



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Πτυχιακή Εργασία

Θέμα: «Θεωρία του Δεσμού και Αγχώδεις Διαταραχές»

Κολοβού Μαριάννα (Α.Μ.: 0896)

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: Σιαφάκα Βασιλική

Ιωάννινα, 2023

**ATTACHMENT THOERY
AND ANXIETY DISORDERS**

Δήλωση μη λογοκλοπής

Δηλώνω υπεύθυνα και γνωρίζοντας τις κυρώσεις του Ν. 2121/1993 περί Πνευματικής Ιδιοκτησίας, ότι η παρούσα πτυχιακή εργασία είναι εξ ολοκλήρου αποτέλεσμα δικής μου ερευνητικής εργασίας, δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής ούτε προέρχεται από ανάθεση σε τρίτους. Όλες οι πηγές που χρησιμοποιήθηκαν (κάθε είδους, μορφής και προέλευσης) για τη συγγραφή της περιλαμβάνονται στη βιβλιογραφία.

Κολοβού Μαριάννα

Ευχαριστίες

Έχοντας φτάσει στο τέλος αυτής της βιβλιογραφικής ανασκόπησης και της προπτυχιακής μου διαδρομής, θα ήθελα να ευχαριστήσω όλα εκείνα τα άτομα, τα οποία με στήριξαν, πίστεψαν στις δυνατότητες μου και συνέβαλαν ιδιαίτερα σε αυτό το ταξίδι. Αρχικά, θα ήθελα να εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου για την καθηγήτρια του τμήματος Λογοθεραπείας, κα Σιαφάκα Βασιλική, η οποία με οδήγησε στην αγάπη για την επιστήμη της Ψυχολογίας, μέσω του μοναδικού τρόπου διδασκαλίας της στα σχετικά μαθήματα του προγράμματος σπουδών μου. Ακόμα, την ευχαριστώ ιδιαίτερα για τη συμβολή της στην παρούσα πτυχιακή εργασία, για τις γνώσεις και την εμπειρία της, που με βοήθησαν στο να φτάσω στο τέλος.

Τελειώνοντας το φοιτητικό μου ταξίδι δε θα μπορούσα να μην αναφερθώ στην πολύ σημαντική στήριξη των γονιών μου, οι οποίοι δεν σταμάτησαν ποτέ να πιστεύουν στις δυνατότητες μου, δίνοντας μου θάρρος και θέληση στο να συνεχίσω. Η πίστη τους και η ανιδιοτελής τους αγάπη μου έδινε συνεχώς κίνητρο και τους ευχαριστώ ιδιαίτερος για όλα αυτά.

Περίληψη

Η Θεωρία του Δεσμού αποτέλεσε σημαντική εξέλιξη στην επιστήμη της Ψυχολογίας, καθώς έθεσε τα θεμέλια για την αναγνώριση της σπουδαιότητας κάθε σχέσης μητέρας- βρέφους. Μια σχέση μητέρας- βρέφους είναι η βάση για τη μελλοντική προσωπική, συναισθηματική και κοινωνική ζωή του ατόμου. Η σχέση αυτή μπορεί να οδηγήσει σε έναν ασφαλή τύπο δεσμού με τη φιγούρα προσκόλλησης (συνήθως η μητέρα), ή έναν ανασφαλή τύπο προσκόλλησης (αποφυγής, αμφιθυμίας, αποδιοργάνωσης). Οι Αγχώδεις διαταραχές, από την άλλη πλευρά, είναι μια κατηγορία διαταραχών, η οποία συναντάται πολύ συχνά στον γενικό πληθυσμό. Το άγχος κυριαρχεί και δημιουργεί στο άτομο μια έλλειψη λειτουργικότητας, μαζί με πολλά σωματικά ή ψυχολογικά συμπτώματα. Η παρούσα εργασία αποτελεί, λοιπόν, μια προσπάθεια συνδυασμού συγκεκριμένων τύπων δεσμού με κάθε μια από τις αγχώδεις διαταραχές, όπως παρουσιάζονται στο DSM-5 και επισημαίνει τα επιστημονικά ευρήματα που επιβεβαιώνουν τη συσχέτιση μεταξύ ανασφαλούς δεσμού και αγχωδών διαταραχών.

Λέξεις- Κλειδιά: Θεωρία δεσμού, Αγχώδεις διαταραχές, τύποι δεσμού

Abstract

The Attachment Theory was an important development in the science of psychology, as it laid the foundation for the recognition of the importance of every mother-infant relationship. A mother-infant relationship is the basis for the future personal, emotional, and social life of the individual. This relationship can lead to a secure type of attachment with the attachment figure (usually the mother), or an insecure type of attachment (avoidance, ambivalence, disorganization). Anxiety disorders, on the other hand, are a type of disorders that is very commonly found in the general population. Anxiety dominates and creates in the individual a lack of functioning, along with many physical or psychological symptoms. This paper is an attempt to link specific types of attachment to each of the anxiety disorders, as presented in the DSM-5, and highlights the scientific findings that confirm the association between insecure attachment and anxiety disorders.

Keywords: Theory of Attachment, Anxiety Disorders, Attachment styles

Περιεχόμενα

<u>Ευχαριστίες</u>	4
<u>Περίληψη</u>	5
<u>Abstract</u>	6
<u>Περιεχόμενα</u>	7
<u>Εισαγωγή</u>	9
<u>1.1 Ιστορική Αναδρομή της Θεωρίας του Δεσμού</u>	11
<u>1.2 Εννοιολογική αποσαφήνιση του Δεσμού</u>	14
<u>1.3 Φάσεις Ανάπτυξης του Δεσμού</u>	16
<u>1.4 Περιγραφή των τύπων δεσμού</u>	17
<u>1.5.1 Ανεκδοκίμης δεσμός Αμφοθυμίας</u>	19
<u>1.5.2 Ανεκδοκίμης δεσμός Αποφυγής</u>	19
<u>1.5.3 Ανεκδοκίμης δεσμός Αποδιοργάνωσης</u>	20
<u>1.6 Δεσμοί και Ενήλικη Ζωή</u>	20
<u>1.7 Ενεργά Μοντέλα Δεσμού</u>	23
<u>1.8 Τραύμα Προσκόλλησης- Διαταραχές Τραυματικής Προσκόλλησης</u>	25
<u>1.9 Διαταραχές Τραυματικής Προσκόλλησης</u>	25
<u>Κεφάλαιο 2^ο : Αγχώδεις Διαταραχές</u>	29
<u>2. 1 Ιστορική Αναδρομή</u>	29
<u>2.2 Θεωρητικές προσεγγίσεις του άγχους</u>	32
<u>2.2. 1. Γνωστική Θεωρία</u>	32
<u>2.2.2 Ψυχαναλυτική Θεωρία</u>	32
<u>2.2.3. Συμπεριφορική Θεωρία</u>	33
<u>2.2.4. Βιολογική- Νευροβιολογική Θεωρία</u>	34
<u>2.2.5. Συστημική Θεωρία</u>	34
<u>2.3 Ορισμός άγχους και φόβου- Παιδικές Φοβίες</u>	35
<u>2.4 Συμπτώματα Άγχους</u>	37

<u>2.5 Παράγοντες Κινδύνου</u>	38
<u>2.5.1 . Βιολογικοί- Γενετικοί Παράγοντες</u>	38
<u>2.5.2 . Ψυχολογικοί Παράγοντες</u>	39
<u>2.5.3 Κοινωνικοί Παράγοντες</u>	39
<u>2.5.4 . Σχέση Γονέα- Παιδιού</u>	40
<u>2.6 Ταξινόμηση των Αγχωδών Διαταραχών με βάση το DSM-5</u>	40
<u>2.6.1 «Διαταραχή Άγχους Αποχωρισμού»</u>	40
<u>2.6.2 «Εκλεκτική Αλαλία»</u>	43
<u>2.6.3 «Ειδικές Φοβίες»</u>	44
<u>2.6.4 «Κοινωνική Φοβία»</u>	44
<u>2.6.5 «Διαταραχή Πανικού»</u>	46
<u>2.6.6. «Αγοραφοβία»</u>	46
<u>2.6.7 «Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή»</u>	47
<u>Κεφάλαιο 3^ο : Προσέγγιση των Αγχωδών Διαταραχών μέσα από το πρίσμα της Θεωρίας του Δεσμού</u>	48
<u>3.1. «Άγχος Αποχωρισμού και Θεωρία Δεσμού»</u>	49
<u>3.2. «Εκλεκτική Αλαλία και Θεωρία Δεσμού»</u>	49
<u>3.3 «Ειδικές Φοβίες και Θεωρία Δεσμού»</u>	50
<u>3.4 «Κοινωνική Φοβία και Θεωρία Δεσμού »</u>	50
<u>3.5 «Διαταραχή Πανικού και Θεωρία Δεσμού»</u>	51
<u>3.6 «Αγοραφοβία και Θεωρία Δεσμού»</u>	52
<u>3.7 «Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή και Θεωρία Δεσμού »</u>	52
<u>Συμπέρασμα</u>	53
<u>Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία</u>	54
<u>Ελληνική Βιβλιογραφία</u>	66

Εισαγωγή

Ο John Bowlby ήταν ένα πολύ σημαντικό πρόσωπο στην εξέλιξη της Ψυχολογίας, καθώς το έργο του αποτέλεσε σπουδαίο βήμα μελέτης της σημαντικότητας των πρώιμων εμπειριών στην μετέπειτα ζωή των ανθρώπων. Η θεωρία του δεσμού παρέχει σημαντικές πληροφορίες, προκειμένου να κατανοήσουμε την σημασία της σχέσης μητέρας- βρέφους, η οποία φαίνεται να επηρεάζει τη μελλοντική κοινωνική, προσωπική ή ψυχολογική εξέλιξη των ατόμων (Bowlby, 1977). Η ύπαρξη μιας «ασφαλούς βάσης» στα πρώτα χρόνια ζωής, η οποία θα παρέχει όλα τα απαραίτητα ψυχικά αγαθά στο άτομο, μπορεί να του προσφέρει μια ψυχικά ήρεμη ζωή στο μέλλον, με επαρκείς μηχανισμούς άμυνας, έτσι ώστε να είναι σε θέση να αντιμετωπίσει κάθε ενδεχόμενη «απειλή» στη ζωή του. Από την άλλη πλευρά, ένας ανασφαλής τύπος δεσμού στην παιδική ηλικία, τις περισσότερες φορές, προδιαθέτει μια ενηλικίωση με παρουσία προβλημάτων διαχείρισης τόσο της συμπεριφοράς όσο και των συναισθημάτων (Ainsworth & Bowlby, 1991; Ainsworth et al, 1978).

Το άγχος είναι ένα συναίσθημα, το οποίο όλοι οι άνθρωποι βιώνουν έντονα ή μη, σε διάφορες καταστάσεις. Πολλές φορές το άγχος είναι λειτουργικό, βοηθώντας το άτομο να είναι έτοιμο στο να αντιμετωπίσει μια επερχόμενη δύσκολη κατάσταση. Όμως, μερικές φορές το άγχος εμφανίζεται σε υψηλά επίπεδα, δυσχεραίνοντας την ψυχολογική ανθεκτικότητα των ατόμων, με αποτέλεσμα να γίνεται παθολογικό. Το παθολογικό άγχος και οι αγχώδεις διαταραχές, λοιπόν, είναι μια κατάσταση, η οποία έχει απασχολήσει την κοινότητα της επιστήμης της Ψυχολογίας πάρα πολλά χρόνια. Οι πρώτες αναφορές για το άγχος ήρθαν πολλά χρόνια πριν τη δημιουργία του DSM-I. Παλαιότερα, ο όρος ήταν συνυφασμένος με ψυχοπαθολογίες όπως «νεύρωση», αλλά με την εξέλιξη της επιστήμης και την παρουσία του DSM-5, το άγχος πήρε τη μορφή, την οποία γνωρίζουμε έως σήμερα (APA, 1994; APA, 2013). Η προέλευση του άγχους έχει μελετηθεί από διάφορες πλευρές (γνωστική θεωρία, ψυχαναλυτική θεωρία, συστημική θεωρία, βιολογικά), κάθε μια από τις οποίες δίνει τη δική της χροιά στην σχετική βιβλιογραφία.

Η παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση είχε ως σκοπό τη μελέτη της συσχέτισης ανάμεσα στις Αγχώδεις Διαταραχές και στη Θεωρία του Δεσμού. Συγκεκριμένα, εάν, σύμφωνα με την υπάρχουσα βιβλιογραφία, ορισμένοι τύποι Δεσμού συνδέονται με την εμφάνιση και διατήρηση κάποιας Αγχώδους Διαταραχής.

Το πρώτο μέρος αναφέρεται στη Θεωρία του Δεσμού και συγκεκριμένα στο πως και από ποιους αναπτύχθηκε. Έπειτα, αναλύεται ο κάθε τύπος δεσμού, καθώς και τι δημιουργεί τον κάθε τύπο ανασφαλούς δεσμού. Στα επόμενα κεφάλαια αναλύθηκαν οι συμπεριφορές των ατόμων στα διάφορα ηλικιακά στάδια, ανάλογα με τους τύπους δεσμού και γίνεται αναφορά στα Ενεργά Μοντέλα Δεσμού. Το πρώτο μέρος, λοιπόν, κλείνει με την αναφορά στο Τραύμα Προσκόλλησης και στις διαταραχές αυτού του τραύματος, σύμφωνα με το DSM-5.

Το δεύτερο μέρος είναι αφιερωμένο στο άγχος και στις Αγχώδεις Διαταραχές. Αρχικά, γίνεται μια ιστορική αναδρομή και μια εννοιολογική αποσαφήνιση για το άγχος. Αντίστοιχα, τοποθετούνται τα πιο βασικά και σημαντικά συμπτώματα του άγχους στα άτομα με Αγχώδη Διαταραχή. Στη συνέχεια, προσδιορίζεται η προέλευση του άγχους από μερικές θεωρίες της Ψυχολογίας και οι παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση αυτών των διαταραχών. Κλείνοντας το δεύτερο μέρος, αναφέρει αναλυτικά κάθε διαταραχή άγχους με βάση το DSM-5 (διαγνωστικά κριτήρια, συμπτώματα).

Τέλος, το τρίτο μέρος είναι αφιερωμένο στον σκοπό της παρούσας εργασίας, δηλαδή τη σύνδεση των δύο προαναφερθέντων. Συγκεκριμένα, έγινε βιβλιογραφική ανασκόπηση για κάθε μια από τις Αγχώδεις Διαταραχές που αναφέρονται στο DSM-5.

Κεφάλαιο 1^ο : Θεωρία Δεσμού

«...δεν υπάρχουν πιο σημαντικές μορφές επικοινωνίας ανάμεσα σε δυο ανθρώπους, από αυτές που εκφράζονται συναισθηματικά, και καμιά πληροφορία πιο ζωτική για την κατασκευή μοντέλων για τον εαυτό και τους άλλους, από το πώς ο ένας αισθάνεται για τον άλλον.» JOHN BOWLBY

1.1 Ιστορική Αναδρομή της Θεωρίας του Δεσμού

Η απαρχή της θεωρίας του δεσμού τοποθετείται περίπου στο 1930, όπου ο John Bowlby είχε αποκτήσει ιδιαίτερο ενδιαφέρον σχετικά με τον συναισθηματικό δεσμό της μητέρας (ή του κύριου φροντιστή) με το βρέφος και τον τρόπο με τον οποίο αυτός ο δεσμός επηρεάζει την μετέπειτα προσωπικότητα του ατόμου. Ενώ, αντίστοιχα, η προσοχή και το ενδιαφέρον της Mary Salter Ainsworth στράφηκε προς τη σπουδαιότητα της ασφάλειας αυτών των δεσμών. Η θεωρία του δεσμού (ή θεωρία της προσκόλλησης), λοιπόν, έχει προέλθει κυρίως από την συμβολή των John Bowlby και Mary Ainsworth (Bretherton, 1992). Ο Bowlby σε ένα από τα έργα του αναφέρει πως η θεωρία της προσκόλλησης για αυτόν είναι ένα «μέσο» να γίνει κατανοητός ο λόγος, ο οποίος οδηγεί τους ανθρώπους στην ανάπτυξη ισχυρών δεσμών με τους σημαντικούς άλλους(πρωταρχικούς φροντιστές), καθώς και τα αρνητικά συμπτώματα που βιώνει κάποιος (θυμό, άγχος, κατάθλιψη) έπειτα από κάποιο ξαφνικό χωρισμό- απώλεια (Bowlby, 1977).

Ο John Bowlby αφού αποφοίτησε από το Πανεπιστήμιο του Cambridge(1928), εργάστηκε εθελοντικά σε μια δομή με ψυχικά διαταραγμένα παιδιά. Σταθμός της μελλοντικής του καριέρας αποτέλεσαν δύο παιδιά αυτής της δομής, μέσω των οποίων συμπέρανε πως η σχέση της μητέρας με το βρέφος διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην μετέπειτα ψυχική και κοινωνική ζωή του (Senn, 1977). Ο ίδιος απέκτησε ιδιαίτερο κλινικό ενδιαφέρον στη μετάδοση της σπουδαιότητας της προσκόλλησης με τους γονείς και στο γεγονός πως θα μπορούσε να βοηθάει τα παιδιά μέσω της θεραπείας των γονέων τους. Άλλωστε, σε ένα από τα έργα του αναφέρθηκε στο ότι είναι καθοριστικής σημασίας για μια μητέρα με γονικά προβλήματα να κατανοήσει και να αναγνωρίσει τα δικά της συναισθήματα, προκειμένου να αποδέχεται εύκολα παρόμοιες συμπεριφορές στο δικό της παιδί (Bowlby, 1940, p. 23). Αργότερα, μετά το πέρας του δευτέρου Παγκοσμίου Πολέμου, ασχολήθηκε ερευνητικά με το συγκεκριμένο κομμάτι. Συγκεκριμένα, βίωσε μια μεθοδολογική εμπειρία σε μια κλινική του Λονδίνου, στην

οποία επικεντρώθηκε ξανά στο ιστορικό των γονιών. Βέβαια, λίγο αργότερα ίδρυσε τη δική του μονάδα στην οποία ερευνούσε όχι μόνο τη σχέση μητέρας- παιδιού, αλλά και το βίωμα του χωρισμού αυτών των δύο (Bretherton, 1992).

Η Mary Ainsworth μετά την αποφοίτηση της από το Πανεπιστήμιο του Toronto, αφοσιώθηκε στο κομμάτι της ασφάλειας των σχέσεων με τους γονείς. Στη διατριβή της ("An Evaluation of Adjustment Based on the Concept of Security") το 1940, ανέφερε το ότι η ασφάλεια στα πλαίσια της οικογένειας προσφέρει στο βρέφος τη δυνατότητα να αναπτύξει άρτια ψυχική και κοινωνική βάση για τη μελλοντική του ζωή, καθώς είναι σε θέση να αποκτήσει νέες δεξιότητες και να εξερευνήσει τον κόσμο. Αντίθετα, η έλλειψη της οικογενειακής ασφάλειας μπορεί να δημιουργήσει σύγχυση στο βρέφος και να το εκθέσει γενικότερα σε βίωση αρνητικών συναισθημάτων (Ainsworth, 1983). Έτσι, το 1950 οι ερευνητικοί δρόμοι της Mary Ainsworth και του John Bowlby συναντήθηκαν, δεδομένου ότι η Ainsworth μόλις είχε μετακομίσει στο Λονδίνο και είχε ενημερωθεί για το έργο του John Bowlby (Bretherton, 1992).

Εκτός από τον John Bowlby και την Mary Ainsworth, πολλοί άλλοι ερευνητές και επιστήμονες εκδήλωσαν έντονο και έμπρακτο ενδιαφέρον με το συγκεκριμένο κομμάτι της Ψυχολογίας, δίνοντας σημαντικές πληροφορίες και παραμέτρους στην έως τώρα έρευνα. Ο James Robertson αποτέλεσε αρωγός στην παρατήρηση εγκαταλελειμμένων παιδιών με μεγάλη επιτυχία, καθώς είχε εμπειρία στο κομμάτι της παρατήρησης. Επιπρόσθετα, ο Harry Harlow (1950- 1960) εκτέλεσε ένα πείραμα με πιθήκους, προκειμένου να ανακαλύψει τον τρόπο με τον οποίο οι πίθηκοι δένονται με τις μητέρες τους. Μέσα από το συγκεκριμένο πείραμα, ο Harlow συμπέρανε πως δεν αρκεί η τροφή για να δεθεί ένας πίθηκος με τη μητέρα του, αλλά διαδραματίζει σημαντικό ρόλο η ασφάλεια και η ευαισθησία που εκπέμπει η μητέρα. Το πείραμα του Harlow, παρόλο που δημιούργησε προβλήματα στους πιθήκους που συμμετείχαν και δέχθηκε έντονη κριτική, άσκησε επιρροή στο έως τώρα θεωρητικό έργο του John Bowlby (Harlow, 1959). Αρκετοί ακόμα ερευνητές έχουν ασχοληθεί με τους δεσμούς, όπως για παράδειγμα ο Bischof (1975), ο οποίος ασχολήθηκε με τους δεσμούς στα ζώα και με τις διαφορές που παρουσιάζονται στους δεσμούς με βάση τα φύλα (Bischof, 1975).

Ενώ ο John Bowlby συνέχιζε την ενασχόληση με την προσκόλληση, η Mary Ainsworth χρειάστηκε να μετακομίσει στην Ουγκάντα, όπου και κατάφερε να εξελίξει

αρκετά τα έως τώρα δεδομένα. Η Ainsworth ξεκίνησε μια έρευνα παρατήρησης στην Ουγκάντα 26 οικογενειών σε μια περίοδο 9 μηνών, όπου οι μητέρες περνούσαν χρόνο με το βρέφος- παιδί τους, ενώ ταυτόχρονα η ίδια κατέγραφε συμπεριφορές των παιδιών, οι οποίες ουσιαστικά προέρχονταν από την ασφάλεια ή την θαλπωρή της μητέρας. Επιπρόσθετα, τόσο από τις συνεντεύξεις που έκανε στις μητέρες, όσο και από την παρατήρηση, η Ainsworth παρατήρησε κάτι αναπόφευκτο, καθώς δεν συνάδει με τα λεγόμενα του Freud, σχετικά με την στοματική φάση και ευχαρίστηση (Garcia, 1995). Συγκεκριμένα, τα μωρά αναζητούσαν τη μητέρα και έδειχναν να τη χρειάζονται κάθε φορά που βίωναν αρνητικά συναισθήματα ή που έβλεπαν τη μητέρα να απομακρύνεται από αυτά. Έτσι, συμπέρανε πως η μητέρα (ή ο πρωταρχικός φροντιστής) αποτελεί μια ασφαλή βάση για το βρέφος- παιδί, αναπληρώνοντας κάθε συναισθηματική ανάγκη ή ανάγκη τροφής, γεγονός που την οδήγησε να ανακαλύψει τη προσκόλληση που έχει δημιουργηθεί μεταξύ τους. Στη συνέχεια, αυτά τα ευρήματα κατεύθυναν την Mary Ainsworth στην ανάλυση των τύπων με τους οποίους προσκολλώνται τα βρέφη, χωρίζοντας τα σε τρεις κατηγορίες: τα ασφαλώς προσκολλημένα, τα μη ανασφαλώς προσκολλημένα και τα καθόλου προσκολλημένα. Τα ασφαλώς προσκολλημένα έδειχναν πιο ήρεμα και έκλαιγαν κυρίως στο χωρισμό με τη μητέρα (ή τον πρωταρχικό φροντιστή), ενώ τα ανασφαλώς προσκολλημένα παρουσιάστηκαν πιο ανήσυχα, καθώς έκλαιγαν και κατά την παρουσία της μητέρας. Αντίθετα, η Ainsworth δεν είχε σαφείς πληροφορίες για τα μη προσκολλημένα, διότι ήταν λίγα σε αριθμό στην έρευνα της, συνεπώς δεν ήταν βέβαιη για το αν δεν έχουν προλάβει ακόμα να αναπτύξουν δεσμό. Όλες οι νέες πληροφορίες και τα ερευνητικά δεδομένα από το έργο της στην Αφρική, ήρθαν σε ταύτιση με την εξέλιξη του έργου του John Bowlby εκείνης της εποχής και έδωσαν νέες παραμέτρους στην έρευνα (Ainsworth & Bowlby, 1991).

