσυμπεριφοριστικής θεραπείας σε παιδιά νεαρής ηλικίας έχει αμφισβητηθεί, καθώς απαιτείται η απόκτηση λογικής ανάλυσης και μεταγνωστικών λειτουργιών. Τα παιδιά έως την ηλικία των 8 βρίσκονται στο προλογικό(ή προεγνωσιολογικό) στάδιο, που σημαίνει ότι δεν έχουν κατακτήσει ακόμη πλήρως την ικανότητα λογικής σκέψης και οι μεταγνωστικές του λειτουργίες τους είναι περιορισμένες. Επίσης τα παιδιά έχουν περιορισμούς στη γλώσσα. Στη μνήμη και στις ικανότητες αυτορρύθμισης. Δεδομένου, λοιπόν, ότι τα παιδιά πρώιμης ηλικίας έχουν διαφορετικές γνωστικές λειτουργίες από ότι τα παιδιά σχολικής ηλικίας, επιβάλλονται προσαρμοστικές τροποποιήσεις στη θεραπεία (G.L. Macklem, 2011).

Παρόλο που τα παιδιά πρώιμης ηλικίας δεν έχουν ανεπτυγμένη την ικανότητα λογικής σκέψης έχουν την ικανότητα αναλογικού τρόπου σκέψης και μπορούν να διενεργήσουν λογικούς συλλογισμούς όταν οι δραστηριότητες που τους δίνονται είναι πολύ ξεκάθαρες και δεν περιέχουν αντιφατικές πλευρές, όταν τους δίνονται πολλές πληροφορίες και συγκεκριμένες διαμεσολαβητικές κατασκευές που θα βοηθήσουν τη σκέψη τους, όταν οι δραστηριότητες περιλαμβάνουν πρακτική γνώση η οποία είναι οικεία στα παιδιά αυτής της ηλικίας. Ακόμη, φαίνεται πως στρατηγικές οι οποίες απαιτούν ενεργότερη συμμετοχή των παιδιών είναι αποτελεσματικότερες. Συνεπώς, οι ασκήσεις πρέπει να είναι οικείες, να εμπλέκουν τα παιδιά, να είναι ενεργητικές, συγκεκριμένες (εικόνα και διήγηση ιστοριών), να βοηθούν τη μνήμη, να χρησιμοποιούν μεταφορές και να περιλαμβάνουν καταστάσεις της πραγματικής ζωής (Hirshfeld-Becker, Micco, Mazursky, Bruett, & Henin, 2011). Ιδιαίτερα για τα παιδιά της πρώιμης παιδικής ηλικίας, οι γονείς είναι ο πιο σημαντικός φορέας αλλαγής και η συνεργασία μαζί τους είναι απαραίτητη (Seligman & Ollendik, 2011).

Θεραπεία Αλληλεπίδρασης γονέα- παιδιού (Parent–Child Interaction Therapy)

Η θεραπεία αλληλεπίδρασης γονέα παιδιού είναι μια οικογενειοκεντρική θεραπευτική προσέγγιση, η οποία έχει αποδειχθεί αρκετά αποτελεσματική σε πληθυσμούς προσχολικής ηλικίας που βρίσκονται σε κίνδυνο, που έχουν ιστορικό κακοποίησης ή έχουν συμπεριφορικές δυσκολίες (CWIG, 2013 · Eyberg, 2008). Η θεραπεία αυτή χρησιμοποιεί μια μοναδική πρακτική in vivo κατά την οποία οι θεραπευτές "προπονούν" τους γονείς ενώ αλληλεπιδρούν με τα παιδιά τους διδασκοντάς τους γονεϊκές στρατηγικές και δεξιοτήτων που προωθούν θετικές συμπεριφορές (Njoroge & Yang, 2012). Η παρέμβαση έχει δύο φάσεις: α) την παιδοκεντρική αλληλεπίδραση (Child Directed Interaction), η οποία βασίζεται στη θεωρία της προσκόλλησης και στοχεύει στη αναδόμηση της σχέσης παιδιού- γονέα και στην ανάπτυξη ασφαλούς δεσμού μεταξύ τους μέσω της θετικής ενίσχυση των επιθυμητών συμπεριφορών και της αρνητικής ενίσχυσης μη επιθυμητών συμπεριφορών β) την γονεοκεντρική αλληλεπίδραση (Parent-directed Interaction) η οποία βασίζεται στη θεωρία της κοινωνικής μάθησης και στοχεύει στην υιοθέτηση μιας σταθερής προσέγγισης που αφορά την πειθαρχία και συμμόρφωση (CWIG · Njoroge & Dan Yang, 2012). Στην πρώτη φάση ο γονέας διδάσκεται μια σειρά από δεξιότητες θετικής ενίσχυσης που περιλαμβάνουν τον Επαινο, την Αντανάκλαση, τη Μίμηση, την Περιγραφή και τον Ενθουσιασμό (PRIDE.). Ο έπαινος αναφέρεται στην παροχή επαίνου στο παιδί για την ενθάρρυνση μιας κατάλληλη συμπεριφορά π.χ. «μπράβο που μάζεψες τα παχνίδια σου/ καλή δουλειά!». Στην αντανάκλαση οι γονείς επαναλαμβάνουν και χτίζουν πάνω σε αυτό που είπε το παιδί για να δείξουν ότι το ακούν και για να ενθαρρύνουν την επικοινωνία. Στη μίμηση οι γονείς κάνουν ότι κάνει το παιδί με σκοπό να δείξουν την επιδοκιμασία τους και διδάζουν στο παιδί πώς να παίζει με τους άλλους. Στην περιγραφή οι γονείς περιγράφουν τη δραστηριότητα του παιδιού π.χ. «Χτίζεις έναν πύργο με τουβλάκια» για να δηλώσουν το ενδιαφέρον τους και να αναπτύξουν το λεξιλόγιο. Στον ενθουσιασμό οι γονείς επιδεικνύουν εντυπωσιασμό και ενθουσιασμό για τα επιτεύγματα του παιδιού. Επιπλέον, οι γονείς καθοδηγούνται να αγνοούν μη επιθυμητές συμπεριφορές (όταν αυτές βέβαια δεν είναι επικίνδυνες) και να αποφεύγουν την αρνητική κριτική και τη χρήση αρνητικών λέξεων και να επικεντρώνονται σε θετικές προσεγγίσεις. Στις συνεδρίες

της πρώτης φάσης, το παιδί διαλέγει μια δραστηριότητα κι ο γονέας καλείται να χρησιμοποιήσει όλες αυτές τις δεξιότητες. Στους γονείς δίνονται εργασίες των πέντε λεπτών καθημερινά για την εξάσκηση των δεξιοτήτων και όταν οι θεραπευτές κρίνουν ότι οι δεξιότητες έχουν αποκτηθεί μεταβαίνουν στη δεύτερη φάση (CWIG, 2013).

ΜΕΡΟΣ Β. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 3^ο Μεθοδολογία Έρευνας

3.1 Ερευνητικά ερωτήματα

1. Πόσο επί του συνόλου των προγραμμάτων είναι καθολικής, ενδεδειγμένης, επιλεγμένης πρόληψης και θεραπευτικής παρέμβασης;
2. Ποια ηλικιακή ομάδα περιλαμβάνουν;
3. Ποια είναι η ομάδα παρέμβασης;
4. Τι ομάδα ελέγχου χρησιμοποιούν;
5. Ποιον τύπο θεραπείας χρησιμοποιούν;
6. Ποια είναι τα επιμέρους στοιχεία της θεραπείας που χρησιμοποιήθηκαν;
7. Απο ποιον υλοποιήθηκαν ;
8. Ποιος αξιολόγησε τα επίπεδα άγχους των παιδιών;
9. Ποιο είναι το αποτέλεσμα τους;
10. Από που εντοπίστηκε το δείγμα;
11. Ποια ήταν η διάρκεια και η συχνότητα υλοποίησης;

3.2 Επιλογή του δείγματος της μελέτης

Η μελέτη που σχεδιάστηκε ήταν συγχρονική (cross-sectional), διεξήχθη σε διάστημα οχτώ μηνών από τον Μάρτιο του 2017 έως τον Ιανουάριο του 2018.

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 22 προγράμματα καθολικής, ενδεδειγμένης, και

επιλεγμένης πρόληψης και θεραπείας του στρες με 2746 συμμετέχοντες. Η δειγματοληψία υπήρξε σκόπιμη, συγκεκριμένα πρόκειται για δειγματοληψία κριτηρίου (criterion sampling).

Τα κριτήρια επιλογής του δείγματος

Τα κριτήρια επιλογής των προγραμμάτων στην παρούσα μελέτη ήταν :

1. Τα προγράμματα που επιλέχθηκαν απευθύνονταν σε πληθυσμό με διαγνωσμένη αγχώδη διαταραχή, σε πληθυσμό με πρώιμες ενδείξεις αγχώδους διαταραχής, σε πληθυσμό με αυξημένο τον κίνδυνο εμφάνισης στρες (high risk), αλλά και σε πληθυσμό που μέχρι εκείνη τη στιγμή δεν είχαν εμφανίσει κάποιο σύμπτωμα.
2. Όλοι οι συμμετέχοντες στα προγράμματα ήταν δύο έως οχτώ χρονών αλλά και οι γονείς των παιδιών αυτής της ηλικίας.
3. Τα προγράμματα να στοχεύουν στην πρόληψη και τη θεραπεία του στρες.

Τα κριτήρια αποκλεισμού του των προγραμμάτων ήταν:

1. Προγράμματα που απευθύνονταν σε παιδιά ηλικίας άνω των οχτώ χρόνων.
2. Προγράμματα που δίνουν έμφαση στην πρόληψη και θεραπεία των συμπτωμάτων άλλων ψυχικών παθήσεων

3.3 Διαδικασία συλλογής των δεδομένων

Η συλλογή των προς μελέτη και έρευνα προγραμμάτων πρόληψης και θεραπευτικής παρέμβασης έγινε με τη συστηματική αναζήτηση από πηγές δεδομένων. Συγκεκριμένα, αξιοποιήθηκαν οι ηλεκτρονικές πλατφόρμες αναζήτησης επιστημονικών δημοσιεύσεων ERIC, Science Direct, Google Scholar, PsyInfo, ResearchGate. Οι λέξεις – κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν για την εύρεση της σχετικής βιβλιογραφίας ήταν: παιδί* πρώιμη ηλικία*στρες/άγχος* αγχώδη διαταραχή* καθολική/ενδεδειγμένη/επιλεγμένη πρόληψη* θεραπεία* γνωστικοσυμπεριφορστική θεραπεία* νηπιαγωγείο* σχολείο* πρώιμη παρέμβαση* . Ενώ οι φράσεις-κλειδιά ήταν: στρες στην προσχολική ηλικία* στρες στην πρώιμη παιδική ηλικία* πρώιμες παρεμβάσεις στρες*προγράμματα πρώιμης πρόληψης στρες σε προσχολικά περιβάλλοντα* προγράμματα πρώιμης πρόληψης στρες σε πρωτο-σχολικά περιβάλλοντα * προγράμματα θεραπείας στρες σε προσχολικά

Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

περιβάλλοντα * προγράμματα θεραπείας στρες σε πρωτο-σχολικά περιβάλλοντα*.

Κεφάλαιο 4^ο Ανάλυση αποτελεσμάτων

Αφού εντοπίστηκαν τα σχετικά προγράμματα, ταξινομήθηκαν ανάλογα με το τύπο (καθολική πρόληψη/ενδεδειγμένη πρόληψη/επιλεγμένη πρόληψη/θεραπεία) σε πίνακες με τα χαρακτηριστικά τους. Στη συνέχεια τα δεδομένα αναλύθηκαν μέσω του στατιστικού προγράμματος SPSS 22. Σε πρώτη φάση, χρησιμοποιήθηκε η εντολή συχνότητα για να αναδειχθούν τα χαρακτηριστικά των προγραμμάτων σε ποσοστά ανάλογα με τον τύπο του προγράμματος, την ηλικία του δείγματος, την ομάδα παρέμβασης, την ομάδα ελέγχου, τον τύπο άγχους που στοχεύουν, τον αριθμό των συνεδριών, τον τύπο θεραπείας, τα επιμέρους στοιχεία της θεραπείας, το φύλο των γονέων που πήραν μέρος στην παρέμβαση, τη διάρκεια, τον τρόπο που συμπεριλήφθηκε το δείγμα, από ποιους αξιολογήθηκε, τα αποτελέσματα της παρέμβασης. Κατόπιν, χρησιμοποιήθηκε η εντολή Descriptives και Crosstabs και προχωρήσαμε σε διασταύρωση των απαντήσεων για να διερευνηθούν σχέσεις μεταξύ των χαρακτηριστικών.

Για τον υπολογισμό του βαθμού επίδρασης (*effect size*), χρησιμοποιήθηκε ο τύπος *Cohen's d*, σύμφωνα με τον οποίο υπολογίζεται ο μέσος όρος απαντήσεων της ομάδας παρέμβασης με της ομάδα ελέγχου και κατόπιν διαρείται με τη σταθμισμένη τυπική απόκλιση.

Τύπος *cohen's d*:

$$\text{Cohen's } d = (M_2 - M_1) / SD_{\text{pooled}}$$

$$SD_{\text{pooled}} = \sqrt{\frac{\sum (X_1 - \bar{X}_1)^2 + \sum (X_2 - \bar{X}_2)^2}{n_1 + n_2 - 2}}$$

όπου:

$M_1 - M_2$ = διαφορά των μέσων

SD^* = σταθμισμένη τυπική απόκλιση

Μικρός βαθμός επίδρασης= 0,2

Μεσαίος βαθμός επίδρασης= 0,5

Μεγάλος βαθμός επίδρασης= 0,8

Επειδή όλα τα προγράμματα χρησιμοποιούσαν περισσότερες από μία κλίμακα αξιολόγησης, υπολογίστηκε πρώτα το effect size για κάθε ένα ερωτηματολόγιο και στη συνέχεια διαιρέθηκε με τον αριθμό των ερωτηματολογίων (Morris & DeShon, 2002). Σε περιπτώσεις, που οι κλίμακες ήταν θετικής και αρνητικής βαθμολογίας χρησιμοποιήθηκε η απόλυτη τιμή.

