



Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Τμήμα Λογοθεραπείας

**Γλωσσική επίδραση των αγχωδών διαταραχών σε παιδιά
και εφήβους**

Πτυχιακή εργασία

Γιάγκου Δανάη- Ελένη (Α.Μ.: 1221)

Επιβλέπουσα καθηγήτρια: Σιαφάκα Βασιλική, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια,

Ιωάννινα, 2025

Γλωσσική επίδραση των αγχωδών διαταραχών σε παιδιά και εφήβους

Πτυχιακή εργασία

Γιάγκου Δανάη- Ελένη (Α.Μ.: 1221)

Επιβλέπουσα καθηγήτρια: Σιαφάκα Βασιλική, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια,

Ιωάννινα, 2025

Linguistic impact of anxiety disorders in children and adolescents

Σελίδα έγκρισης

Πνευματικά δικαιώματα

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 την συγγραφή της περιλαμβάνονται στη βιβλιογραφία.

Ονοματεπώνυμο: Γιάγκου Δανάη-Ελένη

Υπογραφή:

Περίληψη

Σκοπός της εργασίας αυτής, είναι η διερεύνηση της υπάρχουσας βιβλιογραφίας σχετικά με την γλωσσική επίδραση που επιφέρουν οι αγχώδεις διαταραχές σε παιδιά και εφήβους. Διαμέσου αυτής, αναδεικνύεται η επιρροή των διαταραχών αυτών, τόσο στην ψυχική και στην σωματική υγεία όσο και στην ομιλία και τον λόγο, καθώς και εξετάζεται η θεραπεία στους τομείς αυτούς μεμονωμένα αλλά και συνδυαστικά. Αρχικά, μελετώνται οι αγχώδεις διαταραχές στο σύνολο τους, ως προς την επιδημιολογία τους, την αιτιολογία τους, τις συννοσηρότητες που ενδέχεται να παρουσιάζουν, καθώς και την πορεία με την οποία εξελίσσονται. Έπειτα, αναλύεται η κάθε αγχώδης διαταραχή ξεχωριστά, μαζί με τις επιπλοκές που συνοδεύουν την κάθε μια. Στην συνέχεια, εξετάζονται τα συμπτώματα των διαταραχών αυτών στον γλωσσικό τομέα. Τα κεφάλαια 5,6 και 7 επικεντρώνονται στον θεραπευτικό τομέα. Αναλύονται θεραπευτικές μέθοδοι που αφορούν την φαρμακοθεραπεία καθώς και οι διάφορες ψυχοθεραπευτικές μέθοδοι που εφαρμόζονται για την αντιμετώπιση των αγχωδών διαταραχών στις νεαρές αυτές ηλικίες. Έπειτα, επεξηγούνται οι λογοθεραπευτικές μέθοδοι που χρησιμοποιούνται για την θεραπεία των γλωσσικών συμπτωμάτων που έχουν προαναφερθεί. Τέλος, αναφέρονται συνδυαστικές μέθοδοι ψυχοθεραπείας και λογοθεραπείας, μέσω των οποίων προσεγγίζονται θεραπευτικά, ψυχικά και γλωσσικά συμπτώματα ταυτοχρόνως.

Λέξεις κλειδιά: Αγχώδεις διαταραχές, Γλώσσα, Παιδιά, Έφηβοι, Ψυχοθεραπεία, Λογοθεραπεία

Abstract

The purpose of this study is to investigate the existing literature on the linguistic impact of anxiety disorders on children and adolescents. It highlights the influence of these disorders on mental and physical health as well as on speech and language and examines treatment in these areas individually and in combination. Firstly, anxiety disorders are studied in terms of their epidemiology, etiology, possible comorbidities, and progression. Then, each anxiety disorder is analyzed separately, along with the complications that accompany each one. Next, the symptoms of these disorders in the linguistic domain are examined. Chapters 5, 6, and 7 focus on the therapeutic field. Therapeutic methods involving pharmacotherapy are analyzed, as well as the various psychotherapeutic methods used to treat anxiety disorders in young people. Next, speech therapy methods used to treat the language symptoms are explained. Finally, combined methods of psychotherapy and speech therapy are mentioned, through which mental and linguistic symptoms are addressed through therapy simultaneously.

Keywords; Anxiety disorders, Language, Children, Adolescents, Psychotherapy, Speech and Language Therapy

Περιεχόμενα

Περίληψη6

Abstract7

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο11

Εισαγωγή11

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο13

Αγχώδεις διαταραχές σε παιδιά και εφήβους13

2.1: Επιδημιολογία13

2.2: Αιτιολογία-Παράγοντες κινδύνου13

2.2.1: Βιολογικοί Παράγοντες13

2.2.2: Ατομικοί παράγοντες16

2.2.3: Περιβαλλοντικοί παράγοντες17

2.3: Συννοσηρότητα18

2.4: Αναπτυξιακή πορεία19

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο20

Κλινικά χαρακτηριστικά των αγχωδών διαταραχών σε παιδιά και εφήβους20

3.1: Διαταραχή Άγχους Αποχωρισμού20

3.2: Εκλεκτική Αλαλία23

3.3: Ειδικές Φοβίες25

3.4: Διαταραχή Κοινωνικού Άγχους (Κοινωνική Φοβία)29

3.5: Διαταραχή Πανικού32

3.6: Αγοραφοβία35

3.7: Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή37

3.9: Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες43

3.10: Διαταραχή Άγχους Ασθένειας/ Υποχονδρίαση51

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο54

Γλωσσική επίδραση των αγχωδών διαταραχών σε παιδιά και εφήβους54

4.1: Επίδραση του άγχους στην γλώσσα54

4.2: Γλωσσική επίδραση συγκεκριμένων αγχωδών διαταραχών55

4.2.1:Γλωσσική επίδραση της Διαταραχής Άγχους Αποχωρισμού55

4.2.2: Γλωσσική επίδραση της Εκλεκτικής Αλαλίας56

4.2.3: Γλωσσική επίδρασης της Διαταραχής Κοινωνικού Άγχους56

4.2.4: Γλωσσική επίδραση της Διαταραχής πανικού και της Αγοραφοβίας57

4.2.5: Γλωσσική επίδραση της Γενικευμένης Αγχώδους Διαταραχής58

4.2.6: Γλωσσική επίδραση της Ιδιοψυχαναγκαστικής Διαταραχής59

4.2.7: Γλωσσική επίδραση της Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες59

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο61

Θεραπεία αγχωδών διαταραχών61

5.1: Πρόληψη61

5.2: Φαρμακευτική Αγωγή62

5.3: Ψυχοθεραπεία64

5.3.1: Γνωστική-Συμπεριφορική Θεραπεία64

5.3.2: Θεραπεία Ενσυνειδητότητας67

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο69

Λογοθεραπεία και αγχώδεις διαταραχές69

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 772

Συνδυασμός Ψυχοθεραπείας και Λογοθεραπείας στις Αγχώδεις Διαταραχές72

Βιβλιογραφία74

Βιβλία (στην ελληνική γλώσσα)74

Βιβλία (στην αγγλική γλώσσα)74

Επιστημονικά άρθρα (στην ελληνική γλώσσα)76

Επιστημονικά άρθρα (στην αγγλική γλώσσα)76

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

Εισαγωγή

Σε μια εποχή όπου, τα δεδομένα γύρω μας διαρκώς μεταβάλλονται και απαιτείται διαρκής προσαρμογή στο περιβάλλον γύρω μας, υπάρχει εμφανής αύξηση του άγχους ακόμη και σε νεαρές ηλικίες. Απτή απόδειξη, αποτελεί το γεγονός ότι, οι αγχώδεις διαταραχές πλέον αποτελούν τον πιο κοινό τύπο ψυχικής ασθένειας. Περιλαμβάνουν το άγχος αποχωρισμού και την επιλεκτική αλαλία (που εμφανίζονται κυρίως στην παιδική ηλικία, μεταξύ 4 και 18 ετών), τις ειδικές φοβίες, την διαταραχή κοινωνικού άγχους (ή κοινωνική φοβία) και την γενικευμένη αγχώδη διαταραχή (που εμφανίζονται τόσο στην παιδική ηλικία όσο και στην ενήλικη ζωή), καθώς και την διαταραχή πανικού και την αγοραφοβία (που εμφανίζονται κυρίως στην ενήλικη ζωή, από την ηλικία των 18 ετών και άνω). (Penninx et al., 2021)

Οι διαταραχές άγχους επηρεάζουν όλους τους τομείς της ζωής των νέων επιδρώντας αρνητικά στην σωματική και ψυχική τους υγεία, στην ακαδημαϊκή τους επίδοση, στην κοινωνικότητα τους καθώς και στην γλώσσα και την ομιλία τους. Οι γλωσσικές διαταραχές που προκύπτουν λόγω κάποιας αγχώδους διαταραχής, αν και δεν αποτελούν την πρωταρχική θεραπευτική προτεραιότητα, επιβαρύνουν περαιτέρω ψυχολογικά τα παιδιά, τα οποία ήδη βρίσκονται σε μια δυσμενή ψυχολογική συνθήκη. Επομένως, είναι ωφέλιμο να αντιμετωπιστούν θεραπευτικά.

Συνήθως, πέρα από την ενδεχόμενη λήψη φαρμακευτικής αγωγής, τα παιδιά και οι έφηβοι με αγχώδεις διαταραχές, παρακολουθούν συνεδρίες ψυχοθεραπείας, η οποία, όπως ορίζεται στο ευρύτερο πλαίσιο του πεδίου της ψυχολογίας, είναι μια εξειδικευμένη και σκόπιμη θεραπευτική διαδικασία, μέσω της οποίας οι σκέψεις, τα συναισθήματα και η συμπεριφορά ενός ατόμου τροποποιούνται με σκοπό την διευκόλυνση της βελτίωσης της λειτουργικότητας και της προσαρμογής στη ζωή.

(Hersen, 2002) Για την αντιμετώπιση των γλωσσικών συμπτωμάτων ενδείκνυται λογοθεραπεία, η οποία αποτελεί την θεραπευτική αντιμετώπιση διαταραχών και δυσλειτουργιών της ομιλίας, της φωνής, της γλώσσας, της επικοινωνίας και της κατάποσης.(Merriam-Webster, 2025) Σκοπός αυτής της εργασίας αποτελεί η διερεύνηση συνδυαστικών θεραπευτικών μεθόδων ψυχοθεραπείας και λογοθεραπείας που στοχεύουν στην αντιμετώπιση των ψυχικών αλλά και των γλωσσικών συμπτωμάτων που επιφέρουν οι αγχώδεις διαταραχές σε παιδιά και εφήβους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

Αγχώδεις διαταραχές σε παιδιά και εφήβους

2.1: Επιδημιολογία

Συνολικά, το ποσοστό των παιδιών και των εφήβων που έχουν διαγνωστεί με οποιαδήποτε αγχώδη διαταραχή, με βάση τα κριτήρια των DSM-5 και ICD-10, είναι 15%-20%. Η διαταραχή που εμφανίζεται συχνότερα σε αυτές τις ηλικιακές ομάδες είναι η διαταραχή άγχους αποχωρισμού, με ποσοστό 6%-12%. Ακολουθούν οι ειδικές φοβίες με ποσοστό έως 10% και η κοινωνική φοβία με επιπολασμό 7%. Στη παιδική ηλικία, η αγοραφοβία και η διαταραχή πανικού εμφανίζονται σε χαμηλή συχνότητα, ίση ή μικρότερη από 1% ενώ στην εφηβεία παρατηρούνται σε ποσοστά 3%-4% και 2%-3% αντίστοιχα. (Beesdo et al.,2009) Για την γενικευμένη αγχώδη διαταραχή, το ποσοστό εμφάνισης εκτιμάται ως 2% για τις ηλικιακές αυτές ομάδες (Kowalchuk et al., 2022). Σε ακόμη χαμηλότερο ποσοστό, 0.71%-0.76%, εμφανίζεται η εκλεκτική αλαλία (Rozenek et al.,2019). Η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή σε παιδιά και εφήβους εμφανίζεται σε ποσοστά 2%-4% (Stiede et al.,2024). Στον γενικό πληθυσμό η διαταραχή μετατραυματικού στρες εντοπίζεται σε ποσοστό 3%-9%. Τέλος, η διαταραχή άγχους σωματικής υγείας παρατηρείται στο 1,3% των παιδιών και εφήβων. (Rask et al.,2023)

2.2: Αιτιολογία-Παράγοντες κινδύνου

Υπάρχει πληθώρα παραγόντων που θεωρούνται υπαίτιοι ή συμβάλλοντες για την πρόκληση αγχωδών διαταραχών στην νεαρή ηλικία. Οι παράγοντες αυτοί χωρίζονται σε βιολογικούς, ατομικούς και περιβαλλοντικούς.

2.2.1: Βιολογικοί Παράγοντες

Έρευνες της συμπεριφορικής γενετικής, επιστήμη που μελετά τα γονίδια και τον τρόπο με τον οποίο τα επηρεάζει το περιβάλλον, έχουν αποδείξει ότι παιδιά γονέων που πάσχουν από αγχώδεις διαταραχές ή διαταραχές διάθεσης εμφανίζουν υψηλότερες πιθανότητες εκδήλωσης αγχωδών διαταραχών (Penninx et al.,2021).Οι πιθανότητες αυτές μάλιστα αυξάνονται όταν και οι δυο γονείς εμφανίζουν

διαταραχές, όταν υπάρχει συννοσηρότητα διαταραχών άγχους καθώς και όταν οι διαταραχές των γονέων είναι σοβαρής μορφής ή εμφανίστηκαν νωρίς στην ζωή τους (Beesdo et al.,2009). Αυτό, φαίνεται να ισχύει περισσότερο για κάποιες αγχώδεις διαταραχές, όπως η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή, σε σύγκριση με άλλες σαν την κοινωνική φοβία και την διαταραχή πανικού (Waszczuk et al.,2014). Οι έρευνες της μοριακής γενετικής, επικεντρώνονται κυρίως σε ενήλικες, ωστόσο υπάρχουν ευρήματα που αποδεικνύουν ότι τα γονίδια επηρεάζουν εντονότερα την εμφάνιση αγχωδών διαταραχών από ότι διαταραχών διάθεσης (Purves et al.,2019). Γενικά αποτελέσματα ερευνών δείχνουν ότι για τις αγχώδεις διαταραχές, η κληρονομικότητα υφίσταται σε ποσοστό 30%-40% και ότι το υπόλοιπο 60%-70% που ευθύνεται για την εμφάνιση τους οφείλεται σε περιβαλλοντικούς παράγοντες (Beesdo et al.,2009).

Όσο αφορά μεταβολές στην νευροανατομία παιδιών που πάσχουν από αγχώδεις διαταραχές, μελέτες που χρησιμοποιούν την απεικόνιση μαγνητικού συντονισμού (MRI), έχουν εντοπίσει αλλαγές σε εγκεφαλικές περιοχές που καθορίζουν την επεξεργασία των συναισθημάτων, την εκτίμηση μιας κατάστασης ως απειλητική, την εξάλειψη του φόβου και την νοητικοποίηση (mentalization) (Nolte et al.,2011). Εξάλειψη του φόβου ονομάζεται η διαδικασία με την οποία, όταν ένα άτομο αποκτά μια νέα μνήμη, αυτή συγκαλύπτει την αρχική μνήμη που σχετίζεται με το συναίσθημα του φόβου (Zhang et al.,2020) και νοητικοποίηση (mentalization) θεωρείται η ψυχική διεργασία μέσω της οποίας ένα άτομο αντιλαμβάνεται τα συναισθήματα και τις σκέψεις του εαυτού του αλλά και των άλλων ανθρώπων (Arabadzhiyev & Paunova, 2024). Όλες οι παραπάνω λειτουργίες που ελέγχονται από τις επηρεασμένες εγκεφαλικές περιοχές, είναι φανερά διαταραγμένες σε παιδιά και εφήβους που πάσχουν από αγχώδεις διαταραχές.

Επιπλέον, έχει βρεθεί ότι τα παιδιά και οι έφηβοι που βιώνουν εντονότερο άγχος και έχουν πιο ανεσταλμένη συμπεριφορά, εμφανίζουν εντονότερη προμετωπιαία δραστηριότητα (Fu et al.,2015). Μια άλλη έρευνα σε παιδιά ηλικίας 2-7 ετών, που μετά από την εκτέλεση μιας δραστηριότητας λάμβαναν θετική ή αρνητική ανατροφοδότηση από συνομηλίκους τους, εντόπισε αυξημένη αμφοτερόπλευρη εμπλοκή των νησιωτικών φλοιών στα πιο κοινωνικά διστακτικά παιδιά. Αυτή η «κοινωνική διστακτικότητα» θεωρείται πρόωρη ένδειξη, για την μετέπειτα ανάπτυξη

κοινωνικής φοβίας κατά την προ-εφηβεία και κατά την εφηβεία (Clarkson et al.,2019).

Νευροαπεικονιστικές μελέτες σε παιδιά και εφήβους που πάσχουν από αγχώδεις διαταραχές αποδεικνύουν την ύπαρξη αλλοιώσεων στα δίκτυα που ελέγχουν επιτελικές λειτουργίες, όπως την προσοχή, τον έλεγχο και την γνωστική επεξεργασία ερεθισμάτων ως φοβικά. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, τα άτομα αυτά να αδυνατούν να κατατάξουν τα νέα ερεθίσματα που τους παρουσιάζονται ως απειλητικά ή μη απειλητικά και συνεπώς να δυσκολεύονται να διαχειριστούν τον εαυτό τους μέσα στο καθημερινό τους περιβάλλον. Προκαλείται επομένως, αλόγιστο άγχος το οποίο μπορεί να εξελιχθεί σε κάποια αγχώδη διαταραχή κατά την αναπτυξιακή πορεία των νέων (Romba et al.,2020).

Έχει αποδειχθεί ότι η βασική πλάγια αμυγδαλή, κατέχει κυρίαρχο ρόλο στην επεξεργασία του φόβου καθώς και εμπλέκεται στην συντήρηση αγχωδών συμπεριφορών, οι οποίες όταν είναι επίμονες, εξελίσσονται σε διαταραχές άγχους (Tonote et al., 2015). Είναι λοιπόν επόμενο, ότι σε παιδιά και εφήβους με διάγνωση αγχωδών διαταραχών έχουν εντοπιστεί αυξημένες σε όγκο περιοχές της αμυγδαλής (De Bellis et al.,2000). Επίσης έχει παρατηρηθεί πάχυνση του εγκεφαλικού φλοιού στον κατώτερο, στον μέσο κροταφικό και στο έσω προμετωπιαίο φλοιό (Gold et al., 2017). Στις περιοχές αυτές μάλιστα, έφηβοι με γενικευμένη αγχώδη διαταραχή εμφανίζουν αυξημένη δραστηριότητα (Roy et al.,2013). Τα παραπάνω υποστηρίζονται περαιτέρω από το γεγονός, ότι ο κοιλιακός προμετωπιαίος φλοιός συμβάλλει σημαντικά στην αντίδραση στον φόβο και σε άλλα συναισθήματα καθώς και ελέγχει την λειτουργία της αμυγδαλής (Wehry et al.,2015).

Εκτός από βλάβες σε συγκεκριμένες εγκεφαλικές περιοχές, υπάρχουν ενδείξεις ότι οι αγχώδεις διαταραχές είναι αποτέλεσμα βλαβών στο δίκτυο προβολής, στα μετωπιαία και κοιλιακά δίκτυα προσοχής και στο δίκτυο προεπιλεγμένης λειτουργίας. Συγκεκριμένα, η υπερδραστηριότητα του δικτύου προβολής, έχει συσχετιστεί με συμπτώματα αυξημένου άγχους και νευρικότητας (Massullo et al., 2020). Μάλιστα, άτομα με διαταραχές άγχους αδυνατούν να συντονίσουν τις περιοχές του δικτύου προεπιλεγμένης λειτουργίας σε κατάσταση ηρεμίας (Imperatori et al.,2019).

2.2.2: Ατομικοί παράγοντες

Στον γενικό πληθυσμό, οι αγχώδεις διαταραχές παρατηρούνται δυο φορές περισσότερο σε γυναίκες από ότι σε άντρες. Το φύλο όμως παίζει μικρότερο ρόλο ως παράγοντας σε άτομα νεαρής ηλικίας από ότι στους ενήλικες (Beesdo et al., 2009).

Σε παιδιά και εφήβους με διαταραχές άγχους έχει παρατηρηθεί μια γενικότερη «αγχώδης ιδιοσυγκρασία», η οποία μπορεί να εκδηλωθεί ως φόβος, ντροπαλότητα, νευρική αναστολή ή και απόσυρση σε άγνωστες καταστάσεις. Υπάρχουν όμως και άλλες μορφές αγχωδών ιδιοσυγκρασιών, οι οποίες φανερώνονται από πρώιμες συμπεριφορές όπως αντιδραστικότητα ή δυσκολία στον αυτοέλεγχο (Liu & Bell, 2019). Φυσικά, δεν εκδηλώνουν όλα τα παιδιά και έφηβοι με τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά ιδιοσυγκρασίας αγχώδεις διαταραχές, αλλά θεωρείται ότι τα χαρακτηριστικά αυτά αλληλοεπιδρούν με αρνητικά γεγονότα ζωής και οδηγούν στην εκδήλωση των διαταραχών (Rapee et al., 2023).

Επιπλέον, συμπεριφορές όπως έντονη ψυχική δυσφορία και συχνά εμφανιζόμενα «αρνητικά» συναισθήματα θεωρούνται υψηλού κινδύνου για την μετέπειτα εμφάνιση διαταραχών άγχους ή διάθεσης. Χαμηλού κινδύνου συμπεριφορά αντίστοιχα, θεωρείται η σωματική υπερευαισθησία (Beesdo et al., 2009). Ακόμη, έχει αποδειχθεί ότι οι ανήσυχοι νέοι, όταν βρίσκονται αντιμέτωποι με κάποια απειλή, εμφανίζουν αυξημένη αντιδραστικότητα, γενίκευση του συναισθήματος του φόβου και διατήρηση της αίσθησης της απειλής (Rapee et al., 2023).

Ένας ακόμη παράγοντας για την εμφάνιση αγχωδών διαταραχών, ιδίως για την περίοδο της εφηβείας, θεωρείται η χρήση ουσιών. Έρευνα έχει αποδείξει ότι η κατανάλωση αλκοόλ κατά την περίοδο αυτή, έχει οδηγήσει στην εμφάνιση συμπτωμάτων που συσχετίζονται με την διαταραχή πανικού (Mathew et al., 2011). Για τον ίδιο ηλικιακό πληθυσμό επίσης, η καθημερινή χρήση κάνναβης αυξάνει τον κίνδυνο μετέπειτα εμφάνισης διαταραχών άγχους ακόμη και αν ο χρήστης σταματήσει μετά από ένα σύντομο χρονικό διάστημα (Degenhardt et al., 2012).

2.2.3: Περιβαλλοντικοί παράγοντες

Οι περισσότεροι από τους περιβαλλοντικούς παράγοντες που θεωρούνται υπαίτιοι για την εμφάνιση αγχώδων διαταραχών προκαλούν στο παιδί είτε κάποιο αίσθημα διαρκούς φόβου ή απειλής είτε την πεποίθηση ότι είναι ανίκανο να ανταπεξέλθει στη αντιμετώπιση καθημερινών προκλήσεων (Rapee et al.,2023).

Μελέτες επιδεικνύουν ότι παιδιά και έφηβοι με αγχώδεις διαταραχές, έχουν βιώσει περισσότερα αρνητικά γεγονότα στην ζωή τους, ειδικά γεγονότα απειλητικά προς τα ίδια, από ότι παιδιά χωρίς τις διαταραχές αυτές (Allen et al.,2008). Παραδείγματα τέτοιων παιδικών αντιξοοτήτων είναι η βίωση διαζυγίου, κάποια ψυχοπαθολογία ενός ή και των δυο γονέων, η γονική απώλεια και τα σωματικά ή ψυχολογικά, τραύματα. Σημαντικό ρόλο παίζει επίσης η παραμέληση ή κακοποίηση, ειδικά εάν είναι σεξουαλική, κατά την παιδική ηλικία. (Beesdo et al.,2009)

Το σχολικό περιβάλλον αποτελεί μια από τις κυρίαρχες πηγές ανησυχίας για τα παιδιά και τους εφήβους με αγχώδεις διαταραχές (Weems et al.,2000). Για αυτό μπορεί να ευθύνεται ο φόβος της κριτικής από τους συνομηλίκους είτε από τους δασκάλους, η πολύωρη απομάκρυνση από τους γονείς και, ιδιαίτερα για τους εφήβους, η ακαδημαϊκή πίεση (Rapee et al.,2023). Δεν είναι εξάλλου τυχαίο, ότι πολλοί θεραπευτές παιδιών με αγχώδεις διαταραχές, στο εξωτερικό, τα παραπέμπουν σε μη σχολική φοίτηση (McShane et al.,2001).