Ο όρος ασφάλεια, ο οποίος αναφέρεται στους παραπάνω τύπους, έχει αναλυθεί από τον Blatz. Ο Blatz (1966) επισημαίνει πως η ασφάλεια αναπτύσσεται σταδιακά, καθώς το παιδί εξερευνά τον κόσμο γύρω του και χρειάζεται την παρουσία του γονέα, προκειμένου να νιώθει μια ασφαλή βάση. Αργότερα, μέσω αυτής το παιδί γίνεται ανεξάρτητα ασφαλές και χάνει σταδιακά την εξάρτηση του από το γονέα (Blatz, 1966).

Με το πέρας της δεκαετίας και σχεδόν ταυτόχρονα με το έργο της Ainsworth στην Ουγκάντα (1954-1963), ο Bowlby συνέχισε την ενασχόληση με την έρευνα, βασιζόμενος πάντα στα έως τώρα δεδομένα της ηθολογίας, της θεωρίας της εξέλιξης,

της συστημικής θεωρίας και της γνωστικής ψυχολογίας. Εμβαθύνοντας, λοιπόν, στην προσκόλληση, παρατήρησε πως η παρουσία του πρωταρχικού φροντιστή είναι καθοριστική για την αίσθηση της ασφάλειας και στην περίπτωση απουσίας της, το βρέφος νιώθει έντονη απογοήτευση και δείχνει αδιάφορο προς τη μητέρα(ως μηχανισμό άμυνας) (Ainsworth & Bowlby, 1991). Σταθμός στην πορεία της έρευνας για την κατανόηση της θεωρίας της προσκόλλησης αποτέλεσε το έργο της Mary Ainsworth (1969), η οποία δημιούργησε σε εργαστήριο έναν τρόπο να κάνει μέτρηση και ταξινόμηση της προσκόλλησης των παιδιών με τους πρωταρχικούς φροντιστές τους, το οποίο ονόμασε «Strange Situation» (μέθοδος του ξένου) (Van Rosmalen et al., 2015; Ainsworth & Bowlby, 1991). Μέσω αυτής, οι ερευνητές πήραν πολλές και σημαντικές πληροφορίες. Αρχικά, παρατηρήθηκε πως η ανταπόκριση της μητέρας(ή του πρωταρχικού φροντιστή) στο κλάμα του βρέφους, δημιουργεί αισθήματα ασφάλειας και ηρεμίας (με λιγότερο κλάμα) στο τέλος του πρώτου έτους, δημιουργώντας μια ασφαλή προσκόλληση. Γενικότερα, σε αυτές τις περιπτώσεις, η ασφαλής προσκόλληση δημιούργησε ένα άρτιο κλίμα επικοινωνίας μεταξύ των δύο προσώπων, όπου το παιδί έπαιρνε την ανταπόκριση της ανάγκης που ζητούσε. Η παράξενη κατάσταση, λοιπόν, διαχώρισε τα ασφαλή από τα ανασφαλή βρέφη και τα ανασφαλή σε επιμέρους κατηγορίες (αποφυγής, αμφιθυμίας, αποδιοργάνωσης) (Stayton & Ainsworth, 1973; Ainsworth et al., 1978).

Η θεωρία της προσκόλλησης (ή θεωρία του δεσμού), λοιπόν, αναπτύχθηκε από τον Βρετανό ψυχαναλυτή John Bowlby λίγο πριν το 1980, αφήνοντας το στίγμα του τόσο στην ερευνητική κοινότητα, όσο και στην επιστήμη της Ψυχολογίας, η οποία ασχολείται με τις διαπροσωπικές σχέσεις (Ainsworth & Bowlby, 1991).

1.2 Εννοιολογική αποσαφήνιση του Δεσμού

Ο John Bowlby αναφέρει πως το σημαντικότερο θεμέλιο και ο οδηγός για την έρευνα και την πρακτική αποτελεί μια καλή θεωρία. Ως αποτέλεσμα, όλοι οι επιστήμονες κατέβαλαν μεγάλη προσπάθεια στη δημιουργία μιας εμπεριστατωμένης θεωρίας, καθώς με την πάροδο του χρόνου θα δώσει σημαντικά στοιχεία στο ερευνητικό κομμάτι και ίσως αποτελέσει σημαντικό λόγο ανάπτυξης υγιών οικογενειακών σχέσεων (Bowlby, 1982).

Η προσκόλληση, λοιπόν, είναι ένας όρος, ο οποίος αφορά αφενός τον θετικό αντίκτυπο των στενών σχέσεων στη ζωή ενός βρέφους, παρέχοντας του μια ασφαλή βάση και αφετέρου την επίδραση αυτών των σχέσεων στη μελλοντική του ζωή (Ainsworth, 1969; Bowlby, 1958). Έως τώρα, η ψυχαναλυτική θεωρία του Freud θεωρούσε πως το βρέφος δημιουργεί δεσμό με τη μητέρα, καθώς του ικανοποιεί την ανάγκη της τροφής (Freud, 1963). Όμως, με τη θεωρία της προσκόλλησης γίνεται γνωστό πως ο δεσμός, ο οποίος τείνει να δημιουργεί το κάθε βρέφος, δεν αφορά αποκλειστικά την ικανοποίηση της τροφής, αλλά τη γενικότερη ψυχική και σωματική ικανοποίηση του. Άλλωστε, είναι μια βιολογική ανάγκη, η οποία οδηγεί στην φυσιολογική εξελικτική πορεία του καθενός. Όπως προαναφέρθηκε, το βρέφος μαθαίνει να εξερευνά τον κόσμο, γνωρίζοντας πως έχει μια ασφαλή βάση να απευθυνθεί κάθε φορά που νιώθει φόβο ή άγχος, προκειμένου να επιβιώσει και να αναπτύσσει την ικανότητα προσαρμογής του (Bowlby, 1958). Αντίστοιχα, η Mary Ainsworth αποτυπώνει την έννοια της προσκόλλησης λέγοντας πως είναι «μια συνεχής κατάσταση ενός οργανισμού και αναφέρεται στην τάση του να συμπεριφέρεται με τρόπους, χαρακτηριστικούς αυτού του οργανισμού, που χρησιμεύουν για τη διατήρηση της εγγύτητας ή της αλληλεπίδρασης με τον φροντιστή- άτομο που έχει προσκολληθεί» (Ainsworth 1967).

Η προσκόλληση, όπως περιεγράφηκε παραπάνω, αποτελείται από στοιχεία-συνιστώσες, καθένα από τα οποία δίνουν μια διαφορετική, αλλά απαραίτητη διάσταση στον ευρύτερο όρο. Η συναισθηματική συνιστώσα περιλαμβάνει το συναισθηματικό δέσιμο μεταξύ μητέρας- φροντιστή και βρέφους, μέσω της φροντίδας και της ικανοποίησης των ψυχικών και σωματικών αναγκών (Ainsworth 1967, 1969). Ο Bowlby (1958), αναφέρει πως η δημιουργία του δεσμού προσκόλλησης είναι το αποτέλεσμα των θετικών συναισθημάτων που προκύπτουν λόγω των προαναφερθέντων (Bowlby, 1958). Επιπρόσθετα, η συμπεριφορική αφορά τις ενστικτώδεις- βιολογικά κατευθυνόμενες συμπεριφορές, οι οποίες οδηγούν τόσο το βρέφος όσο και το φροντιστή στην εκπλήρωση τους, ενισχύοντας έτσι το δεσμό μεταξύ τους (Ainsworth 1967, 1969). Η γνωστική πλευρά της προσκόλλησης, εμπλέκει τη γενικότερη νευρική και νοητική ανάπτυξη του παιδιού, η οποία χρειάζεται μια ισχυρή βάση για την ορθή εξελικτική της πορεία. Ουσιαστικά, το παιδί νιώθει ασφάλεια στο να εξερευνήσει τον κόσμο μόνο του και να προσπαθήσει να βρει τεχνικές επίλυσης προβλημάτων (Bretherton, 1985). Μια ακόμα βασική πλευρά είναι η κιναισθητική-

απτή, η οποία υποστηρίζει πως η προσκόλληση ενισχύεται μέσω της επαφής δέρματος της μητέρας με το βρέφος της. Το χάδι, το άγγιγμα, το άρωμα της μητέρας είναι όλα πολύ σημαντικά για την ηρεμία του βρέφους, ενώ η μητέρα προσαρμόζει τη φωνή και το άγγιγμα της, έτσι ώστε να προσφέρει την ασφάλεια και την αγάπη που χρειάζεται (Cristobal, 2003). Η τελευταία και σημαντικότερη συνιστώσα είναι αυτή της Φυσικής Ασφάλειας, η οποία επικεντρώνεται στο άτομο της προσκόλλησης. Συγκεκριμένα, το άτομο το οποίο δημιουργεί το δεσμό με το βρέφος είναι απαραίτητο να βρίσκεται συνεχώς κοντά στο βρέφος, να εκπληρώνει οποιαδήποτε ανάγκη προκύψει και να παρέχει την ασφάλεια που χρειάζεται (Waters & Cummings, 2000).

1.3 Φάσεις Ανάπτυξης του Δεσμού

Το βρέφος από την πρώτη στιγμή της ζωής του τείνει προς την αλληλεπίδραση, διότι είναι βιολογικά «φτιαγμένο» για αυτό (Bowlby, 1969). Έτσι, η πρώτη φάση δημιουργίας του δεσμού τοποθετείται από τη γέννηση έως τις πρώτες εβδομάδες της ζωής του, όπου αλληλεπιδρούν χωρίς κάποια πρόθεση, στρέφει το κεφάλι προς την πηγή του ήχου, ηρεμεί με το άγγιγμα, κατανοεί την ομιλία της μητέρας- φροντιστή, καθώς και ακολουθεί την παρουσία της με τα μάτια. Αργότερα, έως τους 3 μήνες ζωής, έχει καταφέρει να δημιουργήσει έναν κώδικα επικοινωνίας με τον πρωταρχικό φροντιστή, όπου οι συναισθηματικές και σωματικές ανάγκες καλύπτονται με τον καλύτερο δυνατό τρόπο για το βρέφος. Στην επόμενη φάση, η οποία αφορά το επόμενο τρίμηνο της ζωής, το βρέφος έχει σαφή προσκόλληση στη μητέρα- φροντιστή, ενώ ταυτόχρονα η μητέρα καθοδηγεί τις συμπεριφορές και τις συναισθηματικές ανταλλαγές μεταξύ τους. Αργότερα, στην τρίτη φάση, όπου το παιδί αρχίζει να περπατάει και να αυτονομείται ελάχιστα, είναι σε θέση να αλληλεπιδρά χωρίς καθοδήγηση, κλαίει όταν αποχωρίζεται τη μητέρα- φροντιστή και δείχνει χαρούμενο όταν τη συναντά ξανά. Υπάρχει μια γενικότερη αμοιβαία σχέση μεταξύ τους. Τέλος, μετέπειτα στη ζωή του, έχει δημιουργηθεί η ασφαλής βάση και το παιδί γνωρίζει πως μπορεί να στραφεί προς τα εκεί όταν βιώνει αρνητικά συναισθήματα, ενώ υπάρχει κατανόηση από την πλευρά του φροντιστή, δίνοντας του αυτό που έχει ανάγκη. Σαφώς, το παιδί σε αυτή τη φάση είναι σε θέση να αποχωριστεί τη μητέρα, χωρίς να νιώθει απειλή ή άγχος, ξέροντας πως θα είναι στο πλευρό του εάν τη χρειαστεί (CARLSON et al., 2003).

Συγκεντρωτικά, η πλήρης δημιουργία της ασφαλούς βάσης ολοκληρώνεται σε τέσσερις φάσεις. Ξεκινώντας από την πρώτη, η οποία τοποθετείται από τη γέννηση έως και την έκτη εβδομάδα ζωής, στην οποία το βρέφος δέχεται μια πλήρη κάλυψη όλων των αναγκών του, χωρίς να έχει την αίσθηση του κινδύνου για τα άγνωστα άτομα. Η δεύτερη φάση εκτείνεται έως τον όγδοο μήνα ζωής του, όπου το βρέφος γνωρίζει τα άτομα του περιβάλλοντος του και νιώθει απειλή με τα άγνωστα, καθώς και αντιδράει στον αποχωρισμό από τους οικείους του. Στη συνέχεια, η τρίτη φάση ξεκινά στον όγδοο μήνα ζωής και φτάνει έως τα δύο έτη, στην οποία γίνεται έκδηλη η παρουσία του άγχους αποχωρισμού από τη μητέρα- πρωταρχικό φροντιστή. Τέλος, η τέταρτη φάση, η οποία ονομάζεται και φάση αμοιβαίων σχέσεων, μπορεί να επεκταθεί έως την παιδική ή ενήλικη ζωή και στην οποία το παιδί μαθαίνει να περνά χρόνο μακριά από τη μητέρα χωρίς να το απασχολεί (Ainsworth, 1982; Cohen, 1974).

1.4 Περιγραφή των τύπων δεσμού

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, η Mary Ainsworth μέσω της εφαρμογής της «Strange Situation» εισήγαγε πρώτη φορά τους όρους που αντιστοιχούν στους τύπους δεσμού προσκόλλησης, οι οποίοι είναι οι εξής: α. Ασφαλής δεσμός, β. Ανασφαλής δεσμός. Ο ανασφαλής δεσμός έχει τρεις επιμέρους τύπους: α. Ανασφαλής δεσμός- αμφιθυμίας, β. Ανασφαλής δεσμός- αποφυγής και γ. Ανασφαλής δεσμός- αποδιοργανωμένος.

Στον ασφαλή δεσμό, τα βρέφη έχουν κυρίως θετικά συναισθήματα, καθώς με την παρουσία της μητέρας νιώθουν άνεση και επιθυμούν να γνωρίσουν τον κόσμο γύρω τους, δεδομένου ότι παρέχεται ασφάλεια με την παρουσία της. Η απουσία της μητέρας δημιουργεί ανησυχία και στεναχώρια, αλλά αυτά αποχωρούν όταν τη βλέπει ξανά. Γενικότερα, τα βρέφη με ασφαλή δεσμό μαθαίνουν να αποχωρίζονται τους γονείς, να χαιρετούν με ενθουσιασμό κατά την επανένωση και σαφώς να απευθύνονται σε αυτούς όταν αντιμετωπίζουν ένα πρόβλημα ή όταν βιώνουν αρνητικά συναισθήματα. Είναι ψυχικά υγιή βρέφη, τα οποία αντιλαμβάνονται την έννοια της εμπιστοσύνης από τα πρώτα χρόνια ζωής (Gillath et al., 2008). Ως νήπια, είναι αρκετά κοινωνικά, έχουν επιθυμία να έρθουν κοντά με τα υπόλοιπα νήπια και να συνάψουν φιλικές σχέσεις (Ponitz et al., 2009).

Σχετικά με τον ανασφαλής δεσμό αμφιθυμίας έχουν διεξαχθεί πολυάριθμες μελέτες προκειμένου να διασαφηνιστούν οι συμπεριφορές, οι οποίες χαρακτηρίζουν τον συγκεκριμένο τύπο. Αρχικά, τα βρέφη με ανασφαλής αμφιθυμικό δεσμό φαίνεται

να βιώνουν έντονο άγχος κατά τον αποχωρισμό με τη μητέρα, αλλά να μη συμβαίνει το ίδιο με την επανασύνδεση (Vaughn et al., 1989). Η εξερεύνηση των πραγμάτων γύρω τους πραγματοποιείται με δυσκολία, κατακλύζεται από φόβο και δεν τους δημιουργεί ιδιαίτερο ενδιαφέρον, καθώς προτιμούν την ενασχόληση μόνο με τα ήδη οικεία περιβάλλοντα, έχοντας την ανάγκη της προστασίας αυτών (Cassidy, 1986). Ως βρέφη, έχουν εντονότερο άγχος όταν ο ξένος αλληλεπιδρά με τη μητέρα, από ότι με το ίδιο, με αποτέλεσμα να παρακολουθούν με προσοχή τη μητέρα, διότι ανησυχούν πως θα χάσουν την προσοχή της εξ ολοκλήρου. Ως νήπια, συνεχώς προσπαθούν για την αλληλεπίδραση με τη μητέρα και ακόμα και όταν αλληλεπιδρούν με άγνωστους συνομηλίκους, την αναζητούν και επιθυμούν να βρίσκεται σε κοντινή απόσταση μεταξύ τους. Γενικότερα, τα παιδιά με ανασφαλή δεσμό αμφιθυμίας φαίνεται να έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση, με αποτέλεσμα να μην εμπλέκονται ή να απορρίπτονται σε παρέες συνομηλίκων, καταλήγοντας να είναι κοινωνικά μη ενεργά (Jacobson & Wille, 1986).

Στον ανασφαλή δεσμό αποφυγής, τα βρέφη φαίνεται να βιώνουν έντονα αρνητικά συναισθήματα και κυρίως θυμού. Γενικότερα, δείχνουν αδιαφορία προς τη μητέρα όταν βρίσκεται στον ίδιο χώρο, καθώς δεν επιδιώκουν αλληλεπίδραση μαζί της και προτιμούν να παίζουν μόνο τους. Ο αποχωρισμός από τη μητέρα δεν τους δημιουργεί κανένα συναίσθημα θυμού, ανησυχίας ή άγχους, ενώ δεν έχουν την επιθυμία να την χαιρετήσουν. Αντίστοιχα, η επανένωση τόσο με τη μητέρα όσο με τον πατέρα είναι μια αδιάφορη διαδικασία για αυτά, δεν τους χαιρετάει, καθώς και δεν προσπαθεί να αλληλοεπιδράσει μαζί τους, συνεχίζοντας να παίζει μόνο του. Ουσιαστικά, υπάρχει μια γενικότερη αποφυγή προς τους φροντιστές τους. Ως αποτέλεσμα, η κοινωνική και η συναισθηματική τους προσαρμογή ως νήπια είναι αρκετά δύσκολη, λόγω της μη ανταλλαγής συναισθημάτων με τον πρωταρχικό φροντιστή (Benoit, 2004).

Στον ανασφαλή δεσμό αποδιοργάνωσης, τα βρέφη δεν διαθέτουν κάποιο συγκεκριμένο μηχανισμό, προκειμένου να αντιμετωπίσουν το χωρισμό και την επανασύνδεση με τη μητέρα, με αποτέλεσμα να το βιώνουν με αντικρουόμενα συναισθήματα. Για παράδειγμα, τα βρέφη μπορεί να αναζητούν τη μητέρα με μεγάλη επιθυμία και όταν αυτή εμφανιστεί να την αποφεύγουν ή να αποπροσανατολίζονται. Γενικότερα, σαν νήπια δείχνουν αποδιοργανωμένα, με δυσκολία στις αναμενόμενες χρονικές ακολουθίες και με παράδοξα μοτίβα στην κίνηση, όπως αργές κινήσεις,

καθήλωση του βλέμματος σε ένα συγκεκριμένο σημείο, καταθλιπτική έκφραση προσώπου και μη οργανωμένες κινήσεις, χωρίς να απουσιάζει η ανησυχία προς το γονέα (Carlson et al., 1989).

1.5 Τι δημιουργεί τους τύπους ανασφαλούς δεσμού

1.5.1 Ανασφαλής δεσμός Αμφιθυμίας

Σύμφωνα με τη θεωρία της προσκόλλησης, οι συνεχείς και καθημερινές ενασχολήσεις της μητέρας- φροντιστή με το παιδί, δημιουργούν εμπειρίες, οι οποίες οδηγούν στο «μοντέλο εργασίας», μια εσωτερική αναπαράσταση του φροντιστή (Bowlby, 1969). Βέβαια, η συμπεριφορά των βρεφών με ανασφαλή δεσμό αμφιθυμίας, δείχνει πως το μοντέλο εργασίας ενός φροντιστή, ο οποίος δε δίνει επαρκή διαθεσιμότητα, με αποτέλεσμα, αυτά να αδιαφορούν για τη μητέρα- φροντιστή κατά την επανένωση. Η Ainsworth (1984) συμπέρανε πως αυτή η αβεβαιότητα που βιώνουν τα βρέφη, απορρέει όχι από μη σταθερή ή σταθερή διαθεσιμότητα της μητέρας, αλλά από την απουσία της συνέπειας της μητέρας, απέναντι στις στιγμές, τις οποίες χρειάζεται να είναι διαθέσιμη προς το βρέφος. Όλα τα παραπάνω οδηγούν στην ανεπιτυχή εξερεύνηση των παιδιών με ανασφαλή δεσμό αμφιθυμίας (Ainsworth, 1984). Σε γενικές γραμμές, μελέτες παρατήρησης οικογενειών με ανασφαλή αμφίθυμα βρέφη έδειξαν πως ο φροντιστής με το βρέφος είχαν χαμηλό ποσοστό αλληλεπίδρασης και αμοιβαίας ανταλλαγής συναισθημάτων, ενώ πολλές φορές η μητέρα δεν ανταποκρινόταν στην αναζήτηση της από το βρέφος (Isabella & Belsky, 1991).