Πίνακας 1. Προγράμματα Καθολικής Πρόληψης

Πρόγραμμα	Δείγμα (Ηλικία)	Ομάδα παρέμβασης	Φύλο Γονέων παρέμβασης	N	Πρόσληψη δείγματος	Ομάδα ελέγχου	Είδος άγχους	Περιεχόμενο	Επιμέρους στοιχεία	Αριθμός συνεδριών	Διάρκεια	Συχνότητα
PATHS Domitrovich, Cortes & Greenberg (2007)	3-4	Παιδιά	-	246	Από τάξεις "Head Start class"	Παθητική Λ. Α.	Κοινωνικο-συναισθηματική ικανότητα	Συναισθηματική Συμπεριφορική Γνωστική-Δυναμική Affective Behavioural Cognitive	Συναισθηματική επίγνωση., αυτοέλεγχος και ρύθμιση συμπεριφοράς, θετική αυτοεικόνα και κοινωνικές δεξιότητες, επίλυση προβλημάτων, θετική σχολική ατμόσφαιρα	30	1ω	Κάθε εβδομάδα
REACHfor RESILIENE Dadds&Roth (2008)	3- 6	Γονείς	Και οι δύο γονείς	734	σχολεία	Παθητική	Γενικά	ΓΣΘ	Γνωστική αναδόμηση, ενθάρρυνση (θετική ενίσχυση και διαμόρφωση), διαχείριση συμπεριφοράς?, οικοδόμηση αυτοεκτίμησης, αυτο-ομιλία, επίλυση προβλημάτων, Επανάληψη-ενίσχυση	6	-	Κάθε δεύτερη εβδομάδα
Fun FRIENDS Pahl & Barrett (2010)	4-6	Γονείς & Παιδιά	Και οι δύο γονείς	263	σχολεία	Λ. Α.	Γενικά	ΓΣΘ	Γαυτότητα, Συναισθηματική επίγνωση, τεχνικές χαλάρωσης, αυτό-ομιλία, γνωστική αναδόμηση, εκπαίδευση στην έκθεση, coping plans, κοινωνικές δεξιότητες, επανάληψη	9 για παιδιά, 3 για τους γονείς, 1 σεμινάριο για εκπ.	1ω	Κάθε εβδομάδα
Anticich et al., (2013) Fun Friends Program extentionn	4-7	Παιδιά& Γονείς	Δεν αναφερ.	488	σχολεία	Ενεργητική + Λ. Α. ,	Γενικά	ΓΣΘ	Συναισθηματική επίγνωση-ρύθμιση, τεχνικές χαλάρωσης, γνωστική αναδόμηση, αυτο-ομιλία ,εκπαίδευση στην έκθεση, επίλυση προβλημάτων, υποστηρικτικό περιβάλλον,γονεϊκές στρατηγικές ενίσχυση	10+ 2 ενισχυτικές +2 για τους γονείς	1ω	Κάθε εβδομάδα

Πρόγραμμα	Υλοποιήθηκε από	Βαθμός επίδρασης Post- test	Βαθμός επίδρασης Follow-up (Μήνες)	Αξιολογήθηκε από	Αποτελέσματα
PATHS Domitrovich, Cortes & Greenberg (2007)	Νηπιαγωγούς του HeadStart	0,28	OXI	Παιδιά Γονείς Νηπιαγωγοί * Μονο για BI Τεστ/παρατήρηση	Αύξηση της συναισθηματικής επίγνωσης και ρύθμισης, αύξηση της κοινωνικής επάρκειας Δεν είχε επίδραση στη συμπεριφορική Αναστολή (BI)
REACHforRESILIENCE Dadds&Roth (2008)	Ερευνητή	0.41	(7)	Γονείς Εκπαιδευτικούς	Μείωση των προβλημάτων άγχους με μικρό βαθμό επίδρασης (εκπαιδευτικοί) –δεν παρατηρήθηκαν διαφορές από τους γονείς. Μεγάλος βαθμός επίδρασης στην ανθεκτικότητα των παιδιών.
Fun FRIENDS Pahl & Barrett (2010)	Μεταπτυχιακούς φοιτητές ψυχολογίας	0.25	(12 ομάδα παρέμβασης)	Γονείς(και απο τους δύο) Εκπαιδευτικούς	Τα επίπεδα άγχους μειώθηκαν σχεδόν στατιστικά σημαντικά και για τις δύο ομάδες-περισσότερο για την ομάδα παρέμβασης αλλά όχι με στατιστικά σημαντική διαφορά. Το BI μειώθηκε σημαντικά για τα κορίτσια όχι όμως και για τα αγόρια. Διατήρηση των αποτελεσμάτων 1 χρόνο μετά στο follow-up.
Anticich et al., (2013) Fun Friends Program extensionn	Νηπιαγωγούς	0,26	(12)	Γονείς(μητέρεςκαι πατέρες) Εκπαιδευτικοί	Σημαντική μείωση των συμπτωμάτων Μείωση στο BI Οι διαφορές παρατηρήθηκαν απο εκπαιδ+γονείς Διατήρηση των αποτελεσμάτων ένα χρόνο

BI(Behavioral Inhibition)= Συμπεριφορική αναστολή- «ντροπαλότητα»

2. Προγράμματα Επιλεγμένης Πρόληψης

Όνομα	Δείγμα (Ηλικία)	Ομάδα παρέμβασης	Φύλο γονέων παρέμβαση	N	Πρόσληψη δείγματος	Ομάδα ελέγχου	Είδος άγχους	Περιεχόμενο	Επιμέρους Στοιχεία	Αριθμός συνεδριών	Διάρκεια	Συχνότητα
Rapee & Jacobs (2002)	3,5-4,5 ετών	Μητέρες	Μόνο μητέρες	7	Από σχολεία	ΟΧΙ	Γενικό	ΓΣΘ	Ψυχ/ση για το άγχος, γονεϊκές δεξιότητες για να διδάξουν στο παιδί σταδιακή έκθεση και αυτο-ομιλία, στρατηγικές διαχείριση του άγχους του παιδιού και το δικό τους	6	90λ	Σε 9 εβδομάδες
Rapee, Kennedy, Ingram, Edwards & Sweeney (2005)	3-5 ετών	Γονείς	Δεν αναφέρεται	146	Σχολεία	Παθητική	Γενικό	Ψυχ/ση	Ψυχ/ση, γονεϊκές στρατηγικές, γονεϊκές δεξιότητες, εκπαίδευση στην έκθεση, ενίσχυση	6	90λ	Σε 9 εβδομάδες
Kennedy, Rapee, & Edwards (2009)	3-4ετών	Γονείς	Δεν αναφέρεται	71	Από διαφημίσεις στο τύπο, σχολεία, κέντρα ψυχικής υγείας	Λ. Α.	Γενικό	ΓΣΘ	Ψυχ/ση γονεϊκές στρατηγικές εκπαίδευση έκθεση, γνωστική αναδόμηση κοινωνικές δεξιότητες ενίσχυση	8	90λ	Κάθε εβδομάδα

Rapee, Kennedy, Ingram, Edwards & Sweeney (2010)	3-5 ετών	Γονείς	Και οι δύο γονείς-κυρίως μητέρες	146	σχολεία	Παθητική	Γενικό	ΓΣΘ	Ψυχ/ση για το άγχος, γονεϊκές στρατηγικές διαχείρισης, γονεϊκές δεξιότητες, εκπαίδευση στην έκθεση, γνωστική αναδόμηση επανάληψη?	6	90λ	4 κάθε εβδομάδα 1 μετά από δύο εβδομάδες 1 μετά από έναν μήνα
Tuscano et al., 2015	3-5	Γονείς-Παιδιά	Και οι δύο γονείς	40	Σχολεία Κλινικές Διαφημίσεις στον τύπο	Λ.Α.	Γενικά	ΘΑΓΠ Ψυχ/ση	Ψυχοεκπαίδευση, Γονεϊκές δεξιότητες, Γονεϊκές στρατηγικές διαχείρισης BDI δεξιότητες, CDI δεξιότητες PDI δεξιότητες, εκπαίδευση στην έκθεση, κοινωνικές δεξιότητες	8	90λ	Κάθε εβδομάδα

Όνομα	Υλοποιήθηκε Από	Βαθμός επίδρασης Post- test	Βαθμός επίδρασης Follow-up (Μήνες)	Αξιολογήθηκε από	Αποτελέσματα
Rapee & Jacobs (2002)	Φοιτητή ψυχολογίας	1,41	(12)	Μητέρες	Μείωση του ΒΙ και των επιπέδων άγχους στην ομάδα παρέμβασης Σημαντική διαφορά στο pre-post αλλά όχι σημαντική στο post test'-follow up

Rapee, Kennedy, Ingram, Edwards & Sweeney (2005)	Ψυχολόγους	0,83	(12,24,36)	Γονείς	Σημαντικά λιγότερες αγχώδεις διαταραχές μετά από 12 μήνες. Μετά από δύο χρόνια τα παιδιά συνέχιζαν λιγότερες αγχώδεις διαταραχές και χαμηλότερα επίπεδα συμπτωματολογίας.
Kennedy, Rapee, & Edwards (2009)	Ψυχολογούς	0,68	(6)	Εργαστηριακές παρατηρήσεις	Στατιστικά σημαντικότερη μείωση του άγχους της ομάδας παρέμβασης σε σχέση με την ομάδα ελέγχου. Στο follow-up έξι μήνες αργότερα το 46.7% των παιδιών της παρέμβασης δεν είχε πια οποιαδήποτε αγχώδη διαταραχή εν συγκρίσει με το 6,7 % της ομάδας ελέγχου. Παρομοίως και το μέσο των μετρήσεων του ψυχολόγου επιβεβαιώνει σημαντική μείωση. Σημαντική μείωση και στο BI.
Rapee, Kennedy, Ingram, Edwards & Sweeney (2010)	Ψυχολόγους	0,18	(12, 36)	Γονείς (κυρίως μητέρες αλλά και πατεράδες Εργαστηριακές παρατηρήσεις Παιδιά στην τελική αξιολόγηση	Παιδιά που οι γονείς που οι γονείς τους συμμετείχαν ήταν λιγότερο πιθανό να επιδείξουν ή να αναφέρουν συμπτώματα άγχους τρία χρόνια αργότερα από τα παιδιά που οι γονείς τους δεν συμμετείχαν Δεν υπήρξε μείωση στο BI
Tuscano 2015	Ψυχολόγους	3,06	OXI	Γονείς (και οι δύο) Εκπαιδευτικοί	Σημαντικές μειώσεις σε σχέση με την ομάδα ελέγχου στα αναφερόμενα από τις μητέρες συμπτώματα άγχους από μέτρια σε μεγάλο βαθμό, πολύ μεγάλος βαθμός επίδρασης στο αναφερόμενο απο τους πατέρες BI (συμπεριφορική αναστολή), μεγάλη επίδραση στα αναφερόμενα από τις δασκάλες συμπτώματα άγχους, και μέτρια επίδραση στην παρατηρούμενη μητρική θετική στοργικότητα.

Πίνακας 3. Προγράμματα Ενδεδειγμένης Πρόληψης

Όνομα	Δείγμα (Ηλικία)	Ομάδα παρέμβασης	Φύλο γονέων παρέμβασης	N	Πρόσληψη δείγματος	Ομάδα ελέγχου	Είδος άγχους	Περιεχόμενο	Επιμέρους Στοιχεία	Αριθμός συνεδριών	Διάρκεια	Συχνότητα
La Freniere & Capuano, 1997 Home based	2.5 – 6	Μητέρες	Μητέρες	43	Από σχολεία	Παθητική	Γενικά	Συμπεριφορική/ Σύνδεσης Θεραπεία Attachment/ Behavioural Therapy	Εκπαίδευση στις αναπτυξιακές ανάγκες του παιδιού, ενίσχυση της γονεϊκής ανταπόκρισης(Sensitivity) για θετικότερη αλληλεπίδραση CDI, διαχείριση του γονεϊκού άγχους, κοινωνική στήριξη	20	50λ	Σε 6 μήνες
SEED Fox et al. (2012)	3-5 ετών	Παιδιά και γονείς	Και οι δύο γονείς	16	Από κλινική, σχολεία, κέντρα ψυχικής υγείας	ΟΧΙ	Γενικά	ΓΣΘ	Ψυχ/ση, Γονεϊκές δεξιότητες PRAIDE, στρατηγικές διαχείρισης και έκθεση, ενίσχυση Παιδι- Κοινωνικές δεξιότητες, ασκήσεις χαλάρωσης, συναισθηματική επίγνωση και ρύθμιση, αυτο-ομιλία, Αυτοεκτίμηση, εκπαίδευση στην έκθεση	10 για το παιδί + 10 για τους γονείς	1ω	Κάθε εβδομάδα

Πρόγραμμα	Υλοποιήθηκε Από	Βαθμός επίδρασης Post- test	Βαθμός επίδρασης Follow-up (Μήνες)	Αξιολογήθηκε από	Αποτελέσματα
La Freniere & Capuano, 1997 Home based	Μεταπτυχιακούς φοιτητές ψυχολογίας	0,70	ΟΧΙ	Γονείς Εκπαιδευτικούς Εργαστηριακές παρατηρήσεις	Σημαντική αύξηση στην κοινωνική επάρκεια. Μειώσεις στην αγχώδη συμπεριφορά που άγγιξε τη σημαντικότητα.
SEED Fox et al. (2012)	Ψυχολόγοι και διδακτορικοί φοιτητές ψυχολογίας	0,95	(3)	Γονείς Παιδιά(μόνο στην τελική αξιολόγηση)	Στα 9 από τα 15 παιδιά(15 από τα 16 είχαν δείξει ήπια αλλά σημαντικά επίπεδα άγχους στην αρχική αξιολόγηση) μειώθηκαν τα επίπεδα άγχους από ήπια προς σημαντικά σε κανονικά επίπεδα. Οι γονείς αξιολόγησαν επίσης θετικότερα τα παιδιά τους με την επίδραση να διατηρείται στο 70% των παιδιών 3μήνες follow-up

Πίνακας 4. Προγράμματα Θεραπευτικής Παρέμβασης

Όνομα	Δείγμα Ηλικία	Ομάδα παρέμβασης	Φύλο γονέων παρέμβασης	N	Πρόσληψη του δείγματος	Ομάδα Ελέγχου	Είδος Άγχους	Περιεχόμενο	Επιμέρους στοιχεία	Αριθμός συνεδριών	Διάρκεια	Συχνότητα
Cartwright-Hatton et al. (2005)	24-56 μηνών	Γονείς	Δν αναφ.	43	Από κέντρα ψυχικής υγείας	OXI	Εσωτερικευμένα και εξωτερικευμένα συμπτώματα	Συμπεριφορική εκπαίδευση γονέων "Parent Survival Course"	Γονεϊκές στρατηγικές που στοχεύουν στην αύξηση της προσοχής του παιδιού, στην απόσπαση της προσοχής του παιδιού από μη αποδεκτές συμπεριφορές και αλλες στατηγικές για τη διαχείριση τους, εντολές στο παιδί με θετικό τρόπο	8	90λ	Κάθε εβδομάδα
Choate, Pincus, Eyberg & Barlow (2005)	4-8	Γονείς	Και οι δύο γονείς	3	κέντρο ψυχικής υγείας	OXI	A.A.	PCIT	Γονεϊκές δεξιότητες PDI, CDI, γονεϊκές στρατηγικές,	6-7	20λ+40λ	Κάθε εβδομάδα
Choate, Pincus & Eyberg (2005)	4-8	Γονείς	Και οι δύο γονείς	58	κέντρα ψυχικής υγείας	WL	A.A.	PCIT	Γονεϊκές δεξιότητες BDI, PDI, CDI, γονεϊκές στρατηγικές, ψυχ/ση, εκπαίδευση στην έκθεση	9	20λ+40λ	Κάθε εβδομάδα
Santacruz et al. (2006)	4-8	Παιδιά Γονείς	Και οι δύο γονείς	78	Σχολεία	Παθητική + Ενεργητική	Ε.Φ.	Παιχνιδοθεραπεία Βιβλιοθεραπεία(BG) Συναισθηματική επίδοση (EP)	BG-Τεχνικές χαλάρωσης, εκπαίδευση στην έκθεση EP- έκθεση, μοντελοποίηση, ενίσχυση, καθοδήγηση απο τους γονείς	5 για τους γονείς + 3 για τα παιδιά	45λ για τους γονείς, 20λ για τα παιδιά	Κάθε εβδομάδα

Take Action Waters et al. (2009)	4-8	Παιδιά και γονείς	Και οι δύο-περισσότερες μητέρες	80	Κλινική	Λ. Α.	Ε.Φ. Κ.Φ. Γ.Α.Δ. Α.Α.	ΟΓΣΘ (Group CBT)	Ομάδες παιδιού+γονέα Ψυχ/ση, τεχνικές χαλάρωσης, γνωστική αναδόμηση, αυτο-ομιλία, εκπαίδευση στην έκθεση, κοινωνικές δεξιότητες, επίλυση προβλημάτων, υποστηρικτικές ομάδες, ενίσχυση Ομάδα γονέα-ψυχοεκπαίδευση, γονεικές στρατηγικές διαχείρισης, ενίσχυση της σχέσης γονέα-παιδιού, θετικές γονεικές δεξιότητες και επικοινωνία, ενίσχυση	10 μόνο για γονείς + 10 για παιδιά και 10 για γονείς	1ω	Κάθε εβδομάδα
Gaming Sneaky Fears Monga, Young, & Owens (2009)	5-7	Παιδιά και Γονείς	Δεν αναφέρεται	77	Κλινική	Ενεργητική	Γενικά	ΓΣΘ	Ομάδα μόνο με γονείς-Γονεικές στρατηγικές (τεχνικές χαλάρωσης και απευαισθητοποίησης) Ομάδα παιδί-γονέας-Γνωστική αναδόμηση, συναισθηματική επίγνωση, τεχνικές χαλάρωσης,	11 για το παιδί + γοβείς 11 για τους γονείς μόνο	1ω	Κάθε εβδομάδα

Α.Α= Άγχος Αποχωρισμού
 Γ.Α.Δ.= Γενικευμένη Αγχώδη Διαταραχή
 Ε. Φ.= Ειδική Φοβία
 Κ. Φ. = Κοινωνική Φοβία