Οι γονείς πέρα από τον κληρονομικό ρόλο που διαδραματίζουν, ίσως συμβάλλουν στην ανάπτυξη των παιδικών αγχώδων διαταραχών, μέσα από τις συμπεριφορές τους. Εάν οι ίδιοι παρουσιάζουν αγχώδεις συμπεριφορές, αυτές θα λειτουργούν με υποδειγματικό τρόπο στα παιδιά, τα οποία αυθόρμητα θα τις μιμηθούν. Παρόμοια αρνητικά αποτελέσματα έχει η υπερπροστατευτικότητα ,ο ασφυκτικός έλεγχος των παιδιών, η γονική απόρριψη καθώς και η έλλειψη ζεστασιάς και τρυφερότητας. (Murray et al.,2009) Συγκεκριμένα έχει βρεθεί ότι το μητρικό άγχος σχετίζεται με το άγχος του παιδιού, όμως κυρίως υπερπροστατευτικές συμπεριφορές του πατέρα προκαλούν στρες στο παιδί (Edwards et al.,2009).

Εξετάζοντας παράγοντες που σχετίζονται με το περιβάλλον στο οποίο ανατρέφεται ένα παιδί, βρέθηκε ότι ο υδράργυρος και άλλες τοξικές ουσίες, που εισπνέονται από

την μητέρα κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, σχετίζονται με την εμφάνιση αγχώδων διαταραχών, 8 έτη αργότερα, στα παιδιά (Patel et al., 2019). Ακόμη, η ατμοσφαιρική ρύπανση που προκαλείται λόγω κυκλοφοριακής συμφόρησης, δημιουργεί συγκέντρωση μυο-ινοσιτόλης στον πρόσθιο φλοιό του προσαγωγίου, γεγονός που αυξάνει τα συμπτώματα άγχους (Brunst et al., 2019).

2.3: Συννοσηρότητα

Γενικότερα, οι αγχώδεις διαταραχές εμφανίζουν πολύ υψηλά ποσοστά συννοσηρότητας, τόσο μεταξύ των διαφορετικών αγχώδων διαταραχών, όσο και με διαφορετικές διαταραχές, οι οποίες μάλιστα συνήθως προκαλούν σοβαρότερα συμπτώματα και μειωμένη λειτουργικότητα (Murray et al., 2016). Είναι εξαιρετικά σπάνιο, ένα παιδί ή έφηβος να πληροί τα κριτήρια για την διάγνωση μόνο μιας αγχώδους διαταραχής (Kendall et al., 2010). Ακόμη και αν κατά την παιδική ηλικία ένα άτομο εμφανίζει μόνο μια αγχώδη διαταραχή, συνήθως μέχρι την εφηβεία ή την πρώιμη ενηλικίωση, θα έχουν προκύψει και άλλες διαταραχές (Beesdo et al., 2009). Το 10%-15% των νέων με αγχώδεις διαταραχές εμφανίζουν και διαταραχές διάθεσης, με συνηθέστερη την κατάθλιψη, ειδικά στους εφήβους (Cummings et al., 2013). Στις νεότερες ηλικίες παρατηρούνται κυρίως διαταραχές ελέγχου των παρορμήσεων όπως ΔΕΠ-Υ και εναντιωματική προκλητική διαταραχή (Ollendick et al., 2008). Συχνό φαινόμενο είναι επίσης η συνύπαρξη αγχώδων διαταραχών με διαταραχές του αυτιστικού φάσματος, με πολλά συμπτώματα των δυο διαφορετικών τύπων διαταραχών να συγκλίνουν (Van Steensel et al., 2011). Υπάρχει επίσης μεγαλύτερος κίνδυνος για την εμφάνιση διατροφικών διαταραχών, όπως η νευρογενής ανορεξία και βουλιμία (Convertino & Blashill, 2022) ή άλλων μορφών αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών όπως κατάχρηση ουσιών, αυτοτραυματισμό ή αυτοκτονικό ιδεασμό (Beesdo et al., 2009).

2.4: Αναπτυξιακή πορεία

Σύμφωνα με αρκετές μελέτες, η πορεία των αγχωδών διαταραχών φαίνεται να είναι χρόνια (Yonkers et al.,2003). Η πιθανότητα θετικής έκβασης μειώνεται όσο αυξάνεται η σοβαρότητα των συμπτωμάτων της διαταραχής (Wittchen H-U et al.,2000). Για πολλές περιπτώσεις ατόμων, η αγχώδης διαταραχή δεν συνεχίζει όπως ήταν η αρχική διάγνωση στην παιδική ηλικία, αλλά εξελίσσεται στην εκδήλωση άλλων αγχωδών διαταραχών ή άλλων διαφορετικού τύπου διαταραχών (Beesdo, et al.,2009). Πέρα όμως από τα ψυχοπαθολογικά συμπτώματα, οι αγχώδεις διαταραχές σε παιδιά και εφήβους έχουν συνδεθεί με σωματικά προβλήματα, έκπτωση λειτουργικότητας, διαπροσωπικές, οικονομικές και εκπαιδευτικές δυσκολίες καθώς και αυτοκτονικότητα στην μετέπειτα ζωή (Woodward LJ & Fergusson DM, 2001).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

Κλινικά χαρακτηριστικά των αγχωδών διαταραχών σε παιδιά και εφήβους

3.1: Διαταραχή Άγχους Αποχωρισμού

Η διαταραχή αυτή αποτελεί μια από τις πιο κοινές διαταραχές άγχους της παιδικής ηλικίας, η οποία εκδηλώνεται με υπερβολική ανησυχία και με αποφυγή ενός αναμενόμενου ή ενός πραγματικού αποχωρισμού από την φιγούρα προσκόλλησης ή από το σπίτι. Το άγχος αποχωρισμού θεωρείται φυσιολογικό και ηλικιακά κατάλληλο να εμφανιστεί, όταν το παιδί είναι 6-12 μηνών, να κορυφωθεί στους 9-18 μήνες και αναμένεται ότι μετά την ηλικία των 3 ετών μειώνεται. Ίσως πραγματοποιηθεί μια φυσιολογική επανεμφάνιση όταν το παιδί εισέρθει για πρώτη φορά στο σχολείο. Στην διαταραχή αυτή όμως, συνεχίζει να εκδηλώνεται σε ακατάλληλη ηλικία και με μεγάλη ένταση. (Feriante et al.,2023)

Μια από τις αιτίες που αναφέρεται για την διαταραχή άγχους αποχωρισμού σχετίζεται με την θεωρία της προσκόλλησης. Έχει παρατηρηθεί ότι, πολλά παιδιά με την διάγνωση αυτή έχουν αναπτύξει αγχώδη-αμφίθυμη προσκόλληση με το άτομο από το οποίο φοβούνται να αποχωριστούν. Ο μη ασφαλής τύπος προσκόλλησης αυτός, χαρακτηρίζεται από έντονο άγχος του παιδιού όταν αποχωρίζεται από τον φροντιστή και προσωρινή ανακούφιση του στρες αυτού όταν γίνεται η επανασύνδεση τους. (Blandin et al.,1994)

Είναι επίσης σημαντικό να λαμβάνεται το ιστορικό του παιδιού. Έτσι μπορεί να αποκαλυφθούν αιτίες όπως η ανυπαρξία ή η ασταθής ύπαρξη φροντιστή στα πρώτα χρόνια ζωής του παιδιού, που συμπερασματικά οδηγεί στην μετέπειτα προσκόλληση σε μια φιγούρα. Άλλα αξιοσημείωτα συμβάντα, είναι η σωματική ή η σεξουαλική κακοποίηση του παιδιού κατά την απουσία του φροντιστή, με αποτέλεσμα το παιδί να φοβάται την επανάληψη του τραυματικού γεγονότος και να μην θέλει να απομακρυνθεί από το άτομο που πιστεύει ότι θα το προστατεύσει (Vaughan et al.,2017).

Η διαταραχή αυτή προκαλεί έντονες δυσκολίες στην ζωή τόσο του φροντιστή όσο και του ίδιου του παιδιού, ειδικά στην ακαδημαϊκή επίδοση του στο σχολικό πλαίσιο (Vaughan et al.,2017). Το 75% των παιδιών αρνείται να εισέλθει στο σχολικό κτήριο και φωνάζει ώστε να αντισταθεί ή επικαλείται πλαστά είτε προκαλούμενα από το άγχος συμπτώματα ασθένειας όπως πονοκέφαλο η στομαχόπονο και έτσι απουσιάζει συχνά, δημιουργώντας κενά στην πρόοδο του και απομακρύνοντας τον εαυτό του από τους συνομηλίκους του (Ehrenreich et al.,2008).

Επιπλέον, το παιδί παρουσιάζει καταστροφολογικό λόγο και έμμονες ιδέες ότι θα τραυματιστεί ή θα το απαγάγουν εν απουσία του φροντιστή ή αντίστροφα ότι ο φροντιστής θα αρρωστήσει σοβαρά, θα τραυματιστεί ή θα αποβιώσει όσο βρίσκεται μακριά του το παιδί (Masi et al.,2001). Οι παραπάνω ιδέες μάλιστα εμφανίζονται και στον ύπνο του, προκαλώντας σχεδόν καθημερινούς εφιάλτες (Silove et al.,2016). Ως αποτέλεσμα, αρνείται να κοιμάται ή να περνάει χρόνο μόνο του και αποζητά διαρκώς την προσοχή του φροντιστή, ο οποίος συχνά νιώθει ασφυκτική πίεση και ανάγκη για ιδιωτικότητα (Jurbergs & Ledley, 2008).

Κριτήρια για την διαταραχή άγχους αποχωρισμού σύμφωνα με το DSM-5:

1. Αναπτυξιακά ακατάλληλο και υπερβολικό άγχος κατά τον αποχωρισμό από τον άνθρωπο με τον οποίο είναι συνδεδεμένο το άτομο, που αποδεικνύεται από τουλάχιστον 3 από τα ακόλουθα:

- Επαναλαμβανόμενο υπερβολικό άγχος με τον πραγματικό ή αναμενόμενο αποχωρισμό από το σπίτι ή την/τις φιγούρα(ες) προσκόλλησης
- Επίμονη και διάχυτη ανησυχία για την απώλεια της/των φιγούρας/ων προσκόλλησης ή για πιθανή βλάβη που μπορεί να τους συμβεί, όπως ασθένεια, τραυματισμός, καταστροφές ή θάνατος
- Επίμονη και διάχυτη ανησυχία ότι ένα δυσάρεστο γεγονός θα συμβεί στον ασθενή και θα οδηγήσει σε παρατεταμένο ή μόνιμο αποχωρισμό

- Απροθυμία ή άρνηση να βγει έξω, όπως στο σχολείο ή στη δουλειά, λόγω του φόβου του αποχωρισμού

- Άρνηση να μείνει μόνος στο σπίτι ή σε άλλα περιβάλλοντα

- Άρνηση να κοιμηθεί χωρίς να βρίσκεται κοντά στη/στις φιγούρα/ες προσκόλλησης

- Επαναλαμβανόμενοι εφιάλτες σχετικά με τον αποχωρισμό

- Επαναλαμβανόμενα σωματικά συμπτώματα όταν συμβαίνει ή αναμένεται ο αποχωρισμός.

2. Τα συμπτώματα πρέπει να διαρκούν τουλάχιστον 4 εβδομάδες στα παιδιά και τους εφήβους, αλλά συνήθως εμφανίζονται για 6 μήνες ή περισσότερο στους ενήλικες.

3. Η διαταραχή προκαλεί κλινικά σημαντική έκπτωση σε μια σημαντική λειτουργία της ζωής (δηλαδή, ακαδημαϊκές ή επαγγελματικές λειτουργίες).

4. Τα συμπτώματα δεν εξηγούνται καλύτερα από άλλη ψυχιατρική πάθηση. (American Psychiatric Association, 2013)

Όσο αφορά την αναπτυξιακή πορεία της διαταραχής, τα δεδομένα έχουν αλλάξει με την άρση του ηλικιακού περιορισμού των 18 ετών που αναγραφόταν στο DSM-IV. Βέβαια, το αναπτυξιακό μοντέλο του Bowlby αναφέρει ότι εάν τα συμπτώματα της διαταραχής άγχους αποχωρισμού επιμείνουν στην ενήλικη ζωή για αρκετά χρόνια, ταυτίζονται με τα συμπτώματα της αγοραφοβίας, δηλαδή εξάρτηση από τους άλλους και παραμονή στο σπίτι (Bowlby J., 1999/1973). Πολλές μελέτες αντιθέτως θεωρούν ότι η εξελικτική σχέση μεταξύ της διαταραχής άγχους αποχωρισμού και της αγοραφοβίας δεν είναι απόλυτη, απλώς εξηγείται από το έντονο στρες που βιώνουν σε γενικά πλαίσια οι άνθρωποι με διαταραχές άγχους (Kossowsky et al., 2013). Αυτό υποστηρίζεται εν μέρει από το ποσοστό της επιμονής της διαταραχής στην ενήλικη ζωή, το οποίο υπολογίζεται στο 40% (Silove et al., 2015).

3.2: Εκλεκτική Αλαλία

Η διαταραχή αυτή χαρακτηρίζεται από την πλήρη έλλειψη λεκτικής επικοινωνίας από το παιδί, σε συγκεκριμένα περιβάλλοντα ή προς συγκεκριμένους ανθρώπους, χωρίς να υπάρχει κάποιο βιολογικό αίτιο και ενώ σε κάποια πλαίσια ή άτομα το παιδί είναι πλήρως ικανό να μιλήσει (American Psychiatric Association. 2013). Εκδηλώνεται συνήθως κατά την πρώιμη παιδική ηλικία και πιο συγκεκριμένα περίπου στην ηλικία των 6 ετών, όπου ξεκινάει το δημοτικό σχολείο, αφού τα παιδιά έρχονται αντιμέτωπα με τις πρώτες τους κοινωνικές και εκπαιδευτικές δυσκολίες. Λόγω του μεγέθους των δυσκολιών αυτών, ενδέχεται κάποια παιδιά να εκδηλώσουν για ένα μικρό χρονικό διάστημα συμπτώματα της διαταραχής, τα οποία θεωρούνται φυσιολογικά, εφόσον δεν διατηρηθούν για περισσότερο από έναν μήνα. (Rozenek et al.,2020). Κάποια από τα παιδιά αυτά ενδέχεται να χρησιμοποιούν μη λεκτικούς τρόπους επικοινωνίας όπως νεύματα ή χειρονομίες (Oerbeck et al.,2018).

Η εκλεκτική αλαλία συχνά συνυπάρχει με άλλες αγχώδεις διαταραχές, κυρίως με την διαταραχή άγχους αποχωρισμού, την κοινωνική φοβία, την γενικευμένη αγχώδη διαταραχή και τις ειδικές φοβίες (Kristensen et al.,2005). Μάλιστα το 68% των παιδιών που είναι διαγνωσμένα με εκλεκτική αλαλία, ανήκει στο φάσμα του αυτισμού (Steffenburg et al.,2018). Άλλες διαταραχές που παρατηρούνται σε άτομα με εκλεκτική αλαλία είναι ΔΕΠ-Υ, ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, διασπαστικές διαταραχές, διαταραχή πανικού, κατάθλιψη και σύνδρομο του εύθραυστου Χ (Wong P., 2010).

Μια από τις κυριότερες αιτίες της εκλεκτικής αλαλίας είναι η συμπεριφορά των γονιών. Οι γονείς που τείνουν να είναι υπερπροστατευτικοί και ελεγκτικοί απέναντι στο παιδί τους, προκαλούν σε αυτό μια αίσθηση εξάρτησης από αυτούς και απειλής προς εξωτερικά άτομα ή περιβάλλοντα. Το αίσθημα απειλής στην συνέχεια προκαλεί έντονο άγχος, που οδηγεί στην ανικανότητα των παιδιών να επικοινωνήσουν λεκτικά. (Holka-Pokorska et al.,2018)

Άλλοι παράγοντες που έχουν θεωρηθεί ότι αυξάνουν τον κίνδυνο για την εμφάνιση της εκλεκτικής αλαλίας είναι το γυναικείο φύλο, γονείς οι οποίοι επίσης αποφεύγουν την λεκτική επικοινωνία σε κάποια περιβάλλοντα, η ντροπαλότητα και κατά πόσο τα παιδιά αυτά είναι μετανάστες με διαφορετική μητρική γλώσσα και νιώθουν οικεία

με την γλώσσα που μιλιέται στο σχολικό περιβάλλον (Silove et al.,2016). Άλλες μελέτες υποστηρίζουν ότι για την εκλεκτική αλαλία ευθύνεται η αδυναμία των παιδιών να συγχρονίσουν την ομιλία τους με τους εισερχόμενους ήχους (Muchnik et al.,2013) ή μια γενετική μετάλλαξη στο γονίδιο CNTNAP2 (Muris & Ollendick, 2015). Μια ακόμη μελέτη, θεωρεί ότι η αλαλία είναι ένας τρόπος τα παιδιά να ρυθμίσουν τα έντονα αρνητικά συναισθήματα που βιώνουν (Scott & Beidel,2011).

Η διαταραχή αυτή προκαλεί εμφανείς επιπλοκές στο σχολικό περιβάλλον, αρχικά επηρεάζοντας τις μαθησιακές ικανότητες του παιδιού και κατ' επέκταση τις ακαδημαϊκές του επιδόσεις (Smith-Schrandt & Ellington, 2018). Στον κοινωνικό τομέα, τα παιδιά με εκλεκτική αλαλία δυσκολεύονται να επικοινωνήσουν με τους συνομήλικους τους και να δημιουργήσουν φιλίες (Cunningham et al.,2006). Αυτό τους καθιστά συχνά θύματα σχολικού εκφοβισμού, γεγονός που δυσχεραίνει τα συμπτώματα της διαταραχής, αφού το σχολικό περιβάλλον επιδεινώνεται ενώ είναι ήδη δυσάρεστη εμπειρία για τα ίδια (Kumpulainen et al.,1988). Για αυτό τον λόγο, κάποιες μελέτες έχουν αποδείξει ότι η αλλαγή σχολείου ίσως είναι καθοριστικός παράγοντας για την βελτίωση των συμπτωμάτων του παιδιού ή και την πλήρη ανάκαμψη του (Wergeland , 1979).

Τα παιδιά με εκλεκτική αλαλία εμφανίζουν επιπλέον κοινωνική συστολή, αρνητισμό, ξεσπάσματα θυμού και αντιδραστικές συμπεριφορές (Kearney & Rede ,2021). Άλλα συμπτώματα που αναφέρονται είναι σχολική άρνηση, προβλήματα τουαλέτας και συχνό κλάμα (Omdal & Galloway, 2007). Η προσωπικότητα τους έχει περιγραφεί ως επιθετική, χειριστική απαιτητική, ανυπάκουη, καχύποπτη και πεισματάρικη και αποσκοπούν συνήθως στην επιζήτηση της προσοχής ή την αποφυγή κοινωνικών καταστάσεων και υποχρεώσεων (Vasilieva, 2013). Τα παραπάνω συμπτώματα όμως δεν είναι απόλυτα καθώς υπάρχει ετερογένεια μεταξύ των παιδιών με εκλεκτική αλαλία με κάποια να είναι περισσότερο αντιδραστικά από άλλα και κάποια περισσότερο αγχώδη (Diliberto & Kearney, 2016).

Κριτήρια για την εκλεκτική αλαλία σύμφωνα με το DSM-5:

1. Συνεχής αποτυχία να μιλήσει σε συγκεκριμένες κοινωνικές καταστάσεις στις οποίες αναμένεται να μιλήσει (π.χ. στο σχολείο), παρόλο που μιλάει σε άλλες καταστάσεις.

2. Η διαταραχή παρεμβαίνει στην εκπαιδευτική ή επαγγελματική επίδοση ή στην κοινωνική επικοινωνία

3. Η διάρκεια της διαταραχής είναι τουλάχιστον 1 μήνας (δεν περιορίζεται στον πρώτο μήνα του σχολείου)

4. Η αδυναμία ομιλίας δεν οφείλεται σε έλλειψη γνώσης ή άνεσης με τον προφορικό λόγο που απαιτείται στην κοινωνική κατάσταση.

5. Η διαταραχή δεν εξηγείται καλύτερα από μια διαταραχή της επικοινωνίας (π.χ. διαταραχή ευχέρειας στην παιδική ηλικία) και δεν εμφανίζεται αποκλειστικά κατά τη διάρκεια της πορείας διαταραχής του φάσματος του αυτισμού, σχιζοφρένειας ή άλλης ψυχωτικής διαταραχής (American Psychiatric Association, 2013)

Σχετικά με την αναπτυξιακή πορεία της διαταραχής, θεωρείται ότι τα περισσότερα παιδιά με εκλεκτική αλαλία εμφανίζουν τα συμπτώματα της διαταραχής για πολλά χρόνια, όμως συνήθως από την περίοδο της εφηβείας ή της πρώιμης ενήλικης ζωής δεν πληρούν τα κριτήρια που απαιτούνται για την διάγνωση της (Steinhausen et al., 2006). Επομένως αν δεν θεραπευτεί, θα επηρεάσει τις επικοινωνιακές δεξιότητες και συνεπώς την κοινωνική ζωή, την ψυχική υγεία και την ποιότητα ζωής του ατόμου (Remschmidt et al., 2001). Τα άτομα τα οποία έχουν δυσμενή έκβαση συνήθως διαγνώστηκαν σε μεγαλύτερη ηλικία ή υπάρχει κάποιο άτομο με αγχώδη διαταραχή ή και αλαλία στην άμεση οικογένεια τους (Koskela et al., 2023).

3.3: Ειδικές Φοβίες

«Ο φόβος είναι μια φυσιολογική αμυντική αντίδραση του οργανισμού μπροστά σε έναν συγκεκριμένο κίνδυνο που οδηγεί αμέσως τον οργανισμό σε δράση, ενεργοποιώντας τους ομοιοστατικούς και προσαρμοστικούς του μηχανισμούς, για να αποφύγει τον κίνδυνο και την απειλή και να εξασφαλίσει στο άτομο την ικανότητα να αντιμετωπίσει καταστάσεις ανάγκης.» (Μπολογούρης, 1996)

Σύμφωνα με τον κύκλο του φόβου του Robinson et al. (1986), η διαδικασία με την οποία ένα παιδί βιώνει τον φόβο είναι συγκεκριμένη και ακολουθεί μια σταθερή αλληλουχία. Αρχικά, εμφανίζεται το φοβικό αντικείμενο ή η φοβική κατάσταση.

Στην συνέχεια, το παιδί αξιολογεί εάν γνωρίζει το φοβικό ερέθισμα, και εφόσον το γνωρίζει, τις πληροφορίες που διαθέτει για αυτό. Έπειτα αναλογίζεται αν έχει τις απαραίτητες ικανότητες να αντιμετωπίσει την επερχόμενη απειλή. Σε αυτό το σημείο, το παιδί βιώνει τα σωματικά συμπτώματα που συνοδεύουν το συναίσθημα του φόβου και είτε αντιδρά απέναντι στο φοβικό ερέθισμα ή το αποφεύγει πλήρως. Τέλος, το φοβικό ερέθισμα ή η φοβική κατάσταση αξιολογούνται και πάλι, ανάλογα με τη αποτελεσματικότητα της προσέγγισης που είχε το παιδί απέναντι τους.