1.5.2 Ανασφαλής δεσμό Αποφυγής

Στον ανασφαλή δεσμό αποφυγής παρατηρείται ένα μοντέλο εργασίας φροντιστή, ο οποίος είναι ελάχιστα διαθέσιμος προς το βρέφος, ενώ δεν ανταποκρίνεται στα αρνητικά συναισθήματα του. Ως αποτέλεσμα, τα βρέφη λαμβάνουν ως μήνυμα πως τα συναισθήματα τους και κυρίως τα αρνητικά, δεν είναι τόσο σημαντικά, καθότι δεν αναγνωρίζονται από τον πρωταρχικό φροντιστή τους και τα καταπιέζουν. Τα άτομα με ανασφαλή δεσμό αποφυγής, λοιπόν, μεγαλώνουν μαθαίνοντας πως οι σημαντικοί άνθρωποι στη ζωή τους καθορίζουν τα συναισθήματα, τα οποία τους «επιτρέπεται» να βιώνουν (Goldberg et al., 1994). Επιπρόσθετα, τα βρέφη νιώθουν μεγαλύτερη δυσφορία και ανησυχία όταν ο ξένος βρίσκεται με τη μητέρα τους, παρά με τα ίδια. Η Ainsworth (1992), λοιπόν, συμπέρανε πως η

συμπεριφορά που εκδηλώνουν με τον ξένο και τη μητέρα, πηγάζει από την ανησυχία για τη διαθεσιμότητα της μητέρας και όχι από το αν θα βρει τον τρόπο να αλληλοεπιδράσει με τον ξένο χωρίς να νιώθει φόβο (Cassidy, 1983).

1.5.3 Ανασφαλής δεσμό Αποδιοργάνωσης

Στον ανασφαλή δεσμό αποδιοργάνωσης φαίνεται πως η «αποδιοργάνωση» του βρέφους πηγάζει από τη συμπεριφορά της μητέρας- φροντιστή, η οποία επηρεάζει αρνητικά το βρέφος. Η μητέρα- φροντιστής αφενός δίνει στο βρέφος την εντύπωση πως είναι το μόνο άτομο, το οποίο θα του παρέχει τη φροντίδα και την άνεση που χρειάζεται και αφετέρου δημιουργεί αισθήματα φόβου στο παιδί, καθώς παρουσιάζει κακοποιητική συμπεριφορά απέναντι του. Ουσιαστικά, η μητέρα- φροντιστής εμφανίζεται στο παιδί ως μια φιγούρα φόβου, ενώ ταυτόχρονα και ως το μοναδικό άτομο με το οποίο μπορεί να δημιουργήσει προσκόλληση και να το απαλλάξει από τα αρνητικά συναισθήματα (Van Ijzendoorn et al., 1999). Επιπρόσθετα, ο ανασφαλής αποδιοργανωμένος δεσμός προσκόλλησης δεν εμφανίζεται μόνο στην παραπάνω περίπτωση, της κακοποιητικής φιγούρας φροντιστή, αλλά και σε περιπτώσεις όπου ο φροντιστής έχει βιώσει κάποιο τραυματικό γεγονός (π.χ. απώλεια σημαντικού ατόμου- φιγούρα προσκόλλησης) και δεν έχει καταφέρει να το «επουλώσει». Σε αυτή την περίπτωση, ο φροντιστής μπορεί να παρουσιάζει ξαφνικές και τρομακτικές συμπεριφορές προς το βρέφος, οι οποίες πηγάζουν από τον πόνο του για την απώλεια και για τις οποίες το βρέφος δε φέρει καμία ευθύνη (Main & Hesse, 1990).

1.6 Δεσμοί και Ενήλικη Ζωή

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, τα βρέφη σχηματίζουν είτε ασφαλείς είτε ανασφαλείς δεσμούς με τη φιγούρα προσκόλλησης. Τα ασφαλώς προσκολλημένα καλλιεργούν την εμπιστοσύνη με το άτομο της προσκόλλησης και είναι το άτομο στο οποίο θα απευθυνθούν όταν αντιμετωπίζουν ένα πρόβλημα. Η θεωρία της προσκόλλησης, λοιπόν, ισχυρίζεται πως στη βρεφική ηλικία διαμορφώνεται το εσωτερικό μοντέλο εργασίας του φροντιστή τους (ασφαλή βάση), το οποίο επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο τα βρέφη και αργότερα οι ενήλικες χτίζουν σχέσεις με τα άλλα άτομα, αποζητώντας την ασφάλεια. Έτσι, τόσο ο Bowlby, όσο και η Ainsworth υποστηρίζουν πως βασικό κομμάτι της Θεωρίας του Δεσμού είναι πως τα εσωτερικά

μοντέλα εργασίας του εαυτού και των άλλων επηρεάζουν την ενήλικη κοινωνική ζωή και τις σχέσεις (Bowlby, 1982; Ainsworth & Bowlby, 1991; Hazan & Shaver, 1987).

Ο ασφαλής τύπος δεσμού στην ενήλικη ζωή εξακολουθεί να χαρακτηρίζεται από εμπιστοσύνη. Συγκεκριμένα, ένα άτομο με ασφαλή δεσμό προσκόλλησης δεν αντιμετωπίζει δυσκολία στη σύναψη κοινωνικών σχέσεων, τις οποίες εμπλουτίζει με αμοιβαιότητα και ασφάλεια. Είναι ένα άτομο, το οποίο μπορεί να στραφεί στους κοντινούς τους ανθρώπους για βοήθεια, όταν αντιμετωπίσει ένα πρόβλημα, αλλά χωρίς αυτό να σημαίνει ότι δεν είναι σε θέση να στραφεί προς τον εαυτό του και να δράσει αυτόνομα. Επιπρόσθετα, οι διαπροσωπικές τους σχέσεις κατακλύζονται από εμπιστοσύνη και για την επίλυση προβλημάτων βασίζονται στο ίδιο μοτίβο, με το οποίο δημιουργείται ο ασφαλής δεσμός προσκόλλησης. Συγκεκριμένα, αρχικά αναγνωρίζουν τα συναισθήματα τους και τον τρόπο που αυτά τους ασκούν επιρροή, ενώ έπειτα αναζητούν τρόπους επίλυσης τους οποίους να έχουν ήδη χρησιμοποιήσει σε κάτι αντίστοιχο και τέλος απευθύνονται στους σημαντικούς άλλους, ζητώντας υποστήριξη και έχοντας πάντα την ελπίδα και την πίστη της επίλυσης (Mikulincer & Sheffi, 2000). Ουσιαστικά, τα άτομα με ασφαλή τύπο προσκόλλησης χρησιμοποιούν μια μέθοδο επίλυσης προβλημάτων, η οποία έχει ως βάση τη δική τους κρίση και ως στήριξη τους σημαντικούς άλλους, με αποτέλεσμα να αναπτύσσουν επιτυχημένες και αποτελεσματικές τεχνικές επίλυσης προβλημάτων. Εν συνεχεία, οι δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων συνεισφέρουν στην πιο αποτελεσματική και λιγότερο επίπονη διαχείριση τους άγχους. Άλλωστε το άγχος είναι μια κατάσταση στην οποία πολλοί άνθρωποι δυσκολεύονται να διαχειριστούν (Mikulincer, 1995; Bartholomew & Horowitz, 1991).

Ο ανασφαλής αποφυγής τύπος δεσμού στην ενήλικη ζωή διακατέχεται από αποφυγή σε όλες τις διαπροσωπικές σχέσεις. Τα άτομα με αποφυγή δεν αισθάνονται άνετα να παρέχουν ή να ζητήσουν υποστήριξη από άτομο του κοινωνικού τους περιβάλλοντος. Γενικότερα, όταν ένα άτομο αποζητά υποστήριξη, πιστεύουν πως είναι αδύναμο, ανώριμο, συναισθηματικά ασταθές ή και εξαρτώμενο από άλλους. Συνεχώς, προσπαθούν για την αυτονομία τους, θεωρώντας πως αυτό είναι η μοναδική σημαντική δύναμη και δυσκολεύονται σε μεγάλο βαθμό να παρέχουν ψυχολογική υποστήριξη (Wilson et al, 2000). Επιπρόσθετα, φαίνεται να μη νιώθουν άνετα όταν κάποιος τους «πλησιάζει», έχοντας οικειότητα μαζί του, καθώς δεν αναπτύσσουν εμπιστοσύνη και δεν φοβούνται τη μοναχικότητα (Collins & Read, 1990). Αντίστοιχα, στις ρομαντικές

τους σχέσεις δρουν με τον ίδιο τρόπο, δηλαδή η κοινωνική και συναισθηματική τους υποστήριξη είναι σχεδόν ανύπαρκτη απέναντι τους, γεγονός που σίγουρα επηρεάζει τόσο τη διαπροσωπική σχέση όσο και το ενδεχόμενο της γονεϊκότητας. Οι Rholes, Simpson, Blakely (1995) σε μια έρευνα τους βρήκαν πως οι μητέρες με τύπο αποφυγής προσκόλλησης δυσκολεύονται να προσφέρουν την επαρκή συναισθηματική φροντίδα στα παιδιά τους κατά την αλληλεπίδραση ή την εκμάθηση πραγμάτων. Πολλές ακόμα μητέρες ανέφεραν πως η συναισθηματική σύνδεση με τα παιδιά τους φάνταζε ένα ακατόρθωτο γεγονός. Συνεπώς, το μοτίβο συμπεριφοράς των ατόμων με αποφυγή στις κοινωνικές τους σχέσεις παρατηρείται πολλές φορές και στη σχέση τους με τα παιδιά τους ως γονείς, αν και το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών δεν επιθυμούν την απόκτηση παιδιού (Rholes et al., 1995).

Ο ανασφαλής αμφιθυμίας τύπος δεσμού στην ενήλικη ζωή κατακλύζεται σαφώς από αντικρουόμενα συναισθήματα. Προσπαθούν να «πλησιάσουν» σε υπερβολικό βαθμό ένα άτομο, κυρίως στις ρομαντικές τους σχέσεις, όντας παθητικά δεμένοι μαζί τους. Συγκεκριμένα, αναφέρουν πως επιθυμούν να συγχωνευτούν με το άτομο, το οποίο βρίσκονται σε σχέση και τις περισσότερες φορές επιδιώκουν αυτή την κατάσταση. Ως αποτέλεσμα, προκαλούν φόβο με την υπερβολική συμπεριφορά τους, ενώ οι ίδιοι ανησυχούν πως ο σύντροφος τους θα τους εγκαταλείψει (Collins & Read, 1990). Γενικότερα, τα άτομα με τύπο αμφιθυμίας προσκόλλησης ενστερνίζονται την ιδέα «όλα ή τίποτα» προς τις κοινωνικές τους σχέσεις, καταλήγοντας ή στο να προσπαθούν με όλες τους τις δυνάμεις να κρατήσουν ένα άτομο κοντά τους ή στο να σταματάνε κάθε τέτοια προσπάθεια λόγω της μη ανταπόκρισης και να στρέφονται εναντίον του. Ο θυμός και η σύγκρουση είναι καταστάσεις, οι οποίες εξακολουθούν να υπάρχουν στη ζωή τους συνεχώς, ενώ εμπλέκονται σε διαφωνίες και συγκρούσεις τις οποίες δεν είναι σε θέση να επιλύσουν αποτελεσματικά. Συμπεραίνοντας, τα άτομα με ανασφαλή τύπο αμφιθυμίας επιδιώκουν να έχουν ένα κοινωνικό και υποστηρικτικό περιβάλλον, αλλά η συμπεριφορά τους και η υπερβολική προσκόλληση προς τους άλλους δεν τους βοηθά, καταλήγοντας είτε σε συγκρούσεις είτε σε ανησυχία για το αν θα απορριφθούν (Cassidy & Berlin, 1994).

Ο ανασφαλής αποδιοργανωμένος τύπος δεσμού στην ενήλικη ζωή εκδηλώνεται με μια βίαιη χροιά στις συντροφικές τους σχέσεις. Σχετικές έρευνες έχουν δείξει πως ο ρομαντισμός απουσιάζει από τις σχέσεις τους, ενώ φαίνεται να υιοθετούν βίαιες συμπεριφορές απέναντι στις / στους συντρόφους τους. Γενικότερα, κυριαρχεί η

επιθετική συμπεριφορά στη ζωή τους, η οποία εμφανίζεται είτε λεκτικά είτε σωματικά (Holtzworth-Munroe et al., 1997). Ταυτόχρονα, όταν ένα άτομο με ανασφαλή αποδιοργανωμένη προσκόλληση γίνεται γονέας, αναπαράγεται η ίδια κατάσταση, αυτή του κακοποιητικού γονέα- συντρόφου (LYONS–RUTH et al., 2005). Ταυτόχρονα, ένας ενήλικας με αυτόν τον τύπο δεσμού έχει ως κύριο χαρακτηριστικό τον φόβο για τις ρομαντικές σχέσεις. Ως αποτέλεσμα, ο «φόβος χωρίς λύση» που βιώνει, του δημιουργεί μια δυσκολία στο να ψάχνει παρηγοριά από τον/την σύντροφο του, όταν το χρειάζεται. Συγκεκριμένα, αφενός επιδιώκουν να στραφούν προς αυτούς για να ικανοποιήσουν το συναίσθημα τους, αλλά αφετέρου το εκτελούν με έναν μη σαφή και χαοτικό τρόπο, λόγω του φόβου που βιώνουν. Δηλαδή, ξεκινούν με το να απευθύνονται στους συντρόφους με μη προσιτό τρόπο, γνωρίζοντας πως τελικά ο φόβος θα τους απομακρύνει και θα στραφούν ξανά προς τον εαυτό τους. Βέβαια, όπως είναι προφανές σε έναν αποδιοργανωμένο ενήλικα δεν απουσιάζει το άγχος και η αποφυγή, όπου μαζί με την αποδιοργάνωση προκαλούν το συγκεκριμένο μοτίβο συμπεριφοράς. Επιπρόσθετα, σχετικές έρευνες έχουν δείξει πως οι έντονα αποδιοργανωμένοι ενήλικες αντιμετωπίζουν δυσκολία στις νοητικές παραστάσεις του εαυτού τους και των άλλων, καταλήγοντας στο να είναι αβέβαιοι για τον ρόλο των στενών ή ρομαντικών σχέσεων στη ζωή τους και στο πως πρέπει να είναι αυτοί μέσα σε αυτές (Paetzold et al., 2015).

1.7 Ενεργά Μοντέλα Δεσμού

Ο John Bowlby (1973), έδωσε έναν ορισμό των ΕΜΔ (Ενεργά Μοντέλα Δεσμού), στον οποίο ανέφερε πως «τα ΕΜΔ στηρίζονται σε δύο μεταβλητές: α) αν, και σε ποιο βαθμό, το άτομο θεωρεί πως η φιγούρα προσκόλλησης του είναι διαθέσιμη όταν το ίδιο απευθύνεται για υποστήριξη και βοήθεια και β) αν, και σε ποιο βαθμό, το ίδιο το άτομο θα είναι διαθέσιμο όταν του απευθύνονται για υποστήριξη και βοήθεια» (Bowlby, 1973).

Ουσιαστικά, μέσω της ερευνητικής κοινότητας προκύπτει πως τα Ενεργά Μοντέλα Δεσμού είναι η εξέλιξη των τύπων δεσμού προσκόλλησης, που δημιουργούνται στη βρεφική ηλικία. Τα ΕΜΔ διαμορφώνουν τις σχέσεις δεσμών των ατόμων εν γνώσει τους ή όχι, καθώς και σε γνωστικό ή συναισθηματικό επίπεδο (Bartholomew & Horowitz, 1991).

Η ερευνητική κοινότητα της εξελικτικής ψυχολογίας, λοιπόν, ασχολήθηκε με τις διαφορές στην κατάσταση του νου, στα μοτίβα σκέψης, συναισθήματος και σκέψης

που συνδέονται με τους τύπους δεσμού προσκόλλησης. Σύμφωνα με αυτά, αναπτύχθηκε ένα σύστημα, το οποίο κατηγοριοποιεί τους τύπους δεσμού των ενηλίκων και ονομάζεται «Adult Attachment Interview- Συνέντευξη δεσμού ενηλίκων». Η συνέντευξη αποτελείται από ερωτήσεις, στις οποίες ο ερωτώμενος καλεί να ανακαλέσει μνήμες και εμπειρίες, οι οποίες θα τον βοηθήσουν να αποτιμήσει τη σχέση του με τους γονείς του. Έτσι, η ταξινόμηση σε ανασφαλή ή ασφαλή τύπο δεσμού στηρίζεται στην «κατάσταση του νου» στο παρόν και όχι στην κατάσταση που περιγράφεται από τον ερωτώμενο. Ο ένας τύπος, ο οποίος προκύπτει είναι ο «Αυτόνομα- ασφαλής τύπος», στον οποίο εντάσσονται αυτοί, οι οποίοι δεν αντιμετώπισαν δυσκολίες στην ανάκληση εμπειριών, συναισθημάτων και σκέψεων για τις παρελθοντικές σχέσεις με τους γονείς τους, ανεξάρτητα με την ποιότητα των σχέσεων αυτών. Ο δεύτερος τύπος είναι ο «Απορριπτικός- αποφυγής τύπος», στον οποίο ανήκουν αυτοί, οι οποίοι δυσκολεύτηκαν να θυμηθούν εμπειρίες του παρελθόντος, ενώ ταυτόχρονα παρουσίαζαν τους γονείς τους ως ιδανικούς και υποτιμούσαν τη σπουδαιότητα των σχέσεων αυτών για τον εαυτό του. Τέλος, είναι τα άτομα με τύπο «Εμμονής», τα οποία έχουν περιπλεγμένα στο μυαλό τους τα πρότυπα και τα βιώματα, καθώς δεν είναι σίγουροι για την χροιά της σχέσης τους με τους γονείς τους (θετική ή αρνητική), με αποτέλεσμα να παρεκκλίνουν από τα θέματα της συνέντευξης (Cassidy et al., 2012; Kafetsios, 2003).

Έχουν διεξαχθεί πολυάριθμες έρευνες, οι οποίες ασχολούνται με το πως οι σχέσεις στην ενήλικη ζωή επηρεάζονται από τα ΕΜΔ. Συγκεκριμένα, η Bartholomew (1990) έχει προτείνει ένα μοντέλο, στο οποίο περιγράφει το πως οι άνθρωποι αντιλαμβάνονται τον εαυτό τους και τους άλλους ανάλογα με τον τύπο δεσμό τους. Τα άτομα με ασφαλή δεσμό διακατέχονται από αυτοεκτίμηση και θετική σκέψη, τόσο του εαυτού τους, όσο και των άλλων και είναι διαθέσιμα για άτομα του κοινωνικού περιβάλλοντος τους, καθώς θεωρούν πως και αυτά τα άτομα θα είναι διαθέσιμα για αυτούς. Αντίθετα, τα άτομα με τον τύπο «εμμονής», είναι αυτά τα οποία έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση, αρνητική εικόνα για τα ίδια και θετική για τους γύρω. Ως αποτέλεσμα, γίνονται «θύματα» συναισθημάτων για τους άλλους και υποκύπτουν σε διάφορες καταστάσεις. Στη συνέχεια, ο «Απορριπτικός- αποφυγής τύπος» αποτελείται από άτομα με μια ιδανική εικόνα για τον εαυτό τους, αλλά μια αρνητική και κατώτερη για τους άλλους, διότι φαίνεται πως χρειάστηκε να γίνουν φροντιστές των γονιών τους, ενώ ταυτόχρονα οι γονείς να είναι αποστασιοποιημένοι από αυτούς. Τέλος, ο

«Φοβικός- αποφυγής τύπος» είναι αυτός στον οποίο η εντύπωση των ατόμων έχει αρνητική χροιά τόσο για τον εαυτό τους, όσο και για τους άλλους. Έχει βρεθεί πως αυτό συμβαίνει σε άτομα με επιθετικούς γονείς ή με γονείς που έπασχαν από κάποια ψυχοπαθολογία, όπως κατάθλιψη (Bartholomew, 1990; Bartholomew & Horowitz, 1991; Kafetsios, 2003).

1.8 Τραύμα Προσκόλλησης- Διαταραχές Τραυματικής Προσκόλλησης

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, υπάρχουν δύο είδη δεσμών προσκόλλησης, ο ασφαλής και ο ανασφαλής. Εν συνεχεία, στον ανασφαλή δεσμό παρατηρούνται τρεις επιμέρους κατηγορίες, ο αποφυγής, ο αμφιθυμίας και ο αποδιοργανωμένος δεσμός προσκόλλησης. Οι ανασφαλείς δεσμοί προσκόλλησης, και κυρίως ο αποδιοργανωμένος τύπος, στην βρεφική και νηπιακή ηλικία είναι επιρρεπείς στην εμφάνιση ψυχοπαθολογίας στην ενήλικη ζωή. Αντίθετα, η ασφαλής προσκόλληση αποτελεί «ασπίδα» προς τις διάφορες μορφές ψυχοπαθολογίας.

Τα άτομα με ανασφαλή αποδιοργανωμένο τύπο προσκόλλησης διατρέχουν τον μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης ψυχοπαθολογίας, λόγω του ότι δεν έχουν αναπτύξει κάποιο μηχανισμό άμυνας ώστε να αντιμετωπίσουν τα τραύματα τόσο του παρελθόντος όσο και αυτά που μπορεί να προκύψουν στη ζωή τους. Όπως επισημάνθηκε παραπάνω, ο αποδιοργανωμένος δεσμός συνδέεται σε μεγάλο βαθμό με τραυματικές εμπειρίες του γονέα- φροντιστή, τις οποίες δεν κατάφερε να επιλύσει, με αποτέλεσμα να επηρεάζουν τη σχέση με το παιδί του και συνεπώς το δεσμό προσκόλλησης με αυτό. Οι Main και Hesse (1990) προκειμένου να εξηγήσουν τη συσχέτιση του γονικού τραύματος με τον αποδιοργανωμένο δεσμό, ισχυρίστηκαν πως ο τραυματισμένος γονέας αντιμετωπίζει το βρέφος ως μια αφορμή στο να πυροδοτηθούν τα αρνητικά βιώματα του. Ως αποτέλεσμα, το βρέφος βιώνει μια ανεξήγητη, για το ίδιο, κατάσταση, η οποία περιλαμβάνει αντιφατικά μηνύματα και η επικοινωνία του με τον γονέα γίνεται μια οδυνηρή διαδικασία, η οποία κατακλύζεται από φόβο (Breidenstine et al., 2011; Lyons-Ruth et al., 1999; Main & Hesse, 1990).

1.9 Διαταραχές Τραυματικής Προσκόλλησης

Σύμφωνα με το DSM-5, οι Διαταραχές Τραυματικής Προσκόλλησης έχουν άμεση συσχέτιση με ανεπαρκή φροντίδα ή ανατροφή του παιδιού, στην οποία δε λαμβάνει συναισθηματική ή υλική υποστήριξη, καθώς και με αντιμετώπιση τραυματικών εμπειριών. Συνεπώς, το άτομο δεν καταφέρνει στη βρεφική ή στην νηπιακή του ηλικία να αναπτύξει υγιή και σταθερά πρότυπα δεσμού. Οι διαταραχές, οι οποίες σχετίζονται με την τραυματική προσκόλληση είναι η «Διαταραχή Αντιδραστικής Προσκόλλησης- Reactive Attachment Disorder» (ΔΑΠ) και η «Διαταραχή Ανεξέλεγκτης Κοινωνικής Εμπλοκής- Disinhibited Social Engagement Disorder» (ΔΑΚΕ) και θεωρούνται σπάνιες στην επιστημονική κοινότητα. Παρά το γεγονός πως βρίσκονται στην ίδια κατηγορία διαταραχών, η ΔΑΠ και η ΔΑΚΕ έχουν σημαντικές διαφορές στα κλινικά σημάδια τους, στον τρόπο και στην απόκριση της παρέμβασης, καθώς και στην πορεία τους.