Όνομα	Υλοποιήθηκε από	Βαθμός επίδρασης Post- test	Βαθμός επίδρασης Follow-up (Μήνες)	Αξιολογήθηκε από	Αποτελέσματα
Cartwright- Hatton et al. (2005)	Ψυχολόγοι	0.44	(6)	Γονείς	Τα επίπεδα εσωτερικευμένων συμπτωμάτων μειώθηκαν σημαντικά.
Choate, Pincus, Eyberg & Barlow (2005)	Ψυχολόγους	Δεν είναι διαθέσιμο	(3)	Γονείς παιδί	Στατιστικά σημαντική διαφορά στο άγχος αποχωρισμού. Διαφορά που διατηρήθηκε 3 μήνες μετά..
Choate, Pincus & Eyberg (2005)	Ψυχολόγους	Δεν είναι διαθέσιμο	(3) (6) (12)	Γονείς Παιδί Εργαστηριακές παρεμβάσεις	Οι γονείς δήλωσαν ότι οι δεξιότητες CDI, BDI and PDI, που διδάχθηκαν ήταν πολύ χρήσιμες στο να βοηθήσουν τα αγχωμένα παιδιά τους. Τα παιδιά απέκτησαν μεγαλύτερη αυτονομία και πρωτοβουλία.
Santacruz et al. (2006)	Ψυχολόγους	ΒΘ Ομαδα 1,95 ΕΠ. Ομαδα 2,60	OXI	Γονείς	Μείωση στη φοβία του σκοταδιού-διατήρηση ένα χρόνο μετά.
Take Action Waters et al. (2009)	Ψυχολόγους	0,71 Λ. Α. 1,93	(6), (12)	Γονείς Παιδιά	84%, 74% ,18% δεν απαντούσαν πια τα κριτήρια για την αρχική διάγνωση της αγχώδης διαταραχής και 61%, 60% και 9% θεραπεύτηκαν εντελώς από την αγχώδη διαταραχή. Τα αποτελέσματα διατηρήθηκαν ένα χρόνο μετά.
Gaming Sneaky Fears Monga, Young, & Owens (2009)	παιδοψυχίατροι, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί	0.80	(6), (12)	Γονείς	48.9% των παιδιών στην ομάδα θεραπείας παιδί-γονέας δεν απαντούσαν πλέον στα κριτήρια της αρχικής διάγνωσης, ενώ το ίδιο ίσχυε για το 12,5 των παιδιών στην ομάδα μόνο γονείς

Προγράμματα θεραπευτικής παρέμβασης (συνέχεια)

Όνομα	Δείγμα (Ηλικία)	Ομάδα παρέμβασης	Φύλο γονέων παρέμβασης	N	Πρόσληψη του δείγματος	Ομάδα Ελέγχου	Είδος άγχους	Περιεχόμενο	Επιμέρους στοιχεία	Αριθμός συνεδριών	Διάρκεια	Συχνότητα
Being Brave Hirshfeld-Becker et al., (2008)	4-7	Παιδιά και γονείς	Μητέρες	9	Από κλινική νοσοκομείου	ΟΧΙ	Γενικά	ΓΣΘ	Ψυχο/δευση, Γονεϊκές στατηγικές διαχείρισης του παιδικού στρες- προπόνηση του παιδιου στις φοβικές κατασταστάσεις, Γνωστική αναδόμηση Τεχνικές χαλάρωσης Εκπαίδευση στην έκθεση, ενίσχυση	13 για γονείς και παιδιά + 6 μόνο για γονείς	50λ	Κάθε εβδομάδα
Being Brave Hirshfeld-Becker et al., (2010)	4-7	Παιδιά και γονείς	Και οι δύο γονείς	64	Απο κλινική	Λ. Α.	Γενικά	ΓΣΘ	Ψυχο/δευση Γνωστική αναδόμηση Γονεϊκές πρακτικές για τη διαχ. Στρες, Τεχνικές χαλάρωσης, Εκπαίδευση στην έκθεση, ενίσχυση	13 για γονείς και παιδιά + 6 μόνο για γονείς	50λ	Κάθε εβδομάδα
CALM Comer et al. (2012)	4-8	Παιδιά και γονείς	Και οι δύο γονείς	9	Από κλινική πανεπιστημίου	ΟΧΙ	Α.Α Κ.Φ. Ε.Φ. Γ.Α.Δ.	ΘΑΓΠ + Ψυχ/ση	Ψυχ/ση Εκπαίδευση στην έκθεση Εκπαίσευση στις CDI δεξιότητες Προπόνηση των γονέων στην αλληλεπίδραση, στην έκθεση σε φοβικές καταστάσεις βαθμιαίας έντασης σειρά Επιτόπια καθοδήγηση με ακουστικό, DAD steps	12	Δεν αναφ.	Δεν αναφ.
Get Lost Mr Scary Ruocco, Gordon, & McLean (2016)	5-7	Παιδιά και γονείς	Δεν αναφέρει	134	Από σχολείο	Λ.Α.	Ε.Φ., Κ.Φ., Α.Α.	ΓΣΘ, παιχνοδοκεντρική προοπτική	Συναισθηματική επίγνωση, ψυχ/ση, τεχνικές χαλάρωσης, εκπαίδευση στην έκθεση, ενίσχυση-επανάληψη, γονεϊκές στρατηγικές	7 για το παιδί +3 για τους γονείς + 1 ενισχυτική	1ω	Κάθε εβδομάδα

Fun Friends Barrett, Fisak, & Cooper (2015)	5-7	Παιδιά Γονείς συνεδρίες	Και οι δύο γονείς	31	Κοινωνική κλινική	ΟΧΙ	Γενικά σε όλες	ΓΣΘ	Γαυτότητα, Συναισθηματική επίγνωση, τεχνικές χαλάρωσης, αυτό-ομιλία, γνωστική αναδόμηση, εκπαίδευση στην έκθεση, κοινωνικές δεξιότητες, επανάληψη	10 + 2 για γονείς	90λ	Κάθε εβδομάδα
---	-----	-------------------------------	----------------------	----	----------------------	-----	-------------------	-----	--	----------------------	-----	------------------

CDI δεξιότητες = (επιλεκτική προσοχή, έπαινος, προβληματισμός, απομίμηση, περιγραφή) =

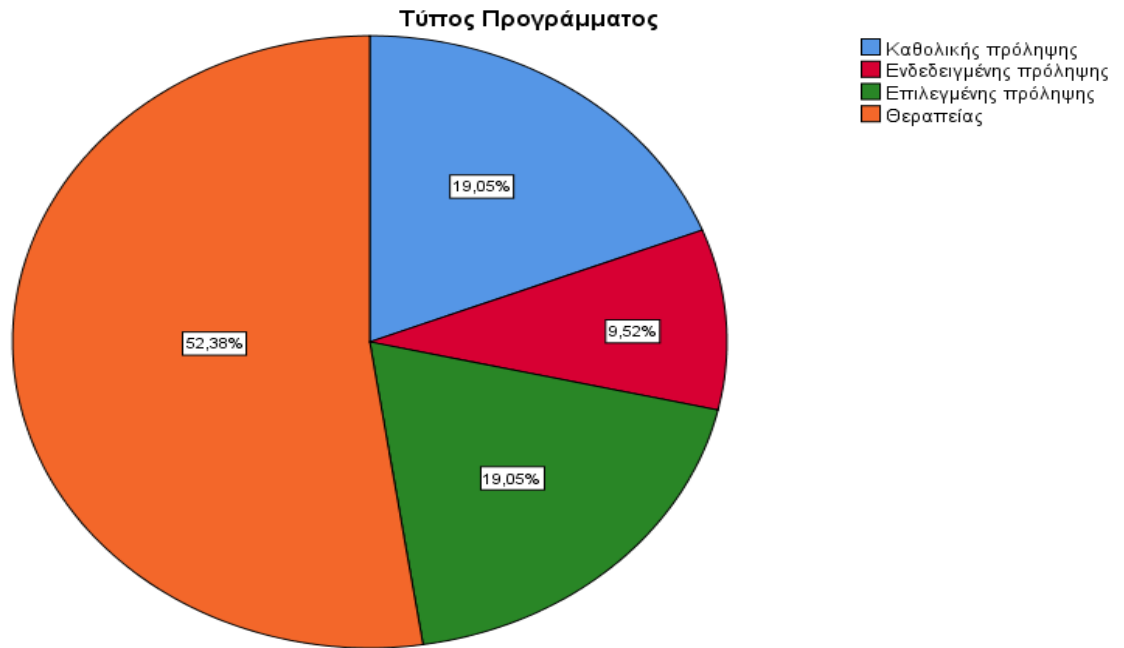
DADS βήματα -δεξιότητες = Περιγράψτε την κατάσταση, Προσέξτε την κατάσταση, Δώστε άμεση εντολή για να συμμετάσχει το παιδί, δώστε Επιλεκτική προσοχή
με βάση την απόδοση του παιδιού, όπως ο ετικετοποιημένος έπαινος για γενναιότητα και η επιλεκτική αδιαφορία για αποφευκτικές απαντήσεις)

Όνομα	Υλοποιήθηκε Από	Βαθμός επίδρασης Post- test	Βαθμός επίδρασης Follow-up (Μήνες)	Αξιολογήθηκε από	
Being Brave Hirshfeld-Becker et al., (2008)	Ψυχολόγους	0, 54	(24)	Γονείς(μητέρες) Εργαστηριακές παρατηρήσεις	Υπήρξαν μειώσεις στις αγχώδεις διαταραχές με σημαντικές μειώσεις στις πολλαπλές διαταραχές και στη γενικευμένη αγχώδη διαταραχή . Ο αριθμός των παιδιών με πολλαπλές διαγνώσεις μειώθηκαν σημαντικά. Υπήρξαν επίσης αλλαγές στο BI. Μετά από δύο χρόνια έξι στα εννέα παιδιά δεν είχαν αγχώδη διαταραχή.
Being Brave Hirshfeld-Becker et al., (2010)	Ψυχολόγους	0.62	(12)	Γονείς Παρατηρήσεις Συνεντεύξεις στο παιδί μαζί με το γονέα	69% έναντι 33% των συμμετεχόντων έδειξαν πολύ μεγάλη βελτίωση, 59% έναντι 18% είχαν απελευθερωθεί από όλες τις διαταραχές. Τα αποτελεσμάτα διατηρήθηκαν στο follow-up.

CALM Comer et al. (2012)	Ψυχολόγοι	Δεν αναφέρεται	--	Γονείς Ψυχολόγους με κλίμακα	Από τα 9 παιδιά τα οχτώ πλήρη διαγνωστική βελτίωση και στη κύρια διαταραχή αλλά και στις συνυπάρχουσες. Μεγάλη βελτίωση και στη λειτουργικότητα αυτών των παιδιών.
Get Lost Mr Scary Ruocco, Gordon, & McLean (2016)	Ψυχολόγοι	0.67	(8), (12)	Γονείς Παιδιά	Σημαντική μείωση των συμπτωμάτων άγχους-διατήρηση μετά από 1 χρόνο.
Fun Friends Barrett, Fisak, & Cooper (2015)	Ψυχολόγοι	0,65	(12)	Γονείς	Σημαντικές μειώσεις στο άγχος και στη ντροπαλότητα πριν και μετά την παρέμβαση. Σημαντική μείωση στον αριθμό των αγχωδών διαταραχών πριν και μετά. Βελτίωση σημειώθηκε στην ανθεκτικότητα των παιδιών. Το follow up είχε πολλούς περιορισμούς.

Τύπος προγράμματος

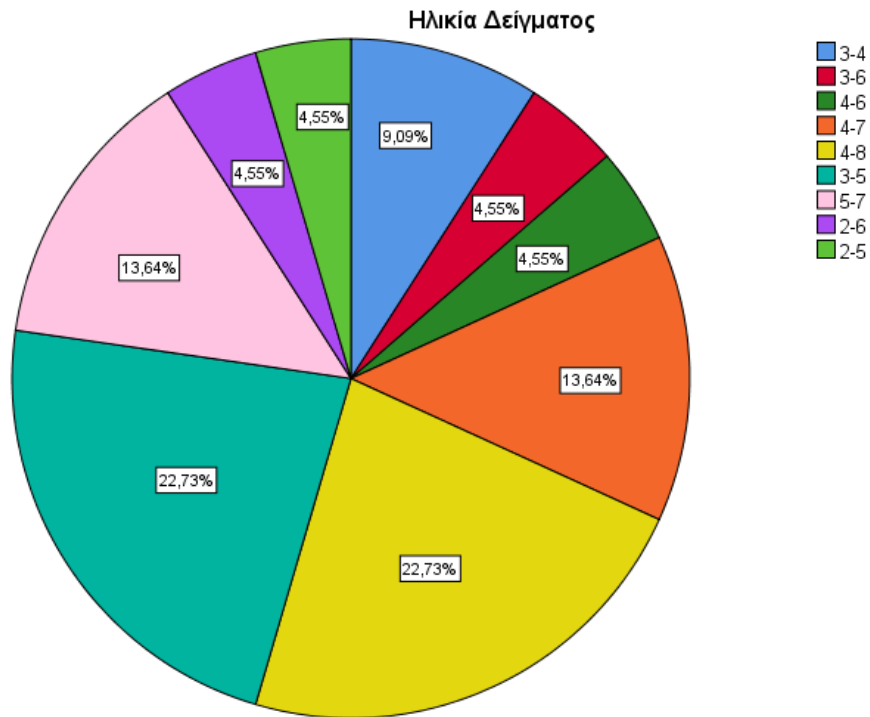
Από τα 21 προγράμματα που ανιχνεύτηκαν, σύμφωνα με τα αποτελέσματα, το 19,05% είναι καθολικής πρόληψης, το 52,38% θεραπείας, το 9,52% ενδεδειγμένης πρόληψης, το 19,05% επιλεγμένης πρόληψης.



Γράφημα 1. Τύπος Προγράμματος

Ηλικία Δείγματος

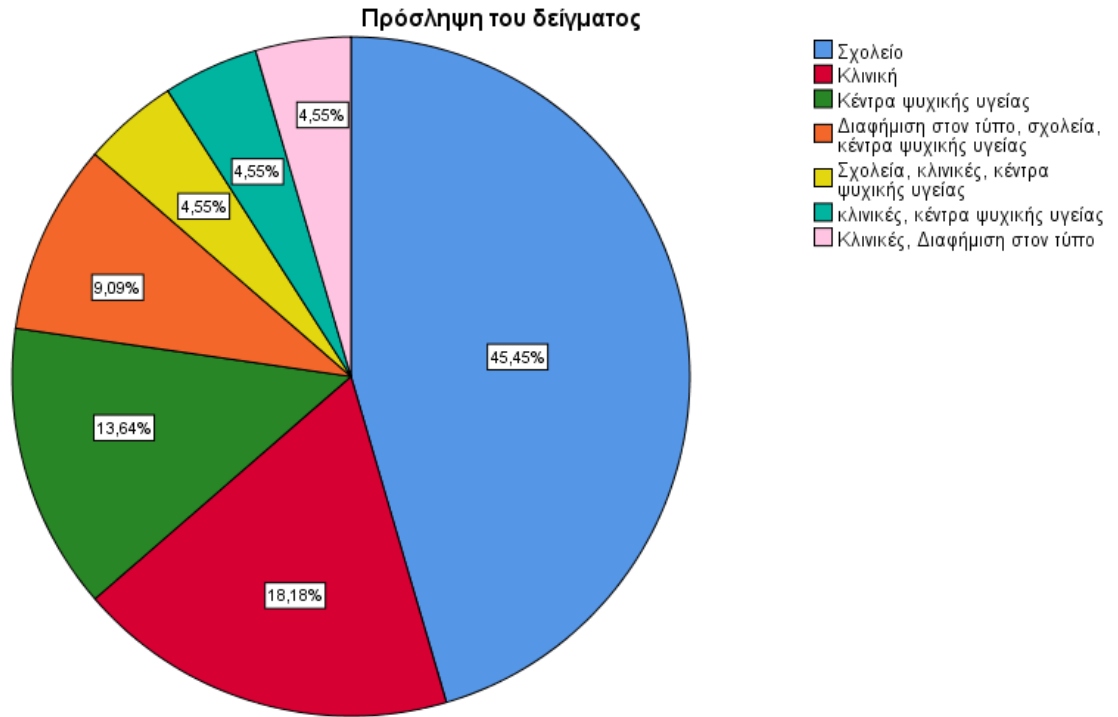
Οι ηλικιακές ομάδες στις οποίες στόχευαν τα προγράμματα είναι 3-4 χρονών κατα 9,09%, 3-6 4,55%, 4-6 4,55%, 4-7 13,64%, 4-8 22,73%, 3-5 22,73%, 5-7 13,64%, 2-6 4,55%, 2-5 4,55%.