Στις φοβίες, σημαντικό είναι ότι, το συναίσθημα του φόβου είναι αλόγιστα έντονο σε σχέση με τον κίνδυνο που μπορεί να προκαλέσει το φοβικό ερέθισμα στο παιδί, καθώς και συγκριτικά με τις πραγματικές ικανότητες του παιδιού να αντιμετωπίσει αυτή την απειλή. Επομένως το παιδί εισάγεται σε μια διαδικασία μόνιμης αποφυγής του ερεθίσματος ώστε να μην βρεθεί σε θέση να αντιμετωπίσει το έντονο συναίσθημα φόβου που το συνοδεύει. Η διαρκής σκέψη αυτή όμως, προκαλεί προβλήματα στην καθημερινή ζωή και λειτουργικότητα του παιδιού, όπως και στις διαπροσωπικές του σχέσεις. (Καλαντζή- Αζιζή & Ζαφειροπούλου, 2004)

Τα παιδιά αποκτούν φοβίες από μια προηγούμενη τρομακτική εμπειρία που έχουν βιώσει τα ίδια, από τις φοβικές αντιδράσεις των γονιών τους ή και άλλων ανθρώπων σε συγκεκριμένες καταστάσεις τις οποίες ασυνείδητα μιμούνται καθώς και ακούγοντας τις εμπειρίες που έχουν προκαλέσει φόβο στους γύρω τους (Herbert, 1998). Μέση ηλικία εμφάνισης των ειδικών φοβιών θεωρούνται τα 6-14 έτη (Beesdo & Knappe, 2012). Συνήθως, οι ειδικές φοβίες εμπίπτουν σε μια από τις 5 κατηγορίες: ζώα (σκύλοι, γάτες, ποντίκια, φίδια, αράχνες et al.), φυσικό περιβάλλον (ύψη, σκοτάδι, νερό et al.), τοποθεσίες (ανελκυστήρας, τούνελ, κλειστοί χώροι et al.), αίμα, ενέσεις και τραυματισμοί καθώς και φοβίες όπως πνιγμός ή εμετός (Schacter et al., 2018).

Σημαντικός παράγοντας για την ανάπτυξη ειδικών φοβιών θεωρείται και η γονική υπερπροστατευτικότητα. Ο υπερβολικός γονικός έλεγχος, όταν ασκείται στα παιδιά, τους δημιουργεί το αίσθημα ότι δεν έχουν τα ίδια έλεγχο του περιβάλλοντος γύρω τους. Αυτή η αίσθηση έλλειψης ελέγχου μπορεί να προκαλέσει άγχος και λανθασμένη πρόβλεψη απειλών, διεργασίες που ίσως εξελιχθούν σε φοβίες. (Wood et al., 2002). Φυσικά όμως υπάρχει πιθανότητα να συμβεί το αντίστροφο, δηλαδή οι

γονείς, παρατηρώντας το έντονο άγχος που βιώνουν τα παιδιά τους να ασκούν αυστηρότερο γονικό έλεγχο (Hudson & Rapee, 2015).

Το φύλο του παιδιού επηρεάζει την ανάπτυξη των ειδικών φοβιών. Γενικά, επικρατεί η άποψη ότι τα κορίτσια εμφανίζουν πιο συχνά φοβίες από ότι τα αγόρια, πιθανότατα λόγω των κοινωνικών προτύπων και στερεοτύπων. Έχει παρατηρηθεί όμως και διαφοροποίηση του είδους των φοβιών ανάλογα με το φύλο. Τα κορίτσια τείνουν να φοβούνται τα έντομα και πιο συγκεκριμένα τις αράχνες, το σκοτάδι καθώς και τις αρρώστιες. Τα αγόρια από την άλλη αναπτύσσουν συχνότερα φοβίες για άγρια ζώα ή για το σχολείο. (Παρασκευόπουλος & Στάμου, 2006)

Υπάρχουν πολλές θεωρίες οι οποίες επιχειρούν να ερμηνεύσουν την δημιουργία των φοβιών. Σύμφωνα με την Ψυχαναλυτική Θεωρία, οι φοβίες έχουν συμβολικό χαρακτήρα και το άγχος που σχετίζεται με αυτές προέρχεται από το Εγώ του κάθε ατόμου ως αντίδραση σε επικίνδυνες καταστάσεις, ενώ το συναίσθημα που αισθάνεται εκείνη την στιγμή το άτομο είναι αποτέλεσμα του αμυντικού μηχανισμού της μετάθεσης (Παρασκευόπουλος & Στάμου, 2006). Δηλαδή, το άτομο μεταθέτει το συναίσθημα του φόβου σε ένα φοβικό ερέθισμα που δεν είναι πραγματικά βλαβερό για το ίδιο (Baumeister et al., 1998). Η Θεωρία της Συμπεριφοράς, υποστηρίζει ότι η ανάπτυξη φοβιών είναι αποτέλεσμα της επανειλημμένης έκθεσης σε ερεθίσματα σε συνδυασμό με δυσάρεστα συναισθήματα, συνεπώς ότι οι φοβίες αναπτύσσονται μέσω της κλασικής εξαρτημένης μάθησης (Herbert, 1998). Η Θεωρία της Κοινωνικής Μάθησης, αναφέρει την μίμηση προτύπων εντός του οικογενειακού πλαισίου ως την κυριότερη αιτία πρόκλησης φοβιών (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006). Τέλος, σύμφωνα με την Θεωρία του Δεσμού, η ανάπτυξη φοβιών στα παιδιά εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τον τύπο της σχέσης που χαρακτηρίζει την αλληλεπίδραση του παιδιού με τον φροντιστή του και την ποιότητα της φροντίδας που έχει λάβει από αυτόν (Bowlby, 1971).

Στις ειδικές φοβίες, κύριο χαρακτηριστικό είναι ο έντονος, υπερβολικός και επίμονος πόνος μετά από την εμφάνιση του φοβικού ερεθίσματος για διάστημα μεγαλύτερο των 6 μηνών (Μάνος, 1997). Τα παιδιά συνήθως εκφράζουν τον πόνο αυτό με κλάμα, νευρικότητα και προσκόλληση στον φροντιστή και μπορεί να μην αντιλαμβάνονται ότι το συναίσθημα που αισθάνονται καθώς και η αντίδραση τους είναι

αδικαιολόγητα. Συχνότερες ειδικές παιδικές φοβίες είναι το αίμα, τα έντομα, το ύψος, ο θόρυβος, οι ιατρικές επεμβάσεις, οι κλειστοί χώροι, το σκοτάδι και τα αεροπλάνα. (Μπουλουγούρης, 1995)

Επιπρόσθετα συμπτώματα των ειδικών φοβιών είναι οι ανωμαλίες στον ύπνο, οι δυσκολίες στο φαγητό, η βουλιμία, η ανορεξία, τα νευρικά τics, η νυχοφαγία, το τραύλισμα, η επιθετική συμπεριφορά, τα προβλήματα καθαριότητας, η αποφυγή χώρων όπου υπάρχει πολύς κόσμος, η υπερβολική δυσφορία, η κακοκεφία και η κατάθλιψη. (Ανδρειωμένου et al.,2015)

Διαγνωστικά κριτήρια για τις ειδικές φοβίες στο DSM-5:

1. Έκδηλος φόβος ή άγχος για ένα ειδικό αντικείμενο ή συγκεκριμένη κατάσταση.
2. Το φοβικό ερέθισμα ή φοβική κατάσταση προκαλεί σχεδόν πάντα άμεση απάντηση άγχους ή φόβου.
3. Το φοβικό ερέθισμα ή φοβική κατάσταση αποφεύγεται ενεργά ή υπομένεται με φόβο ή άγχος.
4. Ο φόβος ή το άγχος είναι δυσανάλογο με τον πραγματικό κίνδυνο που θέτει το συγκεκριμένο αντικείμενο ή κατάσταση, καθώς και με το κοινωνικοπολιτισμικό πλαίσιο.
5. Ο φόβος το άγχος ή η αποφυγή προκαλεί κλινικά σημαντική ενόχληση ή έκπτωση της κοινωνικής, επαγγελματικής ή άλλων σημαντικών περιοχών της λειτουργικότητας.
6. Η διαταραχή δεν εξηγείται καλύτερα με τα συμπτώματα άλλης Ψυχικής Διαταραχής, όπου συμπεριλαμβάνεται ο φόβος, το άγχος και η αποφυγή καταστάσεων που συνδέονται με συμπτώματα τύπου πανικού ή άλλα συμπτώματα που προκαλούν ανικανότητα (όπως στην αγοραφοβία), αντικείμενα ή καταστάσεις που σχετίζονται με ιδεοψυχαναγκασμό (όπως στην Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή), υπενθύμιση τραυματικών γεγονότων (όπως στην Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες), αποχωρισμό από το σπίτι ή συγγενικά πρόσωπα (όπως

στη Διαταραχή Άγχους Αποχωρισμού) ή σε κοινωνικές καταστάσεις (όπως στην Κοινωνική Αγχώδη Δυσφορία). (American Psychiatric Association, 2013)

Όσο αφορά την αναπτυξιακή πορεία των ειδικών φοβιών, συνήθως ποικίλλουν σε συχνότητα και ένταση αφού εξελίσσεται και το γνωστικό επίπεδο των παιδιών όσο μεγαλώνουν (Ollendick et al., 2002). Δεν υπάρχει κάποιο χρονικό όριο και μπορεί να αποτελέσουν χρόνιο πρόβλημα, δημιουργώντας σοβαρά λειτουργικά προβλήματα στο άτομο και σε ακραίες περιπτώσεις καθιστώντας το και ανάπηρο (Μάνος, 1997). Επιπλέον, θεωρούνται ισχυρός παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση επακόλουθης ψυχοπαθολογίας, όπως διαταραχή πανικού, γενικευμένη αγχώδη διαταραχή, ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, δυσθυμία, διαταραχή μετατραυματικού στρες, οποιαδήποτε διπολική διαταραχή και οποιαδήποτε διατροφική διαταραχή (Lieb et al., 2016).

3.4: Διαταραχή Κοινωνικού Άγχους (Κοινωνική Φοβία)

Η διαταραχή κοινωνικού άγχους θεωρείται από τις πιο κοινές ψυχικές διαταραχές με μέση ηλικία έναρξης τα 13 έτη και μπορεί να εμφανιστεί απότομα ή σταδιακά (Kessler et al., 2005). Κύρια χαρακτηριστικά της αποτελούν η έντονη αμηχανία και ο φόβος σε κοινωνικές καταστάσεις όπως και το άγχος πριν από τις καταστάσεις αυτές (Καλαντζή- Αζιζί & Ζαφειροπούλου, 2004). Στα παιδιά συγκεκριμένα, εκδηλώσεις της κοινωνικής φοβίας είναι και το κλάμα, τα νεύρα και η έλλειψη κοινωνικότητας κατά την συναναστροφή με συνομηλίκους και αυτό που επιδεινώνει την κατάσταση είναι ότι συνήθως δεν αντιλαμβάνονται ότι ο φόβος τους αυτός είναι υπερβολικός και παράλογος (Ανδρειωμένου et al., 2015).

Η διαταραχή κοινωνικού άγχους επηρεάζει έντονα την καθημερινότητα των παιδιών και των εφήβων, ειδικά στο σχολικό πλαίσιο και στις διαπροσωπικές τους σχέσεις, αφού αισθάνονται άγχος τόσο με τους δασκάλους όσο και με τους συμμαθητές τους. Αισθάνονται έντονα πως οι γύρω, τους παρατηρούν διαρκώς, τους ελέγχουν εξονυχιστικά και τους κρίνουν και ταυτόχρονα φοβούνται την απόρριψη. Επιπλέον βιώνουν σωματικά συμπτώματα όπως ναυτία, εφίδρωση, τρόμο, μούδιασμα, ταχυπαλμία, διάρροια και πανικό. (Ανδρειωμένου et al., 2015).

Ο όρος «ντροπαλός» δεν είναι απαραίτητα ορθός κατά την περιγραφή νέων με κοινωνική φοβία, καθώς δεν αισθάνονται άνετα ούτε μετά από την εξοικείωση με ένα άτομο. Μάλιστα, έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση και αυτοπεποίθηση, αποφεύγουν την βλεμματική επαφή και αδυνατούν να ζητήσουν κάτι που έχουν ανάγκη ή κάτι που απλώς επιθυμούν.

Συνήθως αποφεύγουν τις κοινωνικές καταστάσεις ώστε να μην χρειαστεί να βρεθούν σε ευάλωτη θέση. Συνεπώς έχουν κλειστό κύκλο είτε είναι απομονωμένοι και μοναχικοί. Δεν λαμβάνουν μέρος σε σχολικές εκδρομές ή γενικότερα σε ομαδικές δραστηριότητες. (Κακούρος & Μανιαδάκη, 2006)

Όσο αφορά τις αιτίες της κοινωνικής φοβίας, γνωστικά μοντέλα, τα οποία έχουν μελετηθεί κυρίως για ενήλικες, υποδεικνύουν ότι όταν άτομα με κοινωνική φοβία βρίσκονται σε κοινωνικές καταστάσεις, βλέπουν εικόνες από την οπτική ενός τρίτου ατόμου που παρατηρεί την συνθήκη εξωτερικά, αντί από την δική τους οπτική γωνία. Οι εικόνες αυτές, συχνότερα δεν είναι ρεαλιστικές αλλά αντιθέτως αντικατοπτρίζουν μια αρνητικά αλλοιωμένη πραγματικότητα στην οποία οι φόβοι του ατόμου σχετικά με την κοινωνική του συμπεριφορά, γίνονται αληθινοί. Για να αποτρέψουν λοιπόν την πραγματοποίηση των εικόνων αυτών, καταφεύγουν σε συμπεριφορές που τα κάνουν να αισθάνονται μια σχετική ασφάλεια ή αποφεύγουν πλήρως τις κοινωνικές καταστάσεις. (Clark, 2005)

Η διαταραχή κοινωνικού άγχους μπορεί να εμφανιστεί συχνά στην εφηβεία, εάν ένα άτομο ήταν ιδιαίτερα συνεσταλμένο στην παιδική του ηλικία (Παρασκευόπουλος & Στάμου, 2006). Η παρουσία της στην παιδική και εφηβική ηλικία, θεωρείται παράγοντας κινδύνου για την κατάχρηση ουσιών και για την εμφάνιση κατάθλιψης (Stein & Stein, 2008).

Διαγνωστικά κριτήρια για την διαταραχή κοινωνικού άγχους στο DSM-5:

1. Έκδηλος φόβος ή άγχος του ατόμου για μια ή περισσότερες κοινωνικές καταστάσεις στις οποίες εκτίθεται σε πιθανό εξονυχιστικό έλεγχο από τους άλλους. Τα παραδείγματα περιλαμβάνουν τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις, όταν παρατηρείται και όταν ενεργεί μπροστά σε άλλους. (Στα παιδιά, το άγχος μπορεί να

συμβεί σε περιβάλλον συνομηλίκων και όχι απλά κατά τις αλληλεπιδράσεις με ενήλικες.)

2. Το άτομο φοβάται ότι θα ενεργήσει με τρόπο ή θα εμφανίσει συμπτώματα άγχους που θα αξιολογηθούν αρνητικά.

3. Οι κοινωνικές καταστάσεις πάντα προκαλούν φόβο ή άγχος. (Στα παιδιά, ο φόβος ή το άγχος μπορεί να εκφραστεί με κλάμα, νευρικότητα, ακινητοποίηση, προσκόλληση ή αποφυγή κοινωνικών καταστάσεων με άγνωστους ανθρώπους, ή αποτυχία να μιλούν σε κοινωνικές καταστάσεις.)

4. Οι κοινωνικές καταστάσεις αποφεύγονται ή υπομένονται με έντονο φόβο ή άγχος.

5. Ο φόβος ή το άγχος είναι δυσανάλογος με την πραγματική απειλή που τίθεται από την κοινωνική κατάσταση και το κοινωνικοπολιτισμικό πλαίσιο.

6. Ο φόβος, το άγχος ή η αποφυγή είναι επίμονη και διαρκεί τυπικά για 6 μήνες ή περισσότερο.

7. Ο φόβος, το άγχος ή η αποφυγή προκαλεί κλινικά σημαντική ενόχληση ή έκπτωση στην κοινωνική, επαγγελματική ή άλλες σημαντικές περιοχές της λειτουργικότητας.

8. Ο φόβος, το άγχος ή η αποφυγή δεν οφείλονται σε φυσιολογικές επιδράσεις μιας ουσίας ή άλλη σωματική κατάσταση.

9. Ο φόβος, το άγχος ή η αποφυγή δεν εξηγούνται καλύτερα με τα συμπτώματα από μια άλλη ψυχική διαταραχή όπως Διαταραχή Πανικού, Σωματοδυσμορφική Διαταραχή ή Διαταραχή του Αυτιστικού Φάσματος.

10. Εάν είναι παρούσα άλλη σωματική κατάσταση, ο φόβος, το άγχος ή η αποφυγή είναι σαφώς άσχετη ή υπερβολική. (American Psychiatric Association, 2013)

Η συγκεκριμένη διαταραχή είναι συνήθως χρόνια και επομένως αν δεν εντοπισθεί από νωρίς και το άτομο δεν υποβληθεί στην κατάλληλη θεραπεία, ίσως να το συνοδεύει ευ 'φόρου ζωής. (Μάνος, 1997)

3.5: Διαταραχή Πανικού

Η διαταραχή αυτή εντοπίζεται κυρίως στους έφηβους ηλικίας 15-19 ετών, ειδικότερα στα κορίτσια, και σπάνια στα παιδιά προεφηβικής ηλικίας επηρεάζοντας την κοινωνική και ακαδημαϊκή τους ζωή (Von Korff et al.,1985). Τα κύρια συμπτώματα που βιώνουν οι έφηβοι με διάγνωση διαταραχής πανικού είναι υπερβολικά και δυσάρεστα αισθήματα πνιγμού καθώς και αποστροφή προς τον ίδιο τους τον εαυτό (Baker et al.,2022).

Το σημαντικότερο χαρακτηριστικό της διαταραχής αυτής είναι η βίωση απρόσμενων κρίσεων πανικού. Ως κρίση πανικού ορίζεται, «Μια διακριτή περίοδος φόβου ή άγχους που αρχίζει γρήγορα και κορυφώνεται μέσα σε 10 λεπτά. Τα κύρια συμπτώματα αφορούν σωματικά συμπτώματα, όπως ταχυκαρδία, πόνος στο στήθος, εφίδρωση, τρέμουλο, ζάλη, έξαψη, ανατριχίλα στο στομάχι, λιποθυμία και δύσπνοια. Άλλα αναγνωρισμένα συμπτώματα της κρίσης πανικού περιλαμβάνουν σκέψεις φόβου και απειλής, όπως ο φόβος της κατάρρευσης, της τρέλας ή του θανάτου, και η αποπραγματοποίηση (η αίσθηση ότι ο κόσμος δεν είναι πραγματικός).» (Guaiiana et al.,2023). Συχνά οι έφηβοι προσπαθούν να αποφύγουν τις κρίσεις αυτές με διάφορους τρόπους, όμως συχνά η συμπεριφορά τους αυτή προκαλεί το αντίθετο αποτέλεσμα (Baker et al.,2022). Οι τρόποι αυτοί ονομάζονται στρατηγικές αποφυγής και συνιστούν την αποφυγή καταστάσεων που ενδέχεται να πυροδοτήσουν μια κρίση πανικού (American Psychiatric Association, 2013). Ο λόγος που καταφεύγουν σε τέτοιες στρατηγικές είναι ότι φοβούνται ότι οι γύρω τους θα τους κρίνουν εξαιτίας των κρίσεων πανικού ή ότι θα συμβούν μπροστά στους κοντινούς τους ανθρώπους (Baker et al.,2022).

Ένας παράγοντας που ίσως συντελεί στην ανάπτυξη της διαταραχής πανικού, είναι ότι στην εφηβεία αναπτύσσεται η ιδιότητα της αυτογνωσίας, η οποία όμως στις ηλικίες αυτές, βασίζεται σχεδόν εξολοκλήρου στην άποψη των συνομηλίκων (Sebastian et al.,2008). Επίσης αυξάνεται η σημαντικότητα των κοινωνικών αλληλεπιδράσεων, συγκριτικά με την παιδική ηλικία, όπως και οι πιθανότητες βίωσης σχολικού εκφοβισμού και απόρριψης, γεγονότα που προκαλούν δυσφορία και έντονο άγχος (Platt et al.,2013). Μάλιστα, επιπλέον άγχος δημιουργείται από τις αρνητικές αντιδράσεις που έχει λάβει η πλειοψηφία των εφήβων αυτών από άτομα

που βρίσκονται κοντά τους κατά την διάρκεια κάποιας κρίσης πανικού συνήθως λόγω της έλλειψης κατανόησης των κρίσεων αυτών. Οι αντιδράσεις αυτές έχουν οδηγήσει τους εφήβους να θεωρούν τον εαυτό τους μη φυσιολογικό και αποξενωμένο και συνεπώς να μειώνεται η αυτοεκτίμηση τους.(Baker et al.,2022)

Υπάρχει δυσκολία στον εντοπισμό και στην διάγνωση της διαταραχής πανικού από τους κλινικούς. Αυτό οφείλεται στα κοινά συμπτώματα που μοιράζεται με άλλες αγχώδεις, και όχι μόνο, διαταραχές, στο γεγονός ότι οι κρίσεις πανικού μπορεί να θεωρηθούν μέρος μιας άλλης διαταραχής και όχι ως αυτούσια διαταραχή είτε στην ύπαρξη κάποιου άλλου πιο σημαντικού και αισθητού προβλήματος. (Doerfler et al., 2006)

Διαγνωστικά κριτήρια για την Διαταραχή Πανικού στο DSM-5:

1. Επανελημμένες απροσδόκητες προσβολές πανικού. Η προσβολή πανικού είναι ένα απότομο ξέσπασμα έντονου φόβου ή έντονης δυσφορίας που κορυφώνεται μέσα σε λίγα λεπτά, κατά την διάρκεια της οποίας συμβαίνουν 4 (ή περισσότερα) από τα ακόλουθα συμπτώματα:

- Αίσθημα παλμών, καρδιά που «σφυροκοπά» ή επιτάχυνση του καρδιακού ρυθμού
- Εφίδρωση
- Τρέμουλα ή έντονος τρόμος
- Αίσθημα λαχανιάσματος ή ασφυξίας
- Αίσθημα πνιγμονής
- Πόνος ή δυσφορία στο θώρακα
- Ναυτία ή κοιλιακή ενόχληση
- Αίσθημα ζάλης, αστάθειας ή τάση για λιποθυμία
- Ρίγη ή αίσθημα ζέστης

- Παραισθήσεις (μούδιασμα ή μυρμηγκιάσματα)
- Αποπραγματοποίηση (αισθήματα μη πραγματικού) ή αποπροσωποποίηση (αίσθημα απόσπασης από τον ίδιο τον εαυτό)
- Φόβος απώλειας του ελέγχου ή επερχόμενης τρέλας
- Φόβος θανάτου.

2. Τουλάχιστον μια από τις προσβολές έχει ακολουθήσει για 1 μήνα (ή περισσότερο) από ένα ή και τα δυο από τα ακόλουθα:

- Επίμονη ανησυχία ή έννοια ότι θα υπάρξουν και άλλες προσβολές πανικού ή ανησυχία για τις επιπτώσεις της προσβολής (π.χ., θα χάσει τον έλεγχο, θα υποστεί καρδιακή προσβολή, «θα τρελαθεί»).
- Σημαντική αλλαγή της συμπεριφοράς που συνδέεται με τις προσβολές (π.χ., συμπεριφορές που σχεδιάστηκαν ώστε να αποφεύγονται οι κρίσεις πανικού, όπως αποφυγή άσκησης ή μη οικείων καταστάσεων).

3. Η ενόχληση δεν αποδίδεται στις φυσιολογικές δράσεις μιας ουσίας (π.χ., ουσία κατάχρησης, φάρμακα) ή σε άλλη σωματική κατάσταση (π.χ., υπερθυροειδισμός καρδιοαναπνευστικές διαταραχές).

4. Η διαταραχή δεν εξηγείται καλύτερα με άλλη ψυχική διαταραχή (π.χ., οι προσβολές πανικού δεν συμβαίνουν ως απάντηση σε κοινωνικές φοβικές καταστάσεις, όπως η Κοινωνική Αγχώδης Διαταραχής, ως απάντηση σε περιεγραμμένα φοβικά αντικείμενα ή καταστάσεις, όπως στην ειδική φοβία, ως απάντηση σε ιδεοψυχαναγκασμό, όπως η Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή, ως απάντηση σε υπενθυμίσεις τραυματικών γεγονότων, όπως στην Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες ή ως απάντηση στην απομάκρυνση από συγγενικά πρόσωπα, όπως στη Διαταραχή Άγχους Αποχωρισμού). (American Psychiatric Association, 2013)

Όσο αφορά την αναπτυξιακή πορεία της διαταραχής αυτής, οι περισσότεροι έφηβοι καταφέρνουν να την ξεπεράσουν με γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία, όμως λίγοι

εξακολουθούν να εμφανίζουν συμπτώματα, ακόμα και μετά το πέρας της θεραπείας (Pincus et al.,2010). Υπάρχει επιπλέον η πιθανότητα επανεμφάνισης της διαταραχής μετά από περίοδο ύφεσης (Ramsawh et al.,2011).Μάλιστα, η διαταραχή αυτή συχνά συνυπάρχει με κοινωνική φοβία και με αγοραφοβία (Wittchen κ..α,1998).