Τα διαγνωστικά κριτήρια με βάση το DSM-5 για την Διαταραχή Αντιδραστικής Προσκόλλησης είναι τα εξής:

«1. Συνεχής αναστολή και συναισθηματική απόσυρση από τους γονείς- φροντιστές στην οποία: Α. το παιδί δεν αναζητά παρηγοριά όταν βιώνει αρνητικά συναισθήματα και Β. το παιδί δεν ανταποκρίνεται στην παρηγοριά όταν είναι στεναχωρημένο (πρέπει να πληρούνται και τα δύο)

2. Επίμονη κοινωνική και συναισθηματική διαταραχή στην οποία παρατηρούνται:

Α. Ελάχιστη κοινωνική και συναισθηματική ανταπόκριση στους άλλους

Β. Περιορισμένο θετικό συναίσθημα

Γ. Περίοδοι ανεξήγητης ευερεθιστότητας, λύπης ή φόβου που εμφανίζονται κατά τη διάρκεια μη απειλητικών αλληλεπιδράσεων με κάποιον ενήλικα- φροντιστή (πρέπει να πληρούνται τουλάχιστον δύο).

3. Το παιδί έχει βιώσει ακραία ανεπαρκή φροντίδα, όπως: Α. Συνεχή κοινωνική παραμέληση και έλλειψη βασικών συναισθηματικών αναγκών για άνεση, διέγερση, προσοχή και στοργή από τους ενήλικες- φροντιστές, Β. Ανατροφή σε ασυνήθη πλαίσια, με αποτέλεσμα να δυσκολεύεται η διαμόρφωση επιλεκτικών δεσμών και Γ. Συνεχείς αλλαγές πρωταρχικών προσώπων φροντιστών, περιορίζοντας την ευκαιρία δημιουργίας σταθερού δεσμού (πρέπει να παρατηρείται τουλάχιστον ένα).

4. Η ανεπαρκής φροντίδα στο 3 να είναι υπεύθυνη για τη διαταραγμένη συμπεριφορά στο 1.
5. Τα παραπάνω συμπτώματα (στο 1 και 2) να είναι εμφανή πριν από την ηλικία των 5 ετών.
6. Το παιδί έχει αναπτυξιακή ηλικία τουλάχιστον 9 μηνών.
7. Δεν πληρούνται τα κριτήρια για Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος.» (Williams & First, 2013; APA, 2013)

Η διάγνωση της Διαταραχής Αντιδραστικής Προσκόλλησης είναι σημαντικό να πραγματοποιείται μέσω παρατήρησης με τον πρωταρχικό φροντιστή του, καθώς και με αγνώστους, διότι το σπουδαιότερο έλλειμμα σε αυτή τη διαταραχή είναι η απουσία συμπεριφορών προσκόλλησης. Επιπρόσθετα, τα παιδιά με ΔΑΠ μπορεί να παρουσιάζουν στερεοτυπικές κινήσεις ή συμπεριφορές, γνωστική ή γλωσσική καθυστέρηση ή ακόμα και συμπτώματα κατάθλιψης. Οι κοινωνικές τους δεξιότητες εμφανίζουν παρεκκλίσεις, οι οποίες εμφανίζουν ομοιότητες με αυτές στη Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος (Zeanah & Gleason, 2014).

Εντούτοις, η ουσιαστική και έγκαιρη παρέμβαση μπορεί να περιορίσει σημαντικά τα συμπτώματα της ΔΑΠ. Τα παιδιά ανταποκρίνονται στην παρέμβαση, ενώ η εμφάνιση ενός στοργικού και υπεύθυνου πρωταρχικού φροντιστή κρίνεται άκρως βοηθητική (APA, 2013).

Τα διαγνωστικά κριτήρια με βάση το DSM-5 για τη Διαταραχή Ανεξέλεγκτης Κοινωνικής Εμπλοκής είναι τα εξής:

- «1. Το παιδί παρουσιάζει ένα πρότυπο συμπεριφοράς, το οποίο περιλαμβάνει αδιάκριτη προσέγγιση και αλληλεπίδραση με άγνωστους ενήλικες και τουλάχιστον δύο από τα ακόλουθα: Α. Μειωμένο ή απόντα δισταγμό για προσέγγιση και αλληλεπίδραση άγνωστων ενηλίκων, Β. Λεκτική ή σωματική συμπεριφορά υπερβολικά οικεία και Γ. Μετά την απομάκρυνση από τον ενήλικα φροντιστή δεν επιδιώκει να επικοινωνήσει ξανά, ακόμα και σε περιέργες καταστάσεις.
2. Οι συμπεριφορές στο 1 δεν είναι αποτέλεσμα παρορμητικότητας (π.χ. ΔΕΠΥ), αλλά περιλαμβάνουν κοινωνικά απαγορευμένη συμπεριφορά.

3. Το παιδί έχει βιώσει ακραία ανεπαρκή φροντίδα με: Α. Συνεχή κοινωνική παραμέληση, Β. Έλλειψη βασικών συναισθηματικών αναγκών για άνεση, διέγερση, προσοχή και στοργή από τους φροντιστές, Γ. Πολυάριθμες αλλαγές των πρωταρχικών φροντιστών, με αποτέλεσμα να έχει περιορισμένες ευκαιρίες δημιουργίας προσκόλλησης και Δ. Ανατροφή σε ασυνήθιστα περιβάλλοντα, με μηδαμινές ευκαιρίες δημιουργίας προσκόλλησης (πρέπει να παρατηρείται τουλάχιστον ένα).

4. Η ανεπαρκής φροντίδα είχε ως αποτέλεσμα τα συμπτώματα που αναφέρονται στο 1 και στο 2.

5. Το παιδί έχει αναπτυξιακή ηλικία τουλάχιστον 9 μηνών.» (APA, 2013)

Τα παιδιά με ΔΑΚΕ παρουσιάζουν γνωστικές, γλωσσικές και κοινωνικές διαταραχές, με αποτέλεσμα να δυσκολεύονται στη δημιουργία στενών σχέσεων, ή ακόμα και να χρειάζονται ειδικά προγράμματα εκπαίδευσης. Η παραμέληση σε αυτή τη διαταραχή είναι εμφανής σε πολλούς τομείς της ζωής των ατόμων με ΔΑΚΕ, ακόμα και στο κομμάτι της διατροφής. Παρατηρούνται μεγάλα ποσοστά υποσιτισμού σε παιδιά με αυτή τη διαταραχή. Σαφώς, η παραμέληση τοποθετείται σημαντικά στο κοινωνικό κομμάτι, αφού ακόμα και σε υγιή περιβάλλοντα κατά τη διάρκεια της παρέμβασης, τα παιδιά αντιμετωπίζουν δυσκολία στη δημιουργία προσκόλλησης. Συνεπώς, είναι μια διαταραχή στην οποία η παρέμβαση είναι δύσκολη και πολλά παιδιά μπορεί να εμφανίζουν επίμονα σημάδια της στην εφηβική και ενήλικη ζωή (APA, 2013; Smyke et al., 2012).

Συμπεραίνοντας, με βάση τα όσα έχουν αναφερθεί, το πιο καθοριστικό βήμα για την παρέμβαση των παιδιών με Διαταραχή Τραυματικής Προσκόλλησης είναι η εύρεση και η εξασφάλιση ενός περιβάλλοντος, στον οποίο θα βρει έναν στοργικό φροντιστή, ο οποίος θα του προσφέρει άνεση στο να δημιουργήσει μια υγιή προσκόλληση. Όμως, είναι δεδομένο πως ένα παιδί με ΔΑΠ ή ΔΑΚΕ θα αντιμετωπίσει πολύ μεγάλη δυσκολία στη δημιουργία δεσμού με αυτόν τον φροντιστή και είναι σαφές πως θα χρειαστεί περαιτέρω ψυχολογική υποστήριξη από κάποιον ειδικό σε αυτόν τον τομέα. Βέβαια, ο νέος φροντιστής θα χρειαστεί να δεχτεί εξίσου στήριξη από πάροχο ψυχικής υγείας, ώστε να στηρίζει και να καθοδηγεί το παιδί όσο χρειάζεται (Zeanah et al., 2016).

Κεφάλαιο 2^ο : Αγχώδεις Διαταραχές

2. 1 Ιστορική Αναδρομή

Οι πρώτες αναφορές για το άγχος, ως μια παθολογική κατάσταση, τοποθετούνται χιλιάδες χρόνια πριν, στην αρχαία Ελληνορωμαϊκή εποχή. Στο «Ιπποκράτειο Σώμα», το οποίο περιλαμβάνει ελληνικά ιατρικά κείμενα του Ιπποκράτη περιλαμβάνονται όροι όπως «φόβος» και «πάθος» και πως αν αυτά πυροδοτούνται σε συγκεκριμένες περιπτώσεις για μεγάλο χρονικό διάστημα, τότε μπορεί να χαρακτηριστεί ως ιατρική διαταραχή (Smith, 1994). Αντίστοιχα, πολλά λατινικά φιλοσοφικά συγγράμματα προδιαθέτουν για τα κλινικά χαρακτηριστικά του άγχους και την αντιμετώπιση μέσω μιας γνωστικής προσέγγισης. Για παράδειγμα, ο Κικέρων είχε κάνει αναφορά για τους όρους «θλίψη- molestia», «ανησυχία- sollicitudo» και «άγχος- angor», ορίζοντας τους ως διαταραχές και συμπεραίνοντας πως το άγχος και η θλίψη είναι δυο διαφορετικές καταστάσεις, με το άγχος να αναφέρεται ξανά ως ιατρική διαταραχή («aegritudo»- χρησιμοποιείται για τη λέξη ασθένεια στα ιατρικά εγχειρίδια). Για τον Κικέρων, η θλίψη («molestia») είναι μια κατάσταση, η οποία διαρκεί εφόρου ζωής, ενώ το άγχος («angor») είναι μια «συσταλτική» διαταραχή (Crocq, 2015).

Εκείνη την εποχή, είχαν ξεκινήσει να ψάχνουν τρόπους εντοπισμού και θεραπείας του παθολογικού άγχους. Πολλά ελληνικά και λατινικά κείμενα αναδεικνύουν τρόπους απαλλαγής από το άγχος, μερικοί από τους οποίους ταυτίζονται με τη σύγχρονη γνωστική θεραπεία. Ακόμα ένας φιλόσοφος, ο οποίος έκανε λόγο για αυτόν τον κλάδο, είναι ο Σενέκας. Ο Σενέκας ασχολήθηκε κατά κύριο λόγο με την απαλλαγή από το άγχος, καθώς ταύτισε αυτή την κατάσταση με τον όρο «ευθυμία», ο οποίος προερχόταν από τους Έλληνες. Συγκεκριμένα, ο Σενέκας υποστήριζε πως η

κύρια πηγή άγχους εντοπίζεται στο φόβο του θανάτου και πως προκειμένου να αντιμετωπιστεί, θα πρέπει το άτομο να απολαμβάνει το παρόν και να αδιαφορεί για το μέλλον. Επιπρόσθετα, ο Επίκουρος, ένας ακόμα Έλληνας φιλόσοφος, ανέφερε πως το μυστικό για μια ζωή με μόνο θετικά συναισθήματα πρέπει να περιλαμβάνει «αταραξία», δηλαδή μειωμένο άγχος και ανησυχία σε όλη τη διάρκεια της ζωής (Crocq, 2015).

Με το πέρασμα των αιώνων, ο όρος «άγχος» δεν εμφανιζόταν σε κάποιο γραπτό κείμενο, παρόλο που είναι βέβαιο πως οι άνθρωποι βίωναν άγχος, στο οποίο πρόσαπταν άλλες ονομασίες. Για παράδειγμα, ο Burton τον 17^ο αιώνα χρησιμοποίησε τον όρο «νευρασθένεια», η οποία επικράτησε για αρκετά χρόνια. Βέβαια, έχει αποδειχθεί ότι για τον Burton, η «νευρασθένεια- άγχος» είναι ταυτισμένη με την κατάθλιψη (Herzberg, 2014). Αργότερα, τόσο ο Burton, όσο και άλλοι επιστήμονες της εποχής, έκαναν λόγο για το άγχος, ως ένα συνοδό σύμπτωμα της μελαγχολίας. Το ίδιο συνέβαινε με το φόβο και τη θλίψη, ενώ ήταν σαφές ότι μπορεί να εμφανίζονται και ως διαφορετικές παθολογίες (Crocq, 2015).

Αργότερα, με την εξέλιξη της επιστήμης, δημιουργήθηκε το DSM-I (1952), στο οποίο το «άγχος» ταυτίζεται με τις «ψυχονευρωτικές διαταραχές» (APA, 2013). Αναφέρεται, λοιπόν, σαν το βασικότερο χαρακτηριστικό σε αυτή την ομάδα διαταραχών και μπορεί είτε να εμφανίζεται με άμεσο τρόπο χωρίς έλεγχο, είτε να ελέγχεται μέσω διάφορων μηχανισμών άμυνας («κατάθλιψη, μετατροπή»). Το άγχος, υπέθεταν πως πηγάζει από την προσωπικότητα και πιο συγκεκριμένα, από έντονα συναισθήματα, τα οποία δεν κατάφερε να εκφράσει και να βιώσει με τον κατάλληλο τρόπο. Ως αποτέλεσμα, τα συναισθήματα «μετατρέπονταν» σε σωματικά ή ψυχικά συμπτώματα, επώδυνα για το άτομο (Crocq, 2015).

Στο DSM-II, η νεύρωση είναι ο όρος, ο οποίος περιλάμβανε οποιοδήποτε σύμπτωμα άγχους (APA, 2013). Ουσιαστικά, το βασικότερο χαρακτηριστικό των «νευρώσεων» ήταν το «άγχος». Υπήρχε, επίσης, έντονη σύνδεση της «αγχώδους νεύρωσης» με την κατάσταση του πανικού και με την εκδήλωση συμπτωμάτων που αφορούσαν το σώμα (Crocq, 2017).

Βέβαια, το DSM-III (1980) έδωσε μια διαφορετική χροιά στις αγχώδεις διαταραχές, από ότι είχε αναφερθεί έως τώρα. Η διαδικασία της διάγνωσης των αγχωδών διαταραχών ήταν πιο ολοκληρωμένη και σαφής, καθώς υπήρχαν πλέον

συγκεκριμένα διαγνωστικά κριτήρια για το καθένα (Di Nardo, 1993). Βέβαια, εξακολουθούσαν να υπάρχουν κενά, όπως η ηλικία έναρξης της κάθε μιας κατηγορίας. Έτσι, στο DSM-III οι αγχώδεις διαταραχές αποτελούνται από τρεις κατηγορίες. Η πρώτη κατηγορία είναι οι «διαταραχές φόβου», στις οποίες περιλαμβάνονται διαταραχές όπως η «Αγοραφοβία», η «Κοινωνική φοβία» ή η «Απλή φοβία», ενώ πολλές φορές συνδυάζονται με κρίσεις πανικού. Η επόμενη κατηγορία είναι οι «Αγχώδεις καταστάσεις», οι οποίες υποδιαιρούνται στην «Διαταραχή Πανικού», στην «Γενικευμένη Αγχώδη Διαταραχή» και στην «Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή». Τέλος, η τρίτη κατηγορία περιλαμβάνει αποκλειστικά τη «Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες». Αντίστοιχα, το «Άγχος αποχωρισμού», η «Αποφευκτική διαταραχή» και η «Διαταραχή υπερβολικού άγχους» αποτελούσαν τις αγχώδεις διαταραχές της παιδικής ή εφηβικής ηλικίας (Crocq, 2015). Αργότερα, το DSM-III R έφερε μερικές αλλαγές στην ταξινόμηση του DSM-III, με την κυριότερη να αφορά τη διάγνωση των «αγχωδών διαταραχών», όταν συνυπάρχουν με κάποια «καταθλιπτική διαταραχή» (Skre et al., 1993).

Για το DSM-IV το άγχος διατυπώνεται ως «η ανησυχητική πρόβλεψη μελλοντικού κινδύνου ή ατυχίας που συνοδεύεται από αίσθημα δυσφορίας ή σωματικά συμπτώματα έντασης» (APA, 1994). Ως «αγχώδεις διαταραχές» στο DSM-IV αναφέρονται η «Διαταραχή πανικού (με ή χωρίς αγοραφοβία)», «Αγοραφοβία(χωρίς ιστορικό διαταραχής πανικού)», η «Ειδική φοβία», η «Κοινωνική φοβία», η «Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή», η «Διαταραχή Μετατραυματικού άγχους», η «Διαταραχή οξέος στρες», η «Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή», η «Αγχώδης διαταραχή λόγω γενικής ιατρικής πάθησης», η «Διαταραχή άγχους προκαλούμενη από ουσίες» και η «Διαταραχή άγχους μη προσδιοριζόμενη αλλιώς». Ενώ, η διαταραχή άγχους της παιδικής ηλικίας ήταν η «Διαταραχή Άγχους Αποχωρισμού» (APA, 1994). Παρόλα αυτά, η διαδικασία της διάγνωσης δεν είχε ολοκληρωθεί πλήρως, με αποτέλεσμα να εμφανίζονται διάφορα προβλήματα, τα οποία επιλύθηκαν με την εμφάνιση του DSM-5 (Palmer et al., 1997).

Οι αγχώδεις διαταραχές αποτελούν ένα σπουδαίο κομμάτι στην ψυχιατρική, συνεπώς η επιστήμη χρειαζόταν την κατάλληλη ταξινόμηση, ώστε η διάγνωση και η παρέμβαση να εφαρμόζονται με άρτιο τρόπο. Το DSM-5 (2013), άλλαξε μερικά έως τώρα δεδομένα, βασίστηκε στους αιτιολογικούς παράγοντες της κάθε διαταραχής ξεχωριστά και τις ομαδοποίησε ανάλογα με τα ειδικά χαρακτηριστικά τους (Kupfer,

2015). Έτσι, στο DSM-5 υπάρχουν επτά διαφορετικές διαταραχές άγχους, οι οποίες είναι η «Διαταραχή Άγχους Αποχωρισμού», η «Εκλεκτική Αλαλία», οι «Ειδικές Φοβίες», η «Κοινωνική Φοβία», η «Διαταραχή Πανικού», η «Αγοραφοβία» και η «Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή». Αντίστοιχα, αναφέρονται τρεις διαταραχές, οι οποίες χαρακτηρίζονται από έντονη και μη φυσιολογική εμφάνιση άγχους, αλλά δεν υπάγονται στις επτά κατηγορίες. Αυτές είναι η «Ιδιοψυχαναγκαστική διαταραχή», η «Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες (PTSD)» και η «Διαταραχή Άγχους Σωματικής Ασθένειας» (APA, 2013).

2.2 Θεωρητικές προσεγγίσεις του άγχους

2.2.1. Γνωστική Θεωρία

Μέσω ενός γνωστικού μοντέλου προσέγγισης, ο Beck (1985) έκανε λόγο για την προέλευση του άγχους. Συγκεκριμένα, αναφέρει πως το κυριότερο χαρακτηριστικό των διαταραχών του άγχους αποτελεί η λανθασμένη ερμηνεία κάποιων πληροφοριών ή ερεθισμάτων ως επιβλαβή ή απειλητικά τόσο για τη σωματική όσο και για την ψυχική υγεία του ατόμου. Ουσιαστικά, αναφέρεται σε μια κατάσταση, η οποία δημιουργείται από το ίδιο το άτομο, το οποίο ενώ έχει μηχανισμούς αντιμετώπισης απέναντι τους, δεν τους χρησιμοποιεί (Beck & Emery, 1985). Άλλοι επιστήμονες, έχοντας εντυπώσει στο γνωστικό κομμάτι των αγχωδών διαταραχών, αναφέρουν πως συνενωτικός παράγοντας σε όλες αυτές τις διαταραχές μπορεί να είναι η μη ικανότητα του ατόμου να ανταπεξέλθει σε μια μη γνώριμη- αβέβαιη κατάσταση. Με αυτόν τον τρόπο, τα άτομα (με έλλειψη αντοχής) ερμηνεύουν τα ερεθίσματα ως απειλητικά και εισχωρεί μέσα τους το άγχος (Dugas et al, 2001; Ferreri et al., 2011).

2.2.2 Ψυχαναλυτική Θεωρία

Ο Freud, ως το σημαντικότερος θεωρητικός της ψυχαναλυτικής θεωρίας γενικότερα, ασχολήθηκε διεξοδικά με το άγχος και την προέλευση του, καθώς το θεωρούσε πολύ σημαντικό κομμάτι της Ψυχολογίας. Πρωτίστως, τονίζει πως το βασικότερο κομμάτι είναι η προσωπικότητα του κάθε ατόμου, η οποία αποτελείται από το «Εγώ», το «Υπερεγώ» και το «Εκείνο». Ο Freud, λοιπόν, αναφέρει πως το «άγχος» εκτελείται ως «σηματοδότης» προς το «Εγώ», το οποίο αντιλαμβάνεται πως ενέχει κίνδυνο, με αποτέλεσμα να φέρνει στο προσκήνιο και χρησιμοποιεί τους μηχανισμούς άμυνας. Επιπρόσθετα, αναφέρεται ο όρος «νεύρωση», ο οποίος αφορά το άγχος και

αντικατοπτρίζει μια σύγκρουση που αντιμετωπίζει ένα παιδί ανάμεσα στις δικές του επιθυμίες και στων γύρω του. Πιο αναλυτικά, η νεύρωση, η οποία είναι το αποτέλεσμα της σύγκρουσης, αφορούν το άγχος που αναπτύσσεται στο παιδί, με τη σκέψη ότι η επιθυμία ή η πράξη του μπορεί να οδηγήσει σε τιμωρία ή σε παραμέληση (Freud, 1936). Ο Freud υποστηρίζει, επίσης, πως το άγχος είναι ένα είδος «ενδοψυχικής σύγκρουσης», καθώς οι σεξουαλικές ενορμήσεις και η λίμπιντο θεωρούνται σημαντικοί παράγοντες για την ψυχαναλυτική θεωρία (Compton, 1972).