Γράφημα 2. Ηλικία Δείγματος

Τρόπος εντοπισμού δείγματος

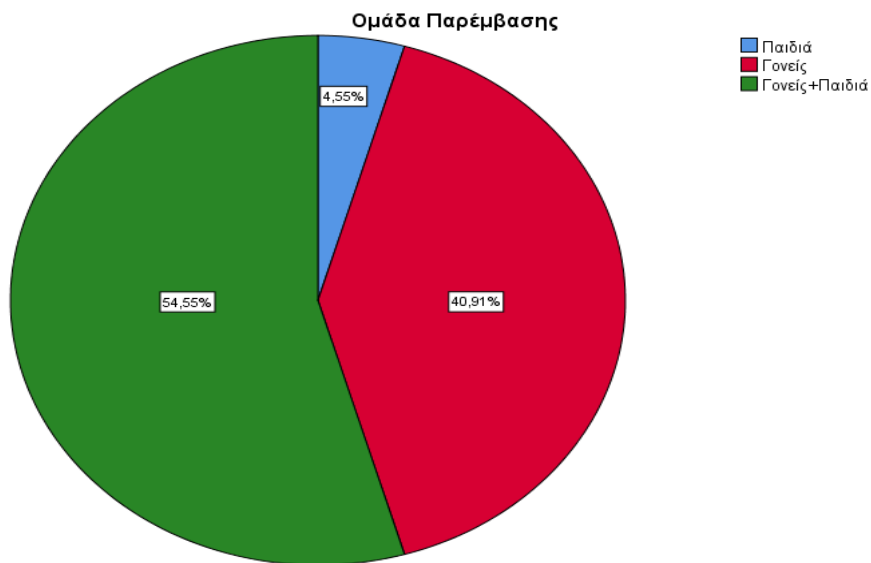
Η πρόσληψη του δείγματος, δηλαδή από που εντόπισε ο ερευνητής του συμμετέχοντες του προγράμματός του, είναι το 45,5% από σχολεία, το 18,18% από κλινική, το 13,64 από κέντρα ψυχικής υγείας, 9,09% από διαφήμιση στον τύπο, σχολεία, κέντρα ψυχικής υγείας, 4,55%, από κλινικές, κέντρα ψυχικής υγείας 4,55%, από κλινικές, διαφήμιση στον τύπο 4,55%.



Γράφημα 3. Από που έγινε η πρόσληψη του δείγματος.

Ομάδα παρέμβασης

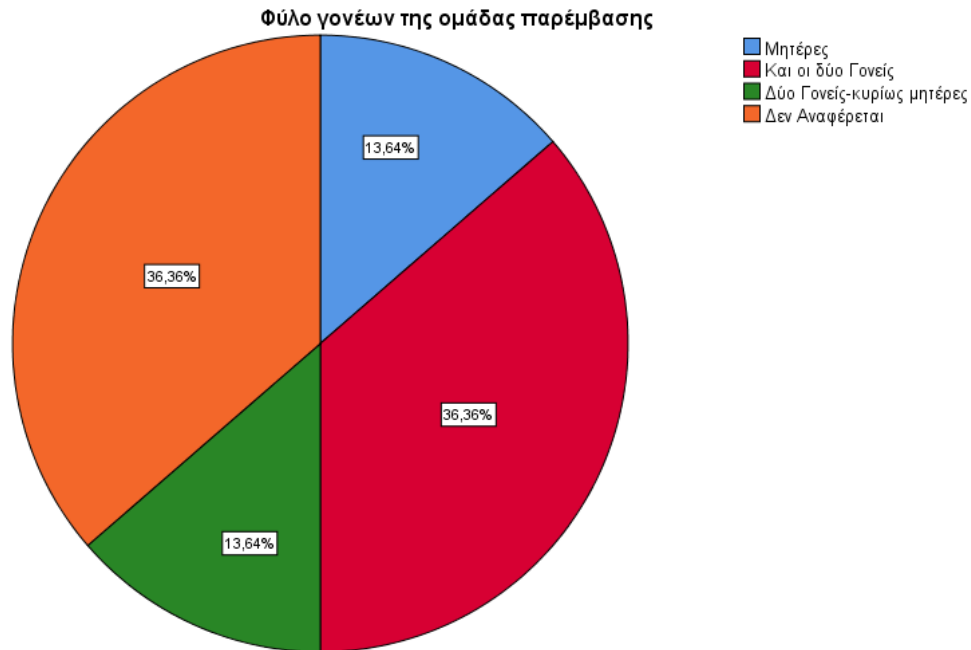
Η ομάδα στην οποία εφαρμόστηκε το πρόγραμμα είναι γονείς και παιδιά για το 54,55%, μόνο γονείς για το 40,91%, 4,55% μόνο για παιδιά.



Γράφημα 4. Ομάδα Παρέμβασης

Φύλο γονέων παρέμβασης

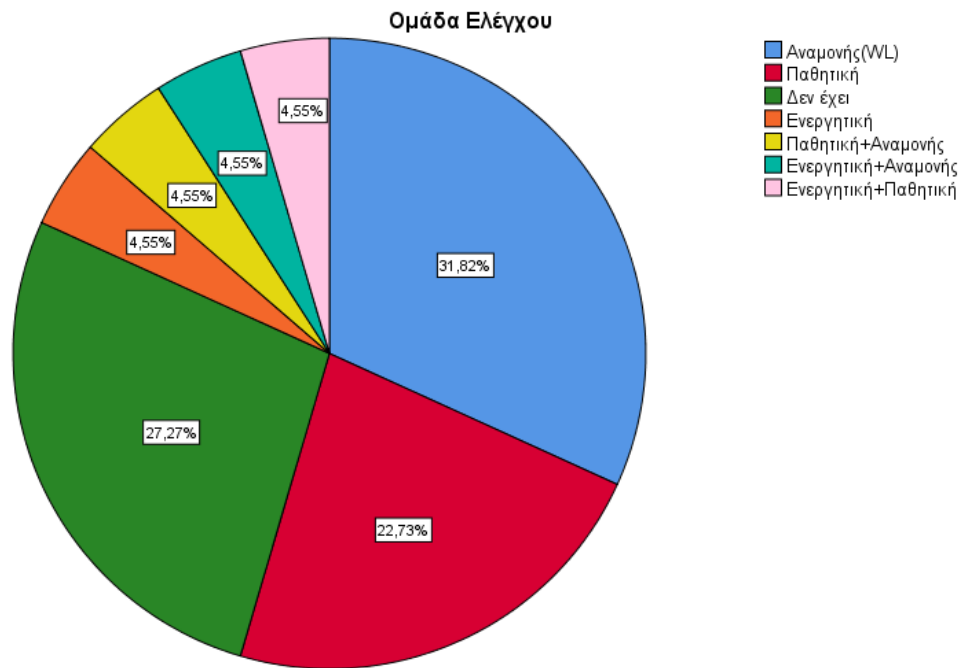
Το 36,36% και οι δύο γονείς, το 13,64% μόνο μητέρες, το 13,63% και οι δύο γονείς αλλά κυρίως μητέρες, το 36,36% δεν αναφέρει το φύλο των γονέων που συμμετείχαν στην παρέμβασης.



Γράφημα 5. Φύλο γονέων παρέμβασης

Ομάδα Ελέγχου

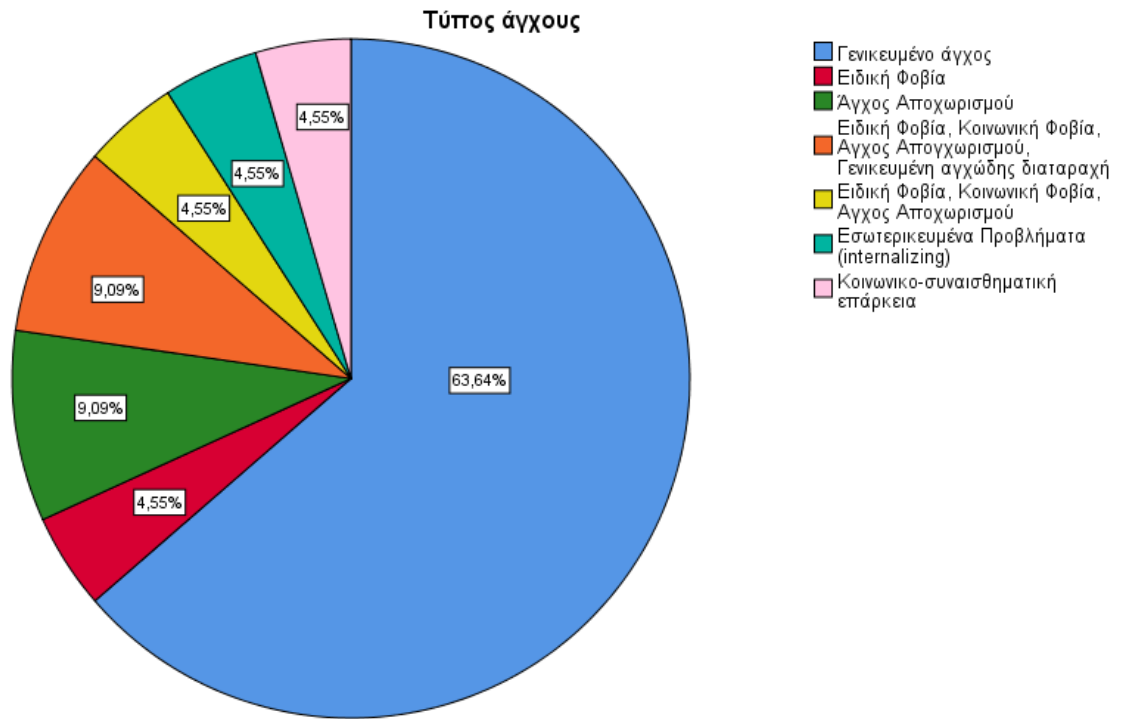
Την ομάδα ελέγχου, δηλαδή η ομάδα με την οποία συγκρίθηκαν τα αποτελέσματα του προγράμματος που εφαρμόστηκε πριν και μετά , αποτέλεσε 31,82% η λίστα αναμονής, το 22,73% παθητική ομάδα ελέγχου, το 4,55% ενεργητική ομάδα ελέγχου, 4,55% παθητική ομάδα ελέγχου και ενεργητική ομάδα ελέγχου, το 4,55% ενεργητική ομάδα ελέγχου και λίστα αναμονής, 4,55% ενεργητική ομάδα ελέγχου, το 27,27% δεν είχε ομάδα ελέγχου.



Γράφημα 6. Ομάδα Ελέγχου

Τύπος Άγχους

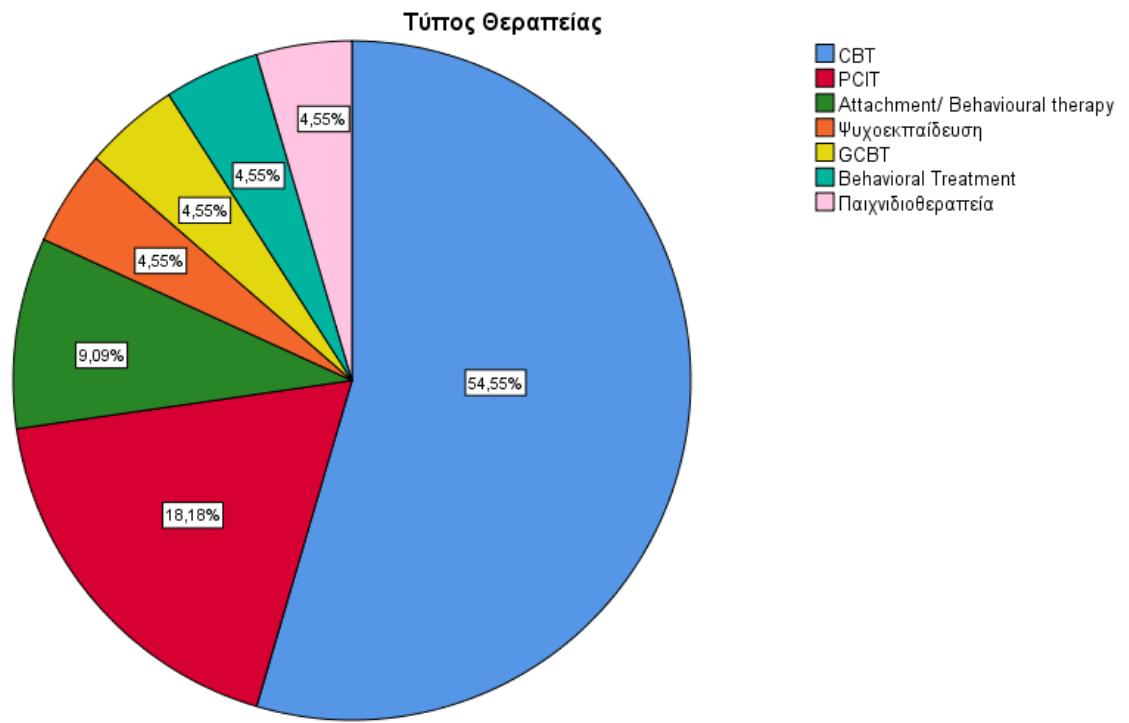
Ο τύπος άγχους που στόχευαν τα προγράμματα είναι το 63,64% στο άγχος γενικά ή σε όλες τις αγχώδεις διαταραχές, το 9,09% στο άγχος αποχωρισμού, στην ειδική φοβία και στην κοινωνική φοβία, το 9,09% στο άγχος αποχωρισμού, στη γενικευμένη αγχώδη διαταραχή, το 4,55% μόνο στην ειδική φοβία, το 4,55% στην ειδική φοβία, στην κοινωνική φοβία και στο άγχος αποχωρισμού, το 4,55% σε εσωτερικευμένα προβλήματα (internalizing), το 4,55% στην κοινωνικο-συναισθηματική επάρκεια.



Γράφημα 7. Τύπος άγχους

Τύπος Θεραπείας

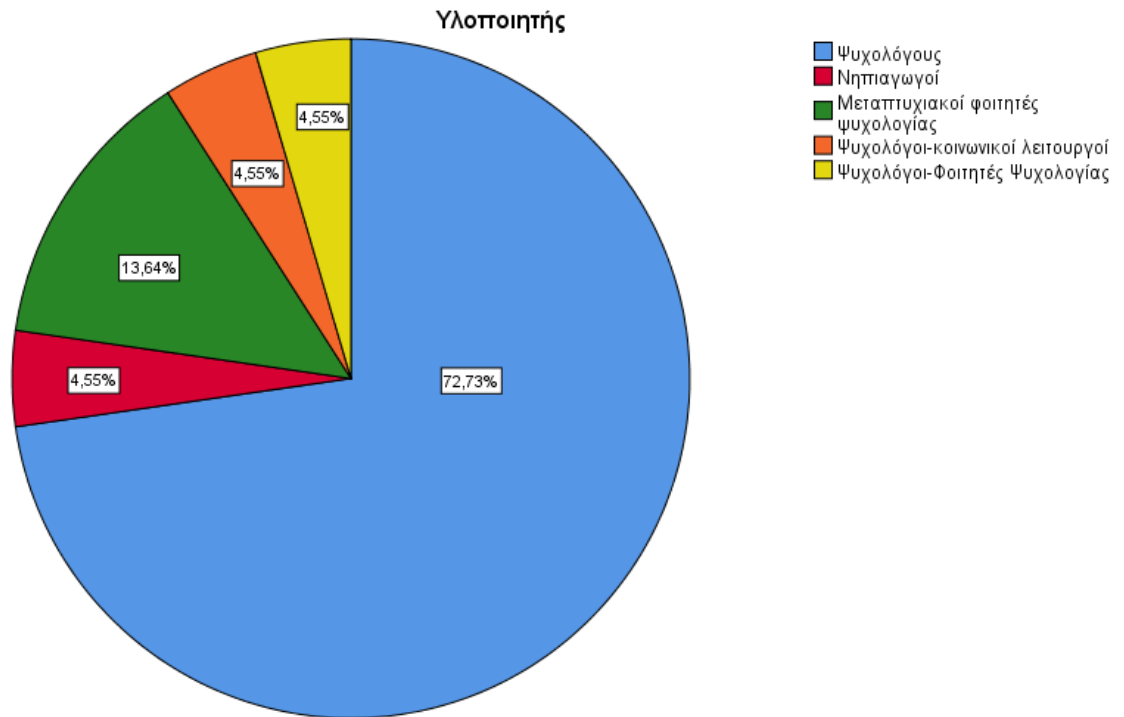
Από τα 22 προγράμματα, το 54,55% χρησιμοποίησε την Γνωστικοσυναισθηματική Θεραπεία, το 18,18% την Θεραπεία Αλληλεπίδρασης Γονεία-Παιδιού, το 9,09% Συμπεριφοριστική Θεραπεία/Προσκόλλησης, το 4,55% μόνο ψυχοεκπαίδευση, το 4,55% Ομαδο-Γνωστικοσυμπεριφοριστική θεραπεία, το 4,55% Συμπεριφοριστική Θεραπεία, 4,55% Παιχνιδοθεραπεία.