3.6: Αγοραφοβία

Η συγκεκριμένη αγχώδης διαταραχή είναι από τις πιο συνηθισμένες και ταυτόχρονα δύσκολες μορφές διαταραχών για τα παιδιά και τους εφήβους. Οι νέοι αυτοί αδυνατούν να βρεθούν σε δημόσιους χώρους, κάτι που εκδηλώνουν με ένα ευρύ φάσμα φοβικών αντιδράσεων και, με συμπτώματα πανικού (Isaac,1966). Το άτομο που πάσχει από αγοραφοβία δύναται να καταστεί ανάπηρο αφού απομονώνεται από την κοινωνία και στηρίζεται εξολοκλήρου στα μέλη της οικογένειας του ώστε να είναι λειτουργικό (Μπουλουγούρης, 1996).

Οι κοινωνικές καταστάσεις, ειδικά αυτές που απαιτούν την συνύπαρξή τους με μεγάλο πλήθος συνωστισμένων ανθρώπων, είναι τόσο αγχωτικές για τους νέους με αγοραφοβία, προκαλώντας τους μια επιθυμία που συχνά μεταφράζουν ως ανάγκη, να διαφύγουν από αυτές. Η λύση στην οποία συχνότερα καταφεύγουν είναι να καθηλώνονται στο σπίτι, χωρίς να διατηρούν καμία επαφή με το εξωτερικό περιβάλλον, εκτός αν υπάρχει κάποιος πολύ συγκεκριμένος σκοπός ή εάν είναι απόλυτη ανάγκη. (Ανδρειωμένου et al.,2015)

Διαγνωστικά κριτήρια για την Αγοραφοβία στο DSM-5:

1. Έκδηλος φόβος ή άγχος για 2 (ή περισσότερες) από τις ακόλουθες 5 καταστάσεις:
 - Να χρησιμοποιεί τα μέσα μαζικής μεταφοράς (π.χ., αυτοκίνητα, λεωφορεία, τρένα, πλοία, αεροπλάνα).
 - Να βρίσκεται σε ανοιχτούς χώρους (π.χ., χώρους στάθμευσης, αγορές, γέφυρες).
 - Να βρίσκεται σε κλειστούς χώρους (π.χ, μαγαζιά, θέατρα, κινηματογράφοι).
 - Να στέκεται στην ουρά ή μέσα σε πλήθος.
 - Να είναι μόνος έξω από το σπίτι.

2. Το άτομο φοβάται ή αποφεύγει αυτές τις καταστάσεις λόγω των σκέψεων ότι η διαφυγή μπορεί να είναι δύσκολη ή μπορεί να μην υπάρχει διαθέσιμη βοήθεια σε περίπτωση ανάπτυξης συμπτωμάτων τύπου πανικού ή άλλα συμπτώματα ανικανότητας ή συμπτώματα που θα το ντροπιάσουν (π.χ., φόβος ότι θα πέσει πάνω σε ηλικιωμένους, φόβος ακράτειας).
3. Οι αγοραφοβικές καταστάσεις σχεδόν πάντα προκαλούν φόβο ή άγχος.
4. Οι αγοραφοβικές καταστάσεις αποφεύγονται ενεργά, απαιτούν την παρουσία ενός συντρόφου ή υπομένονται με έντονο φόβο ή άγχος.
5. Ο φόβος ή το άγχος είναι δυσανάλογο με τον πραγματικό κίνδυνο που δημιουργείται από τις αγοραφοβικές καταστάσεις και με το κοινωνικοπολιτισμικό πλαίσιο.
6. Ο φόβος, το άγχος ή η αποφυγή επιμένουν και διαρκούν τυπικά για 6 μήνες ή περισσότερο.
7. Ο φόβος, το άγχος ή η αποφυγή προκαλούν κλινικά σημαντική ενόχληση ή έκπτωση στην κοινωνική, επαγγελματική ή άλλες σημαντικές περιοχές της λειτουργικότητας.
8. Εάν είναι παρούσα μια άλλη σωματική κατάσταση (π.χ., φλεγμονώδης νόσος του εντέρου, νόσος του Parkinson), ο φόβος, το άγχος ή η αποφυγή είναι σαφώς υπερβολική.
9. Ο φόβος, το άγχος ή η αποφυγή δεν εξηγείται καλύτερα από τα συμπτώματα άλλης Ψυχικής Διαταραχής-για παράδειγμα, τα συμπτώματα δεν περιορίζονται στην ειδική φοβία, στον Καταστασιακό Τύπο, δεν αφορούν μόνο κοινωνικές καταστάσεις (όπως στην Κοινωνική Αγχώδη Διαταραχή), αντιληπτά ελαττώματα ή ατέλειες στην φυσική εμφάνιση (όπως στη Σωματοδυσμορφική Διαταραχή). Υπενθυμίσεις τραυματικών γεγονότων (όπως στη Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες) ή στο φόβο του αποχωρισμού (όπως στη Διαταραχή Άγχους Αποχωρισμού). (American Psychiatric Association, 2013)

Όσο αφορά την αναπτυξιακή πορεία της αγοραφοβίας, εξαρτάται έντονα από την βαρύτητα της διαταραχής. Κυμαίνεται από ήπιες εκδηλώσεις, μέσα στις οποίες όμως ο νέος εξακολουθεί να διατηρεί φυσιολογικό τρόπο ζωής, σε μέτριες όπου το άτομο αρχίζει να περιορίζεται σημαντικά, μέχρι σοβαρές μορφές αγοραφοβίας που συνήθως συνεπάγονται πλήρη καθήλωση του ατόμου εντός της οικίας του. Θεωρείται ότι η διαταραχή αυτή έχει ξεπεραστεί πλήρως όταν δεν εκδηλώνονται συμπτώματα της για περίπου 6 μήνες ή περισσότερο. (Κολπαγκόγλου, 1996)

3.7: Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή

Η διαταραχή αυτή είναι σχετικά συχνή σε παιδιά και εφήβους, εκδηλώνεται συνήθως σε ηλικία 10-12 ετών και προκαλεί ουσιαστικά διαρκή ένταση και ανησυχία για καθημερινά γεγονότα, την οποία ο νέος αδυνατεί να ελέγξει (American Psychiatric Association, 2013). Η πλειοψηφία των νέων που πάσχουν από την διαταραχή αυτή, εμφανίζουν συννοσηρότητα και με κάποια άλλη. Οι συνηθέστερες ανησυχίες τους σχετίζονται με την υγεία ή την ασφάλεια των κοντινών τους ανθρώπων, με την ακαδημαϊκή τους επίδοση και με τις διαπροσωπικές τους σχέσεις με τους συνομήλικους τους. (Bernstein et al., 2005). Μάλιστα, τα γεγονότα που τους προκαλούν άγχος μπορεί να είναι παρελθοντικά, παροντικά ή μελλοντικά (Αντωνίου, 2016).

Το άγχος που βιώνουν οι νέοι με Γενικευμένη Αγχώδη Διαταραχή μπορεί να εκδηλωθεί με κόπωση, νευρικότητα, ευερεθιστότητα, αγωνία, δυσκολίες στην προσοχή και στην συγκέντρωση όπως και διαταραχές στην διατροφή και στον ύπνο. Επιπλέον συχνά κάνουν παράπονα για ζαλάδα, ναυτία και πόνους στο κεφάλι και στο στομάχι. (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006). Όπως είναι λογικό, τα παραπάνω επηρεάζει την λειτουργικότητα τους, καθιστώντας τους μερικές φορές ανίκανους να εκτελέσουν καθημερινές εργασίες ή να φροντίσουν τον εαυτό τους (Alfano, 2012).

Ένα ακόμη σύμπτωμα της διαταραχής αυτής, ονομάζεται «παράγοντας γνωστικής επιρρέπειας». Ο νέος εμφανίζει μια διεστραμμένη αντίληψη της πραγματικότητας, στην οποία θεωρεί ότι λαμβάνει διαρκώς απειλητικά ερεθίσματα προς τον ίδιο, από το περιβάλλον του. (Gorman, 2003)

Όσο αφορά τις αιτίες της διαταραχής, δεν έχουν αποδειχθεί γενετικές συσχετίσεις που οδηγούν στην εμφάνιση της διαταραχής αλλά η πρόκληση της αποδίδεται κυρίως σε περιβαλλοντικούς παράγοντες (Αντωνίου, 2016).

Διαγνωστικά κριτήρια για την Γενικευμένη Αγχώδη Διαταραχή στο DSM-5:

1. Υπερβολικό άγχος και ανησυχία (φοβισμένη προσδοκία), που εμφανίζονται τις περισσότερες ημέρες μιας περιόδου τουλάχιστον 6 μηνών, για σειρά γεγονότων ή δραστηριοτήτων (όπως η εργασία και η σχολική επίδοση).

2. Το άτομο αισθάνεται ότι είναι δύσκολο να ελέγξει την ανησυχία.
3. Το άγχος και η ανησυχία συνδέονται με 3 (ή περισσότερα) από τα ακόλουθα 6 συμπτώματα (με τουλάχιστον ορισμένα συμπτώματα να είναι παρόντα για τις περισσότερες μέρες κατά την διάρκεια των τελευταίων 6 μηνών)(στα παιδιά απαιτείται μόνο 1 σύμπτωμα):
 - Νευρικότητα ή αίσθημα αγωνίας ή υπερένταση.
 - Αισθάνεται ασυνήθιστα ταραγμένος.
 - Δυσκολία συγκέντρωσης ή αίσθημα ότι το μυαλό αδειάζει.
 - Ευερεθιστότητα.
 - Μυϊκή τάση.
 - Διαταραχή του ύπνου (δυσκολία επέλευσης ή διατήρησης του ύπνου, ή ανήσυχος, μη ικανοποιητικός ύπνος).
4. Το άγχος, η ανησυχία ή τα σωματικά συμπτώματα προκαλούν κλινικά σημαντική ενόχληση ή έκπτωση των κοινωνικών, επαγγελματικών ή άλλων σημαντικών περιοχών της λειτουργικότητας.
5. Η διαταραχή δεν οφείλεται στις άμεσες φυσιολογικές δράσεις ουσίας (π.χ. ουσία κατάχρησης, φάρμακα) ή άλλη σωματική κατάσταση (π.χ., υπερθυρεοειδισμός).
6. Η διαταραχή δεν εξηγείται καλύτερα με άλλη ψυχική διαταραχή (π.χ., άγχος ή ανησυχία ότι θα έχει κρίσεις πανικού, αρνητική αυτοαξιολόγηση στην Κοινωνική Αγχώδη Διαταραχή [Κοινωνική Φοβία], μόλυνση ή άλλες ιδεοληψίες στην Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή, αποχωρισμό από συγγενικά πρόσωπα στην Αγχώδη Δυσφορία Αποχωρισμού, υπενθυμίσεις τραυματικών γεγονότων στη Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες, ότι θα βάλει βάρος στη Διαταραχή Σωματικών Συμπτωμάτων, αντιληπτές ατέλειες στην εμφάνιση στη Σωματοδυσμορφική Διαταραχή, ή ότι έχει μια βαριά ασθένεια στην αγχώδη δυφορία, ή το περιεχόμενο των παραληρητικών πεποιηθήσεων στη Σχιζοφρένεια ή την Παραληρητική Διαταραχή). (American Psychiatric Association, 2013).

Συνήθως η Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή συνοδεύει τα παιδιά και τους εφήβους στην ενήλικη ζωή ή αποτελεί προγνωστικό παράγοντα για την μετέπειτα εμφάνιση κάποιας άλλης διαταραχής (Gale & Millichamp, 2016). Οι πιο συνηθισμένες είναι η

μείζον καταθλιπτική διαταραχή (Wittchen et al.,2000), απόπειρες αυτοκτονίας είτε ολοκληρωμένη αυτοκτονία (Husky et al.,2012).

3.8: Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή

Η Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή στην παιδική και εφηβική ηλικία περιλαμβάνει επαναλαμβανόμενες παρεισφρητικές εμμονικές σκέψεις που ονομάζονται ιδεοληψίες καθώς και οδυνηρές χρονοβόρες τελετουργίες που αποτελούν τους ψυχαναγκασμούς, και είναι μια κατάσταση που συνήθως επιδεινώνεται διαρκώς. Παρόλο που περιλαμβάνει ένα σύνολο χαρακτηριστικών συμπτωμάτων, η διαταραχή αυτή είναι εξαιρετικά ετερογενής. (Krebs & Heyman, 2014)

Η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή συντηρείται από έναν φαύλο κύκλο σκέψεων. Αρχικά το άτομο παρουσιάζει τις ιδεοληψίες, τις οποίες επιθυμεί να αποβάλλει. Η προσπάθεια του όμως να τις αποφύγει ή να τις καταστείλει με τελετουργίες οδηγεί μόνο στο αντίθετο αποτέλεσμα, καθώς απασχολείται περισσότερο με τις σκέψεις αυτές. (Walitza et al.,2011)

Κοινά συμπτώματα της διαταραχής, σε γνωστικό επίπεδο, είναι η ισοδυναμία μιας σκέψης με μια πράξη που ως αποτέλεσμα θα προκαλέσει βλάβη στο ίδιο το άτομο ή στους γύρω του, η πεποίθηση ότι το γεγονός ότι δεν καταφέρνει να καταπολεμήσει τις ιδεοληψίες του με ψυχαναγκασμούς συνεπάγεται ότι στην πραγματικότητα επιθυμεί το περιεχόμενο των ιδεοληψιών του να γίνει πραγματικότητα και η ανικανότητα πλήρους ελέγχου των σκέψεων του, κάτι που διαρκώς επιχειρεί μέσω των καταναγκασμών να εφαρμόσει (Salkovskis, 1985). Τα παιδιά συγκεκριμένα παρουσιάζουν και άλλους γνωστικούς παράγοντες διατήρησης όπως την αίσθηση ευθύνης για ό,τι συμβαίνει γύρω τους, την τελειομανία και την δυσανεξία στην αβεβαιότητα (Cervin et al.,2020).

Σε γενικό βαθμό, τα συμπτώματα της διαταραχής αυτής σε παιδιά και εφήβους είναι παρόμοια με αυτά των ενηλίκων. Παρουσιάζουν όμως κάποιες διαφοροποιήσεις. Καθώς τα παιδιά έχουν χαμηλότερο γνωστικό επίπεδο, είναι λιγότερο πιθανό να αναγνωρίσουν ότι το περιεχόμενο των ιδεοληψιών τους είναι παράλογο (Geller et al.,2001). Ακόμη, είναι δυσκολότερο για τους κλινικούς να διαχωρίσουν μια καταναγκαστική πράξη από μια ρουτίνα ή συνήθεια (Leonard κ..α,1990). Σε αυτό

μπορεί να συμβάλλει κάποια αναφορά του παιδιού για φόβο του ότι θα συμβεί κάτι κακό εάν δεν ακολουθήσει πιστά την ρουτίνα του (Scahill et al.,1997). Επιπλέον, παρατηρούνται διαφορές και στο περιεχόμενο των ιδεοληψιών. Τα παιδιά και οι έφηβοι κάνουν συχνότερα σκέψεις συσχετισμένες με βλάβες από ότι οι ενήλικες, ενώ συγκεκριμένα οι έφηβοι εμφανίζουν ιδεοληψίες θρησκευτικού περιεχομένου εντονότερα από τον παιδιατρικό και τον ενήλικο πληθυσμό (Geller,2006). Άλλες συχνές εμμονές των παιδιών αφορούν άγχος για ασθένειες ή μολύνσεις σε διάφορα μέρη του σώματος ή πράξεις που εκφράζουν επιθετικότητα (Garcia et al.,2008). Επίσης έχει αναφερθεί ότι τα μικρά παιδιά με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή συχνά ακούν μια φωνή που τα διατάζει να εκτελέσουν τους καταναγκασμούς, είναι αναποφάσιστα και εκτελούν πολύ αργά καθημερινές δραστηριότητες (Vera, 2010).

Παραδείγματα καταναγκασμών που παρουσιάζονται συχνά σε παιδιά και εφήβους είναι ο καθαρισμός και η πλύση, η έντονη ανάγκη για διατήρηση της τάξης και της συμμετρίας, η επιταγή να γνωρίζουν τα πάντα, η εσωτερική υποχρέωση να πουν ορισμένα πράγματα και ο φόβος τους μήπως αναφέρουν κάτι που δεν αρμόζει, τελετουργικές διατροφικές συνήθειες, το ανοιγοκλείσιμο των βλεφάρων και η επανάληψη συγκεκριμένων πράξεων (Deepthi et al.,2018).Επιπλέον συχνές συμπεριφορές θεωρούνται η παρορμητικότητα, τα επεισόδια οργής καθώς και οι σεξουαλικές εμμονές (De La Cruz et al.,2013). Ίσως παρατηρηθούν ακόμη, μη μονοσυμπτωματική πρωτοπαθή νυχτερινή ενούρηση, αυτοπροκαλούμενες δερματοπάθειες τριχοτιλλομανία και αποθησαύριση αντικειμένων (Abramovitch et al.,2015).

Τα συμπτώματα της διαταραχής αυτής προκαλούν δυσλειτουργίες και προβλήματα σε όλο το φάσμα των πτυχών της ζωής των νέων, δηλαδή στο ενδοοικογενειακό και σχολικό περιβάλλον αλλά και στις κοινωνικές και διαπροσωπικές τους σχέσεις (Piacentini et al.,2003). Μάλιστα το μεγαλύτερο μέρος των παιδιών και των εφήβων που πάσχουν από Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή εμφανίζουν και κάποια ακόμη συναφή ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, αγχώδη διαταραχή, διαταραχή διάθεσης ή νευροαναπτυξιακή διαταραχή (Sharma et al.,2021). Ειδικότερα, συχνά παρατηρούμενες είναι η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή, η μείζον καταθλιπτική διαταραχή, η διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας, η

εναντιωματική προκλητική διαταραχή και η διαταραχή συμπεριφοράς (Storch et al.,2008).

Λόγω κάποιων κοινών συμπτωμάτων, ιδιαίτερα στους παιδιατρικούς πληθυσμούς, μπορεί να υπάρξουν επιπλοκές στην διαφοροδιάγνωση της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής με τις Διαταραχές Αυτιστικού Φάσματος (Russell et al.,2013), το Σύνδρομο Tourette (Rettew et al.,1992),την ψύχωση (Volz & Heyman,2007) τις διατροφικές διαταραχές όπως νευρική ανορεξία ή νευρική βουλιμία, την διπολική διαταραχή, την διαταραχή πανικού, την κοινωνική φοβία, την μείζον καταθλιπτική διαταραχή και την εναντιωματική προκλητική διαταραχή (Wu et al.,2019).

Σχετικά με την αιτιολογία της διαταραχής, έρευνες μεταξύ διδύμων, αδερφιών και ευρύτερων οικογενειακών μελών, υποστηρίζουν την συμβολή του γενετικού παράγοντα στην πρόκληση της διαταραχής (Van Grootheest et al.,2005). Άλλες έρευνες που αφορούν τυχόν νευροβιολογικούς παράγοντες, υποστηρίζουν ότι για την εμφάνιση της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής ευθύνονται δομικές και λειτουργικές ανωμαλίες κογχομετωπιαίο ραβδωτοθαλαμοφλοιικό κύκλωμα (Mesquita & Maia, 2018). Η διαταραχή έχει επίσης συσχετιστεί με τις PANDAS (παιδιατρικές αυτοάνοσες νευροψυχιατρικές διαταραχές που σχετίζονται με στρεπτοκοκκικές λοιμώξεις) και με το PANS (παιδικό ψυχιατρικό σύνδρομο οξείας έναρξης) (Chiarello et al.,2017). (Καθοριστικός είναι και ο ρόλος του περιβάλλοντος και ειδικότερα η βίωση γεγονότων όπως κακοποίηση και κοινωνική απομόνωση (Grisham et al.,2011). Άλλος ένας παράγοντας που θεωρείται υπαίτιος είναι τυχόν γνωστικά και συμπεριφορικά σφάλματα, δηλαδή δυσπροσαρμοστικές και διαστρεβλωμένες πεποιθήσεις, τις οποίες το άτομο ερμηνεύει ως εξαιρετικά σημαντικές (Franklin & Foa, 2021).

Διαγνωστικά κριτήρια για την Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή στο DSM-5:

1. Παρουσία ιδεοληψιών, ή ψυχαναγκασμών ή και των 2:
 - Ιδεοληψίες όπως ορίζονται από τα παρακάτω:

- Επανελημμένες και επίμονες σκέψεις, παρορμήσεις ή εικόνες, οι οποίες βιώνονται κάποιες φορές κατά την διάρκεια της διαταραχής, ως παρείσακτες και απρόσφορες και στα περισσότερα άτομα προκαλούν έντονο άγχος ή ενόχληση.
 - Το άτομο προσπαθεί να αγνοεί ή να καταστέλλει τέτοιες σκέψεις, παρορμήσεις ή εικόνες, ή να τις εξουδετερώνει με κάποια άλλη σκέψη ή πράξη (π.χ., εκτελώντας έναν ψυχαναγκασμό).
 - Ψυχαναγκασμοί όπως ορίζονται από τα παρακάτω:
 - Επαναληπτικές συμπεριφορές (π.χ., πλύσιμο χεριών, τακτοποίηση, έλεγχος) ή νοερές πράξεις (π.χ., προσευχές, μετρήσεις, σιωπηρές επαναλήψεις λέξεων) τις οποίες το άτομο αισθάνεται αναγκασμένο να εκτελέσει σε απάντηση μιας ιδεοληψίας ή σύμφωνα με κανόνες οι οποίες πρέπει να εφαρμοστούν αυστηρά.
 - Οι συμπεριφορές ή νοερές πράξεις αποβλέπουν στην αποτροπή ή την μείωση της ενόχλησης ή στην αποτροπή κάποιου απευκταίου γεγονότος ή κατάστασης, ωστόσο, αυτές οι συμπεριφορές ή νοερές πράξεις δεν συνδέονται με ρεαλιστικό τρόπο με αυτό για το οποίο έχουν σχεδιαστεί να εξουδετερώνουν ή να αποτρέπουν ή είναι σαφώς υπερβολικές (τα μικρά παιδιά μπορεί να μην είναι σε θέση να διατυπώσουν με σαφήνεια τους στόχους αυτών των συμπεριφορών ή των νοερών πράξεων).
2. Οι ιδεοληψίες ή οι ψυχαναγκασμοί είναι χρονοβόροι (π.χ. απαιτούν περισσότερο από μια ώρα την ημέρα) ή προκαλούν κλινικά σημαντική ενόχληση ή έκπτωση στην κοινωνική, επαγγελματική, ή άλλες σημαντικές περιοχές της λειτουργικότητας.
 3. Τα ιδεοψυχαναγκαστικά συμπτώματα δεν οφείλονται στις φυσιολογικές δράσεις μιας ουσίας (π.χ. ουσία κατάχρησης, φάρμακο) ή άλλη σωματική κατάσταση.
 4. Η διαταραχή δεν εξηγείται καλύτερα με τα συμπτώματα άλλης Ψυχικής Διαταραχής (π.χ., υπερβολικές ανησυχίες, όπως στη γενικευμένη αγχώδη δυσφορία, ενασχόληση με την εμφάνιση, όπως στη σωματοδυσμορφική διαταραχή, δυσκολία να απορρίψει ή να αποχωριστεί τα υπάρχοντα του, όπως στη Διαταραχή Αποθησαύρισης, τράβηγμα τριχών, όπως στη Τριχοτιλλομανία, τσίμπημα στο δέρμα, όπως στη Διαταραχή Εκδορών, στερεοτυπίες, όπως στη Διαταραχή Στερεοτυπικών Κινήσεων, Τελετουργική Διατροφική Συμπεριφορά, όπως στις διαταραχές σίτισης, ενασχόληση με ουσίες ή με τον τζόγο, όπως στις συνδεόμενες με ουσίες και στις εθιστικές διαταραχές, ενασχόληση ότι πάσχει από ασθένεια, όπως στη Αγχώδη Δυσφορία

Ασθένειας, σεξουαλικές παρορμήσεις και φαντασιώσεις, όπως στις Παραφυλικές Διαταραχές, παρορμήσεις όπως στις Αποσυνδετικές Διαταραχές Ελέγχου Παρορμήσεων και Διαταραχές Διαγωγής, ενοχικοί μηρυκασμοί, όπως στη Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή, Παρεμβαλλόμενη Σκέψη ή Παραληρητικές Ανησυχίες, όπως στο Φάσμα Σχιζοφρένειας και στις άλλες Ψυχωτικές Διαταραχές ή επαναλαμβανόμενα πρότυπα συμπεριφοράς, όπως στη Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος. (American Psychiatric Association, 2013)

Εάν η διαταραχή αυτή δεν αντιμετωπιστεί, υπάρχει μια ελάχιστη πιθανότητα τα συμπτώματα της να εξασθενήσουν, όμως συνήθως ακολουθούν χρόνια και καθοδική πορεία (Skoog & Skoog, 1999). Μάλιστα, η Ιδιοψυχαναγκαστική Διαταραχή αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση κάποιας άλλης ψυχικής διαταραχής στην ενήλικη ζωή (Wewetzer et al., 2001).