Μια άλλη εκδοχή για το άγχος, επηρεασμένη από την ψυχαναλυτική θεωρία, ήρθε από τον Otto Rank, ο οποίος εστίασε στο πρωταρχικό άγχος. Το πρωταρχικό άγχος είναι το άγχος, το οποίο βιώνει ένα βρέφος τη στιγμή της γέννησης, όταν καλείται να αποχωριστεί τη μήτρα, ενώ παράλληλα έχει δύο ανάγκες. Η πρώτη είναι να επιστρέψει εκεί όπου βρισκόταν, νιώθοντας ασφάλεια και η δεύτερη να βρει τη δύναμη να ζήσει μακριά από εκεί αναπτύσσοντας σταδιακά την ανεξαρτησία του. Βέβαια, το βρέφος βιώνει έντονο άγχος όντας διχασμένο, το οποίο πρέπει να βρει τον τρόπο να το μετριάσει, έτσι ώστε να μην «αποδοθεί» στην προσωπικότητα του (Pizarro Obaid, 2012).

2.2.3. Συμπεριφορική Θεωρία

Οι θεωρίες για το άγχος στη συμπεριφορική είναι έργο, κυρίως, των Pavlov και Watson. Ο βασικότερος ισχυρισμός της συμπεριφορικής είναι πως τα άτομα όταν έρχονται αντιμέτωπα με ένα απειλητικό γεγονός, χρησιμοποιούν τρόπους για να το αποφύγουν. Αυτοί οι τρόποι είναι το άγχος ή ο φόβος.

Μέσω του έργου των Pavlov και Watson απορρέει η θεωρία του «εξαρτημένου ερεθίσματος». Δηλαδή, όταν ένα άτομο έχει συνηθίσει σε μια κατάσταση («εξαρτημένο ερέθισμα») και κληθεί να αντιμετωπίσει μια άγνωστη- επιβλαβή κατάσταση («μη εξαρτημένο ερέθισμα»), μετά από ένα χρονικό διάστημα, θα τον οδηγήσει στο να βρει μια συγκεκριμένη απάντηση στην κατάσταση αυτή («εξαρτημένη απόκριση»). Η εξαρτημένη απόκριση είναι το άγχος και ο φόβος, τα οποία ενστερνίζεται σταδιακά. Ουσιαστικά, ακολουθεί το πρότυπο της συμπεριφορικής θεωρίας, το οποίο αναφέρει πως όταν ένα ερέθισμα έρχεται επανειλημμένα, αυτό θα γίνει συνήθεια.

Πολλοί επιστήμονες της συμπεριφορικής θεωρίας ενασχολήθηκαν με τη φύση του άγχους, θεωρώντας πως η συμπεριφορική αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι αυτού. Ο Eysenck υποστηρίζει πως η προέλευση του άγχους δεν είναι οι εσωτερικές συγκρούσεις με το ασυνείδητο, όπως ισχυρίζεται ακράδαντα η ψυχαναλυτική θεωρία, αλλά εμφανίζεται μέσω της διαδικασίας της μάθησης από εμπειρίες και γεγονότα στη ζωή του ατόμου. Όταν, λοιπόν, το άγχος ως αντίδραση, εισχωρήσει βαθιά στον οργανισμό, το άτομο θα προσπαθήσει να βρει την δύναμη και τον τρόπο να αποστασιοποιηθεί και να ελαττώσει την εμφάνιση των συμπεριφορών που το πυροδοτούν (Spielberger, 1971).

2.2.4. Βιολογική- Νευροβιολογική Θεωρία

Η επιστημονική έρευνα για τη νευροφυσιολογική θεωρία του άγχους τοποθετείται στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (ΚΝΣ) και πιο συγκεκριμένα στα τμήματά του, τα οποία διαδραματίζουν σπουδαίο ρόλο στα συναισθήματα, συνεπώς και στο άγχος, στον πανικό ή στο φόβο. Είναι μια σύνδεση της νευροφυσιολογίας με την ψυχολογία, με την οποία συμπεραίνεται πως το άγχος αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι τμημάτων του ΚΝΣ, λειτουργώντας ταυτόχρονα με τη διέγερση.

Ο Grey (1982, 1987) ασχολήθηκε με την εννοιολογική αποσαφήνιση και προέλευση τόσο του φόβου όσο και του άγχους, με βάση τη φυσιολογία του εγκεφάλου. Ο εγκεφάλος, λοιπόν, έχει συστήματα «αναστολής», τα οποία, όπως υποστηρίζει ο Grey, περιορίζουν οποιαδήποτε συμπεριφορά, η οποία πρόκειται να φέρει ένα μη επιθυμητό αποτέλεσμα. Αυτό συμβαίνει διότι ένα άλλο σύστημα παρεμβαίνει για την απειλή, το οποίο ονομάζεται σύστημα «πάλης- φυγής (fight/flight)». Κάποιες φορές, όμως, το σύστημα αυτό δεν λειτουργεί σωστά, οπότε δεν περιορίζει τα απειλητικά ερεθίσματα, οδηγώντας σε βίωση αρνητικών συναισθημάτων (όπως το άγχος) (Grey, 1982; Grey, 1987).

Σύμφωνα με τον Grey, τα συστήματα του εγκεφάλου, τα οποία ασχολούνται με τα συναισθήματα και κατ'επέκταση με το άγχος είναι πολύπλοκα. Συγκεκριμένα, το πιο κεντρικό και βασικό σημείο είναι ο Ιππόκαμπος, ο οποίος λειτουργεί ως μέσο «επικοινωνίας» μεταξύ του συναισθήματος και της λογικής. Επιπρόσθετα, παρόλο που ο Ιππόκαμπος είναι το κυριότερο σημείο του εγκεφάλου, υπάρχουν και άλλα τα οποία εμπλέκονται στο άγχος. Η προσοχή του Grey στράφηκε σε δομές του μετωπιαίου

λοβού και του εγκεφαλικού στελέχους («νεοφλοιώδεις» σύστημα του ιππόκαμπου και «μονοαμινεργικά προσαγωγά») (Grey, 1982; Grey, 1987).

2.2.5. Συστημική Θεωρία

Η Συστημική θεωρία ασχολείται με τις σχέσεις των μελών σε κάποιο σύστημα (π.χ. οικογένεια) και στον τρόπο με τον οποίο ένα μέλος επηρεάζεται μέσα σε αυτό. Αντίστοιχη είναι και η προσέγγιση τους για την προέλευση του άγχους, η οποία τοποθετείται στο οικογενειακό σύστημα. Θεωρείται πως το άγχος προέρχεται από μίμηση άλλων ατόμων που βιώνουν κάποια αγχώδη διαταραχή. Άλλωστε, τα ποσοστά εμφάνισης αγχώδους διαταραχής αυξάνονται σε συγγενείς πρώτου βαθμού, ενώ είναι μειωμένα σε οικογένειες όπου δεν εμφανίζεται καθόλου η διαταραχή. Επιπρόσθετα, η συστημική αναφέρει πως το παιδί τείνει να μιμείται τους γονείς και κατ'επέκταση να επηρεάζεται η εικόνα του εαυτού του από τη συμπεριφορά τους. Έτσι, το ίδιο μοτίβο επηρεάζει το παιδί του οποίου ο γονέας εμφανίζει συμπτώματα άγχους. Είναι σημαντικό να αναφερθεί πως η συστημική υποστηρίζει πως η υπερπροστασία των γονέων αυξάνει τις πιθανότητες εμφάνισης κάποιας διαταραχής του άγχους στα παιδιά, γεγονός το οποίο έχει υποστηριχθεί και από τον John Bowlby. Ο Bowlby κάνει λόγο για το άγχος αποχωρισμού, το οποίο μπορεί να είναι αποτέλεσμα της υπερπροστασίας του γονέα (Bowlby, 1973; Bandelow et al., 2004).

Η εμφάνιση του άγχους στην ενήλικη ζωή αποδίδεται από τη συστημική σε άσχημα παρελθοντικά γεγονότα της ζωής (κακοποίηση, βία) , τα οποία άφησαν τραύματα στο άτομο, τα οποία δεν έχει καταφέρει να επιλύσει. Συμπεραίνοντας, η παρέμβαση στο άγχος με βάση τα παραπάνω θα πρέπει να επικεντρωθεί στις σχέσεις των ατόμων και στην παρουσία τους μέσα στο οικογενειακό, κυρίως, σύστημα (Allen & Bloom, 1994; Bandelow et al., 2004).

2.3 Ορισμός άγχους και φόβου- Παιδικές Φοβίες

Η επιστημονική κοινότητα ασχολήθηκε για ένα πολύ μεγάλο χρονικό διάστημα με το άγχος και, κυρίως, με την ακριβέστερη εννοιολογική αποσαφήνιση του. Ως αποτέλεσμα, έχουν αποδοθεί πάρα πολλοί ορισμοί για αυτή την παθολογία και από πολλούς επιστήμονες.

Η Αμερικανική Ψυχιατρική εταιρεία ορίζει το άγχος ως «Μια δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση που χαρακτηρίζεται από ένα έντονο αρνητικό συναίσθημα, από σωματικά συμπτώματα έντασης και από ανησυχία για το μέλλον» (APA, 1994). Επιπρόσθετα, ο Spielberg (1972) αποτυπώνει το άγχος ως «Μια δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση ή συνθήκη που χαρακτηρίζεται από υποκειμενικά συναισθήματα έντασης, ανησυχίας και φόβου και από ενεργοποίηση ή διέγερση του αυτόνομου νευρικού συστήματος» (Spielberger, 1972).

Μέσα από μια ελληνική ματιά, ο Μάνος (1997) έδωσε τη δική του έννοια στο άγχος αναφέροντας πως είναι «Δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση που περιλαμβάνει αισθήματα έντασης, φόβου ή ακόμα και τρόμου σαν απάντηση σε κίνδυνο του οποίου η πηγή είναι σε μεγάλο βαθμό άγνωστη ή μη αναγνωρίσιμη» (Μάνος, 1997).

Το άγχος και ο φόβος είναι δύο έννοιες, οι οποίες σχετίζονται μεταξύ τους. Βέβαια, έχουν μερικές διαφορές, οι οποίες τις ξεχωρίζουν. Όπως έχει ήδη αναφερθεί, το άγχος είναι μια «δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση», η οποία περιλαμβάνει αισθήματα «ανησυχίας», «φόβου» ή «τρόμου», αλλά αυτό συμβαίνει για ένα αντικείμενο/ μια κατάσταση τα οποία είναι άγνωστα. Αντίθετα, ο φόβος παρόλο που είναι παρόμοιος με το άγχος, σε αυτόν το αντικείμενο, το οποίο προκαλεί τα αρνητικά συναισθήματα είναι πραγματικό (Kelvens, 1997). Ο Marks(1979) όρισε, επίσης το φόβο ως «Μια φυσιολογική αντίδραση στην πραγματική ή φανταστική απειλή στα ανώτερα ζώα και περιλαμβάνει μια εξωτερική συμπεριφορική έκφραση, ένα εσωτερικό συναίσθημα και συνοδές φυσιολογικές μεταβολές» (Marks, 1969).

Ο Marks, όπως και πολλοί άλλοι επιστήμονες, έχουν τονίσει πως η συχνότητα εμφάνισης διάφορων ειδών φόβου στα παιδιά είναι πολύ υψηλή, κατά την ανάπτυξη τους. Μερικά πολύ συνηθισμένα παραδείγματα φόβου στα παιδιά είναι «ο αποχωρισμός, οι δυνατοί θόρυβοι, το σκοτάδι, τα φανταστικά πλάσματα, τα μικρά ζώα(αράχνες, φίδια) ή και άλλα αντικείμενα και γεγονότα». Ουσιαστικά, οι φόβοι είναι αποτέλεσμα της καθημερινών εμπειριών του κάθε παιδιού σε συνδυασμό με τις γνωστικές του ικανότητες. Αντίθετα, η φοβία διαφοροποιείται με τους φυσιολογικούς φόβους της παιδικής ηλικίας, καθώς σύμφωνα με τον Marks(1969) είναι: «1. Μια κατάσταση που δε μπορεί να αιτιολογηθεί, 2. Είναι δυσανάλογη με τις απαιτήσεις της

κατάστασης, 3. Δεν υπόκειται σε εκούσιο έλεγχο και 4. Το παιδί αποφεύγει τη φοβισμένη κατάσταση.» (Marks 1969; Ollendick et al., 2002).

Ο Freud έδωσε ιδιαίτερη βαρύτητα στις φοβίες της παιδικής ηλικίας, προσπαθώντας να ανακαλύψει τον «τόπο» προέλευσης τους. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αυτής της περίπτωσης είναι ο «Little Hans», ένα αγοράκι 5 ετών, το οποίο είχε αυξημένο φόβο για τα άλογα, ώσπου με το πέρασμα του χρόνου, ο φόβος του δεν του επέτρεπε ούτε να βγει από το σπίτι. Ο Freud σε αυτή, όπως και σε άλλες περιπτώσεις, συνέδεσε το φόβο με το άγχος και συμπέρανε πως μια καινούργια φοβία, έρχεται μέσω αντικατάστασης μιας άλλης. Εξάλλου, παρατήρησε πως στην περίπτωση του Hans, ο φόβος για τα άλογα είχε δημιουργηθεί μέσω του παιχνιδιού με τον πατέρα του και σχετίζεται με το «φόβο της τιμωρίας», τις «επιθετικές επιθυμίες» και με τη «λαχτάρα». Βέβαια, την ίδια περίοδο ο Freud αναφέρει πως «το άγχος στα παιδιά δεν είναι αρχικά τίποτε άλλο από την έκφραση του γεγονότος ότι αισθάνονται την απώλεια του προσώπου που αγαπούν» (Freud, 1905; Compton, 1972).

2.4 Συμπτώματα Άγχους

Ένα άτομο με αγχώδη διαταραχή βιώνει ένα εύρος συμπτωμάτων, τα οποία εκδηλώνονται τόσο σωματικά όσο και ψυχολογικά. Ο Lang έκανε μια ταξινόμηση των συμπτωμάτων του άγχους, ανάλογα με τις αντιδράσεις, σε τρεις κατηγορίες, οι οποίες είναι «(α) λεκτικές- υποκειμενικές, (β) κινητικές πράξεις και (γ) σωματό- βλεννογόνια δραστηριότητα». Συνεπώς, στην πρώτη κατηγορία («λεκτικές- υποκειμενικές») υπάγονται συμπτώματα όπως η ανησυχία και οι σκέψεις για μια πιθανή μελλοντική απειλή, στη δεύτερη κατηγορία («κινητικές πράξεις») είναι η αποφυγή και στην τρίτη κατηγορία («σωματό-βλεννογόνια δραστηριότητα») εντάσσονται τα σωματικά συμπτώματα, όπως η μυϊκή ένταση (Craske et al., 2011; Lang, 1968).

Αντίστοιχα, ο Μαδιανός (2003) σε ένα βιβλίο του αναφέρει πως τα συμπτώματα του άγχους, τα οποία αφορούν το ψυχολογικό κομμάτι είναι «η ανησυχία, η ανυπομονησία, το αίσθημα απροσδιόριστου φόβου και αγωνίας, η νευρικότητα, η διάσπαση της προσοχής, η δυσκολία συγκέντρωσης, και το αίσθημα μειωμένης αντιληπτικής ικανότητας». Ενώ, στην κατηγορία των σωματικών συμπτωμάτων κατατάσσονται «η δύσπνοια, το αίσθημα πνιγμού, ο πόνος στο στήθος, η δυσκαταποσία, το αίσθημα παλμών, η χαμηλή θερμοκρασία στα χέρια, η τάση

λιποθυμίας, η ξηροστομία, η ανορεξία, η ναυτία, η μυϊκή τάση, η ζάλη, ο τρόμος, η αδυναμία και η κεφαλαλγία τάσης.» Είναι ξεκάθαρο, λοιπόν, πως και οι δύο κατηγορίες διαδραματίζουν εξίσου σημαντικό ρόλο (Μαδιανός 2003).

Βέβαια, είναι σαφές πως τα συμπτώματα διαφέρουν τόσο από άτομο σε άτομο, όσο και μεταξύ των δύο φύλων. Άλλωστε, έρευνες έχουν δείξει πως το ποσοστό εμφάνισης αγχωδών διαταραχών είναι σημαντικά αυξημένο στο γυναικείο φύλο, από ότι στο αντρικό, γεγονός που καταδεικνύεται από την εφηβική ζωή. Οι διαφορές τόσο των συμπτωμάτων, όσο και της συχνότητας οφείλονται είτε σε βιολογικές διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα, είτε στη διαφοροποίηση των φύλων σε κοινωνικό επίπεδο (Lewinsohn et al., 1998).

2.5 Παράγοντες Κινδύνου

2.5.1 . Βιολογικοί- Γενετικοί Παράγοντες

Από μια ανασκόπηση στην εξελιγμένη επιστήμη είναι φανερό πως το σύστημα, το οποίο διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στον εγκέφαλο για το άγχος, είναι το «μεταιχμιακό». Δομές, όπως ο «ιππόκαμπος», τμήματα της «αμυγδαλής», περιοχές του «υποθάλαμου» και η «φαιά ουσία» του μέσου εγκέφαλου έχουν έντονη ενασχόληση με το άγχος και το φόβο (Charney et al., 1996). Ουσιαστικά, ο κύριος ρόλος τους είναι να δημιουργούν ικανοποιητικά πρότυπα άμυνας όταν «εισέρχεται» μια απειλητική κατάσταση στον οργανισμό, προκειμένου να καταστείλουν τα αρνητικά συναισθήματα του άγχους και του φόβου. Συγκεκριμένα, στον ιππόκαμπο επεξεργάζονται οι πληροφορίες, που συνδέονται με το άγχος και την έκφραση του. Παράλληλα, η φαιά ουσία αποτελεί σημαντικό πόλο του νευρικού συστήματος του ανθρώπου, καθώς ρυθμίζει το άγχος και το φόβο. Βέβαια, το πιο κρίσιμο σύστημα στον εγκέφαλο για την έκφραση του άγχους είναι το σύστημα της αμυγδαλής (Davidson, 2002). Βλάβη, λοιπόν, στην αμυγδαλή οδηγεί στην μειωμένη απόκριση στα ερεθίσματα, τα οποία προκαλούν φόβο, καθώς η αμυγδαλή είναι υπεύθυνη για την «απόκτηση», την «εδραίωση» και την «έκφραση» του εξαρτημένου φόβου (Walker & Davis, 2002).

Επιπρόσθετα, στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (ΚΝΣ) περιέχονται «νευρομεταβιβαστικές ουσίες», όπως η σεροτονίνη, το γλουταμινικό οξύ και το αμινοβουτυρικό οξύ (GABA), τα οποία συνδέονται με το άγχος και τα συμπτώματα του. Το γλουταμινικό και το αμινοβουτυρικό οξύ (GABA) βρίσκονται σε μεγάλη

ποσότητα στην αμυγδαλή και στις μεταιχμιακές δομές του εγκεφάλου. Συνεπώς, η έλλειψη τους έχει συσχετιστεί με τις αγχώδεις διαταραχές. Βέβαια, περισσότερη βαρύτητα έχει δοθεί στην σεροτονίνη, καθώς η παρουσία της ενισχύει τη θετική ενέργεια του ατόμου και μειώνει τα αρνητικά συναισθήματα, όπως το άγχος (Bergink, 2004).

Στους γενετικούς παράγοντες μπορεί να ενσωματωθεί η κληρονομικότητα. Έχουν διεξαχθεί πολυάριθμες έρευνες σε παιδιά με αγχώδεις διαταραχές, οι οποίες έχουν βρει πως τα περισσότερα είχαν ιστορικό κάποιας αντίστοιχης διαταραχής στο οικογενειακό περιβάλλον. Βέβαια, σε πολλές περιπτώσεις δεν αρκεί μόνο η κληρονομικότητα, αλλά χρειάζεται και ο περιβαλλοντικός παράγοντας, ώστε να εμφανισθεί η διαταραχή (Silove et al., 1995).

2.5.2 . Ψυχολογικοί Παράγοντες

Οι αγχώδεις διαταραχές και τα συμπτώματά τους είναι ένας συνδυασμός τόσο βιολογικών, όσο και άλλων παραγόντων. Στους ψυχολογικούς παράγοντες κυρίαρχο ρόλο έχει η προσωπικότητα, με χαρακτηριστικό γνώριμα τον «νευρωτισμό» και την αδυναμία στο να κυριαρχήσει ενάντια σε ένα αγχωτικό γεγονός ή ερέθισμα (Beekman et al., 2000; van Zelst et al., 2003). Ουσιαστικά, ένα άτομο, το οποίο αντιμετωπίζει τις καταστάσεις με μη λειτουργικό τρόπο για το ίδιο και ταυτόχρονα εμφανίζει μεγάλο ποσοστό εσωστρέφειας, «αυξάνει τον κίνδυνο» εμφάνισης αγχωτικής διαταραχής. Τέλος, έχει βρεθεί πως η ύπαρξη κάποιας ψυχοπαθολογίας συνδέεται άρρηκτα με συμπτώματα του άγχους και τις αγχώδεις διαταραχές (Schoevers et al., 2003). Τα παραπάνω δεδομένα αφορούν κυρίως άτομα μεγαλύτερης ηλικίας που εμφανίζουν αγχώδη διαταραχή (Vink et al., 2008). Βέβαια, έρευνες έχουν δείξει πως οι αντίστοιχοι ψυχολογικοί παράγοντες κινδύνου μετέχουν και στις αγχώδεις διαταραχές παιδιών, εφήβων ή ενήλικης ζωής (Struijs et al., 2021).

2.5.3 Κοινωνικοί Παράγοντες

Αυτή η κατηγορία των παραγόντων κινδύνου αντικατοπτρίζει την επιρροή του κοινωνικού περιγύρου επάνω στο άτομο. Άλλωστε, η καθημερινότητα είναι απρόβλεπτη, γεγονός που δυσκολεύει την αντιμετώπιση των όποιων στρεσογόνων γεγονότων προκύψουν. Μελέτες έχουν δείξει πως ένα άτομο με χαμηλό ποσοστό επαφής με τους ανθρώπους και με μικρό κοινωνικό δίκτυο ενέχει κίνδυνο εμφάνισης

αγχώδους διαταραχής (Beekman et al., 1998). Επιπρόσθετα, τόσο τα πρόσφατα όσο και τα παλαιότερα οδυνηρά γεγονότα ζωής (παιδικής και ενήλικης ζωής) μπορούν να ασκήσουν μεγάλη επιρροή πάνω σε ένα άτομο και σε συνδυασμό με τον δυσλειτουργικό τρόπο αντιμετώπισης ενθαρρύνουν την εμφάνιση συμπτωμάτων άγχους (Beekman et al., 2000; van Zelst et al., 2003). Τέλος, το γυναικείο φύλο αποτελεί παράγοντα κινδύνου ανάπτυξης αγχώδους διαταραχής και για αυτό το λόγο, οι γυναίκες κατέχουν μεγαλύτερο ποσοστό διαγνώσεων μιας αγχώδους διαταραχής (Schoevers et al., 2003; Beekman et al., 1998; van Zelst et al., 2003).