Γράφημα 8. Τύπος θεραπείας

Υλοποιητής του προγράμματος

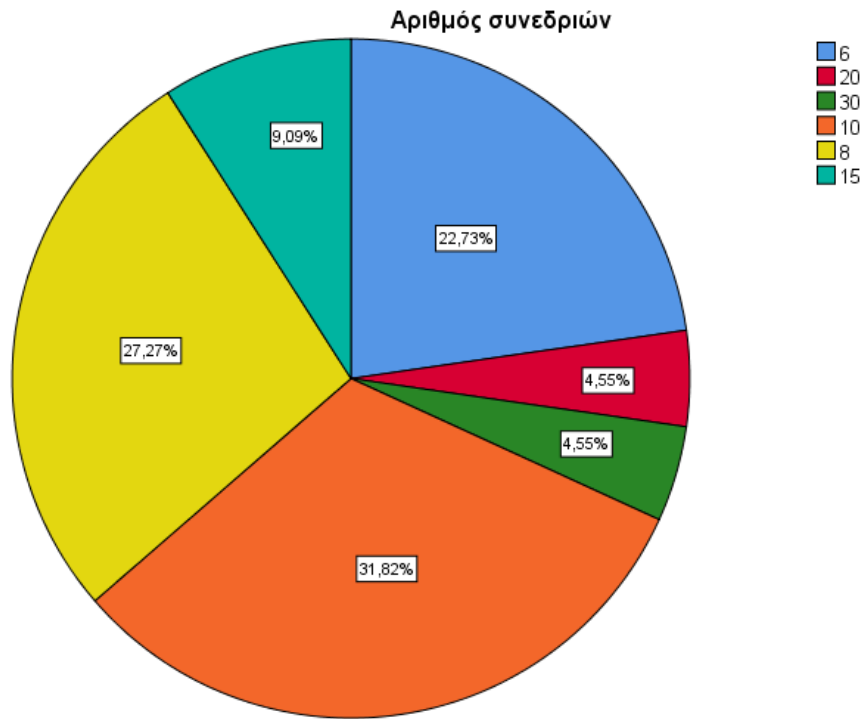
Υλοποιητής του προγράμματος είναι 72,73% ψυχολόγοι, το 13,64% Μεταπτυχιακοί φοιτητές, 4,55% νηπιαγωγοί, 4,55% ψυχολόγοι και κοινωνικοί λειτουργοί, 4,55% ψυχολόγοι και φοιτητές ψυχολογίας.



Γράφημα 9. Υλοποιητής του προγράμματος

Αριθμός συνεδριών

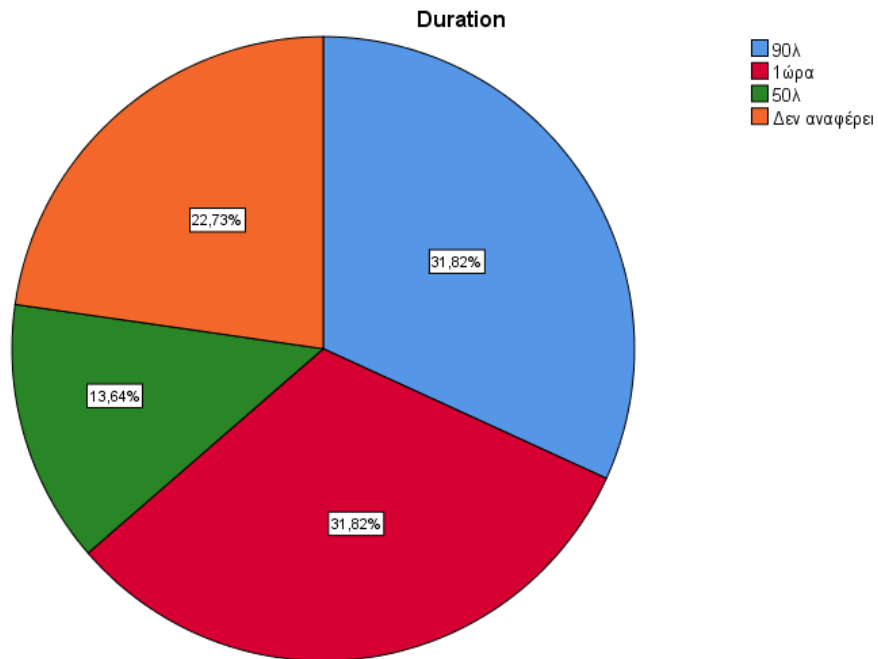
Ο αριθμός συνεδριών για το κάθε πρόγραμμα ποικίλει. Για το 31,82% των προγραμμάτων πραγματοποιήθηκαν 10 συνεδρίες, για το 27,27% 8 συνεδρίες, για το για το 22,73 6 συνεδρίες, για το 9,09% 15 συνεδρίες, για το 4,55% 20 συνεδρίες, για το 4,55% 30 συνεδρίες.



Γράφημα 10. Αριθμός συνεδριών

Διάρκεια

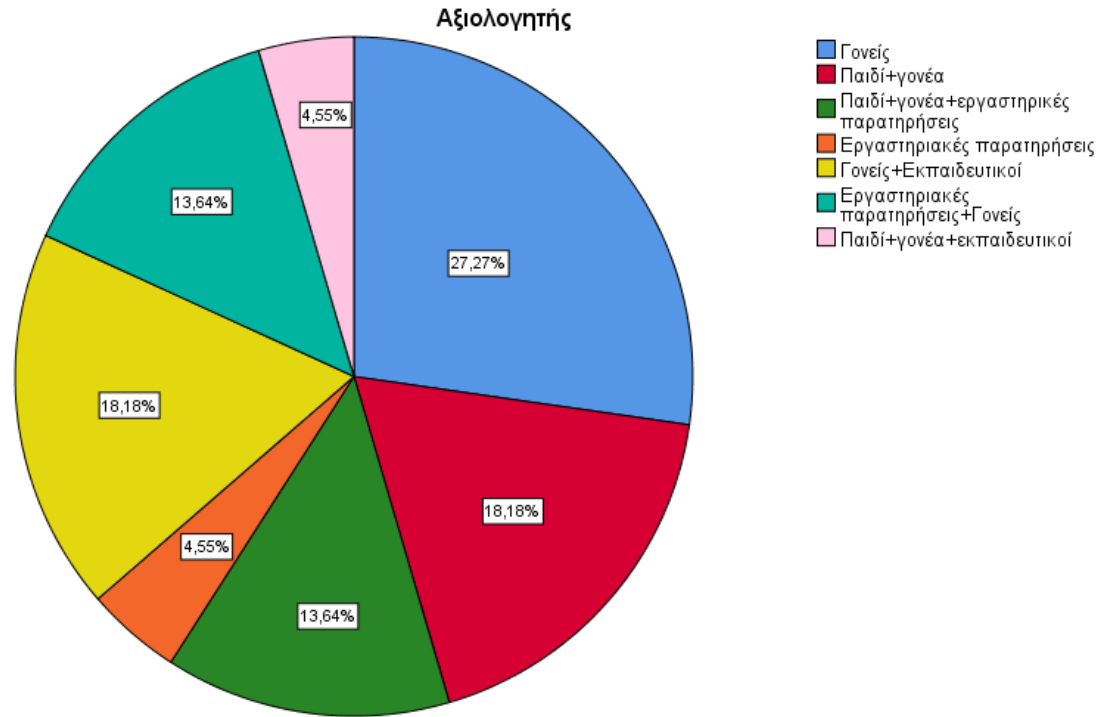
Η διάρκεια κάθε συνεδρίας ήταν για το 31,82% 90λεπτά, το 31,82% 1 ώρα, για το 13,64% 50λεπτά και για το 22,73% των προγραμμάτων δεν αναφέρεται.



Γράφημα 11. Διάρκεια συνεδριών

Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων

Η αξιολόγηση των παιδιών για τα επίπεδα άγχους πριν και μετά από τα 22 προγράμματα, έγινε στο 27,27% μόνο από γονείς, το 18,18% από παιδιά και γονέα, το 13,64 από παιδιά, γονέα και εργαστηριακές παρατηρήσεις, το 4,55% μόνο από εργαστηριακές παρατηρήσεις, το 18,18% από γονείς και εκπαιδευτικούς, το 13,4% από Εργαστηριακές παρατηρήσεις και γονείς και 4,55% από το παιδί, τον γονέα και τον εκπαιδευτικό.



Γράφημα 12. Ποιος αξιολόγησε τα αποτελέσματα

Επιμέρους στοιχεία θεραπείας

Case Processing Summary

	Valid		Cases Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Τύπος Προγράμματος * Ψυχοεκπαίδευση	16	69,6%	7	30,4%	23	100,0%
Τύπος Προγράμματος * Συναισθηματική Επίγνωση	8	34,8%	15	65,2%	23	100,0%
Τύπος Προγράμματος * Γνωστική αναδόμηση	12	52,2%	11	47,8%	23	100,0%
Τύπος Προγράμματος * Εκπαίδευση στην Εκθεση	17	73,9%	6	26,1%	23	100,0%
Τύπος Προγράμματος * Τεχνικές Χαλάρωσης	12	52,2%	11	47,8%	23	100,0%

Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Τύπος Προγράμματος * Γονεικές στρατηγικές διαχείρισης	15	65,2%	8	34,8%	23	100,0%
Τύπος Προγράμματος * Κοινωνικές δεξιότητες	7	30,4%	16	69,6%	23	100,0%
Τύπος Προγράμματος * Αυτο-εκτίμηση	3	13,0%	20	87,0%	23	100,0%
Τύπος Προγράμματος * Επίλυση Προβλημάτων	4	17,4%	19	82,6%	23	100,0%
Τύπος Προγράμματος * Αυτο-ομιλία	6	26,1%	17	73,9%	23	100,0%
Τύπος Προγράμματος * Coping skills	16	69,6%	7	30,4%	23	100,0%
Τύπος Προγράμματος * Γονεικές δεξιότητες	12	52,2%	11	47,8%	23	100,0%
Τύπος Προγράμματος * Ενισχυτικές συνεδρίες	16	69,6%	7	30,4%	23	100,0%
Τύπος Προγράμματος * Υποστηρικτικές ομάδες	3	13,0%	20	87,0%	23	100,0%
Τύπος Προγράμματος * Διαχείριση γονεικού άγχους	2	8,7%	21	91,3%	23	100,0%

Πίνακας 5. Σε πόσα προγράμματα συναντώνται τα επιμέρους στοιχεία

Τύπος Προγράμματος * Γνωστική αναδόμηση * Εκπαίδευση στην Έκθεση
Crosstabulation

Count

Εκπαίδευση στην Έκθεση			Γνωστική αναδόμηση	Total
Εκπαίδευση στην έκθεση	Τύπος Προγράμματος	Καθολικής πρόληψης	2	2
		Ενδεδειγμένης πρόληψης	1	1
		Επιλεγμένης πρόληψης	2	2
		Θεραπείας	6	6
	Total		11	11
Total	Τύπος Προγράμματος	Καθολικής πρόληψης	2	2
		Ενδεδειγμένης πρόληψης	1	1
		Επιλεγμένης πρόληψης	2	2
		Θεραπείας	6	6
	Total		11	11

Πίνακας 6. Τεχνικές γνωστικής αναδόμησης και εκπαίδευσης στην έκθεση

Συμπεράσματα

Η παρούσα εργασία αποτελεί μια πρωτότυπη εργασία, συνεπώς τα αποτελεσματα της δεν ήταν δυνατό να συγκριθούν με άλλες έρευνες που μεταναλύνουν τα προγράμματα στρες στην πρώτη παιδική ηλικία. Παρ'όλα αυτά επιχειρείται μια σύγκριση, όπου είναι δυνατό, με έρευνες μετανάλυσης προγραμμάτων στρες για μεγαλύτερα παιδιά.

Τα αποτελεσματα μας ανέδειξαν πως τα περισσότερα προγράμματα που έχουν εφαρμοστεί για το στρες στην πρώτη παιδική ηλικία είναι προγράμματα θεραπείας, μετά ακολουθούν τα προγράμματα ενδεδειγμένης πρόληψης, στη συνέχεια τα προγράμματα καθολικής πρόληψης και τέλος τα προγράμματα επιλεγμένης πρόληψης. Σε έρευνα μετανάλυσης προγραμμάτων πρόληψης (Neil & Christensen, 2009) σε μεγαλύτερα παιδιά, τα προγράμματα καθολικής πρόληψης (59%) επι του συνόλου προγραμμάτων πρόληψης ήταν περισσότερα από ότι προγράμματα ενδεδειγμένης πρόληψης (30%) και τα προγράμματα επιλεγμένης ήταν τα λιγότερα (11%). Βλέπουμε πως τα προγράμματα που επιλέγεται λιγότερο είναι τα προγράμματα επιλεγμένης πρόληψης. Αυτό, ίσως συμβαίνει, γιατί το δείγμα της επιλεγμένης πρόληψης πολλές φορές είναι δύσκολο να διακριθεί από το δείγμα της θεραπευτικής παρέμβασης (Allen, Murray, & Creswell, 2013). Συμπεραίνουμε, λοιπόν, πως οι παρεμβάσεις για το στρες σε αυτή την ηλικία στοχεύουν περισσότερο στη θεραπεία παιδιών με ήδη διαγνωσμένη αγχώδη διαταραχή ή σε παιδιά με αυξημένα τα επίπεδα στρες στην αρχή της διαταραχής παρά στην πρόληψη του στρες σε καθολικό επίπεδο.

Αξιοσημείωτο είναι ότι ο συνολικός αριθμός προγραμμάτων που εντόπισε αυτή η έρευνα και αφορούσαν προγράμματα πρόληψης και θεραπείας του στρες ήταν 22, πολύ μικρότερος εν συγκρίσει με έρευνες που αφορούσαν προγράμματα σε μεγαλύτερης ηλικίας παιδιά. Ενδεικτικά αναφέρεται η έρευνα των Neil & Christensen (2009), που εντόπισε 28 προγράμματα μόνο πρόληψης με τα 17 από αυτά να είναι καθολικής πρόληψης. Είναι φανερό, λοιπόν, πως για την πρώτη παιδική ηλικία υπάρχει πολύ χώρος για έρευνα.

Ο πληθυσμός παρέμβασης, σύμφωνα με τα αποτελέσματα, ήταν γονείς και παιδιά περίπου στο μισό του δείγματος των προγραμμάτων, περίπου στο μισό του δείγματος ήταν και τα προγράμματα που ενέπλεξαν μόνο γονείς και μόνο ένα πρόγραμμα παρενέβη μόνο

σε παιδιά. Συναθροίζοντας τα αποτελέσματα, παρατηρούμε πως οι γονείς συμμετείχαν στο 95.46% αυτών των προγραμμάτων, ενώ τα παιδιά στο 45.46% των προγραμμάτων, συνολικά. Αυτό καταδεικνύει πως επικρατεί μια ενηλικοκεντρική προσέγγιση στις παρεμβάσεις για τα παιδιά.