3.9: Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες

Η διαταραχή αυτή αναπτύσσεται σε παιδιά και εφήβους που έχουν βιώσει ένα ακραίο τραυματικό γεγονός. Αυτό περιλαμβάνει, είτε να το έχει βιώσει ο ίδιος ο νέος, είτε να έχει υπάρξει μάρτυρας σε αυτό, είτε να έχει ακούσει την εμπειρία τρίτων ατόμων που το βίωσαν. Συνήθη παραδείγματα τραυματικών γεγονότων αποτελούν η κακοποίηση οποιασδήποτε μορφής, η ενδοοικογενειακή βία, η απειλή από ακραία φυσικά φαινόμενα καθώς και ο πόλεμος (Μπελιβανάκη et al., 2005). Άλλες μορφές τραυματικών γεγονότων είναι ατυχήματα που προκαλούν σοβαρό τραυματισμό, αναπηρία ή απώλεια αγαπημένου προσώπου, απειλητικές ασθένειες και επώδυνες νοσηλείες (Caffo & Belaise, 2003). Οι παράγοντες που διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην πιθανότητα της ανάπτυξης Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες, έπειτα από ένα τραυματικό γεγονός είναι η σοβαρότητα του γεγονότος, η αντίδραση των γονέων σε αυτό και η σωματική εγγύτητα του παιδιού σε αυτό (Hamblen, 2007).

Ένα από τα χαρακτηριστικά συμπτώματα της διαταραχής, είναι οι παρειασθητικές σκέψεις που σχετίζονται με το τραυματικό γεγονός και προκαλούν στον νέο δυσφορία. Αυτό μπορεί να συμβαίνει ακόμη και κατά την διάρκεια του ύπνου με την μορφή εφιαλτών. Επιπλέον, οι αναμνήσεις δύνανται να είναι τόσο έντονες, που ο νέος αισθάνεται ότι βιώνει ξανά το τραυματικό γεγονός. Τα συμπτώματα που δημιουργεί η υπενθύμιση του γεγονότος είναι τόσο ψυχολογικά όσο και σωματικά. Για να

αποφευχθούν λοιπόν, το άτομο επιχειρεί να αποφύγει τόσο εξωτερικά ερεθίσματα που ενδέχεται να του θυμίζουν το τραυματικό γεγονός, όσο και εσωτερικές του σκέψεις που θα φέρουν το ίδιο αποτέλεσμα. Δηλαδή, παρόλο που έχει περάσει καιρός από το τραυματικό γεγονός, το άτομο ζει σαν να συμβαίνει ακόμη στο παρόν του. Βιώνει την πραγματικότητα δηλαδή σαν να έχει σταματήσει ο χρόνος στην στιγμή του τραυματικού γεγονότος. (Μπελιβανάκη et al.,2005)

Όπως αναμένεται, τα γεγονότα αυτά επηρεάζουν το παιδί ή τον έφηβο σε όλες τις πτυχές του εαυτού του δηλαδή σε σωματικό, γνωστικό και συναισθηματικό επίπεδο. Δεδομένου, ότι το άτομο αναπτύσσεται, οι τομείς αυτοί πιθανότητα δεν θα εξελιχθούν όπως τυπικά προβλέπεται, γεγονός που θα αποφέρει συνέπειες στην προσωπικότητα του οι οποίες θα τον ακολουθήσουν στην ενήλικη ζωή. (Παρασχάκης, 2008)

Ο νέος δυσκολεύεται πλέον να νιώσει ασφάλεια σε οποιοδήποτε περιβάλλον και θεωρεί ότι βρίσκεται διαρκώς υπό απειλή. Επίσης συνήθως μεταβάλλεται η εικόνα που έχει για τον εαυτό του όπως και για τους γύρω του και τείνει να απομακρύνεται από τις φιλίες τους. Αυτό ίσως προκύπτει καθώς δυσκολεύεται να εκμυστηρευτεί πλέον στα κοντινά του άτομα τις σκέψεις και τα συναισθήματα του και στρέφεται προς τα έξω. Τα συναισθήματα που βιώνει πλέον είναι κυρίως αρνητικά όπως φόβος, άγχος, αγωνία, ενοχή, λύπη, και ντροπή ενώ χάνει το ενδιαφέρον του για τις περισσότερες δραστηριότητες καθώς δεν βρίσκει πλέον ευχαρίστηση σε αυτές. Χάνουν τη εμπιστοσύνη στον εαυτό τους καθώς και μειώνουν ή μηδενίζουν τις προσδοκίες και τα πλάνα τους για το μέλλον ή την επιθυμία τους να πετύχουν κάποιο στόχο (Μπελιβανάκη et al.,2005).

Ενδέχεται επίσης, τα αρνητικά συναισθήματα αυτά να εκφράζονται με την μορφή θυμού και σωματικής ή λεκτικής επίθεσης σε κάποιο άτομο ή αντικείμενο. Γενικότερα, ο νέος τείνει να είναι παρορμητικός και να δρα απερίσκεπτα ανά στιγμές καθώς και να είναι σε μια κατάσταση μόνιμης υπερδιέγερσης τρομάζοντας πολύ εύκολα, αφού βρίσκεται διαρκώς σε επιφυλακή. Αυτό τον εμποδίζει από το να είναι ικανός να εστιάσει και να διατηρήσει την προσοχή του και να συγκεντρωθεί σε καθημερινές δραστηριότητες. Επιπλέον του προκαλεί διαταραχές στην επέλευση και την διατήρηση του ύπνου. Ένα ακόμη ενδεχόμενο αποτελεί η συναισθηματική

νέκρωση του ατόμου ώστε να καταφέρει να διαχειριστεί τα συναισθήματα του πόνου, του φόβου και της λύπης, το οποίο ονομάζεται ψυχοδιάσπαση, αν και δεν παρατηρείται τόσο συχνά στον παιδιατρικό πληθυσμό (Eth & Rynooos, 1985).

Τα παιδιά ηλικίας 6 ετών ή νεότερα εμφανίζουν πιο συχνά επιθετική ή καταστροφική συμπεριφορά καθώς και συμβολικό παιχνίδι ή ζωγραφιές σχετικές με το τραυματικό γεγονός (Dyregrov & Yule, 2006). Παρουσιάζουν επίσης δυσανάλογο άγχος προς άγνωστα για εκείνα άτομο και απέναντι στον αποχωρισμό τους από τα οικεία άτομα. Αποτελεί επίσης πιθανότητα να παλινδρομήσουν και να χάσουν την ικανότητα να εκτελούν κάποιο αναπτυξιακό ορόσημο που είχαν επιτύχει, όπως για παράδειγμα να πηγαίνουν μόνα τους στην τουαλέτα. (Hamblen, 2007).

Στα παιδιά σχολικής ηλικίας και στους εφήβους, τα συμπτώματα συγκλίνουν περισσότερο με αυτά των ενηλίκων, όμως παρουσιάζουν κάποιες σημαντικές διαφοροποιήσεις. Τα παιδιά δυσκολεύονται να τοποθετήσουν χρονολογικά τα γεγονότα κατά την εξιστόρηση του τραυματικού γεγονότος, όπως και πείθουν τον εαυτό τους ότι πριν το τραυματικό γεγονός τους παρουσιάστηκαν ποικίλοι οι ωνοίως προοικονομίες του. Οι έφηβοι από την άλλη αναζητούν τρόπους να εντάξουν πτυχές του τραυματικού γεγονότος στην καθημερινότητα τους, δημιουργώντας αναπαραστάσεις του σε μικρότερο σκέλος. (Hamblen, 2007)

Κοινά σωματικά συμπτώματα που προκαλούνται από την διαταραχή είναι σωματικές αντιδράσεις στο στρες όπως η ταχυκαρδία, τινάγματα από τον φόβο, ζαλάδα, στομαχικές διαταραχές, πονοκέφαλοι και κρίσεις άγχους ή πανικού (Μπελιβανάκη et al., 2005). Αυτά ίσως εξελιχθούν σε σοβαρότερες παθολογίες όπως το άσθμα, η χρόνια κόπωση και η ινομυαλγία (Παρασχάκης, 2008).

Συχνή είναι η συννοσηρότητα της Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες με κάποια άλλη αγχώδη διαταραχή, με κατάχρηση ναρκωτικών ουσιών και αλκοόλ, με την Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας και με κάποια διαταραχή διαγωγής όπως η Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή (Μπελιβανάκη et al., 2005).

Διαγνωστικά κριτήρια για την Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες στο DSM-5 (για ενήλικες, εφήβους και παιδιά μεγαλύτερα των 6 ετών):

1. Έκθεση σε πραγματικό ή επαπειλούμενο θάνατο, βαρύ τραυματισμό ή απειλή της σωματικής ακεραιότητας με έναν (ή περισσότερους) από τους ακόλουθους τρόπους:
 - Βίωσε άμεσα το τραυματικό γεγονός (ή γεγονότα).
 - Ήταν μάρτυρας, προσωπικά, στο γεγονός ενώ συνέβαινε σε άλλους.
 - Έμαθε ότι το τραυματικό γεγονός συνέβη σε ένα μέλος του στενού οικογενειακού κύκλου ή σε έναν στενό φίλο. Σε περιπτώσεις πραγματικού ή επαπειλούμενου θανάτου ενός μέλους της οικογένειας ή ενός φίλου, το γεγονός θα πρέπει να ήταν βίαιο ή τυχαίο.
 - Βίωση επαναλαμβανόμενη ή υπερβολική έκθεση σε απεχθείς λεπτομέρειες του τραυματικού (π.χ. άνθρωποι που προσέτρεξαν σε δυστύχημα και συμμετείχαν στην συλλογή ανθρώπινων υπολειμμάτων, αστυνομικοί που εκτίθενται κατά επανάληψη σε λεπτομέρειες παιδικής κακοποίησης).
2. Παρουσία ενός (ή περισσότερων) από τα ακόλουθα διεισδυτικά συμπτώματα που σχετίζονται με τραυματικό(ά) γεγονός(τα), τα οποία εμφανίζονται αφού έχει συμβεί το τραυματικό γεγονός:
 - Επανειλημμένες, ακούσιες και διεισδυτικές ενοχλητικές μνήμες του τραυματικού γεγονότος (σε παιδιά μεγαλύτερα των 6 ετών, μπορεί να συμβεί επαναλαμβανόμενο παιχνίδι στο οποίο εκφράζονται τα θέματα του τραυματικού γεγονότος).
 - Επανειλημμένα ενοχλητικά όνειρα στα οποία το περιεχόμενο και/ή το συναίσθημα του ονείρου, συνδέονται με το τραυματικό γεγονός (στα παιδιά, είναι δυνατόν να υπάρχουν όνειρα που προκαλούν φόβο χωρίς αναγνωρίσιμο περιεχόμενο).
 - Αποσυνδετικές αντιδράσεις (π.χ., επαναβιώσεις/flashbacks) στις οποίες το άτομο νιώθει ή δρα σαν να έχει ξανασυμβεί τραυματικό γεγονός (οι εν λόγω αντιδράσεις μπορούν να συμβούν σε ένα συνεχές, με την πιο ακραία έκφραση να είναι η απόλυτη απώλεια της επίγνωσης του παρόντος περιβάλλοντος)(στα παιδιά είναι δυνατόν να υπάρχουν στο παιχνίδι ειδικές αναπαραστάσεις του τραύματος).

- Έντονη ή παρατεταμένη ψυχολογική ενόχληση κατά την έκθεση σε εσωτερικούς ή εξωτερικούς υπαινιγμούς που συμβολίζουν ή μοιάζουν με κάποια πλευρά του τραυματικού γεγονότος.
 - Έκδηλες φυσιολογικές αντιδράσεις στους εσωτερικούς ή εξωτερικούς υπαινιγμούς που συμβολίζουν ή μοιάζουν με κάποια πλευρά του τραυματικού γεγονότος.
3. Επίμονη αποφυγή ερεθισμάτων που σχετίζονται με το τραυματικό γεγονός, που αρχίζει αφού έχει συμβεί το τραυματικό γεγονός, όπως αποδεικνύεται από το ένα ή αμφότερα από τα ακόλουθα:
- Αποφυγή ή προσπάθειες να αποφύγει ενοχλητικές μνήμες, σκέψεις ή αισθήματα που σχετίζονται στενά με το τραυματικό γεγονός.
 - Αποφυγή ή προσπάθειες να αποφύγει εξωτερικές υπενθυμίσεις (άνθρωποι, τόποι, συζητήσεις, δραστηριότητες, αντικείμενα, καταστάσεις) που ανακαλούν ενοχλητικές μνήμες, σκέψεις ή αισθήματα για τα τραυματικά γεγονότα ή για οτιδήποτε σχετίζεται στενά με τα τραυματικά γεγονότα.
4. Αρνητικές μεταβολές σε γνωστικές λειτουργίες και στη διάθεση που σχετίζονται με το τραυματικό γεγονός, και εμφανίζονται ή επιδεινώνονται αφού έχει συμβεί το τραυματικό γεγονός, όπως αποδεικνύεται από 2 (ή περισσότερα) από τα ακόλουθα:
- Αδυναμία να ανακαλέσει μια σημαντική πλευρά του τραυματικού γεγονότος (η οποία τυπικά οφείλεται σε αποσυνδεδετική αμνησία και όχι σε άλλους παράγοντες, όπως η κάκωση της κεφαλής, το αλκοόλ ή τα ναρκωτικά).
 - Επίμονες και υπερβολικές αρνητικές πεποιθήσεις ή προσδοκίες για τον εαυτό του, τους άλλους ή για τον κόσμο (π.χ., «Είμαι κακός», «Δεν μπορούμε να εμπιστευτούμε κανέναν.», «Ο κόσμος είναι εντελώς επικίνδυνος.», «Όλο μου το νευρικό σύστημα έχει καταστραφεί για πάντα.»)
 - Επίμονες, διαστρεβλωμένες γνωστικές λειτουργίες για το αίτιο ή τις συνέπειες του τραυματικού γεγονότος που οδηγούν το άτομο να κατηγορεί τον εαυτό του/της ή τους άλλους.
 - Επίμονα αρνητική συγκινησιακή κατάσταση (π.χ. φόβος, τρόμος, θυμός, ενοχή ή ντροπή).

- Εμφανώς μειωμένο ενδιαφέρον ή μειωμένη συμμετοχή σε σημαντικές δραστηριότητες
 - Αισθήματα απομάκρυνσης ή αποξένωσης από τους άλλους.
 - Επίμονη αδυναμία να βιώσει θετικά αισθήματα (π.χ. αδυναμία να βιώσει ευτυχία, ικανοποίηση, ή να νιώσει αισθήματα αγάπης.)
5. Εμφανείς αλλαγές στη διεγερσιμότητα και αντιδραστικότητα που σχετίζονται με το τραυματικό γεγονός, εμφάνιση ή επιδείνωση αφού έχει συμβεί το τραυματικό γεγονός, όπως αποδεικνύεται από 2 (ή περισσότερα) από τα ακόλουθα:
- Ευερεθιστότητα ή εκρήξεις θυμού (με μικρή ή καμία πρόκληση) που συνήθως εκφράζεται ως λεκτική ή σωματική επιθετικότητα προς ανθρώπους ή αντικείμενα.
 - Ριψοκίνδυνη ή αυτοκαταστροφική συμπεριφορά.
 - Υπερεπαγρύπνηση.
 - Υπερβολική απάντηση στο ξάφνιασμα.
 - Δυσκολία συγκέντρωσης.
 - Διαταραχή του Ύπνου (π.χ. δυσκολία επέλευσης ή διατήρησης του ύπνου ή ανήσυχος ύπνος).
6. Η διάρκεια της διαταραχής (Κριτήρια 2,3,4 και 5) είναι μεγαλύτερη από 1 μήνα.
7. Η διαταραχή προκαλεί κλινικά σημαντική ενόχληση ή έκπτωση στην κοινωνική, επαγγελματική, ή άλλες σημαντικές περιοχές της λειτουργικότητας.
8. Η διαταραχή δεν οφείλεται σε φυσιολογικές δράσεις μιας ουσίας (π.χ., φάρμακα, αλκοόλ) ή άλλη σωματική κατάσταση.

Διαγνωστικά κριτήρια για την Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες στο DSM-5 (για παιδιά 6 ετών και νεότερα):

1. Σε παιδιά 6 ετών και νεότερα, η έκθεση σε πραγματικό ή επαπειλούμενο θάνατο, βαρύ τραυματισμό ή σεξουαλική βία με έναν (ή περισσότερους) από τους ακόλουθους τρόπους:
 - Βίωσε άμεσα το τραυματικό γεγονός

- Ήταν μάρτυρας, προσωπικά του γεγονότος όπως συνέβη σε άλλους, ιδιαίτερα στους κύριους φροντιστές (η μαρτυρία δεν περιλαμβάνει γεγονότα τα οποία έχουν παρατηρηθεί μόνο σε ηλεκτρονικά μέσα, τηλεόραση, ταινίες ή εικόνες).
 - Έμαθε ότι το τραυματικό γεγονός συνέβη σε έναν γονέα ή έναν φροντιστή.
2. Παρουσία ενός (ή περισσότερων) από τα ακόλουθα διεισδυτικά συμπτώματα που σχετίζονται με το τραυματικό γεγονός, που ξεκινούν αφού έχει συμβεί το τραυματικό γεγονός:
- Επανελημμένες, ακούσιες, και διεισδυτικές ενοχλητικές μνήμες του τραυματικού γεγονότος (οι αυθόρμητες και οι διεισδυτικές μνήμες μπορεί να μην εμφανίζονται απαραίτητα ενοχλητικές και μπορεί να εκφράζονται ως αναπαράσταση σε παιχνίδι).
 - Επανελημμένα ενοχλητικά όνειρα στα οποία το περιεχόμενο και/ή το συναίσθημα του ονείρου συνδέονται με το τραυματικό γεγονός (μπορεί να μην είναι δυνατόν να διακριβωθεί ότι το περιεχόμενο που προκαλεί φόβο συνδέεται με το τραυματικό γεγονός).
 - Αποσυνδετικές αντιδράσεις (π.χ. επαναβιώσεις/flashbacks) στις οποίες το άτομο νιώθει ή δρα σαν να έχει ξανασυμβεί το τραυματικό γεγονός (οι εν λόγω αντιδράσεις μπορούν να συμβούν σε ένα συνεχές, με την πιο ακραία έκφραση να είναι η απόλυτη απώλεια της επίγνωσης του παρόντος περιβάλλοντος). Αυτή η επαναβίωση του συγκεκριμένου τραύματος μπορεί να εμφανιστεί στο παιχνίδι.
 - Έντονη ή παρατεταμένη ψυχολογική ενόχληση κατά την έκθεση σε εσωτερικούς ή εξωτερικούς υπαινιγμούς που συμβολίζουν ή μοιάζουν σε κάποια πλευρά του τραυματικού γεγονότος.
 - Έκδηλες φυσιολογικές αντιδράσεις στις υπενθυμίσεις του τραυματικού γεγονότος.
3. Ένα (ή περισσότερα) από τα ακόλουθα συμπτώματα που εκπροσωπούν είτε την επίμονη αποφυγή των ερεθισμάτων που σχετίζονται με το τραυματικό γεγονός ή τις αρνητικές μεταβολές στις γνωστικές λειτουργίες και στη διάθεση που σχετίζονται με το τραυματικό γεγονός, θα πρέπει να είναι παρόντα, με αρχή μετά το γεγονός ή με επιδείνωση μετά το γεγονός:
- Επίμονη αποφυγή των ερεθισμάτων:

- Αποφυγή ή προσπάθειες να αποφύγει δραστηριότητες, μέρη ή φυσικές υπενθυμίσεις που προκαλούν ανακλήσεις του τραυματικού γεγονότος.
 - Αποφυγή ή προσπάθειες να αποφύγει ανθρώπους, συζητήσεις ή διαπροσωπικές καταστάσεις που προκαλούν ανακλήσεις του τραυματικού γεγονότος.
 - Αρνητικές μεταβολές σε γνωστικές λειτουργίες:
 - Σημαντικά αυξημένη συχνότητα των αρνητικών συγκινησιακών καταστάσεων (π.χ. φόβος, ενοχή, θλίψη, ντροπή, σύγχυση).
 - Σαφώς μειωμένο ενδιαφέρον ή μειωμένη συμμετοχή σε σημαντικές δραστηριότητες, όπου συμπεριλαμβάνεται ο περιορισμός του παιχνιδιού.
 - Κοινωνικά αποσυρμένη συμπεριφορά.
 - Επίμονη μείωση της έκφρασης θετικών συναισθημάτων.
4. Μεταβολές στη διεγερσιμότητα και αντιδραστικότητα που σχετίζονται με τραυματικό γεγονός, έναρξη ή επιδείνωση αφού έχει συμβεί το τραυματικό γεγονός, όπως αποδεικνύεται από 2 (ή περισσότερα) από τα ακόλουθα:
- Ευερεθιστότητα ή εκρήξεις θυμού (με μικρή ή καμία πρόκληση) η οποία συνήθως εκφράζεται ως λεκτική ή σωματική επιθετικότητα προς ανθρώπους ή αντικείμενα (συμπεριλαμβάνονται οι ακραίες εκρήξεις θυμού).
 - Υπερεπαγρύπνηση.
 - Υπερβολική απάντηση στο ξάφνιασμα
 - Δυσκολία συγκέντρωσης.
 - Διαταραχή του Ύπνου (π.χ. δυσκολία επέλευσης ή διατήρησης του ύπνου ή ανήσυχος ύπνος).
5. Η διάρκεια της διαταραχής είναι μεγαλύτερη από 1 μήνα.
6. Η διαταραχή προκαλεί κλινικά σημαντική ενόχληση ή έκπτωση στις σχέσεις με τους γονείς, αδέρφια, συνομηλίκους, ή άλλους κηδεμόνες ή με την συμπεριφορά στο σχολείο.
7. Η διαταραχή δεν οφείλεται σε φυσιολογικές δράσεις μιας ουσίας (π.χ., φάρμακα ή αλκοόλ) ή μια άλλη σωματική κατάσταση. (American Psychiatric Association, 2013)

Όσο αφορά την αναπτυξιακή πορεία της διαταραχής, σε πολλές περιπτώσεις η διαταραχή λαμβάνει χρόνια μορφή, προκαλώντας κοινωνικές και επαγγελματικές επιπλοκές, οικονομική επιβάρυνση και αυξημένο κίνδυνο για την εμφάνιση κάποιας άλλης ψυχικής διαταραχής ή αυτοκτονικότητας (Merz et al.,2019).