2.5.4. . Σχέση Γονέα- Παιδιού

Η σχέση μεταξύ ενός γονέα με το παιδί του είναι ιδιαίτερα σημαντική σε πολλούς τομείς. Ουσιαστικά, το παιδί παίρνει τα βιώματα του ως «κληρονομιά» για τη μελλοντική του ζωή. Είναι επιστημονικά διαβεβαιωμένο πως αυτή η σχέση μπορεί να αποτελέσει παράγοντα κινδύνου εμφάνισης κάποιας αγχώδους διαταραχής. Συγκεκριμένα, μελέτες έχουν δείξει πως ένα υπερπροστατευτικό στυλ γονέα με υπερβολικό έλεγχο επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό το παιδί, αυξάνοντας τις πιθανότητες ανάπτυξης μιας παθολογίας του άγχους. Αντίστοιχα, εάν ο γονέας βιώνει μια ψυχική διαταραχή, όπως αγχώδης διαταραχή, άγχος, κατάθλιψη πολλαπλασιάζεται ο κίνδυνος εμφάνισης αυτών των διαταραχών στο παιδί του (Knappe et al., 2009).

2.6 Ταξινόμηση των Αγχωδών Διαταραχών με βάση το DSM-5

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, στο DSM-5 οι αγχώδεις διαταραχές είναι επτά και είναι οι εξής: 1. «Διαταραχή Άγχους Αποχωρισμού», 2. «Εκλεκτική Αλαλία», 3. «Ειδικές Φοβίες», 4. «Κοινωνική Φοβία», 5. «Διαταραχή Πανικού», 6. «Αγοραφοβία» και 7. «Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή». Βέβαια, αναφέρονται τρεις ακόμα διαταραχές, οι οποίες δεν ανήκουν στην κατηγορία των αγχωδών διαταραχών, αλλά αναφέρουν υπερβολικό και έντονο άγχος και είναι οι εξής: 1.«Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή», 2. «Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες (PTSD)» και 3. «Διαταραχή Άγχους Σωματικής Ασθένειας» (APA, 2013).

2.6.1 «Διαταραχή Άγχους Αποχωρισμού»

Η «Διαταραχή Άγχους Αποχωρισμού» στο DSM-5 χαρακτηρίζεται από την παρουσία «αναπτυξιακά ακατάλληλου και υπερβολικού φόβου ή άγχους», ο οποίος σχετίζεται με τα άτομα προσκόλλησης. Προκειμένου να τηρούνται τα διαγνωστικά κριτήρια, θα πρέπει «ο φόβος, το άγχος ή η αποφυγή του αποχωρισμού να υπάρχουν για τουλάχιστον 4 εβδομάδες εάν είναι παιδί ή έφηβος και για τουλάχιστον 6 μήνες εάν είναι ενήλικας». Τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά της διαταραχής είναι οκτώ και απαιτείται η παρουσία τουλάχιστον τριών από αυτά για τη διάγνωση. Τα χαρακτηριστικά αυτά είναι τα εξής: «επαναλαμβανόμενη και υπερβολική δυσφορία όταν βιώνει ή αναμένει τον αποχωρισμό, επίμονη και υπερβολική ανησυχία για την απώλεια σημαντικών προσώπων προσκόλλησης, υπερβολική αγωνία όταν αναμένει ή βιώνει τον αποχωρισμό, υπερβολική ανησυχία για την απώλεια προσώπων προσκόλλησης (τουλάχιστον δύο από αυτά) και επίμονη απροθυμία ή άρνηση να βγει έξω και επίμονο φόβο ή ανησυχία σχετικά με το αν είναι μόνοι ή χωρίς σημαντικά πρόσωπα προσκόλλησης στο σπίτι ή σε άλλα περιβάλλοντα» (APA, 2013). Βέβαια, τα όρια της διάκρισης της «Διαταραχής Άγχους Αποχωρισμού» με άλλες αγχώδεις διαταραχές (όπως η «Διαταραχή Πανικού» ή η «Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή») είναι διάφανα, λόγω των κοινών χαρακτηριστικών τους (Silove & Marnane, 2013).

Η διαταραχή είναι πιο συχνή στην παιδική ηλικία και η εκδήλωση των συμπτωμάτων της γίνεται με διάφορες συμπεριφορές αποχωρισμού. Για παράδειγμα, το παιδί ξεσπά σε κλάματα και έχει άρνηση στο να πάει σχολείο ή οπουδήποτε αλλού μακριά από τις φιγούρες προσκόλλησης. Όπως αναφέρθηκε σε προηγούμενες ενότητες, οι κύριες φιγούρες προσκόλλησης ενός παιδιού είναι οι γονείς του, οπότε οι συμπεριφορές εκδηλώνονται κατά τον αποχωρισμό του από αυτούς. Από την άλλη, η εκδήλωση των συμπτωμάτων στην ενήλικη ζωή διαφέρει μερικώς. Οι φιγούρες προσκόλλησης έχουν τη μορφή του/της συζύγου ή του παιδιού του και η κύρια ανησυχία αφορά αυτούς. Συγκεκριμένα, το άτομο αισθάνεται έντονη ανησυχία και φόβο απέναντι σε αυτά τα άτομα και προσπαθεί να βρίσκεται σε «κοντινή απόσταση» μαζί τους, προκειμένου να διασφαλίσει την ασφάλεια τους. Η συμπεριφορά αυτή σίγουρα έχει αντίθετα αποτελέσματα, καθώς μπορεί να φτάσει σε σημείο να ενοχλεί τα άτομα αυτά (Pini et al., 2009).

Τα κριτήρια διάγνωσης με βάση το DSM-5 συγκεντρωμένα είναι τα εξής:

«1. Αναπτυξιακά μη αναμενόμενο υπερβολικό άγχος ή φόβο, που αφορά τον αποχωρισμό από αυτούς με τους οποίους το άτομο είναι προσκολλημένο, όπως φαίνεται από τρία ή περισσότερα από τα παρακάτω:

(α). Εμφάνιση υπερβολικού επαναλαμβανόμενου άγχους, όταν προβλέπεται ή βιώνεται αποχωρισμός από το σπίτι ή από μείζονα πρόσωπα προσκόλλησης.

(β). Διαρκής και υπερβολική ανησυχία, ότι θα χάσουν ή ότι μπορεί να πάθουν κάτι κακό τα κύρια πρόσωπα προσκόλλησης, όπως αρρώστια, τραυματισμό, καταστροφή ή θάνατο.

(γ). Διαρκής και υπερβολική ανησυχία, ότι ένα δυσάρεστο γεγονός θα οδηγήσει σε αποχωρισμό από ένα κύριο πρόσωπο προσκόλλησης (πχ. θα χαθεί ή θα απαχθεί, θα πάθει ατύχημα, θα αρρωστήσει).

(δ). Επίμονη απροθυμία ή άρνηση να πάει στο σχολείο ή σε κάποιο άλλο μέρος, λόγω του φόβου αποχωρισμού.

(ε). Επίμονος και υπερβολικός φόβος ή απροθυμία στο να μείνει μόνο του ή χωρίς τα κύρια πρόσωπα προσκόλλησης στο σπίτι ή σε άλλη τοποθεσία.

(ζ). Επίμονη απροθυμία και άρνηση να πάει να κοιμηθεί κάπου εκτός σπιτιού ή να πάει να κοιμηθεί κάπου, χωρίς να βρίσκεται κοντά τα κύρια πρόσωπα προσκόλλησης.

(η). Επαναλαμβανόμενοι εφιάλτες που συνεπάγονται- εμπλέκουν θέματα αποχωρισμού.

(στ). Επαναλαμβανόμενα παράπονα σωματικών συμπτωμάτων (όπως κεφαλαλγίες, στομαχικοί πόνοι, ναυτία, εμετοί), όταν συμβαίνει η αναμένεται να συμβεί άγχος αποχωρισμού από το κύριο πρόσωπο προσκόλλησης.»

«2. Ο φόβος, το άγχος και η αποφυγή, επιμένουν τουλάχιστον για τέσσερις εβδομάδες στα παιδιά και στους εφήβους και έξι μήνες ή και περισσότερο στους ενήλικες.»

«3. Η διαταραχή προκαλεί κλινικά σημαντική ενόχληση ή ελάττωση της κοινωνικής, σχολικής/ επαγγελματικής, ή άλλων σημαντικών περιοχών λειτουργικότητας.»

«4. Η διαταραχή δεν συμβαίνει αποκλειστικά κατά τη διάρκεια της πορείας της διάχυτης αναπτυξιακής διαταραχής, σχιζοφρένειας ή άλλης ψυχωτικής διαταραχής, αγοραφοβίας, ή γενικευμένης αγχώδους διαταραχής» (APA, 2013).

2.6.2 «Εκλεκτική Αλαλία»

Η «Εκλεκτική Αλαλία» είναι αγχώδους διαταραχή, η οποία εμφανίζεται κυρίως στην παιδική ηλικία. Το κυριότερο χαρακτηριστικό της είναι «η συνεχής αποτυχία του ατόμου να μιλήσει σε κοινωνικές καταστάσεις στις οποίες αναμένεται να μιλήσει (π.χ. σχολείο), ενώ μπορεί σε άλλα περιβάλλοντα να μιλάει». Με βάση το DSM-5, προκειμένου να πληρούνται τα κριτήρια και να γίνει η διάγνωση της διαταραχής, θα πρέπει τα συμπτώματα (η επιλεκτική απουσία ομιλίας) να είναι παρόντα για τουλάχιστον ένα μήνα και να επηρεάζουν αρνητικά την ακαδημαϊκή, κοινωνική και επαγγελματική λειτουργικότητα του ατόμου. Βέβαια, είναι πολύ σύνηθες ένα παιδί κατά την έναρξη της σχολικής του ζωής να βιώνει μεγάλη ανησυχία, καθώς έρχεται αντιμέτωπο με μια άγνωστη για το ίδιο κατάσταση και για αυτό το λόγο η διάγνωση δεν πραγματοποιείται μέχρι το πέρας του πρώτου μήνα του σχολείου. Επιπρόσθετα, η διάγνωση της «Εκλεκτικής Αλαλίας» πραγματοποιείται όταν τα συμπτώματα του ατόμου δε μπορούν να θεωρηθούν σε «έλλειψη άνεσης ή ευχέρειας με την μητρική γλώσσα» και δεν είναι εφικτό να αποδοθεί ως μια άλλη «διαταραχή επικοινωνίας» ή κάποια αναπτυξιακή συμπτωματολογία (π.χ. «Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος») (APA, 2013; Hua & Major, 2016).

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, η «Εκλεκτική Αλαλία» είναι μια διαταραχή της παιδικής ηλικίας. Άλλωστε, μελέτες έχουν δείξει πως η συνηθέστερη ηλικία εμφάνισης της διαταραχής είναι μεταξύ δύο και πέντε ετών, αν και η εκδήλωση

των συμπτωμάτων κορυφώνεται κατά την έναρξη του σχολείου. Έτσι, αντίστοιχες έρευνες δείχνουν πως η διάρκεια της διαταραχής έχει «μέση ηλικία τα 8 έτη», όταν δηλαδή η «επιλεκτική απουσία ομιλίας» εξαφανίζεται εντελώς. Βέβαια, η διαταραχή αυτή αφήνει «κατάλοιπα», όπως προβλήματα επικοινωνίας, χαμηλές επιδόσεις σε σχολικό και επαγγελματικό περιβάλλον και εμφάνιση άλλων ψυχιατρικών διαταραχών (APA, 2013; Remschmidt et al., 2001; Muris & Ollendick, 2015).

2.6.3 «Ειδικές Φοβίες»

Η «Ειδική Φοβία» είναι μια αγχώδης διαταραχή με πολύ σημαντική και χαρακτηριστική συμπτωματολογία. Τα άτομα με αυτή τη διάγνωση εμφανίζουν «υπερβολικό και παράλογο φόβο για μια συγκεκριμένη κατάσταση ή με την παρουσία ενός αντικειμένου». Έτσι, καταφεύγουν σε μηχανισμούς άμυνας, όπως η αποφυγή προς τα «φοβικά ερεθίσματα». Τα πιο συνηθισμένα «φοβικά ερεθίσματα» είναι το ασανσέρ, τα έντομα, το ύψος, το να βλέπουν αίμα και ο υπερβολικός θόρυβος (APA, 2013).

Οι αντιδράσεις προς τα «φοβικά ερεθίσματα» ποικίλλουν και διαφέρουν από άτομο σε άτομο. Οι πιο συνηθισμένες είναι η κρίση πανικού, η δυσφορία, η προσπάθεια αποφυγής και οι εκρήξεις θυμού. Βέβαια, τα άτομα μπορούν να εκδηλώσουν αυτές τις αντιδράσεις μόνο με τη σκέψη της φοβίας τους, χωρίς την άμεση βίωση τους (APA, 2013; Ipser et al., 2013).

Η διαταραχή εμφανίζεται σε ποσοστό περίπου 12,5% στον πληθυσμό και η πρώτη εμφάνιση στο άτομο, συμβαίνει πριν τα 7 έτη ζωής. Βέβαια, δεν είναι δεδομένο πως συνδέεται πάντα με τραυματικό γεγονός (Becker et al., 2007; APA, 2013; Ipser et al., 2013).

2.6.4 «Κοινωνική Φοβία»

Τα άτομα με «Κοινωνική Φοβία» ή «Διαταραχή Κοινωνικού Άγχους» νιώθουν έντονο φόβο ή άγχος για κοινωνικές καταστάσεις, στις οποίες θεωρούν

πως θα κριθούν από τους άλλους. Οι κοινωνικές καταστάσεις μπορεί να είναι το «να συναντήσει άγνωστα άτομα, να είναι σε κοινή θέα ενώ τρώει ή πίνει κάτι ή να πρέπει να μιλήσει σε κοινό». Ως αποτέλεσμα, το άτομο αποφεύγει καταστάσεις, εφόσον φοβάται μήπως «νιώσει αμηχανία, γελοιοποιηθεί, απορριφθεί ή προσβληθεί» από τους άλλους (APA, 2013).

Η «Κοινωνική Φοβία» (ή «Διαταραχή Κοινωνικού Άγχους») αποτελεί μια από τις πιο συχνές αγχώδεις διαταραχές, με επιπολασμό περίπου 13% στην ενήλικη κοινότητα. Η διαταραχή δεν παρατηρείται σε παιδιά μικρής ηλικίας και η πιο συχνή ηλικία έναρξης είναι τα 13 έτη (Leichsenring & Leweke, 2017; APA, 2013).

Τα διαγνωστικά κριτήρια της «Κοινωνικής Φοβίας» (ή «Διαταραχή Κοινωνικού Άγχους») με βάση το DSM-5 είναι τα εξής:

«1. Έκδηλος φόβος ή άγχος που σχετίζεται με μια ή περισσότερες κοινωνικές καταστάσεις, στις οποίες αναμένεται έλεγχος από άλλους (π.χ. εμπλοκή σε κοινωνικές αλληλεπιδράσεις).»

2. «Φόβος ότι θα διενεργήσει με τρόπο (π.χ. δείχνοντας συμπτώματα άγχους) που θα αξιολογηθεί αρνητικά από τους άλλους (π.χ. θα είναι ταπεινωτικός ή ενοχλητικός ή θα οδηγήσει σε προσβολή ή απόρριψη από τους άλλους).»

3. «Ο φόβος ή το άγχος προκαλείται σχεδόν πάντα από κοινωνικές καταστάσεις».

4. «Οι κοινωνικές καταστάσεις αποφεύγονται ή αντιμετωπίζονται με έντονο φόβο ή άγχος.»

5. «Ο φόβος ή το άγχος είναι δυσανάλογα μεγάλο σε σχέση με την πραγματική απειλή που θέτει η κοινωνική κατάσταση και το κοινωνικοπολιτισμικό πλαίσιο».

6. «Ο φόβος, το άγχος ή η αποφυγή είναι επίμονα και συνήθως διαρκούν για 6 μήνες ή περισσότερο».

7. «Ο φόβος, το άγχος ή η αποφυγή προκαλεί κλινικά σημαντική δυσφορία ή βλάβη σε κοινωνικό, επαγγελματικό ή άλλο σημαντικό επίπεδο λειτουργικότητας».

8. «Ο φόβος, το άγχος ή η αποφυγή δεν οφείλεται σε φυσιολογικές επιδράσεις της χρήσης ουσιών (π.χ. κατάχρηση ναρκωτικών ή φαρμακευτική αγωγή) ή άλλη ιατρική κατάσταση».

9. «Ο φόβος, το άγχος ή η αποφυγή δεν εξηγείται καλύτερα από τα συμπτώματα μιας άλλης ψυχικής διαταραχής (π.χ. διαταραχή πανικού, διαταραχή του σώματος δυσμορφική διαταραχή ή διαταραχή του φάσματος του αυτισμού)».

(APA, 2013)

2.6.5 «Διαταραχή Πανικού»

Η «Διαταραχή Πανικού» στο DSM- 5 χαρακτηρίζεται από «επαναλαμβανόμενες, απρόσμενες κρίσεις πανικού». Συγκεκριμένα, το DSM- 5 αναφέρει πως «τουλάχιστον μια κρίση πανικού πρέπει να ακολουθείται από ένα μήνα επίμονης ανησυχίας για περισσότερες κρίσεις ή ανησυχίας για τις συνέπειες των κρίσεων ή δυσπροσάρμοστης συμπεριφοράς (π.χ. αποφυγή επαγγελματικών ή σχολικών δραστηριοτήτων) που σχετίζονται με τις κρίσεις». Επιπρόσθετα, οι κρίσεις πανικού θα πρέπει να μην είναι αποτέλεσμα χρήσης ουσιών, φαρμακευτικής αγωγής ή κάποιας ιατρικής κατάστασης (APA, 2013).

Οι κρίσεις πανικού είναι έντονες ξεσπάσεις συσσωρευμένου φόβου ή δυσφορίας, στις οποίες τα συμπτώματα εμφανίζονται με διαβαθμίσεις. Έτσι, μέσα σε λίγα λεπτά τα συμπτώματα φτάνουν στο ανώτερο επίπεδο και εμφανίζονται σε συνδυασμό με σωματικά ή γνωστικά συμπτώματα. Ακόμα, οι κρίσεις πανικού είναι «αναμενόμενες» όταν έρχονται ως αντίδραση σε ένα αντικείμενο ή σε μια κατάσταση που προκαλούν φόβο και «απροσδόκητες» όταν η κρίση εμφανίζεται χωρίς κάποιο προφανή λόγο (APA, 2013).

2.6.6. «Αγοραφοβία»

Η «Αγοραφοβία» είναι άλλη μια διαταραχή, η οποία ενσωματώνεται στην κατηγορία των αγχωδών στο DSM-5. Στο DSM-5, λοιπόν, η «Αγοραφοβία» χαρακτηρίζεται από «έντονο φόβο ή άγχος για την πραγματική ή αναμενόμενη έκθεση σε δημόσιους χώρους, με τα συμπτώματα του άγχους ή του φόβου να εμφανίζονται τον περισσότερο χρόνο σε τουλάχιστον δύο από πέντε διαφορετικές καταστάσεις». Τέτοιες καταστάσεις μπορεί να είναι η χρήση δημόσιων μέσων μαζικής μεταφοράς, η παραμονή και αναμονή σε μια ουρά από άτομα, η παραμονή σε δημόσιο χώρο μόνοι τους και άλλες παρόμοιες καταστάσεις που να αφορούν πλήθος κόσμου και εξωτερικούς χώρους (APA, 2013).

Τα άτομα με «Αγοραφοβία» τείνουν να αποφεύγουν τις αναφερθείσες καταστάσεις, διότι ο φόβος που βιώνουν τους οδηγεί σε δυσμενείς σκέψεις. Συγκεκριμένα, θεωρούν πως σε οποιαδήποτε κατάσταση ανάγκης δε θα είναι εφικτή η διαφυγή τους ή πως δε θα υπάρξει κάποια προθυμία για βοήθεια σε περίπτωση που τη χρειαστούν. Έτσι, οι σκέψεις τους τους οδηγούν στην εκδήλωση σωματικών συμπτωμάτων, όπως μια κρίση πανικού ή σε οποιαδήποτε άλλο σύμπτωμα, το οποίο μπορεί να τους κάνει να νιώσουν αμήχανα μπροστά σε κόσμο. Τα άτομα, λοιπόν, καταλήγουν να προσαρμόζονται σε εργασίες και περιβάλλοντα, τα οποία δεν τους δημιουργούν άγχος, αμηχανία ή φόβο. Για παράδειγμα, βρίσκουν διαφορετικό τρόπο διέλευσης στην εργασία τους, από το να χρησιμοποιήσουν κάποιο μέσο μαζικής μεταφοράς (APA, 2013; Asmundson et al., 2014).

Σύμφωνα με το DSM-5, η «Αγοραφοβία» προκειμένου να διαγνωστεί χρειάζεται τουλάχιστον ένα διάστημα 6 μηνών εμφανιζόμενης συμπτωματολογίας (APA, 2013). Επιπρόσθετα, η «Αγοραφοβία» μπορεί να υπάρχει μόνη της, αλλά μπορεί να εκδηλώνεται μαζί με «Διαταραχή Πανικού», για αυτόν το λόγο «μοιράζονται» μερικά συμπτώματα (Asmundson et al., 2014).

2.6.7 «Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή»

Στο DSM-5 η «Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή» έχει ως βασικά χαρακτηριστικά «το επίμονο και υπερβολικό άγχος καθώς και η ανησυχία για διάφορους τομείς της ζωής». Γενικότερα, μπορεί να βιώνει τα παραπάνω στο σχολείο για τη σχολική του επίδοση, εφόσον είναι σε αυτή την ηλικία ή στην επαγγελματική του ζωή σαν ενήλικας (APA, 2013).

Στη «Γενικευμένη Αγχώδη Διαταραχή» τα άτομα παρουσιάζουν και σωματικά συμπτώματα. Τα σωματικά συμπτώματα, τα οποία εμφανίζονται πιο συχνά είναι τα εξής: «1. Ανησυχία ή αίσθημα νευρικότητας, 2. Εύκολη κόπωση, 3. Δυσκολία συγκέντρωση, αίσθημα κενού στο μυαλό, 4. Ευερεθιστότητα, 5. Μυϊκή ένταση, 6. Διαταραχή του ύπνου». Η διάγνωση της Γενικευμένης Αγχώδους Διαταραχής απαιτεί την παρουσία τουλάχιστον ενός από τα παραπάνω συμπτώματα για ένα διάστημα τουλάχιστον 6 μηνών (APA, 2013).

Η διαταραχή κατέχει μεγαλύτερο ποσοστό εμφάνισης στην εφηβική ηλικία παρά στην παιδική. Πιο συγκεκριμένα, ο επιπολασμός στην παιδική ηλικία ανέρχεται στο 3%, ενώ στην εφηβική είναι λίγο περισσότερο από το διπλάσιο, στο 7% (Ruscio et al., 2017; APA, 2013).