Σχετικά με το στόχο των προγραμμάτων ως προς το δείγμα, το 63.66% των προγραμμάτων στόχευαν σε παιδιά ηλικίας νηπιαγωγείου και επεκτείνονταν στις ηλικίες παιδιών των πρώτων τάξεων του δημοτικού. Πρέπει, λοιπόν, να επισημανθεί πως το περιεχόμενο και οι τεχνικές των προγραμμάτων μπορεί να εφαρμοστούν σε μεγάλο εύρος ηλικιών- όχι μόνο σε παιδιά προσχολικής αλλά και πρωτοσχολικής ηλικίας- λαμβάνοντας υπόψη τα κοινά αναπτυξιακά χαρακτηριστικά που έχει η πρώτη παιδική ηλικία.

Ο τύπος του άγχους τον οποίο στόχευαν οι προληπτικές παρεμβάσεις σε συντριπτικό βαθμό ήταν το μη συγκεκριμένο άγχος(το άγχος γενικά), όπως και σε πρόγραμμα στρες σε παιδιά μεγαλύτερης ηλικίας με το ίδιο περίπου ποσοστό (Neil & Christensen, 2009).Όσον αφορά τις θεραπευτικές παρεμβάσεις, οι τέσσερις στοχεύαν μόνο στο γενικευμένο άγχος, ενώ η ειδική φοβία συναντάται σε τέσσερα προγράμματα, το άγχος αποχωρισμού σε πέντε τα εσωτερικευμένα προβλήματα σε ένα. Αυτό, συμβαίνει πιθανότητα διότι αυτοί οι τύποι άγχους είναι συναντώνται κυρίως και είναι συχνοί στην πρώτη παιδική ηλικία.

Όσον αφορά το τύπο θεραπείας που επιλέχθηκε για τις παρεμβάσεις, παραπάνω από τις μισές χρησιμοποίησε τη γνωστικοσυμπεριφοριστική θεραπεία άγχους(54,55%), ένα άλλο ποσοστό θεραπείες που είχαν πολλά στοιχεία από τη ΓΣΘ, και ένα αντίστοιχο ποσοστό άλλες θεραπείες. Αυτό αναδεικνύει τη ΓΣΘ ως την πλέον διαδεδομένη θεραπεία για την πρόληψη και θεραπεία του στρες σε αυτή την ηλικία. Δεν είναι η μόνη έρευνα, βέβαια, στην οποία αναδεικνύεται αυτό το εύρημα, αλλά πληθώρα άλλων ερευνών το επιβεβαιώνουν (Neil & Christesen, 2009 · Anticich, Barrett Gillies, Silverman, 2012 · 2013· Hofmann et al., 2012)

Το φύλο των γονέων που συμμετείχαν στην παρέμβαση ανέδειξαν μια μεγαλύτερη συμμετοχή των μητέρων. Παρ'όλα αυτά ένα μεγάλο ποσοστό των προγραμμάτων δεν ανέφεραν και διέκριναν το φύλο των γονέων στους οποίους έγινε η παρέμβαση. Η μεγαλύτερη εμπλοκή των μητέρων μπορεί να οφείται σε μεγαλύτερο από εκείνες

κίνητρο, στη ηλικία των παιδιών κατά την οποία ο δεσμός με τη μητέρα φαίνεται να είναι πιο δυνατός είτε στο ότι οι ερευνητές δεν έλαβαν υπόψη τους αυτή τη μεταβλητή ως έναν παράγοντα που θα μπορούσε να επηρεάσει τα αποτελέσματα ή να δώσει κάποιου είδους πληροφορία.

Ο τρόπος που εντοπίστηκε το δείγμα δείχνει πως σε ποσοστό περίπου 60% το δείγμα εντοπίστηκε από μόνο/ή και από σχολεία, ένα άλλο σημαντικό ποσοστό (31,83%) από κλινικές, ένα ισότιμο ποσοστό(31,83%) με το προηγούμενο από μόνο ή και κέντρα ψυχικής υγείας και ένα μικρό ποσοστό και από διαφημίσεις. Πρέπει να επισημανθεί ότι πέρα από τα προγράμματα καθολικής πρόληψης που αναμενόμενα εντόπισαν το δείγμα τους από σχολεία, στα σχολεία απευθυνθηκαν και προγράμματα θεραπείας. Σχετικά με το που υλοποιήθηκαν τα προγράμματα, όλα τα προγράμματα καθολικής πρόληψης πραγματοποιήθηκαν σε σχολεία, δύο προγράμματα θεραπείας σε σχολεία, 2 προγράμματα στο σπίτι και όλα τα υπόλοιπα σε κλινικές,εργαστήρια και σε άγνωστη τοποθεσία. Αυτό αποδεικνύει πως το σχολείο είναι ένας χώρος που μπορεί να αξιοποιηθεί τόσο για τον εντοπισμό/προσέγγιση του δείγματος όσο και για την εφαρμογή παρεμβάσεων πρόληψης σε μεγάλο δείγμα.

Η αξιολόγηση των επιπέδων άγχους πριν και μετά την παρέμβαση, έγινε κατα 95,46% από μόνο ή/και γονείς, ενώ το παιδί είχε τη δυνατότητα να αυτοαναφέρει τα επίπεδα άγχους του στο 36,37% των προγραμμάτων. Αυτό, επιβεβαιώνει, πως υπάρχει μια ηνλικοκεντρική προσέγγιση.

Ο αριθμός των συνεδριών δεν ξεπέρασε τις δέκα συνεδρίες στο 81.82% των προγραμμάτων επισημαίνοντας πως πρόκειται για σύντομες σε διάρκεια παρεμβάσεις και η διάρκεια της κάθε συνεδρίας στο μεγαλύτερο ποσοστό ήταν περίπου 1ώρα. Τα ίδια ευρήματα συνατώνται και σε μεταναλύσεις προγραμμάτων στρες για μεγαλύτερα παιδιά(Neil & Christensen, 2009).

Οι παρεμβάσεις αυτές υλοποιήθηκαν στο μεγαλύτερο ποσοστό τους από ψυχολόγους ή/και φοιτητές ψυχολογίας (90.91%), ενώ από μικρό ποσοστό από νηπιαγωγούς(9,01%). Στα προγράμματα καθολικής πρόληψης που πραγματοποιήθηκαν σε σχολεία οι υλοποιητές ήταν στα 2 από τα 4 νηπιαγωγοί και στα άλλα δύο ψυχολόγοι. Το ποσοστό αυτό (90,91%) είναι πολύ μεγαλύτερο από αντίστοιχη έρευνα για προγράμματα που

απευθύνονταν σε μεγαλύτερα παιδιά (45%)(Neil & Christensen, 2009). Αυτό μπορεί να έγκειται αφενός στο γεγονός ότι λίγα προγράμματα από αυτά(6 στο συνολό τους) υλοποιήθηκαν σε σχολεία και αφετέρου ότι οι ψυχολόγοι που σχεδίασαν τα προγράμματα θεώρησαν ότι θα είναι πιο ακριβής η εφαρμογή τους από επαγγελματίες υγείας από ότι από εκπαιδευτικούς.

Σχετικά με τα επιμέρους χαρακτηριστικά των παρεμβάσεων, είδαμε πως οι πιο συνεπείς τεχνικές στα προγράμματα σρες με σειρά συχνότητας εμφάνισης είναι η εκπαίδευση στην έκθεση(73,9%), η ψυχοεκπαίδευση(69,6%), η γνωστική αναδόμηση(52,2%), οι γονεϊκές στρατηγικές διαχείρισης του παιδικού στρες(65,2%), τεχνικές χαλάρωσης(52,2%), γονεϊκές δεξιότητες(52,2%), συναισθηματική επίγνωση(34,8%), κοινωνικές δεξιότητες(30,4%), και ακολουθούν οι υπόλοιπες τεχνικές...Μάλιστα, το 8,9% το προγραμμάτων συμπεριέλαβε και την αντιμετώπιση του γονεϊκού στρες. Συνολικά, οι πιο διαδεδομένες τεχνικές είναι η εκπαίδευση στην έκθεση, η ψυχοεκπαίδευση, η γνωστική αναδόμηση, οι τεχνικές χαλάρωσης, γονεϊκές στρατηγικές διαχείρισης του παιδικού άγχους και οι γονεϊκές δεξιότητες αλληλεπίδρασης, η συναισθηματική επίγνωση και οι κοινωνικές δεξιότητες.

Στον τρόπο που επέλεξαν τα προγράμματα να ελέγξουν τα αποτελεσματά τους, παρατηρήθηκε πως περίπου το 1/3 δεν είχε καθόλου ομάδα ελέγχου, το 1/3 είχε λίστα αναμονής, ενώ το υπόλοιπο 1/3 μοιράζεται κυρίως στην παθητική ομάδα ελέγχου(22,73%) και ακολουθούν άλλοι τύποι ελέγχου. Συγκεκριμένα, ένα μικρό ποσοστό (9,10) επέλεξε μόνο ή και ενεργητική ομάδα ελέγχου. Πολύ παρόμοια αποτελέσματα έχει εντοπίσει και η έρευνα του (Neil & Christensen, 2009). Σύμφωνα με την βιβλιογραφία οι παρεμβάσεις που ελέγχουν τα αποτελεσματά τους με ομάδα ελέγχου και ειδικότερα με ενεργητική ομάδα ελέγχου(όχι με στοιχεία του προγράμματος που υλοποιείται στην ομάδα παρέμβασης) είναι ικανά να πραγματοποιήσουν πιο δυνατή σύγκριση (Murray et al., 2015).

Από τον υπολογισμό του βαθμού επίδρασης (effect size), αναδείχθηκαν ως πιο αποτελεσματικά τα προγράμματα θεραπείας, και τα προγράμματα ενδεδειγμένης πρόληψης, ενώ μικρό βαθμό επίδρασης σημείωσαν τα προγράμματα καθολικής πρόληψης. Αυτό έρχεται σε συμφωνία με άλλες έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί για προγράμματα στρες σε μεγαλύτερα παιδιά(Warwick et al., 2017), αλλά και σε αντίθεση με την έρευνα

των Neil-Chrestensen(2009), κατα την οποία τα προγράμματα καθολικής πρόληψης σημείωσαν υψηλότερους βαθμούς επίδρασης χωρίς όμως αυτό να εξετάζεται ενδελεχότερα με τεστ. Ως προς το εύρημα της παρούσας έρευνας, το αποτέλεσμα αυτό μπορεί να γίνει κατανοητό, αφού οι συμμετέχοντες στα προγράμματα θεραπείας έχουν ήδη διαγνωστεί με διαταραχή και με συμπτώματα ψυχοπαθολογίας και είναι φυσικό η επίδραση να είναι μεγαλύτερη σε αυτούς από ότι στους συμμετέχοντες των προγραμμάτων καθολικής πρόληψης που στοχεύουν σε συμμετέχοντες άσχετα με τον κίνδυνο εμφάνισης και στους συμμετέχοντες επιλεγμένης πρόληψης που βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο λόγω της παρουσίας παραγόντων κινδύνου αλλά δεν έχουν εμφανίσει κάποιο σύπτωμα ψυχοπαθολογίας. Ως προς την αντίφαση με ευρήματα άλλης έρευνας(νείλ-χριστενσεν), θα πρέπει κανείς να λάβει υπόψη του ότι πρόκειται για διαφορετικά προγράμματα που υλοποιήθηκαν σε διαφορετικούς πληθυσμούς σε διαφορετικές ηλικιακές ομάδες.

Γενικότερα, η αντίφαση που συχνά παρατηρείται ως προς την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας βρίσκεται σε μεγάλο βαθμό στη διαφορετική μεθοδολογία.

Παρά τα μικρότερα ποσοστά effect size των καθολικών προγραμμάτων, θα πρέπει να λάβει κανείς υπόψη τα αποτελεσματα τους συνεπάγονται σημαντικές κατακτήσεις όπως σημαντική μείωση του άγχους, μεγάλη ενίσχυση της κοινωνικοσυναισθηματικής ικανότητας σε έναν πολύ μεγαλύτερο πληθυσμό. Επιπρόσθετα, πρέπει να τονιστεί ότι τα προγράμματα (καθολικής πρόληψης) αυτά δεν συμπεριέλαβαν πιο μακροχρόνια follow-up<12. Σε ό,τι αφορά την πρόληψη ιδίως αυτή που απευθύνεται σε πληθυσμό άσχετα με τον βαθμό κινδύνου, τα μακρόνια follow-up είναι πολύ κατοποιστικά αφού τα αποτελέσματα της πρόληψης γίνονται εμφανή με την πάροδο του χρόνου (Warwik et al., 2017).

Συνεπώς, η διαμάχη σχετικά με ποιο πρόγραμμα πρέπει να προτιμάται η απάντηση δεν είναι ξεκάθαρη παρ' όλα αυτά η παρούσα εργασία υποστηρίζει πως αυτά τα προγράμματα δεν αναιρούν το ένα το άλλο και είναι ωφελιμότερο να συνυπάρχουν.Ακόμα, και αν τα προγράμματα πρόληψης αναδείχθηκαν ως λιγότερο αποτελεσματικά, η πρόληψη θα πρέπει πάντα να επιδειώκεται από την πολιτική του εκάστοτε κράτους, αφού κάποιος που δεν έχει διαγνωστεί με αγχώδη διαταραχή ή συμπτώματα δε σημαίνει ότι δε θα εμφανίσει στο μέλλον. Από την άλλη, τα προγράμματα θεραπείας επικεντρώνονται στην θεραπεία

παιδιών που ήδη πάσχουν από συμπτώματα και διαταραχές και αυτά δύναται να είναι πιο στοχευμένα.

Αυτό που θα πρέπει να τονίστει είναι ότι σε αρκετά από τα υπο μελέτη προγράμματα η επίδραση με την πάροδο του χρόνου μειώνεται. Αυτό υποδηλώνει ότι όλες αυτές οι τεχνικές και δεξιότητες που το παιδί χρειάζεται να αναπτύξει για να είναι πιο ανθεκτικό στο στρες χρειάζονται μακροχρόνια ενίσχυση και θα πρέπει να ενσωματώνονται με δραστηριότητες στο πρόγραμμα του σχολείου καθ' όλη τη διάρκεια της σχολικής χρονιάς.

Αξιοσημείωτο είναι δε ότι για κάποια ερευνητικά ερωτήματα που τέθηκαν δεν παρέχονταν οι αντίστοιχες πληροφορίες από το πρόγραμμα, όπως ποιο είναι το φύλο των γονέων της παρέμβασης, ποιο είναι το φύλο των γονέων που αξιολόγησε το πριν την παρέμβαση και το μετά την παρέμβαση αποτέλεσμα, που υλοποιήθηκαν τα προγράμματα, η συχνότητα των παρεμβάσεων, η βαθμολογία με τις τυπικές αποκλίσεις στα ερωτηματολόγια που αξιολόγησαν τα επίπεδα άγχους πριν και μετά την παρέμβαση. Ως εκ τούτου, οι σύγχρονοι ερευνητές θα πρέπει να επιμένουν με πιο λεπτομερή και ενδεδεγμένη τρόπο στην περιγραφή της παρέμβασης που σχεδίασαν και υλοποίησαν, ώστε αυτή να μπορεί να δίνει όλες εκείνες τις απαραίτητες πληροφορίες για να αξιολογηθεί η αποτελεσματικότητά της και να συσχετιστεί με τα επιμέρους χαρακτηριστικά της.

5.2 Περιορισμοί

Η έρευνα αυτή έχει αρκετούς περιορισμούς που θα πρέπει να ληφθούν υπόψη κατά την αναγνώσή της. Αρχικά, οι έρευνες που έχουν συμπεριληφθεί ως δείγμα είναι αρκετά ανομοιογενείς ως προς τον στόχο παρέμβασης, το δείγμα, τη θεραπεία. Αυτός ο λόγος θα μπορούσε να ερμηνεύσει πολλές από τις διαφορές που εντοπίστηκαν μεταξύ τους. Κυριότερος, όμως περιορισμός, είναι ότι ο βαθμός επίδρασης που υπολογίστηκε δεν υποβλήθηκε σε τεστ για την αξιοπιστία του. Μελλοντικές έρευνες θα πρέπει να επιμείνουν σε μια πιο ενδεδεγμένη στατιστική μελέτη των αποτελεσμάτων εστιάζοντας στην ομοιογένεια της διακύμανσης, στην αμεροληψία, στην αντιστάθμιση του δείγματος για τον υπολογισμό ακριβέστερης επίδρασης. Παράλληλα, αυτή η έρευνα υπολόγισε την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων, δεν αξιολόγησε όμως την ποιότητα τους. Οι μελλοντικές έρευνες θα

πρέπει να αξιολογήσουν το κάθε πρόγραμμα με έναν δείκτη ποιότητας που θα μετράει την εγκυροτητά τους και θα αντισταθμίζει την αποτελεσματικότητά τους.