3.10: Διαταραχή Άγχους Ασθένειας/ Υποχονδρίαση

Το κύριο σύμπτωμα της διαταραχής αυτής, είναι το διαρκές άγχος του παιδιού ή του εφήβου ότι πάσχει από κάποια πολύ σοβαρή ασθένεια. Μικρά σωματικά συμπτώματα όπως ελαφριοί πόνοι, λόξιγκας ή μια μικρή δερματική βλάβη διογκώνονται στο νου του νέου, και αποτελούν τα «αρχικά σημάδια» μιας πολύ βαριάς και ενίοτε ανίατης ασθένειας όπως ο καρκίνος, η λευχαιμία, ή κάποιο εγκεφαλικό επεισόδιο. Παρόλο που τόσο οι φίλοι, η οικογένεια αλλά και ο γιατρός τους διαβεβαιώνει ότι είναι υγιείς, δεν καθησυχάζονται καθώς θεωρούν ότι κάτι έχει παραλειφθεί ή παρεξηγηθεί. (Polanco, 2023) Το άγχος αυτό διαφέρει από την αναπτυξιακά τυπική ανησυχία για την υγεία, καθώς προκαλεί σημαντικές εκπτώσεις στην καθημερινότητα και στην λειτουργικότητα του ατόμου (Asmundson et al.,2010).

Καθώς τα παιδιά και οι έφηβοι συνήθως δεν καλούν οι ίδιοι κάποιον γιατρό, κάνουν παράπονα στους γονείς τους, οι οποίοι καθώς ανησυχούν για τα παιδιά τους, κατηγορούν τους γιατρούς. Έχουν την πεποίθηση ότι είτε είναι ανίκανοι να εντοπίσουν την ασθένεια του παιδιού, είτε ότι υπάρχει έλλειψη ενδιαφέροντος από πλευράς τους. Μάλιστα, συχνά προσβάλλονται εάν ο γιατρός τους παραπέμψει σε κάποιον ψυχολόγο ή ψυχίατρο αφού αυτό κατά την άποψη τους συνεπάγεται ότι αποκαλούν τα παιδιά τους μυθομανή. (Sauer & Witthöft, 2020)

Μια εξήγηση για την διαταραχή αυτή, από ψυχοδυναμική προσέγγιση, είναι ότι οφείλεται σε ναρκισσιστικά στοιχεία, και το άτομο στην πραγματικότητα απλώς αποζητά διαρκή προσοχή και φροντίδα από τους άλλους, ιδίως από τα οικεία άτομα. Η διαταραχή αυτή ίσως λειτουργεί και σαν μέσο ελέγχου των ανθρώπων στο περιβάλλον του. Τα παραπάνω διευκολύνει η ελεύθερη πρόσβαση του ευρύ κοινού, στις μέρες μας, σε κάθε είδος πληροφορίας σχετικά με όλες τις ασθένειες. (Polanco, 2023) Ενδέχεται ακόμη, από ψυχαναλυτική άποψη, το άτομο να εστιάζει τόσο έντονα στο ενδεχόμενο της ύπαρξης μιας σωματικής ασθένειας, ώστε να παραβλέψει

ή να συγκαλύψει μια αληθινή παθολογία όπως κατάθλιψη ή άμυνα σε άλλα αρνητικά συναισθήματα (Derzelle, 2014).

Σύμφωνα με την αναπτυξιακή προσέγγιση, η αιτία της διαταραχής διαφοροποιείται ανάλογα με την ηλικία του νέου. Τα παιδιά προσχολικής ηλικίας, λόγω του εγωκεντρικού μοντέλου σκέψης που ακολουθούν, ενδέχεται να πιστέψουν ότι προκάλεσαν τα ίδια κάποια ασθένεια ως συνέπεια συνειδητών πράξεων που θεωρούν ανήθικες όπως η ανυπακοή σε εντολές των γονιών τους ή κάποια αταξία. Τα παιδιά σχολικής ηλικίας συνήθως βρίσκουν ρεαλιστικότερες εξηγήσεις, όπως βακτήρια ή λοιμώξεις, αν και ενδέχεται να εντάσσουν στην σκέψη τους κάποιου είδους «μαγεία». Οι έφηβοι συνήθως αντιμετωπίζουν τις ασθένειες και την πρόκληση τους όπως οι ενήλικες. (Koopmann, 2004) Συνήθως η διαταραχή αυτή εντοπίζεται σε παιδιά μεγαλύτερα των 7 ετών, λόγω των αυξημένων διανοητικών ικανοτήτων, και συχνότερα σε κορίτσια από ότι σε αγόρια (Vasey & Daleiden, 1994).

Στην ανάπτυξη και διατήρηση της διαταραχής, διαδραματίζει πολύ σημαντικό ρόλο, εάν μέλη της οικογένειας ανησυχούν επίσης για την ύπαρξη ιατρικών παθήσεων στα ίδια ή στους άλλους (Wright, 2017). Ενδέχεται επιπλέον να εμπλέκονται βιολογικοί παράγοντες, και τα άτομα με υποχονδρίαση να έχουν αυξημένη ευαισθησία σε σωματικές ενδείξεις και να αισθάνονται εντονότερα δυσφορία, από ότι ένας άλλος άνθρωπος (Powers et al., 2009). Δίνουν δηλαδή σημασία μόνο σε σωματικές ενδείξεις που ενδέχεται να φανερώνουν κάποια ασθένεια αλλά αγνοούν άλλες που αποδεικνύουν την υγιή και ομαλή λειτουργία των οργάνων (Lipsitt, 2001). Μάλιστα μελέτες fMRI, έχουν αποδείξει ότι η προσμονή ενός συμπτώματος σε ένα συγκεκριμένο μέρος του σώματος, ενδέχεται να ενεργοποιήσει κεντρικά νεύρα που θα προκαλέσουν παρόμοια αίσθηση στο σημείο αυτό (Rief & Broadbent, 2007).

Συχνό είναι, το άτομο προσπαθώντας να προφυλάξει την υγεία του, να λαμβάνει διαρκώς βιταμίνες και χημικές προστατευτικές ουσίες ώστε να ελαττώσει το άγχος του (Polanco, 2023). Ακόμη, σε νέους με αυτή την διαταραχή, κοινή είναι η αυξημένη χρήση της ιατρικής περίθαλψης, δηλαδή τηλεφωνήματα ή επισκέψεις σε γιατρό ή νοσοκομείο, μετά από κάποιο σύμπτωμα (Rask et al., 2023). Μπορεί να συμβεί όμως και το άκρως αντίθετο, το άτομο δηλαδή να αποφεύγει κάθε είδους

υγειονομική περίθαλψη, καθώς του προκαλούνται συμπτώματα ή σκέψεις ασθενειών (Tyrrer, 2018).

Τα παιδιά και οι έφηβοι με διάγνωση διαταραχής άγχους ασθένειας, συχνά παρουσιάζουν συννοσηρότητα με την γενικευμένη αγχώδη διαταραχή, την διαταραχή άγχους αποχωρισμού, την κοινωνική φοβία, την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, την κατάθλιψη και τον φόβο σωματικής βλάβης. (Rask et al., 2023)

Διαγνωστικά Κριτήρια για την Διαταραχή άγχους ασθένειας/Υποχονδρίαση στο DSM-5:

1. Ενασχόληση του ατόμου με την ιδέα ότι έχει ή ότι κολλάει μια βαριά ασθένεια.
2. Τα σωματικά συμπτώματα απουσιάζουν ή αν υπάρχουν, έχουν μόνο ήπια ένταση. Εάν είναι παρούσα άλλη σωματική κατάσταση ή εάν υπάρχει υψηλός κίνδυνος ανάπτυξης (π.χ., υπάρχει ισχυρό οικογενειακό ιστορικό), η ενασχόληση είναι σαφώς υπερβολική ή δυσανάλογη.
3. Υπάρχει υψηλό επίπεδο άγχους για την υγεία, και το άτομο εύκολα πανικοβάλλεται για την κατάσταση της υγείας του,
4. Το άτομο εμφανίζει υπερβολικές συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία (π.χ., ελέγχει συνέχεια το σώμα του για σημάδια της ασθένειας) ή επιδεικνύει δυσπροσαρμοστική αποφυγή (π.χ., αποφεύγει τα ραντεβού με γιατρούς και τα νοσοκομεία).
5. Η ενασχόληση με την ασθένεια είναι παρούσα για τουλάχιστον 6 μήνες, αλλά η συγκεκριμένη νόσος που φοβάται μπορεί να αλλάξει σε αυτή την περίοδο του χρόνου.
6. Η ενασχόληση που σχετίζεται με την ασθένεια δεν εξηγείται καλύτερα με άλλη Ψυχική Διαταραχή, όπως η Διαταραχή Σωματικών Συμπτωμάτων, η Διαταραχή Πανικού, η Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή, η Σωματοδυσμορφική Διαταραχή, η Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή ή η Παραληρητική Διαταραχή, σωματικού τύπου. (American Psychiatric Association, 2013)

Ποικίλες μελέτες ανά τα έτη, έχουν αποδείξει ότι η διαταραχή άγχους σωματικής υγείας στην παιδική ηλικία, συχνά συνοδεύει τους πάσχοντες και στην ενήλικη ζωή καθώς και αποτελεί παράγοντα κινδύνου για άλλα συναισθηματικά προβλήματα και διαταραχές (Rask et al., 2023).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

Γλωσσική επίδραση των αγχωδών διαταραχών σε παιδιά και εφήβους

Για να μελετήσουμε την γλωσσική επίδραση των αγχωδών διαταραχών σε παιδιά και εφήβους, θα ξεκινήσουμε μελετώντας σε γενικό βαθμό την επίδραση του άγχους στην γλώσσα, τον λόγο και την ομιλία και έπειτα θα εξετάσουμε την γλωσσική επίδραση κάποιων αγχωδών διαταραχών ξεχωριστά.

4.1: Επίδραση του άγχους στην γλώσσα

Το άγχος επιδρά έντονα σε όλες τις πτυχές της ζωής του νέου, όπως και στην γλώσσα. Μια από τις γλωσσικές επιρροές του, εντοπίζεται στην μειωμένη φωνημική λεκτική ευχέρεια καθώς όπως έχουν αποδείξει μελέτες παρατηρείται σε παιδιά με αγχώδεις διαταραχές (Toazza et al.,2016). Τα παιδιά αυτά είχαν χαμηλότερες επιδόσεις σε δοκιμασίες, όπου έπρεπε να αναφέρουν μέσα σε ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα όσες περισσότερες λέξεις μπορούσαν που να ξεκινούν από ένα επιλεγμένο φώνημα, το οποίο υποδεικνύει έλλειμα στην φωνημική μνήμη και στην διαδικασία αποθήκευσης λέξεων. Ανεπαρκείς κρίθηκαν και οι ικανότητες τους σε δοκιμασίες όπου έπρεπε να κατονομάσουν όσα περισσότερα ουσιαστικά μπορούσαν από μια συγκεκριμένη σημασιολογική κατηγορία, κάτι που φανερώνει αδυναμία στις εκτελεστικές λειτουργίες, στην διαδικασία ανάκλησης και επιλογής λέξης και ευρύτερα στην γνωστική ευελιξία (Becker & Salles, 2016).

Το παραπάνω ίσως οφείλεται στην παρεμπόδιση της ολοκλήρωσης μερικών αναπτυξιακών σταδίων λόγω άγχους, ιδιαίτερα στις μικρές ηλικίες. Δεν αποκλείεται όμως και το ενδεχόμενο οι νέοι να αδυνατούν να αποδώσουν με τρόπο ανάλογο των πραγματικών δυνατοτήτων τους, λόγω της χρονικής πίεσης. Μάλιστα, αποδείχθηκε και ότι ο βαθμός δυσκολίας σε δοκιμασίες λεκτικής ευχέρειας είναι ανάλογος της σοβαρότητας συμπτωμάτων των αγχώδων διαταραχών. Ακόμη, τα δεδομένα αυτά μπορούν να αξιοποιηθούν αντίστροφα και δηλαδή η δυσχερής λεκτική ευχέρεια ενός παιδιού να θεωρηθεί πιθανός δείκτης ύπαρξης αγχώδους διαταραχής. (Toazza et al., 2016)

Αναμφισβήτητα, ο κυριότερος τομέας της γλώσσας που επηρεάζεται από το άγχος, είναι η ροή του λόγου, με συνηθέστερο σύμπτωμα τον τραυλισμό. Έχει αποδειχθεί ότι τα περισσότερα άτομα που τραυλίζουν βιώνουν έντονο άγχος (Craig et al., 2002) καθώς και ότι το άγχος μπορεί με την σειρά του να προκαλέσει τραυλισμό (Davis et al., 2007). Αυτή η αμφίδρομη σχέση μεταξύ άγχους και τραυλισμού θεμελιώνεται από γνωστικές πεποιθήσεις όπως δυσμενή αυτοεικόνα, αρνητικά επηρεασμένη επεξεργασία πληροφοριών και φόβο για την ενδεχόμενη κριτική από τους άλλους (Clark & McManus, 2002).

Επιπλέον, πέρα από την παραγωγή του λόγου, το άγχος έχει βρεθεί ότι δυσχεραίνει και την λεκτική επεξεργασία, η οποία είναι η βασική μονάδα της ανάγνωσης. Συγκεκριμένα, αποδείχθηκε ότι νέοι με αγχώδεις διαταραχές καταναλώνουν περισσότερο χρόνο στην επεξεργασία γραπτών κειμένων, διατηρώντας όμως τον βαθμό κατανόησης του κειμένου ανεπηρέαστο (Calvo, 1996). Το πόρισμα αυτό υποστηρίζεται και από την Θεωρία της Αποδοτικότητας της Επεξεργασίας (Eysenck & Calvo, 1992) η οποία αναγράφει ότι, επειδή το άγχος καταλαμβάνει πόρους επεξεργασίας της εργαζόμενης μνήμης, αυξάνεται ο χρόνος απόδοσης των ατόμων που το βιώνουν, χωρίς όμως να επηρεάζεται η επίδοση τους. Μάλιστα, προτείνεται η θεραπεία του διαλογισμού ενσυνειδητότητας για την μείωση των πόρων της εργαζόμενης μνήμης που καταλαμβάνει το στρες και συνεπώς την ενίσχυση της αποτελεσματικότητας στην ανάγνωση (Bamber & Morpeth, 2018).

4.2: Γλωσσική επίδραση συγκεκριμένων αγχώδων διαταραχών

4.2.1: Γλωσσική επίδραση της Διαταραχής Άγχους Αποχωρισμού

Έχει βρεθεί ότι σε παιδιά με Διαταραχή Άγχους Αποχωρισμού, έχουν παρατηρηθεί μειωμένες επιδόσεις στους τομείς της οπτικοχωρικής μνήμης εργασίας, της σημασιολογική μνήμης, της προφορικής γλώσσας και της γραφής λέξεων. Συγκεκριμένα, τα παιδιά με σοβαρότερα συμπτώματα άγχους παρουσίασαν ελλείμματα στην επαγωγική επεξεργασία, την ανάγνωση λέξεων, την κατανόηση κειμένου, την αντιγραφή λέξεων καθώς και την σημασιολογική λεκτική ευχέρεια. (Sbicigo et al.,2020)

Γενικότερα, τα παιδιά με την διαταραχή αυτή, φαίνεται να παρουσιάζουν συχνότερα γλωσσικά ελλείμματα παρά δυσκολίες στον λόγο και την ομιλία (Kaïra et al.,2002). Παραδείγματα των παραπάνω ανεπαρκειών είναι το περιορισμένο δεκτικό και εκφραστικό λεξιλόγιο, οι φτωχές προγλωσσικές συμπεριφορές, όπως η προσοχή και η βλεμματική επαφή, και οι μειωμένες πραγματολογικές ικανότητες (Kaïra et al.,2007). Συγκεκριμένα στο μορφολογικό επίπεδο της γλώσσας παρατηρείται παράλειψη μορφοσυντακτικών δεικτών, φωνολογικά λάθη καθώς και ασυνεπής ή λανθασμένη χρήση των γραμματικών στοιχείων σε λέξεις, φράσεις και προτάσεις (Paul & Norbury, 2012). Στον πραγματολογικό τομέα, εμφανίζονται κοινωνικά ελλείμματα στις επικοινωνιακές τους δεξιότητες, τα οποία ποικίλουν ανάλογα το παιδί (Meera et al.,2013). Σπανιότερα, τα παιδιά που πάσχουν από την διαταραχή αυτή, εμφανίζουν και προβλήματα στον λόγο και στην ομιλία όπως αρθρωτικές διαταραχές και τραυλισμό (Kaïra et al.,2002).

4.2.2: Γλωσσική επίδραση της Εκλεκτικής Αλαλίας

Κάποια από τα συνηθέστερα προβλήματα ομιλίας και λόγου στα παιδιά με εκλεκτική αλαλία, περιλαμβάνουν δυσκολίες στην πραγματοποίηση λεπτομερών αφηγήσεων, στην ακουστική διάκριση, στην τήρηση γραμματικών κανόνων, στην φωνολογική επίγνωση καθώς και ευρύτερα στον δεκτικό λόγο (Klein, 2013).

4.2.3: Γλωσσική επίδραση της Διαταραχής Κοινωνικού Άγχους

Σε παιδιά και εφήβους με κοινωνική φοβία, έχουν παρατηρηθεί ορισμένα μοτίβα στον λόγο, τα οποία σχετίζονται με τη διαταραχή αυτή. Συγκεκριμένα, αποφεύγουν την χρήση προσωπικών αντωνυμιών σε α' πρόσωπο («εγώ», «εμείς») καθώς δεν επιθυμούν να στρέψουν την προσοχή προς τον εαυτό τους. Επιπλέον, διστάζουν να

εντάξουν στον λόγο τους λέξεις ή φράσεις που εκφράζουν έντονα θετικά ή αρνητικά συναισθήματα, καθώς φοβούνται ότι κάποια πεποίθηση τους θα αντιτίθεται με αυτή του ευρύτερου κοινού, στο οποίο πασχίζουν να ενταχθούν. (Rude et al.,2004) Ακόμη, προτιμούν να διατηρούν μια ουδέτερη στάση αφού έτσι πιστεύουν ότι δεν θα προκαλέσουν κάποια εχθρική αντίδραση (Gilbert, 1996).

Πέρα από τα παραπάνω γλωσσικά στοιχεία, σε μια μελέτη των Alon-Ronen, Shrem, Keshet & Gilboa-Schechtman, ερευνήθηκαν οι επιδράσεις της κοινωνικής φοβίας στην φωνή. Όσο αφορά την θεμελιώδη συχνότητα φωνής (f0), η οποία καθορίζει το ύψος της φωνής ενός ατόμου, έχει αποδειχθεί ότι άτομα που θεωρούν τον εαυτό τους κοινωνικά κυρίαρχο έχουν χαμηλότερη f0 (Leongoamez, 2017). Επομένως, όπως είναι λογικό, αποδείχθηκε ότι άτομα με κοινωνική φοβία έχουν υψηλότερη f0 στην φωνή τους. Επιπλέον, αποδείχθηκε πως τα άτομα αυτά χαμηλώνουν την ένταση της φωνής τους όποτε εκφράζουν κάποιο αίτημα τους. Δυο ακόμη στοιχεία της φωνής που μελετήθηκαν είναι το jitter και το shimmer, τα οποία είναι οι διακυμάνσεις του ύψους και του πλάτους, δηλαδή της έντασης της φωνής, τα οποία όταν εντοπίζονται σε υψηλά νούμερα, σχετίζονται με παθογένειες της φωνής (Shao et al.,2010). Σε άτομα με κοινωνική φοβία, τόσο το jitter όσο και το shimmer παρουσίασαν αυξημένες μετρήσεις, όταν απαντούσαν σε διάφορες ερωτήσεις. Επιπλέον, οι απαντήσεις τους αυτές είχαν μεγαλύτερη διάρκεια, τόσο λόγω των διακοπών που πραγματοποιούνταν στην ομιλία, όσο και λόγω της αυξημένης παραγωγής λόγου (Silber-Varod et al.,2016). Κάποιο συμμετέχοντες καθυστέρησαν την έναρξη της ομιλίας ώστε να προβάρουν νοερά τον λόγο τους, λόγω της ανασφάλειας τους να παρουσιαστούν ως «κοινωνικά άβολοι» ή απροετοίμαστοι (Cummings et al.,2013).

4.2.4: Γλωσσική επίδραση της Διαταραχής πανικού και της Αγοραφοβίας

Έχει αποδειχθεί, ότι ο φόβος προκαλεί συμπεριφορικές και σωματικές μεταβολές, οι οποίες με την σειρά τους επηρεάζουν την ομιλία και συγκεκριμένα παραγλωσσολογικές πτυχές της (Schlenker & Darby, 1981). Ειδικότερα, έχει αποδειχθεί συσχέτιση του λόγου με μεταβλητότητα στον μέσο τόνο φωνής, στο εύρος τόνου και στον ρυθμό ομιλίας (Scherer, 1986). Σε μια μελέτη των Hagenars και Van Minnen, όπου οι συμμετέχοντες ήταν διαγνωσμένοι με Διαταραχή πανικού με Αγοραφοβία, βρέθηκε ότι ο ρυθμός ομιλίας δεν επηρεάζεται από μεμονωμένα

αρνητικά συναισθήματα όπως το άγχος και ο φόβος αλλά από την διέγερση που προκαλεί οποιοδήποτε συναίσθημα. Αντιθέτως, όσο αφορά τον τόνο της φωνής, ο φόβος, ο οποίος είναι κυρίαρχο συναίσθημα σε άτομα με την συγκεκριμένη αγχώδη διαταραχή, έχει ως συνέπεια την μείωση του, εξαιτίας της αυξημένης μυϊκής έντασης.

Επιπλέον, σε παιδιά και εφήβους που βιώνουν κρίσεις πανικού, εντοπίζονται συχνά προβλήματα στην παραγωγή του λόγου, τα οποία προκύπτουν από την Επεκταμένη Θεωρία Ψευδούς Συναγερμού Ασφυξίας (Baradell & Klein, 1993). Σύμφωνα με την θεωρία αυτή, τα άτομα αυτά λόγω δυσλειτουργιών του αναπνευστικού συστήματος, όπως υπερευαισθησία σε κάποιους περιβαλλοντικούς παράγοντες, έχουν την λανθασμένη πεποίθηση ότι ασφυκτιούν και έτσι οδηγούνται στις κρίσεις πανικού (Preter & Klein, 2014). Τα παραπάνω συνεπάγονται δυσκολίες παραγωγής λόγου, τραυλισμό καθώς και επιπρόσθετα προβλήματα στην άρθρωση (Thomas & Kaïra, 2016).

4.2.5: Γλωσσική επίδραση της Γενικευμένης Αγχώδους Διαταραχής

Σε γενικό βαθμό, η επίδραση της συγκεκριμένης διαταραχής στην ομιλία ενδέχεται να είναι προφανέστερη σε σύγκριση με τις υπόλοιπες αγχώδεις διαταραχές, καθώς το έντονο άγχος που βιώνεται σε όλες τις στιγμές, επηρεάζει την λειτουργία του συμπαθητικού νεύρου, το οποίο με την σειρά του αλλοιώνει την ομιλία (Hoehn-Saric & McLeod, 1988). Σε μια έρευνα των Teferra, Borwein, DeSouza, Simpson, Rheault & Rose, βρέθηκε ότι συχνά όσο πιο ανήσυχο είναι ένα άτομο, τόσο λιγότερη αυτοπεποίθηση θα έχει στην ομιλία του και συνεπώς τόσο λιγότερο θα ομιλεί. Επίσης βρέθηκε ότι ακουστικά χαρακτηριστικά της φωνής, όπως το shimmer, η θεμελιώδης συχνότητα φωνής F0 και η F1, η οποία καθορίζει κυρίως την παραγωγή των φωνηέντων, επηρεάζονται από το άγχος σε άτομα με γενικευμένη αγχώδη διαταραχή.

Όσο αφορά τον γραπτό λόγο των ατόμων με την διαταραχή αυτή, έχει παρατηρηθεί ότι χρησιμοποιούν κατά συντριπτική πλειοψηφία, προσωπικές αντωνυμίες α' προσώπου στον ενικό αριθμό και σπάνια στον πληθυντικό (Brockmeyer et al., 2015). Επιπλέον τα κείμενα τους περιέχουν θετικά ή αρνητικά συναισθηματικά φορτισμένες λέξεις καθώς και εκφράσεις που φανερώνουν το άγχος ή την θλίψη τους

(Lyons et al.,2018). Επίσης, το μήκος των προτάσεων τείνει να είναι μικρότερο και τα σημεία στίξης τείνουν να χρησιμοποιούνται σε μεγαλύτερο βαθμό (Teferra et al.,2022).