Κεφάλαιο 3^ο : Προσέγγιση των Αγχωδών Διαταραχών μέσα από το πρίσμα της Θεωρίας του Δεσμού

Η θεωρία της προσκόλλησης, όπως έχει αναλυθεί εκτενώς σε προηγούμενη ενότητα, έχει αναπτυχθεί από τον John Bowlby και άλλους επιστήμονες και αναφέρει πως τα βρέφη αναπτύσσουν δεσμούς προσκόλλησης με τους πρωταρχικούς φροντιστές τους. Οι δεσμοί προσκόλλησης περιγράφονται μέσω των τύπων, οι οποίοι περιγράφηκαν αργότερα και είναι ο ασφαλής τύπος δεσμού και ο ανασφαλής. Στον ανασφαλής τύπο ανήκουν ο αποφυγής, ο αποδιοργανωμένος και ο αμφιθυμίας (Ainsworth & Bowlby, 1991). Είναι σαφές πως ο ασφαλής τύπος δεσμού έχει ελάχιστη έως μηδενική σύνδεση με συμπτώματα άγχους και αγχώδεις διαταραχές, ενώ οι ανασφαλείς τύποι αποτελούν, γενικότερα, παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη αγχωδών διαταραχών (Bowlby, 1973).

Ουσιαστικά, ο δεσμός του παιδιού με τη μητέρα/ πρωταρχικό φροντιστή, βοηθάει το παιδί να κατακτήσει σταδιακά την αυτονομία του και να διαχωρίσει την εξάρτηση με τον πρωταρχικό φροντιστή, γνωρίζοντας πως μπορεί να απευθυνθεί σε αυτόν για οποιαδήποτε ανάγκη. Όμως, όταν ο τύπος δεσμού μεταξύ τους είναι ανασφαλής, η μητέρα- πρωταρχικός φροντιστής δεν θα επιδείξει την ανάλογη συμπεριφορά όταν το παιδί οδεύει προς την ανεξαρτησία του. Ως αποτέλεσμα, το παιδί δεν καταφέρνει να αναπτύξει έναν εσωτερικό έλεγχο αντίδρασης στον φόβο ή σε οποιοδήποτε αγχωτικό ερέθισμα, καταλήγοντας στην εμφάνιση οποιασδήποτε αγχώδους διαταραχής (Shear, 1996).

Αναλύοντας περισσότερο τη συσχέτιση των Αγχωδών Διαταραχών με τη Θεωρία του Δεσμού, παρατηρείται πως η έλλειψη ενός ασφαλούς τύπου δεσμού αφενός πολλαπλασιάζει τις πιθανότητες εμφάνισης αγχώδους διαταραχής και αφετέρου δυσκολεύει τη διαδικασία της θεραπείας της. Ένα παιδί με Ανασφαλή τύπο δεσμού έχει δυσκολία στην ρύθμιση των συναισθημάτων του, καθώς η φιγούρα προσκόλλησης δεν αποτελεί για αυτό μια παρηγοριά ή ένας τρόπος ανακούφισης από αρνητικά συναισθήματα. Έτσι, οι van Veen et al (2012) σε μια έρευνα τους, βρήκαν πως η συναισθηματική παραμέληση κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας δημιουργεί αυξημένη αγχώδη διέγερση, αυξάνοντας τις πιθανότητες εμφάνισης Αγχώδης Διαταραχής μετέπειτα (van Veen et al., 2013).

3.1. «Άγχος Αποχωρισμού και Θεωρία Δεσμού»

Το «Άγχος Αποχωρισμού» στην βρεφική ηλικία, σύμφωνα με τον John Bowlby, είναι μια φυσιολογική αντίδραση, η οποία εκδηλώνεται σε όλα τα έμβρυα όταν απομακρύνονται από τη φιγούρα προσκόλλησης τους (Bowlby, 1973). Συνεπώς, το «Άγχος αποχωρισμού» είναι μια φυσιολογική αντίδραση έως κάποια ηλικία, συμβάλλοντας σε διαδικασίες επιβίωσης. Όμως, όταν το άγχος αυτό μειώνει τη λειτουργικότητα του ατόμου, τότε αποδίδεται σε μειωμένη ποιότητα της σχέσης του με τη φιγούρα προσκόλλησης, γεγονός που φαίνεται να επηρεάζει τη μετέπειτα κοινωνική προσαρμογή του (Kins et al., 2013). Έχει διαπιστωθεί πως η αντίδραση ενός ατόμου στον αποχωρισμό έχει άμεση σχέση με τον τύπο δεσμού, τον οποίο ανέπτυξε νωρίτερα στη ζωή του. Έτσι, τα ασφαλώς προσκολλημένα άτομα έχουν αναπτύξει ασπίδα στο κομμάτι του αποχωρισμού και δεν επηρεάζονται αρνητικά, σε αντίθεση με τα ανασφαλώς προσκολλημένα άτομα, τα οποία παρουσιάζουν συμπτώματα άγχους

αποχωρισμού (Bernier et al., 2005). Οπότε, η διαταραχή του «Άγχους Αποχωρισμού» έχει συσχετιστεί με την ταυτόχρονη παρουσία ανασφαλούς τύπου προσκόλλησης. Συγκεκριμένα, η διαταραχή του άγχους αποχωρισμού στους ενήλικες είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με τον «Αγχώδη τύπο προσκόλλησης» και με τον «Ανασφαλή τύπο εμμονής», ενώ δε δείχνει συσχέτιση με τον «ανασφαλή τύπο αποφυγής». Πολλοί επιστήμονες έκαναν αυτή την υπόθεση, διότι τα συμπτώματα της Διαταραχής του Άγχους Αποχωρισμού εμφανίζουν πολλές ομοιότητες με αυτόν τον τύπο δεσμού. Συγκεκριμένα, τα άτομα με αγχώδη τύπο προσκόλλησης εμφανίζουν, όπως είναι προφανές, μεγάλα ποσοστά στρες, έναντι σε όλες τις καταστάσεις που το πυροδοτούν και είναι πολύ ευαίσθητοι σε οποιαδήποτε απειλή για τη σχέση τους (πραγματική ή πλασματική) (Manicavasagar et al., 2009; Baldwin et al., 2016).

3.2. «Εκλεκτική Αλαλία και Θεωρία Δεσμού»

Η «Εκλεκτική Αλαλία» μπορεί να είναι αποτέλεσμα πολλών παραγόντων και ένας από αυτούς, σαφώς, αφορά τους δεσμούς προσκόλλησης. Είναι γνωστό πως η αλληλεπίδραση της μητέρας με το παιδί διαδραματίζει πολύ σημαντικό ρόλο για όλους τους τομείς της ζωής του παιδιού. Έτσι, μια διαταραγμένη αλληλεπίδραση μπορεί να επιφέρει αρνητικά αποτελέσματα στην ψυχοσύνθεση του. Συνεπώς, η «Επιλεκτική Αλαλία» είναι μια διαταραχή, η οποία μπορεί να απορρέει από διαταραγμένη αλληλεπίδραση μεταξύ του ατόμου με τον πρωταρχικό φροντιστή του. Η ερευνητική κοινότητα, λοιπόν, έχει υποδείξει πως υπάρχει αντιστοίχιση της διαταραχής με έναν ανασφαλή τύπο προσκόλλησης. Μεγαλύτερη συσχέτιση υποδεικνύει ο «ανασφαλής τύπος αποφυγής», καθώς συμπίπτει στην γονική συμπεριφορά που εμφανίζεται στην αιτιολογία της «Επιλεκτικής Αλαλίας» (Kolvin et al, 1997).

3.3 «Ειδικές Φοβίες και Θεωρία Δεσμού»

Όπως σε όλες τις υπόλοιπες αγχώδεις διαταραχές, οι «Ειδικές Φοβίες» συνδέονται με «Ανασφαλή δεσμό προσκόλλησης» (Bowlby, 1973). Έχουν διεξαχθεί έρευνες, οι οποίες ασχολούνταν με την εύρεση του ανασφαλούς δεσμού που «ταιριάζει» απόλυτα με αυτή την αγχώδη διαταραχή. Συγκεκριμένα, έχει βρεθεί πως ο «Αγχώδης- Αποφευκτικός τύπος δεσμού» συνδέεται άρρηκτα με τις «Ειδικές Φοβίες». Άλλωστε, τα άτομα με αυτή τη διαταραχή φαίνεται να διεκδικούν διαρκώς αφενός την

ανεξαρτησία τους και αφετέρου την «ανάγκη για προστασία». Η διεκδίκηση της ανεξαρτησίας περιγράφει απόλυτα τον «Τύπο αποφυγής», ενώ η ανάγκη της προστασίας, το αίσθημα αδυναμίας μπροστά στην απειλή και ο τρόμος ταιριάζουν στον «Αγχώδη τύπο» (Veronese et al., 2012).

3.4 «Κοινωνική Φοβία και Θεωρία Δεσμού»

Η «Κοινωνική Φοβία», όπως έχει ήδη αναφερθεί, χαρακτηρίζεται από την ύπαρξη έντονου κοινωνικού άγχους. Οι επιστήμονες στην προσπάθεια τους να βρουν μια κοινή γραμμή του κοινωνικού άγχους με την παιδική ηλικία και τους δεσμούς προσκόλλησης, συμπέραναν πως υπάρχει σύνδεση μεταξύ τους. Άτομα με «Κοινωνική Φοβία» φάνηκε πως έχουν κυρίως «αγχώδη τύπο προσκόλλησης» ή «τύπο εμμονής», ενώ άτομα με «ασφαλή τύπο δεσμού» εμφανίζουν πολύ χαμηλό ποσοστό κοινωνικού άγχους. Επιπρόσθετα, βρέθηκε πως μεγάλη συσχέτιση με το κοινωνικό άγχος έχει ο «φοβικός τύπος αποφυγής», στον οποίο παρατηρείται «αρνητική εικόνα του εαυτού του και των άλλων» (Manning et al., 2017).

Ο ανασφαλής τύπος δεσμού οδηγεί σε δυσκολία στην ψυχοθεραπεία ή στη φαρμακευτική αγωγή για τη διαταραχή. Ακόμα, συσχετίζεται με τη συνύπαρξη της «Κοινωνικής Φοβίας» με την «Κατάθλιψη» (Adams et al., 2019).

Ακόμα, σε μια έρευνα τριών ομάδων δείγματος (άτομα με κατάθλιψη, άτομα με κατάθλιψη και συνυπάρχουσα «Κοινωνική Φοβία» και υγιή άτομα) φάνηκε πως τα άτομα με «Κοινωνική Φοβία» με συνυπάρχουσα κατάθλιψη είχαν αυξημένα ποσοστά εμφάνισης Αγχώδους και αποφυγής τύπους δεσμού (Adams et al., 2018). Ο ανασφαλής αποφυγής τύπος δεσμού οδηγεί στην αγνόηση των άλλων είτε λόγω φόβου, είτε λόγω έλλειψης ενδιαφέροντος προς αυτούς. Ο φόβος για τους άλλους, λοιπόν, εμφανίζεται λόγω του Φοβικού τύπου δεσμού και η έλλειψη ενδιαφέροντος λόγω του Απορριπτικού τύπου δεσμού. Συμπεραίνοντας, η συσχέτιση του φοβικού τύπου με την «Κοινωνική Φοβία» με συνυπάρχουσα κατάθλιψη έχει ερευνηθεί περαιτέρω και έχει διεξαχθεί το συμπέρασμα πως ο φοβικός τύπος φέρει ευθύνη για τη σοβαρότητα της συμπτωματολογίας αυτής της συνύπαρξης (Elling et al., 2022).

3.5 «Διαταραχή Πανικού και Θεωρία Δεσμού»

Η «Διαταραχή Πανικού» είναι μια αγχώδης διαταραχή, στην οποία το άτομο νιώθει πως έρχεται αντιμέτωπο με μια απειλή, ενώ ταυτόχρονα ερμηνεύει λανθασμένα πολλά ερεθίσματα ως απειλητικά, με αποτέλεσμα να εκδηλώνει κρίσεις πανικού (Barlow, 2004). Αυτές οι συμπεριφορές, καταδεικνύουν πως η «Διαταραχή πανικού» έχει άμεση σύνδεση με «ανασφαλή δεσμό προσκόλλησης», καθώς, σύμφωνα με τον Bowlby, τα βρέφη νιώθουν την ανάγκη της προσκόλλησης με τον πρωταρχικό τους φροντιστή, προκειμένου να επιβιώσουν και όταν νιώθουν μια απειλή καταφεύγουν σε αυτούς. Η διαδικασία αυτή συμβαίνει σε ένα άτομο με «Διαταραχή Πανικού» όταν βιώνει την υποτιθέμενη απειλή (Bowlby, 1973; Zalaznik et al., 2017). Συνεπώς, ο τύπος δεσμού στους ενήλικες, ο οποίος έχει αποδειχθεί πως έχει άμεση συσχέτιση με τη «Διαταραχή Πανικού» είναι ο «αγχώδης τύπος δεσμού» (Manicavasagar et al., 2009).

Επιπρόσθετα, η «Διαταραχή Πανικού» φαίνεται να συνυπάρχει με τον αγχώδη τύπο δεσμού, όπου κυρίως στους άντρες, αναφέρεται πως η προστασία από τους φροντιστές παρουσιάζεται σε πολύ χαμηλό ποσοστό (Torpey et al., 2007). Σε μια έρευνα των Marazziti et al. (2007) σχετικά με τις ρομαντικές σχέσεις στους δεσμούς και τις αγχώδεις διαταραχές, φάνηκε πως ο Ανασφαλής τύπος αμφιθυμίας παρατηρείται στα άτομα με «Διαταραχή Πανικού» (Marazziti et al., 2007).

3.6 «Αγοραφοβία και Θεωρία Δεσμού»

Ο John Bowlby (1973) έκανε μια υπόθεση σχετικά με την «Αγοραφοβία» και τη σύνδεση της με τη «Θεωρία του Δεσμού». Καταρχάς, ανέφερε πως το «Άγχος Αποχωρισμού» στην παιδική ηλικία μπορεί να αποτελέσει παράγοντα κινδύνου εμφάνισης «Αγοραφοβίας» στη μετέπειτα ζωή του. Έπειτα, έκανε αναφορά στους δεσμούς που σχετίζονται με τη συγκεκριμένη διαταραχή. Ο «ανασφαλής τύπος αμφιθυμίας» στην παιδική ηλικία και ο «τύπος εμμονής», από τα ενεργά μοντέλα δεσμού, αντίστοιχα στην ενήλικη ζωή ήταν η επικρατέστερη συσχέτιση του με την «Αγοραφοβία» (Bowlby, 1973). Αργότερα, πολλοί επιστήμονες διεξήγαγαν μελέτες για αυτό το κομμάτι. Έτσι, εκτός από τους παραπάνω τύπους δεσμού, φάνηκε πως μεγάλη συνδεσιμότητα έχει ο «Αγχώδης τύπος» (Strodl & Noller, 2003).

3.7 «Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή»

Είναι γνωστό πως οι αγχώδεις διαταραχές συνδέονται σχεδόν πάντα με «Ανασφαλή τύπο προσκόλλησης». Έτσι, η «Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή» έχει άμεση σχέση με έναν αντίστοιχο τύπο προσκόλλησης. Συγκεκριμένα, οι τύποι προσκόλλησης, οι οποίοι παρατηρούνται και συνδέονται με αυτή, είναι ο «Ανασφαλής αγχώδης τύπος», ο «Ανασφαλής αποφυγής τύπος» και ο «Τύπος εμμονής». Τα άτομα με «Γενικευμένη Αγχώδη Διαταραχή» έχουν δυσκολία στη ρύθμιση των συναισθημάτων τους, γεγονός το οποίο «κληρονομείται» από τους παραπάνω τύπους ανασφαλούς δεσμού. Επιπρόσθετα, τόσο ο τύπος «αποφυγής», όσο και ο «εμμονής» διακρίνονται από «υπερδραστήριες» στρατηγικές ρύθμισης των συναισθημάτων, με αποτέλεσμα να έχουν αυξημένη αντίδραση προς τις απειλές (κυρίως τις «κοινωνικές απειλές») και να νιώθουν φόβο εγκατάλειψης (Miculincer et al, 2003; Marganska et al., 2013).

Όσο αφορά τον Αγχώδη τύπο δεσμού, η «Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή» συνδέεται με Αγχώδη τύπο δεσμού, καθώς το παιδί με αυτό το δεσμό δυσκολεύεται να εμπιστευτεί την διαθεσιμότητα της φιγούρας προσκόλλησης στις δύσκολες στιγμές του. Έτσι, το άγχος που βιώνει απέναντι στο φροντιστή του μετατρέπεται αργότερα στη ζωή του σε Αγχώδη Διαταραχή, διότι δυσκολεύεται να αντιμετωπίσει το άγχος που δημιουργείται στις καταστάσεις της αναπτυξιακής του πορείας (Warren et al., 1997).

Συμπέρασμα

Η παρουσία μιας αγχώδους διαταραχής τόσο στην παιδική όσο και στην ενήλικη ζωή φαίνεται να έχει άμεση συσχέτιση με ανασφαλή τύπο δεσμού. Συγκεκριμένα, φαίνεται πως τα άτομα που εκδηλώνουν κάποια αγχώδη διαταραχή είχαν στην παιδική τους ηλικία ανασφαλή δεσμό με τη φιγούρα δεσμού τους. Στις περισσότερες περιπτώσεις ο ανασφαλής δεσμός είναι του τύπου αποφυγής (σπάνια αμφιθυμίας ή αποδιοργανωμένου). Επιπρόσθετα, στην ενήλικη ζωή το ενεργό μοντέλο δεσμού, το οποίο δείχνει να σχετίζεται πλήρως με σχεδόν όλες τις αγχώδεις διαταραχές, είναι ο «Αγχώδης τύπος», στον οποίο το άτομο αρνείται να βιώσει το αρνητικό συναίσθημα, με αποτέλεσμα να το καταπνίγει. Συμπεραίνοντας, φαίνεται πως ο «Ανασφαλής τύπος δεσμού» συσχετίζεται πλήρως με τις «Αγχώδεις Διαταραχές», ενώ ο «Ασφαλής τύπος δεσμού» δεν παρουσιάζει σημαντική συσχέτιση.

Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

- Adams, G. C., Wrath, A. J., Le, T., & Alaverdashvili, M. (2019). A longitudinal exploration of the impact of social anxiety and individual attachment on depression severity. *Journal of Affective Disorders*, 257, 250–256.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.07.051>
- Adams, G. C., Wrath, A. J., Mondal, P., and Asmundson, G. J. G. (2018). Depression with or without comorbid social anxiety: is attachment the culprit? *Psychiatry Res.* 269, 86–92. doi: 10.1016/j.psychres.2018.08.037
- Ainsworth, M. D. S., Blchar, M. C., Waters, E., & WaU, S. (1978). Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. Hillsdale, NJ: Erlbanm.
- Ainsworth, M. D. S., Bell, S. M., Stayton, D. J., & Schaffer, H. R. (1971). The origins of human social relations.

- Ainsworth, M. D. S. (1967). Infancy in Uganda: Infant care and the growth of love.
- Ainsworth, M. D. S. (1969). Object relations, dependency, and attachment: A theoretical review of the infant-mother relationship. *Child development*, 969-1025.
- Ainsworth, M. D. (1982). 14. the development of infant-mother attachment. *In The beginning*, 133–143. <https://doi.org/10.7312/bels91552-016>
- Ainsworth, M. D. (1983). Patterns of infant-mother attachment as related to maternal care. *Human development: An interactional perspective*, 35-55.
- Ainsworth, M. D. (1984). Attachment. *Personality and the behavioral disorders*, 1, 559-602.
- Ainsworth, M., & Bowlby, J. (1991, January 1). *[PDF] an ethological approach to personality development: Semantic scholar*. American Psychologist. Retrieved March 31, 2023, from <https://www.semanticscholar.org/paper/An-Ethological-Approach-to-Personality-Development-Ainsworth-Bowlby/1ea3b86aca944bee8b322be6a7e14282edd7133b>
- Allen, S. N., & Bloom, S. L. (1994). Group and Family Treatment of Post-Traumatic Stress Disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 17(2), 425–437. doi:10.1016/s0193-953x(18)30123-0
- American Psychiatric Association, (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition, American Psychiatric Association, Washington, DC
- American Psychiatric Association. (2013). *American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Arlington.
- American Psychiatric Association, D., & American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (Vol. 5, No. 5). Washington, DC: American psychiatric association.
- Asmundson, G. J., Taylor, S., & A. J. Smits, J. (2014). Panic disorder and agoraphobia: An overview and commentary on DSM-5 changes. *Depression and Anxiety*, 31(6), 480–486. <https://doi.org/10.1002/da.22277>
- Baldwin, D. S., Gordon, R., Abelli, M., & Pini, S. (2016). The separation of adult separation anxiety disorder. *CNS Spectrums*, 21(4), 289–294. <https://doi.org/10.1017/s1092852916000080>

- Bandelow, B., Charimo Torrente, A., Wedekind, D., Broocks, A., Hajak, G., & Rother, E. (2004). Early traumatic life events, parental rearing styles, family history of mental disorders, and birth risk factors in patients with social anxiety disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 254(6), 397–405. <https://doi.org/10.1007/s00406-004-0521-2>
- Barlow, D. H. (2004). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. New York, NY: Guilford Press
- Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: An attachment perspective. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7(2), 147–178. <https://doi.org/10.1177/0265407590072001>
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(2), 226–244. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.61.2.226>
- Beck, A. T., & Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Becker, E. S., Rinck, M., Türke, V., Kause, P., Goodwin, R., Neumer, S., & Margraf, J. (2007). Epidemiology of specific phobia subtypes: Findings from the Dresden Mental Health Study. *European Psychiatry*, 22(2), 69–74. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2006.09.006>
- Beekman, A. T., Bremmer, M. A., Deeg, D. J., Van Balkom, A. J., Smit, J. H., De Beurs, E., Van Dyck, R., & Van Tilburg, W. (1998). Anxiety disorders in later life: A report from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 13(10), 717–726. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1099-1166\(199810\)13:10<717::aid-gps857>3.0.co;2-m](https://doi.org/10.1002/(sici)1099-1166(199810)13:10<717::aid-gps857>3.0.co;2-m)
- Beekman, A. T. F., de Beurs, E., van Balkom, A. J. L. M., Deeg, D. J. H., van Dyck, R., & van Tilburg, W. (2000). Anxiety and depression in later life: Co-occurrence and communality of risk factors. *American Journal of Psychiatry*, 157(1), 89–95. <https://doi.org/10.1176/ajp.157.1.89>
- Benoit, D. (2004). Infant-parent attachment: Definition, types, antecedents, measurement and outcome. *Paediatrics & Child Health*, 9(8), 541–545. <https://doi.org/10.1093/pch/9.8.541>