5.3 Προτάσεις

Φαίνεται από τα αποτελέσματα της παρούσας εργασίας, πως τα προγράμματα πρόληψης και πρώιμης παρέμβασης είναι πολλά υποσχόμενα για την βελτίωση της ψυχοκοινωνικής υγείας των παιδιών και μακροπρόθεσμα των ενηλίκων. Τα αποτελέσματα κατέδειξαν πως μπορούν να μειώσουν σημαντικά τον κίνδυνο εμφάνισης αγχώδης διαταραχής αλλά και να θεραπεύσουν παιδιά που ήδη πάσχουν. Το ερευνητικό αλλά και πολιτειακό ενδιαφέρον θα πρέπει να στραφεί πια στον σχεδιασμό και την υλοποίηση τέτοιων προγραμμάτων. Προτείνεται, οι σύγχρονοι ερευνητές να καταπιαστούν με τη μελέτη αυτού του ζητήματος και να συμβάλλουν στην απόκτηση ακριβέστερης γνώσης που θα οδηγήσει σε αποτελεσματικότερες παρεμβάσεις. Πολύ συχνά, στους ερευνητικούς κύκλους συζητάται ποιος τύπος παρέμβασης θα πρέπει να προτιμάται. Αυτή η εργασία προτείνει πως είναι ωφελιμότερο αυτές οι παρεμβάσεις να συνυπάρχουν παρά να προτιμάται η μία έναντι της άλλης. Η πρόληψη, βέβαια, θα πρέπει να βρίσκεται σε υψηλή προτεραιότητα στις ατζέντες των πολιτειακής ηγεσίας.

Προτείνεται εντόνως, επίσης, η αξιοποίηση του σχολικού περιβάλλοντος για την εφαρμογή προγραμμάτων στρες. Γνωρίζουμε πως η πρώιμη εκπαίδευση των παιδιών παρέχει μια σημαντική βάση για την ανάπτυξη του ανθρώπινου κεφαλαίου η οποία συνδέεται με απόκτηση νοητικών και κοινωνικών δεξιοτήτων πολύ σημαντικών για την αντιμετώπιση των καθημερινών προκλήσεων, την ακαδημαϊκή επιτυχία, την οικονομική ευημερία και την ευκαιρία στη ζωή αργότερα (Barnett & Hustedt, 2011· Burger, K. 2010· Magnuson & Duncan, 2014· OECD, 2011· Sylva et al., 2013). Επομένως, πολύ περισσότερο, τέτοιου είδους παρεμβάσεις θα πρέπει να ενσωματώνονται στην καθημερινότητα του προγράμματος των σχολείων. Ένας τρόπος και ίσως λιγότερο δαπανηρός είναι η εκπαίδευση των εκπαιδευτικών στο σχεδιασμό και εφαρμογή δραστηριοτήτων που θα περιλαμβάνουν τεχνικές αντιμετώπισης και διαχείρισης του στρες. Η εκπαίδευση σε αυτές τις δεξιότητες και τεχνικές πρέπει να ξεκινάει το συντομότερο, αφού τεκμηριώνεται ερευνητικά πως οι παρεμβάσεις για το άγχος πρέπει να

ξεκινάνε από τα πρώτα κιόλας χρόνια της ζωής του ανθρώπου. Ίσως για το στρες να είναι πολύ σημαντικότερο οι παρεμβάσεις αυτές να τοποθετούνται χρονικά στην πρώτη παιδική ηλικία από ότι είναι για άλλες διαταραχές.

Επισημαίνεται, δε ότι οι σύγχρονοι ερευνητές θα πρέπει να επιμένουν πολύ στη χρήση της βέλτιστης μεθοδολογίας που θα χρησιμοποιήσουν και στα ποιοτικά κριτήρια της παρεμβασής τους, αφού αυτά δύνανται να επηρεάσουν πολύ την αποτελεσματικότητα και εγκυρότητα της ερευνάς τους.

Βιβλιογραφία

- Aberdeenshire Council (2013). *Supporting Children with Selective Mutism Practice Guidelines*. Retrieved from: <https://www.aberdeenshire.gov.uk/media/5843/selectivemutismpracticeguidelines.pdf>
- ADAA - Anxiety Disorder Association of America (2008). *Anxiety disorders in children*. Retrieved from: <https://adaa.org/sites/default/files/Anxiety%20Disorders%20in%20Children.pdf>
- Al-Biltagi, M., & Sahran, E. A. (2016). Anxiety Disorder in Children: Review. *Journal of Paediatric Care Insight*, 1(1), 18-28. DOI: 10.24218/jpci.2016.05
- Allen, J, Creswell, C, & Murray, L. (2013). CBT applications in Preventive Interventions and Prevention of anxiety disorders. *Journal of Child Psychology*, 34(4), 35-46.
- Almuneefa, M., Hollinsheadc, D., Saleheenb, H., AlMadanib, S., Derkashc, B., AlBuhairana, F.,..., & Flukey, J. (2016). Adverse childhood experiences and association with health, mental health, and risky behavior in the kingdom of Saudi Arabia. *Child Abuse & Neglect* 60, 10–17
- Aneshensel, C. S. (1992). *Social stress: Theory and research*. Annual Review of Sociology, 18, 15- 38.
- Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D. , Walker, J. D. Whitfield, C.,...,Giles, W. H. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *European Psychiatry Archive Clinical Neuroscience*, 256(3), 174-186
- Andershed, A-K., Andershed, H., & Farrington, D. P. , (2012). *Risk and protective factors among preschool children for future psychosocial problems: what we know from research and how it can be used in practice*. Report for Nordic Welfare Center.

- Anticich, S. J., Barrett, M., Gillies, R., & Silverman, W. (2012). Recent Advances in Intervention for Early Childhood Anxiety. *Australian Journal of Guidance and Counselling*, 22 (2), 157–172 . Doi 10.1017/jgc.2012.24
- APA- American Psychology association (2008). *Stress in America*. Retrieved from: <https://www.apa.org/news/press/releases/2008/10/stress-in-america.pdf>
- Bandura, A. (1994). Self-efficacy. In Graduate V. S. Ramachaudran (Ed.). *Encyclopedia of human behavior*, 4, 71-81. New York: Academic Press
- Bandura, A. (1998). Personal and collective efficacy in human adaptation and change. In J. G. Adair, D. Belanger, & K. L., Dion (Eds.). *Advances in psychological science*, 1, 51-7. 1 Hove, UK: Psychology Press
- Bandura, A. (1989). Social- cognitive theory. In R. Vasta (Ed.). *Annals of child development*, 6, 1-60.. Greenwich, CT: JAI Press
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychology Review*, 84 (2), 191-215
- Bandura, A. (1968). Modeling approaches to the modification of phobic disorders. In R. Porter (Ed.), *The role of learning in psychotherapy: Ciba Foundation Symposium*. London: Churchill
- Beck, A. T. & Haigh, E. (2014). Advances in cognitive theory and therapy: the generic cognitive model. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10, 1-24
- Benight, C. C., & Bandura, A. (2004). Social cognitive theory of posttraumatic recovery: the role of perceived self-efficacy. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 1129–1148. doi:10.1016/j.brat.2003.08.008
- Berzoff, J. , Flanagan, L. M. & Hertz, P. (2011). *Inside out and outside in: Psychodynamic clinical theory and psychopathology in contemporary multicultural contexts* (3rd edition). MD: Rowman & Littlefield

- Bhaskaran, S., Gaikwad A. D., Chandrakanth, C. , & Seshadri, S. P. (2016). Post-Traumatic Stress Disorder in pre-schoolers: A report of two cases. *Asian Journal of Psychiatry*, 20, 52-54. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2016.01.010>
- Black B, Garcia, A. M., & Freeman J.B. (2004). Specific phobia, panic disorder, social phobia and selective mutism. In J. M. Weiner & M. K. Dulcan (eds), *Textbook of Child and Adolescent Psychiatry*, APA Publishing, Washington DC.
- Blair, C. & Raver, C. (2012). Child development in the context of adversity: experiential canalization of brain and behavior. *American Psychologist*, 67(4), 309-318
- Bogels, S. M & Brechman-Toussaint M. (2006). Family issues in child anxiety: Attachment, family functioning, parental rearing and beliefs. *Clinical Psychology* , 26, 834-856
- Bottaccioli, F. (2014). Stress science as a whole organism science. In G. Rulli (Ed.). *Theories on stress*. Bologna: TAO Digital Library
- Bowlby, J. (2006). Separation Anxiety: A Critical Review of the Literature. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1(4), 251 – 269
- Briggs-Gowan, M. J, Carter, A. S., Irwin, J. R., Wachtel, K., & Cicchetti, D.V. (2004) The brief infant-toddler social and emotional assessment: screening for social-emotional problems and delays in competence. *Journal of Pediatric Psychology*, 29, 143–55.
- Carr, D, & Umberson, D. (2013). The social psychology of stress, health, and coping. In J. DeLamater & A. Ward (Eds.), *Handbook of sociology and social research. Handbook of social psychology*. New York: Sage
- Cartwright-Hatton S., McNally, D., White, C. & Verduyn C. (2005). Parenting Skills Training: An Effective Intervention for Internalizing Symptoms in Younger Children.
- Chan, P. T. (2015). *Children with generalized anxiety disorder: developing a mindfulness intervention*. (Doctoral dissertation). Boston University: USA

- Choate, M.L., Pincus, D.B., Eyberg, S.M., & Barlow, D.H. (2005). Parent-child interaction therapy for treatment of separation anxiety disorder in young children: A pilot study. *Cognitive and Behavioural Practice, 12*, 126–135. doi:10.1016/S10777229(05)80047-1
- Chrousos, G. P. (2009). Stress and disorders of the stress system. *Nature reviews Endocrinology, 5*, 374–381. doi:10.1038/nrendo.2009.106
- Γιαννέλου, Π., & Λουκάτος, Γ.(Επιμ.) (2016). *Σύγχρονη Ψυχολογία*. Αθήνα: Ευρωεκδοτική
- Clark, D. A. & Beck, A. T. (2010). *Cognitive therapy of anxiety disorders: Science and practice*. New York: Guilford press
- Comer, J. C., Puliafico, A. C. , Aschenbrand, S. G., McKnight, K., Robin, J. A. Goldfine, M. E., Albano, A. M. (2012). A pilot feasibility evaluation of the CALM Program for anxiety disorders in early childhood. *Journal of Anxiety Disorders, 26*(1), 40–49. doi:10.1016/j.janxdis.2011.08.011.
- COMPTON, S. n., MARCH, J. S., BRENT, D., ALBANO, A. N., WEERSING, V. R., & CURRY, J. (2004). Cognitive-Behavioral Psychotherapy for Anxiety and Depressive Disorders in Children and Adolescents: An Evidence-Based Medicine Review. *American Academy Child Adolescent. Psychiatry, 43* (8), 930-959
- Costello, E. J, Egger, H. L., Copeland, W., Erkanli, A., & Angold, A. (2011). The developmental epidemiology of anxiety disorders: Phenomenology, prevalence, and comorbidity. In W. K. Silverman & A. Field (Eds.), *Anxiety disorders in children and adolescents*. New York: Cambridge university Press.
- Connor, K.M, Davidson J.R. (2003). Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety, 18*(2), 76-82
- CWIG -Child Welfare Information Gateway. (2013). *Parent-child interaction therapy with at-risk families*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Children's Bureau. Retrieved from: https://www.childwelfare.gov/pubPDFs/f_interactbulletin.pdf

- Dadds, M.R. & Roth, J.H. (2008). Prevention of anxiety disorders: Results of a universal trial with young children. *Journal of Child and Family Studies*, 17, 320–335. doi:10.1007/s10826-007-9144-3 Children?Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing, 18 (2), pp. 45–52
- Damian, S. I., Knieling, A. , Ioan, B.G. (2011). Post-traumatic stress disorder in children. Overview and case study. *Romanian Society of Legal Medicine*, 19 (2), 135-140. DOI:10.4323/rjlm.2011.135
- Domitrovich, C.E., Cortes, R.C., & Greenberg, M.T. (2007). Improving young children’s social and emotional competence: A randomised trial of the preschool “PATHS” curriculum. *The Journal of Primary Prevention*, 28(2), 6-91. doi:10.1007/s10935-007-0081-0
- ECA-Early Childhood Australia (2006). *Stress in early childhood*. Retrieved from:
- Edwards, S. L., Rapee, R. M., Kennedy, S. J., and Spence, S. (2010). The assessment of anxiety symptoms in preschool age children: the revised Preschool Anxiety Scale. *Journal of Clinical Child and Adolescent psychology*, 39. 400 – 409. doi:10.1080/15374411003691701
- Elliot, G. R. & Eisdorfer, C. (1982). *Stress and human health: analysis and implications of research*. Institute of Medicine National Academy of Sciences. New York: Springer.
- Everly, G. S., & Lating, J. M. (2002). *A clinical guide to the threatment of the human stress response* (2rd ed.). New York: Springer
- Eyberg, S. M. (2008). Parent-Child Interaction Therapy. *Child & Family Behavior Therapy*, 10(1), 33-46. DOI: 10.1300/J019v10n01_04.
- Fink, G. (2017). Stress: Concepts, Definition and History. *Neuroscience and Biobehavioral Psychology*, 1–9. <http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-12-809324-5.02208-2>

- Fox, J. K., Warner, C. M., Lerner, A. B., Ludwig, K., Ryan, J. L., Colognori, D., Lucas, C. P., Brotman, L. M. (2012). Preventive intervention for anxious preschoolers and their parents: Strengthening early emotional development. *Child Psychiatry Human Development, 43*, 544 – 559. doi:10.1007/s10578-0120283-4.
- Fox, N. A. & Shonkoff, J. P.(2011). How persistent fear and anxiety can affect young children’s learning, behavior and health. *Early Childhood Matters, 116*, 8-14.
- Freud, S. (2007). *Αναστολή, συμπτώματα και άγχος*. (μτφ. Χ. Καρβούνης). Αθήνα: Μεταίχμιο.
- Frishman, N. (2012). *The contribution of three social psychological theories: Fundamental cause theory, stress process model, and social cognitive theory to the understanding of health disparities- a longitudinal comparison*(doctoral dissertation). Retrieved from Graduate Theses and Dissertations database. (No 12807)
- Gar, N. S., & Hudson, J. L. (2008). An examination of the interactions between mothers and children with anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy, 46*, 1266–1274. doi:10.1016/j.brat.2008.08.006
- Geller, D. A. & March, J(2012). Practice Parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with obsessive- compulsive disorder. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 51* (1), 98-113.
- Gunnar, M. R., Herrera, A., Hostinar, C. E. (2009).*Stress and early brain development*. Encyclopedia on Early Childhood Development. Retrieved from:
- Gunnar, M. R., Barr, R. G. (1998). Stress, early brain development and behavior. *Infants and young children, 11*(1).
- Han, H. (2009). Measuring anxiety in children a methodological review of the literature. *Asian Nursing Research, 3*(2), 49- 62
- Hargreaves, M. B., Verbitsky-Savitz, N., Coffee-Borden, B., Perreras, L., White, C. R. Pecora, P. J.,, Adams, K. (2017). Advancing the measurement of collective

community capacity to address adverse childhood experiences and resilience. *Children and Youth Services Review*. [10.1016/j.chidyouth.2017.02.021](https://doi.org/10.1016/j.chidyouth.2017.02.021)

Hirshfeld-Becker D.R., Micco, J.A, Mazursky H., Bruett L., & Henin A.(2011). Applying cognitive-behavioral therapy for anxiety to the younger child. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 20 (2), 349-68. doi: 10.1016/j.chc.2011.01.008.