4.2.6: Γλωσσική επίδραση της Ιδεοψυχαναγκαστικής Διαταραχής

Σε μια έρευνα των Cassol, Reppold, Ferrão, Gurgel και Almada αναφέρεται ότι τα άτομα με την διαταραχή αυτή εμφανίζουν περισσότερη νευρική νευρική, αναπνοή, βραχνάδα στην φωνή τους καθώς και μιλούν συνολικά λιγότερο από τα άτομα χωρίς την διαταραχή αυτή. Σε μια άλλη έρευνα των Clemmensen, Lønfeldt, Das, Lund, Uhre, Mora-Jensen, Pretzmann, Uhre, Ritter, Korsbjerg, Hagstrøm, Thoustrup, Clemmesen, Plessen και Pagsberg αποδείχθηκε πως ο τόνος της φωνής των παιδιών και εφήβων με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή είναι αυξημένος (Low et al.,2020).

Επίσης, έχει αποδειχθεί ότι τα άτομα αυτά, διαθέτουν μικρότερη ποικιλία λέξεων στο εκφραστικό λεξιλόγιο τους και έχουν μειωμένη συνοχή στον λόγο τους. Ακόμη τείνουν να επαναλαμβάνουν κάποιες λέξεις, ίσως ως τμήμα κάποιου καταναγκασμού είτε ως ένδειξη υψηλού άγχους, το οποίο δημιουργεί υποτροπές στην ομιλία τους. Τα παραπάνω πιθανότατα έχουν ως αιτία εμμονικές σκέψεις ότι θα πραγματοποιήσουν οποιουδήποτε είδους λάθος κατά την ομιλία τους. (Gomes et al.,2023)

Επιπλέον, οι άνθρωποι με την διαταραχή αυτή τείνουν να εντάσσουν κυρίως ρήματα και επιρρήματα στον λόγο τους και παρουσιάζουν μειωμένο αριθμό ουσιαστικών και αντωνυμιών. Τέλος, η γραφή τους χαρακτηρίζεται από εξαιρετική ακρίβεια, συμμετρία και έλλειψη ορθογραφικών σφαλμάτων. (Lorenz & Cobb, 1954)

4.2.7: Γλωσσική επίδραση της Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες

Έχει βρεθεί ότι τα άτομα με την διαταραχή αυτή χρησιμοποιούν συγκεκριμένες λέξεις οι οποίες φανερώνουν αρνητικά συναισθήματα και γνωστικές λειτουργίες ή που σχετίζονται με τον θάνατο και το άγχος, οι οποίες δεν χρησιμοποιούνται συχνά από άτομα που θεωρούνται ψυχικά υγιή ή από άτομα με διάγνωση κάποιας άλλης ψυχικής διαταραχής (Quillivic et al.,2024). Συγκεκριμένα, η χρήση γνωστικών

λέξεων, ειδικά κατά την αφήγηση προσωπικών τραυματικών γεγονότων, σχετίζεται με υπερλειτουργία ή σύγχυση των γνωστικών λειτουργιών (D'Andrea et al.,2012).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

Θεραπεία αγχωδών διαταραχών

5.1: Πρόληψη

Το 50% των ψυχικών διαταραχών εμφανίζεται πριν από την ηλικία των 15 ετών, και παρά την εξέλιξη που έχει σημειωθεί στην θεραπεία τους, το ποσοστό των ατόμων που πάσχουν από αυτές αυξάνεται αντί να μειώνεται (Kessler et al.,2005). Θα μπορούσε επομένως, η πρόληψη της εμφάνισης των ψυχικών διαταραχών σε νεαρές ηλικίες να συμβάλλει πραγματικά στην ελάττωση των ποσοστών αυτών.

Τα προγράμματα πρόληψης απευθύνονται σε μια ομάδα που παρουσιάζει αυξημένους παράγοντες κινδύνου να εμφανίσει κάποια διαταραχή (επιλεκτική πρόληψη) είτε σε μια ομάδα που εμφανίζει πρώιμα συμπτώματα διαταραχής (ενδεικτική πρόληψη) (Werner- Seide et al.,2021). Για τα παιδιά και τους εφήβους, το ιδανικότερο περιβάλλον να υλοποιηθούν τέτοιου είδους προγράμματα θεωρείται το σχολείο, καθώς βρίσκονται εκεί την πλειοψηφία του χρόνου τους. Έρευνες έχουν αποδείξει όμως, ότι είναι προτιμότερο τα προγράμματα αυτά να συντονίζονται από εξωτερικούς επαγγελματίες ψυχικής υγείας και όχι από το προσωπικό του εκπαιδευτικού ιδρύματος. (Rickwood et al.,2007) Ένα άλλου είδους πλαίσιο προγράμματος πρόληψης είναι το ψηφιακό, το οποίο μπορεί εν μέρει να είναι αποτελεσματικό, όμως ενέχει και μειονεκτήματα με κυριότερο την μειωμένη δυνατότητα πρόσβασης από όλους τους νέους (Bevan Jones et al.,2020). Μελέτες ήδη εφαρμοσμένων προγραμμάτων πρόληψης, φανερώνουν ότι τα αποτελέσματα τους είναι μέτρια, όμως πάντα θετικά και ότι υπάρχει μια ανάγκη αύξησης της έντασης του προγράμματος ώστε να είναι πιο ολοκληρωμένο και να βελτιωθεί η απόδοση του (Ormel et al.,2019).

Ένα παράδειγμα τέτοιου προγράμματος, με θετικά αποτελέσματα, εστιάζει στην μείωση της αρνητικής επαναλαμβανόμενης σκέψης, που σχετίζεται με την εμφάνιση της Γενικευμένης Αγχώδους Διαταραχής και της κατάθλιψης σε παιδιά και εφήβους (Torpper et al.,2017). Ο συγκεκριμένος στόχος παρέμβασης επιλέχθηκε καθώς θεωρείται σημαντικός προγνωστικός παράγοντας για την ανάπτυξη των παραπάνω

διαταραχών (Ehring & Watkins, 2008) καθώς και γιατί συνήθως συνεπάγεται αναποφασιστικότητα, έλλειψη αυτοπεποίθησης και εμπιστοσύνης στον εαυτό και αυξημένες φοβικές αντιδράσεις (Davey, 1994). Επιπλέον υπάρχουν ήδη διαθέσιμες αρχές παρέμβασης οι οποίες μπορούν να εφαρμοστούν απευθείας και στο πρόγραμμα πρόληψης (Topper et al., 2017). Το πρόγραμμα εστιάζει στον εντοπισμό της αρνητικής επαναλαμβανόμενης σκέψης, στην έγκαιρη διακοπή του μοτίβου αυτού και στην αντικατάστασή του με έναν πιο θετικό και προσαρμοστικό τρόπο σκέψης (Watkins, 2008).

Σε γενικό βαθμό, έχει αποδειχθεί ότι τα προγράμματα πρόληψης είναι πράγματι αποτελεσματικά, σχετικά με την αποτροπή της εμφάνισης των αγχωδών διαταραχών και των συμπτωμάτων τους για τουλάχιστον 1 χρόνο, καθώς ο αντίκτυπος τους τείνει να μειώνεται με την πάροδο του χρόνου (Stockings et al., 2015).

5.2: Φαρμακευτική Αγωγή

Η φαρμακοθεραπεία χρησιμοποιείται σε κάποιο βαθμό ως μέρος της θεραπείας των αγχωδών διαταραχών σε παιδιά και εφήβους με κύριο στόχο την μείωση των πολύ σοβαρών συμπτωμάτων και την μερική επαναφορά της λειτουργικότητας του νέου ώστε να μπορεί να ανταπεξέρχεται στις απαιτήσεις της καθημερινότητας αλλά και να συμμετέχει στην ψυχοθεραπεία (Connolly et al., 2007).

Οι συνηθέστερες ουσίες που χρησιμοποιούνται είναι οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRIs) και οι αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης-νορεπινεφρίνης (SNRIs) (Bandelow et al., 2017). Η χρήση βενζοδιαζεπινών συνήθως πραγματοποιείται για την αντιμετώπιση του άγχους πριν την έναρξη της ψυχοθεραπείας (Connolly et al., 2007) και συνταγογραφείται κυρίως βραχυπρόθεσμα, ανάλογα βέβαια με τις ανάγκες του κάθε ασθενή (Bushnell et al., 2018). Άλλα παραδείγματα φαρμάκων που χρησιμοποιούνται συχνά για την θεραπεία των αγχωδών διαταραχών είναι πρεγκαμπαλίνη, τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, βουσπιρόνη και μοκλοβεμίδη (Bandelow et al., 2017). Το πρώτο είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικό στην καταπολέμηση των διαταραχών ύπνου που προκύπτουν λόγω άγχους (Baldwin et al., 2013) και η βουσπιρόνη συμβάλλει στην θεραπεία της Γενικευμένης Αγχώδους Διαταραχής (Bandelow et al., 2017).

Για πιο συγκεκριμένες διαταραχές, βρέθηκε ότι σε παιδιά και εφήβους κρίθηκαν ωφέλιμες η σερτραλίνη, η φλουοξετίνη και η ντουλοξετίνη για την Γενικευμένη Αγχώδη Διαταραχή καθώς και η βενλαφαξίνη και η παροξετίνη για την Κοινωνική Φοβία (Hussain et al.,2016). Γενικότερα, στα παιδιά και στους εφήβους υπάρχουν έντονα σωματικά συμπτώματα που προκύπτουν από αγχώδεις διαταραχές, τα οποία ελαττώνονται σε μεγάλο βαθμό με φαρμακοθεραπεία (Crawley et al.,2013).

Κάποιες από τις παρενέργειες των φαρμάκων που έχουν αναφερθεί, ιδίως των αντικαταθλιπτικών, είναι υπερκινητικότητα, αϋπνία και δυσκολία αυτοσυγκράτησης. Τα παραπάνω παρατηρούνται συχνότερα σε παιδιά παρά σε εφήβους. (Pine et al.,2001) Άλλες κοινές παρενέργειες είναι ξηροστομία, ναυτία, διάρροια, καούρα, πονοκέφαλος, υπνηλία, αϋπνία, ζάλη, έντονα όνειρα, αλλαγές στην όρεξη, απώλεια ή αύξηση βάρους, κόπωση, νευρικότητα, τρόμος, τρίξιμο δοντιών και εφίδρωση. Λιγότερο συχνά παρατηρούνται αυτοκτονικός ιδεασμός και αυτοκτονική συμπεριφορά, υπομανία, μανία, σεξουαλική δυσλειτουργία, επιληπτικές κρίσεις, μη φυσιολογική αιμορραγία, και σύνδρομο σεροτονίνης. (Walter et al.,2020) Μάλιστα, μετά την διακοπή της λήψης της ψυχοτρόπου ουσίας, ενίοτε προκύπτει το σύνδρομο της διακοπής, το οποίο χαρακτηρίζεται από συμπτώματα όπως ζάλη, κόπωση, λήθαργο, γενική κακουχία, μυαλγίες, ρίγη, πονοκεφάλους, ναυτία, έμετο, διάρροια, αϋπνία, ανισορροπία, ίλιγγο, αισθητηριακές διαταραχές, παραισθησίες, άγχος, ευερεθιστότητα και διέγερση. Για να αποφευχθεί αυτό, πραγματοποιείται σταδιακή διακοπή του φαρμάκου. (Haddad, 2001)

Συνήθως, η διάρκεια της φαρμακοθεραπείας κυμαίνεται από 6-12 μήνες στις ηλικίες αυτές (Bandelow et al.,2017) και η μέθοδος συνδυασμού της φαρμακοθεραπείας και της ψυχοθεραπείας εξαρτάται από το είδος της ψυχοτρόπου ουσίας που χορηγείται (Connolly et al.,2007). Υπάρχει πιθανότητα επανεμφάνισης των συμπτωμάτων της διαταραχής έπειτα από τον τερματισμό της λήψης φαρμάκων όμως παρόμοιο φαινόμενο ενδέχεται να παρατηρηθεί και μετά το πέρας γνωστικής-συμπεριφορικής θεραπείας, γεγονός το οποίο ακυρώνει ένα υποθετικό πλεονέκτημα της ψυχοθεραπείας (Durham et al.,2005).

Η ψυχοτρόπος ουσία καθώς και η ψυχοθεραπεία μεταβάλλονται σύμφωνα με την πρόοδο του ασθενούς, την σοβαρότητα των συμπτωμάτων του, τις ενδείξεις

αποτελεσματικότητας του κάθε είδους θεραπείας και τις συννοσηρότητες που παρουσιάζονται (Finnerty et al.,2016).

5.3: Ψυχοθεραπεία

5.3.1: Γνωστική-Συμπεριφορική Θεραπεία

Αυτή η μορφή θεραπείας στηρίζεται στο γνωστικό-συμπεριφορικό μοντέλο παιδικού άγχους το οποίο αποτελείται από φυσιολογικά, γνωστικά και συμπεριφορικά δομικά στοιχεία (Albano & Kendall, 2002). Φυσιολογικά, κάποιου είδους σωματική ένδειξη μπορεί να προκαλέσει άγχος στα παιδιά και στους εφήβους, γεγονός που συμβάλλει στην δημιουργία μιας αγχώδους διαταραχής (Stiede et al.,2023). Στον γνωστικό τομέα, περιλαμβάνονται οι θεωρίες της γνωστικής επεξεργασίας και το μοντέλο προσδοκίας του άγχους. Οι θεωρίες της γνωστικής επεξεργασίας εμπεριέχουν συμπεριφορές των παιδιών με αγχώδεις διαταραχές όπως η εστίαση σε απειλητικές πληροφορίες, η ερμηνεία ουδέτερων ερεθισμάτων ως απειλητικά και η διαρκής ανάκλησή απειλητικών μηνυμάτων (Vasey & MacLeod, 2001). Το μοντέλο προσδοκίας του άγχους διατυπώνει ότι το άγχος και ο φόβος προκύπτουν από την αναμονή και την ευαισθησία του ατόμου απέναντι σε ένα γεγονός που φοβούνται ότι θα λάβει πραγματικές διαστάσεις (Taylor et al.,1996). Συμπεριφορικά, οι φόβοι προκαλούνται μέσω αποτρεπτικής κλασικής μάθησης, δηλαδή συνδυασμό ενός ουδέτερου ερεθίσματος με ένα δυσάρεστο γεγονός, μάθησης μέσω παρατήρησης και μετάδοσης πληροφοριών (Muris, 2006). Αργότερα, για να αντιμετωπιστούν οι εδραιωμένοι φόβοι, υιοθετούνται διάφορες στρατηγικές αποφυγής (Stiede et al.,2023).

Η γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία αποτελείται από 12-18 συνεδρίες, οι οποίες διαρκούν από 1 ώρα (Whiteside et al.,2019). Στο αρχικό στάδιο της θεραπείας, οι θεραπευτές παρέχουν ψυχοεκπαίδευση στα παιδιά σχετικά με τον ορισμό και την προέλευση του άγχους, των αγχωδών διαταραχών καθώς και την γενική δομή αλλά και τις λεπτομέρειες της γνωστικής-συμπεριφορικής θεραπείας (Liber et al.,2009).

Έπειτα, στην θεραπεία διδάσκονται στον νέο ποικίλες στρατηγικές διαχείρισης άγχους. Μια από αυτές είναι η εκπαίδευση συναισθηματικής επίγνωσης, η οποία καθοδηγεί το παιδί να αναγνωρίζει το άγχος του και να το διαχωρίζει από άλλα συναισθήματα καθώς και να είναι ικανό να προσδιορίσει το πόσο έντονο και σοβαρό

είναι. (Stiede et al.,2023) Η εκπαίδευση χαλάρωσης εστιάζει στον τομέα της φυσιολογίας του γνωστικού-συμπεριφορικού μοντέλου και περιλαμβάνει ασκήσεις διαφραγματικής αναπνοής και προοδευτικής χαλάρωσης των μυών του σώματος (Whiteside et al.,2019). Στην στρατηγική επίλυσης προβλημάτων ο νέος διδάσκεται μια αλληλουχία βημάτων, τα οποία είναι: ο εντοπισμός του ζητήματος, η καταγραφή των μέγιστων δυνατών λύσεων, η αξιολόγηση των πλεονεκτημάτων και μειονεκτημάτων των παραπάνω λύσεων, η επιλογή της βέλτιστης λύσης και η εκτίμηση της αποτελεσματικότητας της. Η γνωστική αναδιάρθρωση συνιστά την αντικατάσταση δυσπροσαρμοστικών και δυσάρεστων σκέψεων με εναλλακτικές ευπροσάρμοστες σκέψεις (Stiede et al.,2023). Όλα τα παραπάνω δουλεύονται κατά την διάρκεια της συνεδρίας και δίνονται στον θεραπευόμενο ασκήσεις για επιπλέον εξάσκηση στο σπίτι (Seligman & Ollendick, 2011).

Η κύρια στρατηγική διαχείρισης άγχους που εφαρμόζεται στους παιδιατρικούς πληθυσμούς είναι αυτή της έκθεσης. Αυτή βασίζεται στην υπόθεση ότι αν στο παιδί παρουσιαστεί επανειλημμένα ένα φοβικό ερέθισμα, χωρίς όμως να ακολουθείται από δυσάρεστο γεγονός, το ερέθισμα θα πάψει να εκλαμβάνεται από το παιδί ως απειλητικό (Whiteside et al.,2019). Η έκθεση αυτή είναι δυνατόν να πραγματοποιηθεί και με εναλλακτικούς τρόπους όπως υπαγορεύει το ανασταλτικό μοντέλο μάθησης το οποίο αποτελεί την έμμεση έκθεση του παιδιού στο φοβικό ερέθισμα μέσω της εκμάθησης πληροφοριών σχετικά με αυτό, οι οποίες παρέχουν μια ρεαλιστική εκτίμηση της κατάστασης και συνεπώς θα ελαττώσουν το συναίσθημα της απειλής που το παιδί αισθάνεται (Craske et al.,2014). Ένας άλλος τρόπος έμμεσης έκθεσης στο φοβικό ερέθισμα είναι η περιγραφή φανταστικών σεναρίων κλιμακούμενης δυσκολίας για το παιδί και η συζήτηση σχετικά με έναν πιθανό τρόπο αντίδρασης του παιδιού στο πλαίσιο αυτό. Φυσικά, στην θεραπεία χρησιμοποιείται και η πραγματική έκθεση στο φοβικό ερέθισμα (Stiede et al.,2023). Για να ολοκληρωθεί η διαδικασία της έκθεσης είναι σημαντικό το παιδί κατά την διάρκεια της να μην χρησιμοποιεί εμφανείς ή συγκαλυμμένες δυσπροσαρμοστικές στρατηγικές αντιμετώπισης του φοβικού ερεθίσματος, να έχει εξοικειωθεί σε μεγάλο βαθμό με το ερέθισμα και αυτά να έχουν γενικευθεί και στην καθημερινότητα του (Storch et al.,2019). Γενικά, έχει αποδειχθεί ότι όσος περισσότερος χρόνος κατά την διάρκεια των συνεδριών αφιερωθεί στην έκθεση και ιδιαίτερα σε συναισθηματικά

απαιτητικές για το παιδί δραστηριότητες, τόσο πιο αποδοτική είναι η θεραπεία (Peris et al., 2017).

Καθώς αναφερόμαστε σε νεαρούς πληθυσμούς, είναι σημαντικό να τονιστεί πως η γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία προσφέρει την δυνατότητα συμμετοχής των γονέων (Barmish, Kendall, 2005). Μελέτες έχουν αποδείξει ότι η θεραπεία με τους γονείς συμβάλλει στην καλύτερη έκβαση στα κορίτσια, σε παιδιά μικρότερης ηλικίας ανεξαρτήτως φύλου και σε παιδιά με αγχώδεις διαταραχές και ΔΕΠ-Υ (Dadds et al., 1997).

Επιπλέον, αξίζει να αναφερθεί ο παράγοντας της ηλικίας και της γνωστικής ανάπτυξης του παιδιού σχετικά με την δυνατότητα του παιδιού να συμμετέχει και κατ' επέκταση να επωφεληθεί από την γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία. Γενικά, θεωρείται ότι τα μικρότερα παιδιά και ειδικά αυτά ηλικίας μικρότερης από 6 ετών, μπορούν να ωφεληθούν κυρίως από τα συμπεριφορικά και όχι τόσο από τα γνωστικά στοιχεία της θεραπείας (Essau, 2004).

Η θεραπεία συνήθως τερματίζεται εφόσον ο κλινικός έχει βεβαιωθεί ότι ο νέος εμφανίζει μειωμένες πιθανότητες υποτροπής. Η υποτροπή μπορεί να προληφθεί εάν το παιδί είναι πλέον ικανό να αντιμετωπίσει καταστάσεις αυτόνομα και ανεξάρτητα καθώς και με επιπλέον συνεδρίες ανά μεγάλο χρονικό διάστημα για να επιβεβαιωθεί το παραπάνω (Stiede et al., 2023). Γενικά, η γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία θεωρείται αποτελεσματική, με τα ποσοστά της ανάκαμψης από διαταραχές άγχους στον παιδικό και εφηβικό πληθυσμό να κυμαίνονται από 47% μέχρι 66% (Warwick et al., 2016) αλλά ακόμη και αν δεν προκύψει ανάκαμψη τα αποτελέσματα της δεν είναι αρνητικά. Έχει αποδειχθεί μάλιστα ότι φέρει καλύτερα αποτελέσματα από ότι η φαρμακοθεραπεία όταν εφαρμόζεται χωρίς να συνδυάζεται με ψυχοθεραπεία αλλά ο συνδυασμός γνωστικής-συμπεριφορικής θεραπείας και φαρμακοθεραπείας, ειδικά με χρήση σερτραλίνης, είναι ο βέλτιστος (Wang et al., 2017).

Μια μελέτη, διερεύνησε την αποτελεσματικότητα της γνωστικής-συμπεριφορικής θεραπείας σε παιδιά και εφήβους ανάλογα με τον τύπο της αγχώδους διαταραχής που έχουν. Σύμφωνα με την έρευνα αυτή, οι νέοι με διαταραχή κοινωνικής φοβίας παρουσιάζουν βραδύτερα αποτελέσματα από την θεραπεία ενώ αντίθετα αυτοί με γενικευμένη αγχώδη διαταραχή είναι πιθανότερο να εμφανίσουν σημαντική

μείωση ή εξαφάνιση των συμπτωμάτων τους με το πέρας της θεραπείας. Παρόμοια αποτελέσματα με τα παιδιά με γενικευμένη αγχώδη διαταραχή, παρουσίασαν και αυτά με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή. Αντίθετα, φτωχά αποτελέσματα θεραπείας, όπως εμφανίζουν τα παιδιά με κοινωνική φοβία, εμφανίζουν και αυτά με διαταραχή άγχους αποχωρισμού. Αυτό, ίσως οφείλεται στο ότι τα παιδιά αυτά λόγω της φύσεως των διαταραχών τους, δυσκολεύονται να αναπτύξουν μια ισχυρή θεραπευτική σχέση με τον θεραπευτή τους. Μπορεί επίσης να ευθύνεται το γεγονός ότι οι φόβοι των παιδιών αυτών σχετίζονται με τον κοινωνικό παράγοντα και δηλαδή με την άποψη άλλων ανθρώπων και έτσι είναι πιο δύσκολο να διαψευστούν. (Hudson et al., 2015)

5.3.2: Θεραπεία Ενσυνειδητότητας

Μια εναλλακτική μορφή θεραπείας από την φαρμακοθεραπεία και την γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία που ανήκει στις παρεμβάσεις που εστιάζονται στην προσοχή, είναι η θεραπεία μείωσης του άγχους με βάση την ενσυνειδητότητα που χρησιμοποιείται ευρέως για την αντιμετώπιση του στρες και της κατάθλιψης (Hölzel et al., 2011). Γενικά, η θεραπεία αποσκοπεί στην εκπαίδευση του ατόμου, ώστε να μην παρουσιάζει αντιδραστικές συμπεριφορές απέναντι σε δυσάρεστα συναισθήματα, αλλά αντίθετα να έχει κατακτήσει την δυνατότητα να αντιλαμβάνεται τα συναισθήματα αυτά και να στοχάζεται σε αυτά (Kabat-Zinn et al., 1992). Η θεραπεία περιλαμβάνει τυπικά 8 συνεδρίες διάρκειας μίας ώρας η καθεμία (Williams & Penman, 2011).