- Bergink, V. (2004). Glutamate and anxiety. *European Neuropsychopharmacology*, 14(3), 175–183. [https://doi.org/10.1016/s0924-977x\(03\)00100-7](https://doi.org/10.1016/s0924-977x(03)00100-7)
- Bernier, A., Larose, S., & Whipple, N. (2005). Leaving home for college: A potentially stressful event for adolescents with preoccupied attachment patterns. *Attachment & Human Development*, 7(2), 171–185. <https://doi.org/10.1080/14616730500147565>
- Bischof, N. (1975). Comparative ethology of incest avoidance.
- Blatz, W. E. (1966). Human security: Some reflections. University of Toronto Press.
- Bowlby, J. (1940). The influence of early environment in the development of neurosis and neurotic character. *International Journal of Psycho-Analysis*, XX/, 1-25.
- Bowlby, J. (1958). The nature of the child's tie to his mother. *International Journal of Psycho-Analysis*, 39, 350–373.
- Bowlby, J. (1969). Attachment, vol 1 New York.
- Bowlby, J. (1973). Attachment and loss. Volume II. Separation, anxiety and anger. In *Attachment and loss. volume II. Separation, anxiety and anger* (pp. 429-p).
- Bowlby, J. (1977). The making and breaking of affectional bonds: I. Aetiology and psychopathology in the light of attachment theory. *The British journal of psychiatry*, 130(3), 201-210.
- Bowlby, J. (1982). Attachment and loss: retrospect and prospect. *American journal of Orthopsychiatry*, 52(4), 664.
- Breidenstine, A. S., Bailey, L. O., Zeanah, C. H., & Larrieu, J. A. (2011). Attachment and trauma in early childhood: A Review. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 4(4), 274–290. <https://doi.org/10.1080/19361521.2011.609155>
- Bretherton, I. (1985). Attachment theory: Retrospect and prospect. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50(1/2), 3. <https://doi.org/10.2307/3333824>
- Bretherton, I. (1992). *The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth*. *Developmental Psychology*, 28(5), 759–775. doi:10.1037/0012-1649.28.5.759

- Carlson, V., Cicchetti, D., Barnett, D., & Braunwald, K. (1989a). Disorganized/disoriented attachment relationships in maltreated infants. *Developmental Psychology*, 25(4), 525–531. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.25.4.525>
- Carlson, E. Sampson, m., & Sroufe, A. (2003). Implications of attachment theory and research for developmental-behavioral pediatrics. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 24(5), 364–379. <https://doi.org/10.1097/00004703-200310000-00010>
- Cassidy, J. A. (1983). *The relationship between quality of attachment and three aspects of competence: ability to negotiate the environment, quality of play, and quality of affect* (Doctoral dissertation, University of Virginia).
- Cassidy, J. (1986). The ability to negotiate the environment: An aspect of infant competence as related to quality of attachment. *Child Development*, 57(2), 331. <https://doi.org/10.2307/1130588>
- Cassidy, J., & Berlin, L. J. (1994). The insecure/ambivalent pattern of attachment: Theory and research. *Child Development*, 65(4), 971–991. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1994.tb00796.x>
- Cassidy, J., Sherman, L. J., & Jones, J. D. (2012). What's in a word? linguistic characteristics of adult attachment interviews. *Attachment & Human Development*, 14(1), 11–32. <https://doi.org/10.1080/14616734.2012.636649>
- Charney, D. S., Woods, S. W., Krystal, J. H., & Heninger, G. R. (1996). Neurobiological mechanisms of human anxiety. *Biological Basis of Psychiatric Treatment*, 242–283. <https://doi.org/10.1159/000417680>
- Cohen, L. J. (1974). The operational definition of human attachment. *Psychological Bulletin*, 81(4), 207–217. <https://doi.org/10.1037/h0036182>
- Collins, N. L., & Read, S. J. (1990). Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(4), 644–663. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.58.4.644>
- Compton, A. (1972). A study of the psychoanalytic theory of anxiety. i. the development of Freud's theory of anxiety. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 20(1), 3–44. <https://doi.org/10.1177/000306517202000101>

- Craske, M. G., Rauch, S. L., Ursano, R., Prenoveau, J., Pine, D. S., & Zinbarg, R. E. (2011). What is an anxiety disorder? *FOCUS*, 9(3), 369–388. <https://doi.org/10.1176/foc.9.3.foc369>
- Cristóbal, R. (2003). The psychoanalytic process in the light of attachment theory. *Attachment theory and the psychoanalytic process*, 356-381.
- Crocq, M.-A. (2015). A history of anxiety: From Hippocrates to DSM. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17(3), 319–325. <https://doi.org/10.31887/dcns.2015.17.3/macrocq>
- Crocq, M.-A. (2017). The history of generalized anxiety disorder as a diagnostic category. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 19(2), 107–116. <https://doi.org/10.31887/dcns.2017.19.2/macrocq>
- Davidson, R. J. (2002). Anxiety and affective style: Role of prefrontal cortex and amygdala. *Biological Psychiatry*, 51(1), 68–80. [https://doi.org/10.1016/s0006-3223\(01\)01328-2](https://doi.org/10.1016/s0006-3223(01)01328-2)
- Di Nardo, P. A. (1993). Reliability of DSM-III-R anxiety disorder categories. *Archives of General Psychiatry*, 50(4), 251. <https://doi.org/10.1001/arch-psyc.1993.01820160009001>
- Dugas, M.J., Gosselin, P. & Ladouceur, R. Intolerance of Uncertainty and Worry: Investigating Specificity in a Nonclinical Sample. *Cognitive Therapy and Research* 25, 551–558 (2001).
- Elling, C., Forstner, A. J., Seib-Pfeifer, L.-E., Mücke, M., Stahl, J., Geiser, F., Schumacher, J., & Conrad, R. (2022). Social anxiety disorder with comorbid major depression – why fearful attachment style is relevant. *Journal of Psychiatric Research*, 147, 283–290. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.01.019>
- Freud, S. (1905). Three essays on the theory of sexuality. *Se*, 7, 125-243.
- Freud, A. (1963). The concept of developmental lines. *The psychoanalytic study of the child*, 18(1), 245-265.
- Freud, S. (1936). Inhibitions, symptoms and anxiety. *The Psychoanalytic Quarterly*, 5(1), 1–28. <https://doi.org/10.1080/21674086.1936.11925270>
- Garcia, J. L. (1995). Freud's psychosexual stage conception: A developmental metaphor for counselors. *Journal of Counseling & Development*, 73(5), 498-502.

- Gillath, O., Selcuk, E., & Shaver, P. R. (2008). Moving toward a secure attachment style: Can repeated security priming help? *Social and Personality Psychology Compass*, 2(4), 1651–1666. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2008.00120.x>
- Goldberg, S., MacKay-Soroka, S., & Rochester, M. (1994). Affect, attachment, and maternal responsiveness. *Infant Behavior and Development*, 17(3), 335–339. [https://doi.org/10.1016/0163-6383\(94\)90013-2](https://doi.org/10.1016/0163-6383(94)90013-2)
- Grey, J. A. (1982). *The Neuropsychology of Anxiety*, New York.
- Gray, J. A. (1987). *The psychology of fear and stress*. Cambridge Univ. Pr.
- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(3), 511–524. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.52.3.511>
- Harlow, H. F. (1959). Love in infant monkeys. *Scientific American*, 200(6), 68-75.
- Herzberg, D. (2014). Allan v. Horwitz, anxiety: A short history. *Social History of Medicine*, 27(4), 839–840. <https://doi.org/10.1093/shm/hku058>
- Holtzworth-Munroe, A., Stuart, G. L., & Hutchinson, G. (1997a). Violent versus non-violent husbands: Differences in attachment patterns, dependency, and jealousy. *Journal of Family Psychology*, 11(3), 314–331. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.11.3.314>
- Hua, A., & Major, N. (2016). Selective mutism. *Current Opinion in Pediatrics*, 28(1), 114–120. <https://doi.org/10.1097/mop.0000000000000300>
- Ipsen, J. C., Singh, L., & Stein, D. J. (2013). Meta-analysis of functional brain imaging in specific phobia. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 67(5), 311–322. <https://doi.org/10.1111/pcn.12055>
- Isabella, R. A., & Belsky, J. (1991). Interactional synchrony and the origins of infant-mother attachment: A replication study. *Child Development*, 62(2), 373–384. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1991.tb01538.x>
- Jacobson, J. L., & Wille, D. E. (1986). The influence of attachment pattern on developmental changes in peer interaction from the toddler to the preschool period. *Child Development*, 57(2), 338. <https://doi.org/10.2307/1130589>
- Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(3), 207–222. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12347>

- Kafetsios, K. (2003). Attachment, emotion regulation and psychological well being: Review and clinical applications. *Encephalos*, 40, 30-45 [in Greek with English abstract. www.encephalos.gr].
- Kelvins, C. (1997). Fear and anxiety. *Diunduh dari*.
- Kins, E., Soenens, B., & Beyers, W. (2013). Separation anxiety in families with emerging adults. *Journal of Family Psychology*, 27(3), 495–505. <https://doi.org/10.1037/a0032869>
- Knappe, S., Lieb, R., Beesdo, K., Fehm, L., Ping Low, N. C., Gloster, A. T., & Wittchen, H.-U. (2009). The role of Parental Psychopathology and family environment for social phobia in the first three decades of life. *Depression and Anxiety*, 26(4), 363–370. <https://doi.org/10.1002/da.20527>
- Kolvin, I. S. R. A. E. L., Trowell, J. U. D. I. T. H., Le Couteur, A., Baharaki, S. O. P. H. I. A., & Morgan, J. U. D. Y. (1997). The origins of selective mutism: Some strategies in attachment and bonding research. *OCCASIONAL PAPERS-ASSOCIATION FOR CHILD PSYCHOLOGY AND PSYCHIATRY*, 17-26.
- Kupfer, D. J. (2015). Anxiety and DSM-5. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17(3), 245–246. <https://doi.org/10.31887/dcns.2015.17.3/dkupfer>
- Lang, P. J. (1968). Fear reduction and fear behavior: Problems in treating a construct. *Research in Psychotherapy*, 90–102. <https://doi.org/10.1037/10546-004>
- Leichsenring, F., & Leweke, F. (2017). Social anxiety disorder. *New England Journal of Medicine*, 376(23), 2255–2264. <https://doi.org/10.1056/nejmcp1614701>
- Lewinsohn, P. M., Gotlib, I. H., Lewinsohn, M., Seeley, J. R., & Allen, N. B. (1998). Gender differences in anxiety disorders and anxiety symptoms in adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 107(1), 109–117. <https://doi.org/10.1037/0021-843x.107.1.109>
- Lyons-Ruth, K., Bronfman, E., & Parsons, E. (1999). Maternal Frightened, Frightening, or Atypical Behavior and Disorganized Infant Attachment Patterns. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 64(3), 67–96. <http://www.jstor.org/stable/3181559>
- Lyons–Ruth, K., Yellin, C., Melnick, S., & Atwood, G. (2005). Expanding the concept of unresolved mental states: Hostile/helpless states of mind on the adult attachment interview are associated with disrupted mother–infant communication and

infant disorganization. *Development and Psychopathology*, 17(01).
<https://doi.org/10.1017/s0954579405050017>

Main, M., & Hesse, E. (1990). Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? In M. T. Greenberg, D. Cicchetti, & E. M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention* (pp. 161–182). The University of Chicago Press.

Manicavasagar, V., Silove, D., Marnane, C., & Wagner, R. (2009). Adult attachment styles in panic disorder with and without comorbid adult separation anxiety disorder. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 43(2), 167–172.
<https://doi.org/10.1080/00048670802607139>

Manning, R. P. C., Dickson, J. M., Palmier-Claus, J., Cunliffe, A., & Taylor, P. J. (2017). A systematic review of adult attachment and Social Anxiety. *Journal of Affective Disorders*, 211, 44–59. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.12.020>

Marazziti, D., Dell'Osso, B., Dell'Osso, M., Consoli, G., Debbio, A., Mungai, F., .Dell'Osso, L. (2007). Romantic Attachment in Patients with Mood and Anxiety Disorders. *CNS Spectrums*, 12(10), 751-756. doi:10.1017/S1092852900015431

Marks, I. M. (1969). Fears and phobias. New York: Academic Press

Mikulincer, M. (1995). Attachment style and the mental representation of the self. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(6), 1203–1215.
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.69.6.1203>

Mikulincer, M., & Sheffi, E. (2000). *Adult attachment style and cognitive reactions to positive affect: A test of mental categorization and creative problem solving - motivation and emotion*. SpringerLink.

Mikulincer, M., Shaver, P. R., & Pereg, D. (2003). Attachment theory and affect regulation: The dynamics, development, and cognitive consequences of attachment-related strategies. *Motivation and Emotion*, 27, 77–102.

Muris, P., & Ollendick, T. H. (2015). Children who are anxious in silence: A review on selective mutism, the new anxiety disorder in DSM-5. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 18(2), 151–169. <https://doi.org/10.1007/s10567-015-0181-y>

- Ollendick, T. H., King, N. J., & Muris, P. (2002). Fears and phobias in children: Phenomenology, epidemiology, and Aetiology. *Child and Adolescent Mental Health*, 7(3), 98–106. <https://doi.org/10.1111/1475-3588.00019>
- Paetzold, R. L., Rholes, W. S., & Kohn, J. L. (2015). Disorganized attachment in adulthood: Theory, Measurement, and implications for romantic relationships. *Review of General Psychology*, 19(2), 146–156. <https://doi.org/10.1037/gpr0000042>
- Palmer, B. W., Jeste, D. V., & Sheikh, J. I. (1997). Anxiety disorders in the elderly: DSM-IV and other barriers to diagnosis and treatment. *Journal of Affective Disorders*, 46(3), 183–190. [https://doi.org/10.1016/s0165-0327\(97\)00146-8](https://doi.org/10.1016/s0165-0327(97)00146-8)
- Pini, S., Abelli, M., Shear, K. M., Cardini, A., Lari, L., Gesi, C., Muti, M., Calugi, S., Galderisi, S., Troisi, A., Bertolino, A., & Cassano, G. B. (2009). Frequency and clinical correlates of adult separation anxiety in a sample of 508 outpatients with mood and anxiety disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 122(1), 40–46. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2009.01480.x>
- Pizarro Obaid, F. (2012). Sigmund Freud and Otto Rank: Debates and confrontations about anxiety and birth. *The International Journal of Psychoanalysis*, 93(3), 693–715. <https://doi.org/10.1111/j.1745-8315.2012.00594.x>
- Ponitz, C. C., McClelland, M. M., Matthews, J. S., & Morrison, F. J. (2009). A structured observation of behavioral self-regulation and its contribution to kindergarten outcomes. *Developmental Psychology*, 45(3), 605–619. <https://doi.org/10.1037/a0015365>
- Remschmidt, H., Poller, M., Herpertz-Dahlmann, B., Hennighausen, K., & Gutenbrunner, C. (2001). A follow-up study of 45 patients with elective mutism. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 251(6), 284–296. <https://doi.org/10.1007/pl00007547>
- Rholes, W.S., Simpson, J.A., & Blakely, B.S. (1995). Adult attachment styles and mothers' relationships with their young children. *Personal Relationships*, 2(1), 35–54. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.1995.tb00076.x>
- Ruscio, A. M., Hallion, L. S., Lim, C. C., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Andrade, L. H., Borges, G., Bromet, E. J., Bunting, B., Caldas de Almeida, J. M., Demyttenaere, K., Florescu, S., de Girolamo, G., Gureje, O., Haro, J. M., He, Y., Hinkov, H., Hu, C., ... Scott, K. M. (2017). Cross-sectional

- comparison of the epidemiology of *dsm-5* generalized anxiety disorder across the Globe. *JAMA Psychiatry*, 74(5), 465. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.0056>
- Schoevers, R. A., Beekman, A. T., Deeg, D. J., Jonker, C., & Tilburg, W. van. (2003). Comorbidity and risk-patterns of depression, generalised anxiety disorder and mixed anxiety-depression in later life: Results from the amstel study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(11), 994–1001. <https://doi.org/10.1002/gps.1001>
- Senn, M. J. E. (1977). Interview with John Bowlby. Unpublished manuscript, National Library of Medicine, Washington, DC.
- Shear, K. (1996). Factors in the etiology and pathogenesis of panic disorder: Revisiting the attachment-separation paradigm. *American Journal of Psychiatry*, 153(7), 125–136. <https://doi.org/10.1176/ajp.153.7.125>
- Silove, D., Manicavasagar, V., O'Connell, D., & Morris-Yates, A. (1995). Genetic factors in early separation anxiety: Implications for the genesis of Adult Anxiety Disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 92(1), 17–24. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1995.tb09537.x>
- Silove, Derrick, & Marnane, C. (2013). Overlap of symptom domains of separation anxiety disorder in adulthood with panic disorder–agoraphobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 27(1), 92–97. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2012.10.005>
- Skre, I., Onstad, S., Torgersen, S., Lygren, S., & Kringlen, E. (1993). A twin study of DSM-III-R anxiety disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 88(2), 85–92. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1993.tb03419.x>
- Smith, W. D. (1994). Hippocrates: Vol. VII. Loeb Classical Library.
- Smyke, A. T., Zeanah, C. H., Gleason, M. M., Drury, S. S., Fox, N. A., Nelson, C. A., & Guthrie, D. (2012). A randomized controlled trial comparing foster care and institutional care for children with signs of reactive attachment disorder. *American Journal of Psychiatry*, 169(5), 508–514. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.11050748>
- Spielberger, C. D. (1971). *Anxiety and behavior*. Academic Press.

- Spielberger, C. D. (1972). Conceptual and Methodological Issues in Anxiety Research. *U Anxiety: Current trends in theory and research*.(str. 481-493).
- Stayton, D. J., & Ainsworth, M. D. (1973). Individual differences in infant responses to brief, everyday separations as related to other infant and maternal behaviors. *Developmental Psychology*, 9(2), 226.
- Stein, M. B., & Stein, D. J. (2008). Social anxiety disorder. *The Lancet*, 371(9618), 1115–1125. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(08\)60488-2](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(08)60488-2)
- Strodl, E., & Noller, P. (2003). The relationship of adult attachment dimensions to depression and agoraphobia. *Personal Relationships*, 10(2), 171–186. <https://doi.org/10.1111/1475-6811.00044>
- Struijs, S. Y., de Jong, P. J., Jeronimus, B. F., van der Does, W., Riese, H., & Spinhoven, P. (2021). Psychological risk factors and the course of depression and anxiety disorders: A review of 15 years NESDA research. *Journal of Affective Disorders*, 295, 1347–1359. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.08.086>
- Torpey, D. C., Olino, T. M., & Klein, D. N. (2007). Retrospective reports of parenting in depressed adults with and without comorbid panic disorder and social anxiety disorder. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 195(9), 738–744. <https://doi.org/10.1097/nmd.0b013e318142cc16>
- Van Ijzendoorn, M. A.R.I.N.U.S.H., Schuengel, C.A.R.L.O., & Bakermans- Kranenburg, M.A.R.I.A.N.J. (1999). Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development and Psychopathology*, 11(2), 225–250. <https://doi.org/10.1017/s0954579499002035>
- Van Rosmalen, L., Van der Veer, R., & Van der Horst, F. (2015). Ainsworth's Strange Situation Procedure: The Origin of an instrument. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 51(3), 261–284. <https://doi.org/10.1002/jhbs.21729>
- van Veen, T., Wardenaar, K. J., Carlier, I. V. E., Spinhoven, P., Penninx, B. W. J. H., & Zitman, F. G. (2013). Are childhood and adult life adversities differentially associated with specific symptom dimensions of depression and anxiety? testing the tripartite model. *Journal of Affective Disorders*, 146(2), 238–245. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.09.011>

- Van Zelst, W. H., de Beurs, E., Beekman, A. T. F., Deeg, D. J. H., & van Dyck, R. (2003). Prevalence and risk factors of posttraumatic stress disorder in older adults. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 72(6), 333–342. <https://doi.org/10.1159/000073030>
- Vaughn, B. E., Lefever, G. B., Seifer, R., & Barglow, P. (1989). Attachment behavior, attachment security, and temperament during infancy. *Child Development*, 60(3), 728. <https://doi.org/10.2307/1130738>
- Veronese, G., Romaioli, D., & Castiglioni, M. (2012). Attachment styles and construction of self in a clinical group of aerophobic: A pilot study. *Psychological Studies*, 57(3), 303–309. <https://doi.org/10.1007/s12646-011-0136-4>
- Vink, D., Aartsen, M. J., & Schoevers, R. A. (2008). Risk factors for anxiety and depression in the elderly: A Review. *Journal of Affective Disorders*, 106(1–2), 29–44. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.06.005>
- Walker, D. L., & Davis, M. (2002). The role of amygdala glutamate receptors in fear learning, fear-potentiated startle, and extinction. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 71(3), 379–392. [https://doi.org/10.1016/s0091-3057\(01\)00698-0](https://doi.org/10.1016/s0091-3057(01)00698-0)
- Warren, S. L., Huston, L., Egeland, B., & Sroufe, L. A. (1997). Child and adolescent anxiety disorders and early attachment. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(5), 637–644. <https://doi.org/10.1097/00004583-199705000-00014>
- Waters, E., & Cummings, E. M. (2000). A secure base from which to explore close relationships. *Child Development*, 71(1), 164–172. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00130>
- Williams, J. B., & First, M. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. *Encyclopedia of Social Work*. <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780199975839.013.104>
- Wilson, C. L., Simpson, J. A., & Rholes, W. S. (2000). Attachment orientation and support giving. In *Poster presented at the Midwestern Psychological Association annual conference, Chicago, IL*.

- Zalaznik, D., Weiss, M., & Huppert, J. D. (2017). Improvement in adult anxious and avoidant attachment during cognitive behavioral therapy for panic disorder. *Psychotherapy Research*, 29(3), 337–353.
<https://doi.org/10.1080/10503307.2017.1365183>
- Zeanah, C. H., Chesher, T., Boris, N. W., Walter, H. J., Bukstein, O. G., Bellonci, C., Benson, R. S., Bussing, R., Chrisman, A., Hamilton, J., Hayek, M., Keable, H., Rockhill, C., Siegel, M., & Stock, S. (2016). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with reactive attachment disorder and disinhibited social engagement disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 55(11), 990–1003.
<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.08.004>
- Zeanah, C. H., & Gleason, M. M. (2014). Annual research review: Attachment disorders in early childhood - clinical presentation, causes, correlates, and treatment.

Ελληνική Βιβλιογραφία

- Καφέτσος, Κ. (2005). Δεσμός, συναίσθημα και διαπροσωπικές σχέσεις. Αθήνα: Τυπωθήτω.
- Μάνος, Ν. (1997). Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής. University Studio Press
- Μαδιανός, Δ. (2003). Κλινική Ψυχιατρική. Αθήνα: Καστανιώτη