Hirshfeld-Becker, D.R., Masek, B., Henin, A., Blakely, L.R., Pollock-Wurman, R.A., McQuade, J. ... Biederman, J. (2010). Cognitive behavioural therapy for 4- to 7-year-old children with anxiety disorders: A randomised clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 78(4), 498–510. doi: 10.1037/a0019055

Hirshfeld-Becker, D. R., Masek , B., Henin ,A., Blakely ,L. R., Rettew , D. C., Dufton , L., ...Biederman , J.(2008). Cognitive-Behavioral Intervention with Young Anxious Children. *Harvard Review of Psychiatry*, 16 (2), 113-125. doi: 10.1080/10673220802073956.

Hofmann, S. , Asnaani, A., Imke, J., Sawyer,A.T., & Fang(2012). The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Metaanalyses. *Cognitive Therapy Review*, 36(5). 427–440. doi:10.1007/s10608-012-9476-1.

Καλπάκογλου, Θ. (2009). *Άγχος και πανικός: γνωσιακή θεωρία και θεραπεία*. Αθήνα:Ελληνικά Γράμματα

Καραδήμας, Ε. Χ. (2008). Στρες:Οι επιπτώσεις του στην υγείακαι οι ενδιάμεσοι μηχανισμοί. Στο Φ. Αναστασόπουλος & Ε. Χ. Καραδήμας (Επιμ.), *Υγεία και ασθένεια: ψυχολογικές διεργασίες* (σελ. 477 – 499). Αθήνα : Λιβάνης

Kennedy, S. J., Rapee, R. M. & Edwards, S. L. (2009). A selective intervention program for inhibited preschool-aged children of parents with an anxiety disorder; Effects on current anxiety disorders and temperament. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48 (6), 602 - 609. doi:10.1097/CHI.0b013e31819f6fa,

Klinic Community Health Centre (2010). Stress and stress management. Retrieved from: <http://hydesmith.com/de-stress/files/StressMgt.pdf>

Krohne, H. W. (2001). Stress and coping theories. *International encyclopedia of the social and behavioral sciences*, 22, 15163-15170 Retrieved from:

http://userpage.fu-berlin.de/schueez/folien/Krohne_Stress.pdf

Krysanski, V. L. (2003). A Brief Review of Selective Mutism Literature. *The Journal of Psychology*, 137 (1), 29-40. <https://doi.org/10.1080/00223980309600597>

LaFreniere, P.J. & Capuano, F. (1997). Preventive intervention as means of clarifying direction of effects in socialization: Anxious-withdrawn pre-schoolers case. *Development and Psychopathology*, 9, 551-564. doi:10.1017/S0954579497001302

Lazarus, R. S. (1999) . *Stress and emotion: A new synthesis*. New York: Springer

Lazarus, R. S. (1993a). From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology*, 44, 1-21. DOI: 10.1146/annurev.ps.44.020193.000245

Lazarus, R S & Folkman, S, (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer.

Lazarus, R S, (1993b). Coping theory and research: Past, present, and future. *Psychosomatic Medicine*, 55, pp. 234–247

Lazarus, R S & Folkman, S, (1986). Cognitive theories of stress and the issue of circularity. In M H Appley and R Trumbull (Eds), (1986). *Dynamics of Stress. Physiological, Psychological, and Social Perspectives* (pp. 63–80). New York,: Plenum

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

Lipsitz, j. D., Martin, L. Y., Mannuzza, S., & Chapman T. F. (1994) Childhood separation anxiety disorder in patients with adult anxiety disorders. *American journal of psychiatry*, 151 (6), 927-929

McDowell, I. (2006). *Measuring Health: a Guide to Rating Scales and Questionnaires*. New York: Univeristy press

Mackenzie C. S., Reynolds K., Chou K. L., Pagura J., Sareen J (2011). Prevalence and
[111]

- correlates of generalized anxiety disorder in a national sample of older adults. *American Journal Geriatric Psychiatry*, 19 (4), 305-15. doi: 10.1097/JGP.0b013e318202bc62
- Matthieu, M. M., & Ivanoff, A. (2006). Clinical Practice: Assessments of Coping Strategies After Disasters. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 6 (4), 337–348. doi:10.1093/brief-treatment/mhl009
- McGrath, J. E. (1976). Stress and behavior in organizations. In M. D. Dunnett (Ed.), *Handbook of industrial and organizational psychology* (pp. 79-113). Chicago: Rand McNally College publishing
- Μητρούση, Σ., Τραυλός, Α., Κούκια, Ε., & Ζυγά, Σ. (2013). Θεωρίες άγχους: μια κριτική ανασκόπηση. *Ελληνικό Περιοδικό της νοσηλευτικής επιστήμης*, 6 (1), 21-27
- Mian, N. D., Godoy, L., Briggs-Gowan, & Carter, A. S. (2012). Patterns of anxiety symptoms in toddlers and pre- school age children: Evidence of early differentiation. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(1), 102-110.
- Mian, N. D., Wainwright, L., Briggs-Gowan, M. J., & Carter, A. S. (2011). An ecological risk model for early childhood anxiety: The importance of early child symptoms and temperament. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39(4), 501-512.
- Middlebrooks, J. S., & Audage, N. C. (2008). *The effects of childhood stress on health across the lifespan*. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention & National Center for injury Prevention and Control
- Monga, S., Rosenbloom, B. N., Tanha, A., Owens, M., & Young, A. (2015). Comparison of child–parent and parent-only cognitive–behavioral therapy programs for anxious children aged 5 to 7 years: Short- and long-term outcomes. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 54(2), 138–146. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2014.10.008>
- Μπαλλής, Θ. (1996). *Άγχος, στρες, κατάθλιψη: μία σύγχρονη αντιμετώπιση τους με τη μέθοδο της σωφρολογίας*. Θεσσαλονίκη: Ιατρικές Εκδόσεις

- Muris P., Hendriks E., & Bot S(2016). Children of Few Words: Relations Among Selective Mutism, Behavioral Inhibition, and (Social) Anxiety Symptoms in 3- to 6-Year-Olds. *Child Psychiatry Human Development*, 47(1), 94-101. doi: 10.1007/s10578-015-0547-x.
- Muris, P., Brakel, A., Arntz, A., Schouten, E. (2011). Behavioral inhibition as a risk factor for the development of childhood anxiety disorders: a longitudinal study. *Journal of Child Family Studies*, 20 (2), 157-170
- Nash, J.M. (1997). How a child's Brain Develops. Time Magazine, 3 February 1997
- Neil, A. L., & Christensen, H. (2009). Efficacy and effectiveness of school-based prevention and early intervention programs for anxiety. *Clinical Psychology Review* 29, 208–215
- Njoroge, W. F. & Yang, D. (2012). Evidence-based psychotherapies for preschool children with psychiatric disorders. *Current Psychiatry Reports*, 14(2), 121-128
- NSCDC -National Scientific Council on the Developing Child. (2014). *Excessive Stress Disrupts the Architecture of the Developing Brain*. Retrieved from: <http://www.developingchild.harvard.edu>
- Ntoumanis, N., Edmunds, J., & Duda, J. L. (2009). Understanding the coping process from a self-determination theory perspective. *British Journal of Health Psychology*, 14, 249–260. DOI:10.1348/135910708X349352
- Opaas, M. C., & Philos, V. S. (2015). Relationships of Childhood Adverse Experiences With Mental Health and Quality of Life at Treatment Start for Adult Refugees Traumatized by Pre-Flight Experiences of War and Human Rights Violations. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 203(9), 684–695. doi: 10.1097/NMD.0000000000000330.
- Pahl, K. M. (2012). Examining potential risk factors for anxiety in early childhood. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(2), 311-320.

- Pahl, K.M., & Barrett, P.M. (2010). Preventing anxiety and promoting social and emotional strength in preschool children: A universal evaluation of the Fun FRIENDS program. *Advances in School Mental Health Promotion*, 3, 14 - 25. doi:10.1080/1754730X.2010.9715683
- Parathanasiou, I. V., Tsaras, K., Neroliatsiou, A., & Roupa, A. (2015). Stress: Concepts, Theoretical Models and Nursing Interventions. Special Issue: Mental Health Care: Aspects, Challenges and Perspectives, *American Journal of Nursing Science*. 4 (2-1), 45-50. doi: 10.11648/j.ajns.s.2015040201.19
- Pearlin, L. I., Menaghan, E. G., Lieberman, M. A., & Mullan, J. T. (1981). The stress process. *Journal of Health and social behavior*, 22(4), 337-356.
- Pereira, A. I. & Barros, L., Mendorca, D., & Muris, P. (2014). The relationship among parental anxiety, parenting, and children's anxiety: the mediating effects of children's cognitive vulnerabilities. *Journal of Child and Family Studies*, 23(2), 399-409.
- Pincus, D.B., Eyberg, S.M., & Choate, M.L. (2005). Adapting parent-child interaction therapy for young children with separation anxiety disorder. *Education and Treatment of Children*, 28, 163–181. Retrieved from www.pcit.php.ufl.edu/Literature/PincusEyberg2005.pdf
- Pearlin, L. I., Menagham, E. G., Lieberman, M. A., Mullan, J. T. (1981). The stress process. *Journal of health and social behavior*, 22(4), pp. 337-356
- Περβιανίδου, Ν., Μαγιάκου, Α., Χρυσός Γ. Π. (2008). Στρες και υγεία του παιδιού και του εφήβου. Στο Χ. Ασημόπουλος (Επ.), *Θέματα Ψυχοκοινωνικής παιδοψυχιατρικής: Θέματα ψυχοδυναμικής και ψυχοκοινωνικής παιδοψυχιατρικής* (τόμ. 2). Αθήνα: Καστανιώτης.
- Perry, D. P. (2007). *Stress, Trauma and Post-traumatic Stress Disorders in Children*. Retrieved from: https://childtrauma.org/wp-content/uploads/2013/11/PTSD_Caregivers.pdf

- Poole, J. C, Dobson, K. Pusch, D. (2017). Childhood adversity and adult depression: The protective role of psychological resilience. *Child Abuse and Neglect*, 64, 89-100
- Rapee R. M. (2012). Anxiety disorders in children and adolescents: Nature, development, treatment and prevention. In Rey JM (ed), *e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions
- Rapee, R.M., & Jacobs, D. (2002). The reduction of temperamental risk for anxiety in withdrawn preschoolers: A pilot study. *Journal of Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 6, 271–280. doi:10.1017/S1352465802002084
- Rapee, R.M., Kennedy, S., Ingram, M., Edwards, S., & Sweeney, L. (2010). Altering the trajectory of anxiety in at-risk children. *American Journal of Psychiatry*, 167(12), 1518 – 1525. doi: 10.1176/appi.ajp.2010.09111619.
- Rapee, R.M., Kennedy, S., Ingram, M., Edwards, S., & Sweeney, L. (2005). Prevention and early intervention of anxiety disorders in inhibited preschool children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 488–497. doi:10.1037/0022006X.73.3.488
- Rice, V. H. (2012). Stress theories and its relationship to health. In V. H. Rice (ed.) *Handbook of Stress, Coping, and Health*. Los Angeles: Sage.
- Rhoads, J. C. & Donnelly, C. L. (2012). Anxiety Disorders of Childhood and Adolescence. In W. Klykylo & J. Kay (Eds), *Anxiety Disorders in Childhood and Adolescence* (3rd ed.). Chichester: John Wiley & Sons. Doi: 10.1002/9781119962229.ch13
- Roe, D. (2006). Everyday learning about fears and anxieties. *Everyday Learning Series*, 4 (2), 1-28. Retrieved from: <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED493345.pdf>
- Rosellini, A. J., Rutter, L. A., Bourgeois, M. L., Emmert-Aronson, B. O., & Brown, T. A. (2011). The Relevance of Age of Onset to the Psychopathology of Social Phobia. *Journal of Psychopathology Behavior Assessment*, 35(3), 356–365. doi: 10.1007/s10862-013-9338-5

- Rulli, G. (2014). Well-being, prevention and stress as processes. In G. Rulli (Ed.). *Theories on stress* (pp.18-34)Bologna: TAO Digital Library
- Sandhu, D. S. & Asrabadi, B. R. (1998). An accumulative stress scale for international students: Preliminary findings. *Psychological Reports*, 75, 435 -488
- Santacruz,I.,Mendez,F.J.,&Sanchez-Meca,J.(2012).Playtherapyappliedbyparents for children with darkness phobia: Comparison of 2 programs. *Child and Family Behaviour Therapy*, 28,(1) 19–35. doi:10.1300/J019v28n01_02
- Sebastian, V. (2013). A theoretical approach to stress and self-efficacy. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 78, 556 – 561. doi: 10.1016/j.sbspro.2013.04.350
- Sean Brotherson (July 2005). *Keys to Enhancing Brain Development in Young Children*. Family Science Specialist, NDSU Extension Service, North Dakota State University.
- Seligman, L. D. & Ollendick, T. H. (2011). Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety Disorders in Youth. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 20, 2, 217-238
- Seyle, H. (1976). *Stress in health and disease*. Boston: Butterwoth
- Seyle, H. (1950). Stress and the general adaptation syndrome. *British Medical Journal*, 1383-1392.
- Shneiderman, N., Ironson, G. Siegel, S. D. (2005). Stress and healthQpsychological, behavioral, and biological determinants. *Annual Review Clinical Psychology*, 1, 607-628
- Smith, K. A., Iverach, L., O’Brian, S.,Kefaliannos, E. & Reilly, S. (2014). Anxiety of children who stutter a review. *Journal of Fluency Disorders*, 27(2).
- Smith, M., Segal, R., & Segal, J. (2017). *Treating Your Anxiety with CBT and Other Therapy Options*. Helpguide,1-8. Retrieved from: <https://www.helpguide.org/articles/anxiety/therapy-for-anxiety-disorders.htm?pdf=true>

- Spielberger, C. (1982). *Άγχος, στρες και πως να το καταπολεμήσετε*. Αθήνα: Ψυχογιός
- Στεφανής, Κ. (1981). Το άγχος. *Εγκυκλοπαίδεια Πάπυρους Λαρούς Μπριτάνικα*, 2, 220-221, Αθήνα: εκδόσεις οργανισμός Πάπυρος
- Szabo, S, Tache, Y. & Somogyi, A. (2012). The legacy of Hans Selye and the origins of stress research a retrospective 75 years after his landmark brief “letter” to the editor of nature. *Stress*, 15 (5,)472- 478
- Taylor, J. c. (1979). *The relationship between stress, anxiety, and forms of content learning* (master’s thesis). North Florida University.
- Tone, D. (2013). *Addressing parenting and child stress three workshop for parents of preschool children*(master’s thesis). Lethbridge University, Canada.
- Warwik, H. , Reardon, T, Cooper, P. Murayama, K., Reynolds, S., Whilson, C., & Creswell, C.(2017). Complete Recovery from anxiety disorders following cognitive-behavioural therapy in children and adolescents: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 52, 77-91
- Waters, A.M., Ford, L.A., Wharton, T.A., & Cobham, V.E. (2009). Cognitive behavioural therapy for young children with anxiety disorders: Comparison of group-based child + parent versus parent only focused treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 654–662. doi:10.1016/j.brat.2009.04.008.
- Weltza, S. M., Armelia, S., Ford, J. D., & Tennenc, H. (2016) .A daily process examination of the relationship between childhood trauma and stress-reactivity. *Child Abuse & Neglect*, 60, 1–9. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.08.005>
- White, L. C., McDermott, J. M., Degnan, K. A., Henderson, H. A., & Fox. N. A (2011). Behavioral inhibition and anxiety: The moderating roles of inhibitory control and attention shifting. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39, 735–747. DOI10.1007/s10802-011-9490-x
- WHO(2012). *Developmental difficulties in early childhood: Prevention, early*

identification, assessment and intervention in low- and middle-income countries: a review. Retrieved from:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97942/1/9789241503549_eng.pdf

Worley, C. B. (2012). *A stress process model for anxiety symptom severity: comparing racial and ethnic minority adults* (doctoral dissertation). Alabama University

Zolten, K. & Long, N. (2006). *Helping children cope with stress*. Center for effective parenting. Retrieved from: <http://parenting-ed.org/pdf/kidstress.pdf>

.

.

.