Στις συνεδρίες αυτές, διδάσκονται στους συμμετέχοντες ποικίλες τεχνικές μείωσης του άγχους. Μια από αυτές αποκαλείται σάρωση του σώματος και αποτελεί την προοδευτική και σταδιακή εστίαση της προσοχής από τα δάχτυλα των ποδιών μέχρι το κεφάλι και την επικέντρωση στην αίσθηση του κάθε μέρους του σώματος. Επίσης, χρησιμοποιείται και μια ήπια και πιο στατική μορφή γυμναστικής που ονομάζεται Hatha Yoga, και περιλαμβάνει διατάξεις και στάσεις σχεδιασμένες για την ενίσχυση της ενσυνειδητότητας και την εξισορρόπηση του μυοσκελετικού συστήματος. Άλλες τεχνικές είναι το «κάθομαι και αναπνέω», που περιλαμβάνει την συγκέντρωση στην αναπνοή και ταυτόχρονα στις αισθήσεις, στις σκέψεις και στα συναισθήματα, και ο «διαλογισμός περπατήματος» που ακολουθεί παρόμοια βήματα, αλλά ο θεραπευόμενος περπατάει αντί να κάθεται. Στόχος όλων των παραπάνω τεχνικών

θεραπείας είναι η επίγνωσή και αναγνώριση των συναισθημάτων, σκέψεων και σωματικών συμπτωμάτων που βιώνει το άτομο υπό συνθήκες άγχους και πίεσης και η παύση των συνηθισμένων αντιδράσεων απέναντι τους. (Didonna, 2009) Αυτό γιατί, έχει αποδειχθεί ότι η ικανότητα εστίασης του νου στην δεδομένη χρονική στιγμή που βιώνει ένα άτομο οδηγεί σε μια καλύτερη ψυχοσωματική κατάσταση (Brown & Ryan, 2003).

Μια έρευνα διαπίστωσε ότι η θεραπεία ενσυνειδητότητας έχει την δυνατότητα να είναι αποτελεσματική στην μείωση των συμπτωμάτων άγχους στους εφήβους κυρίως όμως βραχυπρόθεσμα (Zhou et al., 2020). Άλλες τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές δείχνουν ότι η θεραπεία αυτή είναι αποτελεσματική σε μέτριο ή υψηλό βαθμό για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων άγχους (Khoury et al., 2013).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

Λογοθεραπεία και αγχώδεις διαταραχές

Με βάση τις γλωσσικές επιδράσεις που ενδέχεται να φέρουν οι αγχώδεις διαταραχές σε παιδιά και εφήβους, οι οποίες αναλύθηκαν στο κεφάλαιο 4, στο κεφάλαιο αυτό θα αναλυθεί ο τρόπος με τον οποίο αντιμετωπίζονται τα συμπτώματα αυτά στο πλαίσιο της λογοθεραπείας.

Για την αντιμετώπιση των φωνολογικών και αρθρωτικών διαταραχών καθώς και δυσκολιών στην ακουστική διάκριση, που είναι πιθανό να προκύψουν εξαιτίας κάποιας αγχώδους διαταραχής χρησιμοποιείται μια ποικιλία θεραπευτικών μεθόδων. Μια από αυτές είναι η Παραδοσιακή (Van Riper, 1978), η οποία περιλαμβάνει αρχικά την ακουστική διάκριση του φωνήματος, την ορθή τοποθέτηση των αρθρωτών για την παραγωγή του φωνήματος και έπειτα την παραγωγή του φωνήματος σε απομόνωση, σε συλλαβές, σε αρχική, μεσαία και τελική θέση σε λέξεις, σε φράσεις και προτάσεις και τέλος σε μη δομημένο λόγο. Στην μέθοδο των Διακριτών Χαρακτηριστικών (McReynolds & Bennett, 1972) δουλεύονται δυο φωνήματα ταυτόχρονα τα οποία διαφέρουν μόνο ως προς τον τόπο άρθρωσης ή τον τρόπο άρθρωσης ή την ηχηρότητα. Για την μέθοδο των Ελάχιστων και Μέγιστων Ζευγών Αντιθέσεων (Weiner, 1981), χρησιμοποιούνται ζεύγη λέξεων τα οποία διαφέρουν είτε ως προς μεγάλο πλήθος χαρακτηριστικών (μέγιστα ζεύγη) είτε ως προς ένα μόνο χαρακτηριστικό, το οποίο συνήθως είναι αντικατάσταση ήχου. Μια θεραπεία που προετοιμάζει το παιδί για την μέθοδο των Ελάχιστων Ζευγών Αντιθέσεων, είναι η Metaphon (Howell & Dean, 1991), στην οποία παρέχεται ανατροφοδότηση στο παιδί από το περιβάλλον και όχι από τον κλινικό, κατά την εκμάθηση των λεπτομερειών του φωνολογικού συστήματος. Μια συχνά χρησιμοποιούμενη θεραπευτική τεχνική αποτελεί και η Προσέγγιση Κύκλων (Hodson & Paden, 1983), όπου συνεδρίες που αποτελούνται από ακουστικό βομβαρδισμό, εκπαίδευση παραγωγής, δοκιμασίες διέγερσης και δραστηριότητες γενίκευσης εναλλάσσονται μεταξύ τους σε κυκλικό σχήμα μέχρι το φώνημα στόχος να ενσωματωθεί στον αυθόρμητο λόγο. Τέλος, μια διαφορετική προσέγγιση είναι το Λεξιλόγιο Πυρήνας (Dodd et al., 2010) στην οποία ο λογοθεραπευτής εστιάζει σε 50 περίπου επιλεγμένες λέξεις που περιέχουν το φώνημα, ανά 10 κάθε φορά.

Όσο αφορά τις διαταραχές ροής του λόγου που ενδέχεται να παρατηρηθούν σε παιδιά και εφήβους με αγχώδεις διαταραχές όπως καθυστερήσεις στη έναρξη της ομιλίας και τραυλισμό, χρησιμοποιείται συχνά η μέθοδος Μορφοποίηση Ροής, η οποία αξιοποιεί τεχνικές όπως την ήπια έναρξη ή εκπνοή προ-φώνησης, την μειωμένη ταχύτητα ομιλίας, τις απαλές αρθρωτικές κινήσεις και την συνεχή φώνηση (Roth & Worthington, 1996). Μια ακόμη μορφή θεραπείας, παρέχει Καθυστερημένη Ακουστική Ανατροφοδότηση (Ham, 1999) έπειτα από χιλιοστά δευτερολέπτων, των λέξεων ενός ομιλητή ως μέσο αυτοαξιολόγησης και αυτορρύθμισης του ρυθμού της ομιλίας του. Επιπλέον, η Τροποποίηση/Διαχείριση Τραυλισμού, μπορεί να πραγματοποιηθεί με τεχνικές όπως αυτό-ανάλυση, μυϊκή χαλάρωση και απευαισθητοποίηση από τα συναισθήματα που σχετίζονται με τον τραυλισμό. Ακόμη, χρησιμοποιούνται ακυρώσεις, δηλαδή συνέχιση της φράσης με αγνόηση της δυσρυθμίας καθώς και αποσύρσεις, όπου ο ομιλητής σταματάει πλήρως την φράση του την ώρα της δυσρυθμίας και την επαναλαμβάνει εκ νέου. (Van Riper, 1973)

Άλλου είδους επιπλοκές που μπορεί να προκαλέσουν οι αγχώδεις διαταραχές αφορούν την φωνή και αποτελούν την υψηλή μέση θεμελιώδη συχνότητα φωνής f0, την χαμηλή ένταση φωνής και τη βραχνάδα. Για την προσαρμογή του τόνου της φωνής, ο θεραπευόμενος καθοδηγείται παράγει ένα μурμουρητό αρχικά κατά την εισπνοή και έπειτα κατά την εκπνοή (Roth & Worthington, 1996). Συγκεκριμένα, οι διαταραχές φώνησης που οφείλονται σε ψυχογενείς παράγοντες, αντιμετωπίζονται μέσω της εκπαίδευσης του ασθενούς σχετικά με την σωματική του ικανότητα να παράγει φυσιολογική φωνή, της συμπτωματικής θεραπείας αρχικά σε μη ομιλητικούς ήχους και έπειτα σε ομιλία καθώς και δια της παραπομπής σε κάποιον επαγγελματία ψυχικής υγείας (Aronson, 1990).

Για την ενίσχυση της σημασιολογικής μνήμης και της λεκτικής ευχέρειας, οι παρεμβάσεις που εφαρμόζονται στις συνεδρίες επικεντρώνονται στην ανάπτυξη και ενίσχυση γνώσεων που αφορούν την κατηγοριοποίηση, τα των χαρακτηριστικά λέξεων, τους ορισμούς τους καθώς και την εύρεση συσχετίσεων μεταξύ τους (Ebbels et al., 2011). Επιπλέον, για τον εμπλουτισμό του δεκτικού και εκφραστικού λεξιλογίου, σε πλαίσιο ομαδικής θεραπείας μπορεί εφαρμοστεί η Προσανατολισμένη-στη Συζήτηση Προσέγγιση (Ebbels & Denton, 2008), όπου τα

παιδιά συνδιαλέγονται σχετικά με την σημασία διάφορων λέξεων και το κατάλληλο πλαίσιο χρήσης τους με καθοδήγηση από τον λογοθεραπευτή.

Ένας από τους κύριους γλωσσικούς τομείς που επηρεάζουν οι αγχώδεις διαταραχές σε παιδιά και εφήβους είναι ο πραγματολογικός, με την μείωση των επικοινωνιακών ικανοτήτων. Μια μέθοδος που μπορεί να αξιοποιηθεί σε θεραπευόμενους με τα ελλείμματα αυτά, είναι οι Κοινωνικές Ιστορίες (Gray & Garand, 1993), στις οποίες ο κλινικός με το παιδί πραγματοποιούν αναπαράσταση μιας κοινωνικής συνθήκης βάσει ενός σεναρίου. Αυτό ενδέχεται να μειώσει το άγχος των ατόμων αυτών, το οποίο σχετίζεται με την κοινωνικής αλληλεπίδραση.

Για την ενίσχυση της αφηγηματικής ικανότητας και της τήρησης των γραμματικών κανόνων κατά την διάρκεια της ομιλίας, μια αποτελεσματική παρέμβαση είναι το Story Champs (Spencen & Petersen, 2012) το οποίο περιλαμβάνει αρχικά την ακρόαση και συζήτηση μιας ιστορίας, την διήγηση της από τον θεραπευτή, την διήγηση της από το παιδί με καθοδήγηση από τον θεραπευτή και ύστερα χωρίς, και τέλος την δημιουργία και αφήγηση μιας προσωπικής ιστορίας του παιδιού που να ακολουθεί παρόμοια δομή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

Συνδυασμός Ψυχοθεραπείας και Λογοθεραπείας στις Αγχώδεις Διαταραχές

Ένα από τα συνηθέστερα γλωσσικά προβλήματα που προκύπτουν λόγω των αγχωδών διαταραχών είναι ο τραυλισμός. Μια συνδυαστική μέθοδος ψυχοθεραπείας και λογοθεραπείας για την ταυτόχρονη παρέμβαση για το άγχος αλλά και τον τραυλισμό, ονομάζεται Γνωστική Γλωσσική Συμπεριφορική Θεραπεία (CBLT) και ουσιαστικά αποτελεί μια πιο εξελιγμένη μορφή της Γνωστικής Συμπεριφορικής Θεραπείας (CBT), η οποία εστιάζει εντονότερα στο κομμάτι της γλώσσας και της ομιλίας. Μάλιστα, έχει βρεθεί ότι η θεραπεία αυτή έχει συμβάλλει στην μείωση του γενικότερου επιπέδου άγχους σε εφήβους, το οποίο με την σειρά του ελάττωσε το άγχος ομιλίας τους, γεγονός που δρα ευεργετικά για την μείωση του επιπέδου σοβαρότητας του τραυλισμού. (Nnamani, Akabogu et al., 2019) Επιπλέον, σε μια άλλη μελέτη, αποδείχθηκε ότι ο συνδυασμός ψυχοθεραπείας και λογοθεραπείας είναι αποτελεσματικότερος στην αντιμετώπιση του τραυλισμού που προκύπτει από το άγχος σε σύγκριση με την χρήση μιας μόνο μορφής θεραπείας από τις δυο (Ansari et al., 2013).

Ακόμη υπάρχουν θεραπευτικές μέθοδοι που συνδυάζουν την λογοθεραπεία με την ψυχοθεραπεία και εστιάζουν στην αντιμετώπιση συγκεκριμένων αγχωδών διαταραχών. Μια από αυτές είναι η Παιδοκεντρική ομαδική Παιγνιοθεραπεία (Child-centered group play therapy (CCGPT)), μια προσέγγιση ομαδικής συμβουλευτικής παιδιών με Διαταραχή Άγχους Αποχωρισμού. Στο πλαίσιο της, οι συμμετέχοντες έχουν την δυνατότητα να βελτιώσουν τις εκφραστικές γλωσσικές τους ικανότητες. (Zarra-Nezhad et al., 2023) Αυτές, με την καθοδήγηση του θεραπευτή, αξιοποιούνται από τα παιδιά, ώστε να εκφράσουν αποτελεσματικότερα τις σκέψεις και τα συναισθήματά τους σχετικά με την προσκόλλησή τους στον φροντιστή τους αλλά και να κατανοήσουν παράλληλα και τον τρόπο σκέψης των υπόλοιπων παιδιών (Goodman & Dent, 2017). Το μέσο υλοποίησης της διαδικασίας αυτής, είναι το παιχνίδι, το οποίο μειώνει το άγχος των παιδιών ενώ παράλληλα ενισχύει την αυτοπεποίθησή τους και τις κοινωνικές τους δεξιότητες (Baggerly &

Parker, 2005). Μια μελέτη, βρήκε ότι τα παιδιά που έλαβαν μέρος στην CCGPT βελτίωσαν σημαντικά τα συμπεριφορικά προβλήματα που παρουσίαζαν στο σχολικό πλαίσιο καθώς και παρατηρήθηκε μείωση των συμπτωμάτων της διαταραχής (Stein & Swan, 2019).

Επιπλέον, αντίστοιχες συνδυαστικές προσεγγίσεις, έχουν εφαρμοστεί και σε παιδιά ή εφήβους με εκλεκτική αλαλία. Σε μια μελέτη των Lang et al., αναφέρεται η σημαντικότητα της παρέμβασης ενός λογοπαθολόγου κατά την γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία, αφού το παιδί έχει χτίσει μια θεραπευτική σχέση εμπιστοσύνης με τον ψυχοθεραπευτή. Η παρέμβαση μπορεί να πραγματοποιηθεί κυρίως ενισχύοντας την επικοινωνία του παιδιού σε προσωπικό επίπεδο με κάποιον συμμαθητή του αρχικά με εναλλακτικούς τρόπους όπως ζωγραφική και γραφή και έπειτα μέσω ομιλίας (Shum, 2002). Αφού έχει επιτευχθεί αυτό, ο λογοθεραπευτής μπορεί να βοηθήσει το παιδί να γενικεύσει την δεξιότητα αυτή σε περιβάλλοντα όπως μια τηλεφωνική κλήση ή διάφορων ειδών μαγαζιά (Kotrba, 2014). Σε σχολικό πλαίσιο, η συνεργασία ενός ψυχοθεραπευτή και ενός λογοθεραπευτή όσο αφορά την θεραπεία παιδιών με εκλεκτική αλαλία, συνήθως αφορά μόνο το επίπεδο της αξιολόγησης (Langdon & Starr, 2019).

Ακόμη, ένα είδος θεραπείας που χρησιμοποιείται για παιδιά με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, το οποίο ενσωματώνει λογοθεραπευτικά στοιχεία είναι η θεραπεία αφήγησης. Πρόκειται για μια μέθοδο στην οποία αξιοποιείται το προσωπικό εκφραστικό λεξιλόγιο του παιδιού ώστε να εκφράσει τις σκέψεις που σχετίζονται με την διαταραχή του. Με βάση το λεξιλόγιο αυτό, το παιδί μαθαίνει να διηγείται ιστορίες και συλλογισμούς του που αφορούν τυχόν καταναγκασμούς του.(McLuckie, 2006)

Βιβλιογραφία

Βιβλία (στην ελληνική γλώσσα)

1. Α. Καλαντζή-Αζίζι, & Μ. Ζαφειροπούλου (2011). (Επιμ.). Προσαρμογή στο σχολείο: Πρόληψη και αντιμετώπιση δυσκολιών (2η έκδ., σσ. 163-180). Πεδίο. (1η έκδ. Ελληνικά Γράμματα 2004, σσ. 137-151).
2. Κάκουρος, Ε., & Μανιαδάκη, Κ. (2006). *Ψυχοπαθολογία παιδιών και εφήβων: αναπτυξιακή προσέγγιση*. Τυπωθήτω.
3. Καλπαγκόγλου, (1998). *Άγχος και πανικός*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
4. Μάνος, Ν. (1995). *Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής*. University Studio Press.
5. Μπουλουγούρης. (1995). *Γνωσιακή θεραπεία της συμπεριφοράς*.
6. Παρασκευόπουλος, Σ., & Στάμου, Α. Γ. (2006). *Η γλώσσα των Περιβαλλοντικών κειμένων: Η κριτική επίγνωση της γλώσσας στην Περιβαλλοντική Εκπαίδευση* (2nd ed.).

Βιβλία (στην αγγλική γλώσσα)

7. Association, A. P. (2013). *DSM-5 Classification*. American Psychiatric Publishing.
8. Aronson, A. E. (1990). *Clinical voice disorders: An Interdisciplinary Approach*. Thieme.
9. Davey, G. C. L. (1994). Pathological worrying as exacerbated problem-solving. In G. C. L. Davey & F. Tallis (Eds.), *Worrying: Perspectives on theory, assessment and treatment* (pp. 35–59). John Wiley & Sons.
22. Dodd, B., Holm, A., Crosbie, S., & McIntosh, B. Core vocabulary intervention for inconsistent speech disorder. pp117-136 In L. Williams, S. McLeod, & R. McCauley (Eds.), *Interventions for speech sound disorders in children*. Baltimore: Brookes
23. Hersen, M. (Ed.). (2002). *Encyclopedia of psychotherapy*. Academic Press.
24. Hodson, B. W., & Paden, E. (1983). Targeting intelligible speech: A phonological approach to remediation. San Diego, CA: College-Hill Press.

25. Hoehn-Saric, R., & McLeod, D. R. (1988). Panic and generalized anxiety disorders. In C. G. Last (Ed.) & M. Hersen, *Handbook of anxiety disorders* (pp. 109–126). Pergamon Press.
26. Howell, J., & Dean, E. (1991). *Treating phonological disorders in children: Metaphon, Theory to Practice*. Singular.
27. Klein, G. (2013). *Seeing what others don't: The remarkable ways we gain insights*. Public Affairs Books.
28. Kotrba, A., PhD. (2014). *Selective mutism: An Assessment and Intervention Guide for Therapists, Educators & Parents*. PESI Publishing & Media.
29. Paul, R., Norbury, C., & Gosse, C. (2017). *Language Disorders from Infancy Through Adolescence - E-Book: Language Disorders from Infancy Through Adolescence - E-Book*. Elsevier Health Sciences.
30. Roth, F. P., & Worthington, C. K. (1996). *Treatment Resource Manual for Speech-Language Pathology*.
http://perpus.univpancasila.ac.id/index.php?p=show_detail&id=124191
31. Schacter, D., Gilbert, D., Wegner, D. M., & Nock, M. K. (2018b). *Introducing psychology*. Worth.
32. Van Riper, C. (1978). *Speech correction: Principles and Methods*.
33. Wang, Z., Whiteside, S., Sim, L., Farah, W., Morrow, A., Alsawas, M., Moreno, P. B., Tello, M., Asi, N., Beuschel, B., Daraz, L., Almasri, J., Zaiem, F., Gunjal, S., Mantilla, L. L., Ponte, O. P., LeBlanc, A., Prokop, L. J., & Murad, M. H. (2017, August 1). *Anxiety in children*. NCBI Bookshelf.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK476277/>
34. Williams, M., & Penman, D. (2011). *Mindfulness: An Eight-Week Plan for Finding Peace in a Frantic World*. Rodale.

Επιστημονικά άρθρα (στην ελληνική γλώσσα)

35. Αντωνίου Α. (2016). Η Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή στο σχολείο και ο ρόλος του εκπαιδευτικού στην αντιμετώπισή της. *Πανελλήνιο Συνέδριο Επιστημών Εκπαίδευσης*, 2015(1), 186–191. <https://doi.org/10.12681/edusc.146>
36. Μπελιβανάκη Μ, Κανάρη Ν & Τσιάντης Ι (2005) Μονάδα ενδονοσοκομειακής νοσηλείας παιδιών και εφήβων σε γενικό παιδιατρικό νοσοκομείο. *Παιδί και Έφηβος. Ψυχική Υγεία και Ψυχοπαθολογία*, 7, 68-79.
37. Παρασχάκης, Α. (2008). *Μελέτη ψυχολογικής-ψυχιατρικής αυτοψίας αυτοκτονιών*. <https://doi.org/10.12681/eadd/29574>

Επιστημονικά άρθρα (στην αγγλική γλώσσα)

38. Abramovitch, A., Dar, R., Mittelman, A., & Wilhelm, S. (2015). Comorbidity between Attention Deficit/Hyperactivity Disorder and Obsessive-Compulsive Disorder across the lifespan. *Harvard Review of Psychiatry*, 23(4), 245–262. <https://doi.org/10.1097/hrp.0000000000000050>
39. Albano, A. M., & Kendall, P. C. (2002). Cognitive behavioural therapy for children and adolescents with anxiety disorders: Clinical research advances. *International Review of Psychiatry*, 14(2), 129–134. <https://doi.org/10.1080/09540260220132644>
40. Allen, J. L., Rapee, R. M., & Sandberg, S. (2008). Severe life events and chronic adversities as antecedents to Anxiety in Children: A Matched Control study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36(7), 1047–1056. <https://doi.org/10.1007/s10802-008-9240-x>
41. Alon-Ronen, O., Shrem, Y., Keshet, Y., & Gilboa-Schechtman, E. (2022, July 18). *The Vocal Signature of Social Anxiety: Exploration using Hypothesis-Testing and Machine-Learning Approaches*. arXiv.org. <https://arxiv.org/abs/2207.08534>

42. Ansari, P., Gorji, Y., & Shafie, B. (2013). An empirical study on the effect of speech therapy with cognitive behavior therapy on reducing the severity of stuttering and anxiety. *Management Science Letters*, 2957–2962. <https://doi.org/10.5267/j.msl.2013.11.001>
43. Arabadzhiev, Z., & Paunova, R. (2024). Complexity of mentalization. *Frontiers in Psychology*, 15. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1353804>
44. Asmundson, G. J. G., & Fergus, T. A. (2019). The concept of health anxiety. In E. Hedman-Lagerlöf (Ed.), *The clinician's guide to treating health anxiety: Diagnosis, mechanisms, and effective treatment* (pp. 1–18). Elsevier Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-811806-1.00001-9>
45. Baggerly, J., & Parker, M. (2005). Child-centered group play therapy with African American boys at the elementary school level. *Journal of Counseling & Development*, 83(4), 387–396. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2005.tb00360.x>
46. Baker, H. J., Hollywood, A., & Waite, P. (2022). Adolescents' lived experience of panic disorder: an interpretative phenomenological analysis. *BMC Psychology*, 10(1). <https://doi.org/10.1186/s40359-022-00849-x>
47. Baker, H. J., & Waite, P. (2020). The identification and psychological treatment of panic disorder in adolescents: a survey of CAMHS clinicians. *Child and Adolescent Mental Health*, 25(3), 135–142. <https://doi.org/10.1111/camh.12372>
48. Baldwin, D., Ajel, N., Nowak, N., Rafiq, N., & Masdrakis, V. (2013). Pregabalin for the treatment of generalized anxiety disorder: an update. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 883. <https://doi.org/10.2147/ndt.s36453>
49. Bamber, M. D., & Morpeth, E. (2018). Effects of Mindfulness Meditation on College Student Anxiety: a Meta-Analysis. *Mindfulness*, 10(2), 203–214. <https://doi.org/10.1007/s12671-018-0965-5>
50. Bandelow, B., Michaelis, S., & Wedekind, D. (2017). Treatment of anxiety disorders. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 19(2), 93–107. <https://doi.org/10.31887/dcns.2017.19.2/bbandelow>
51. Banting, R., & Lloyd, S. (2017). A case study integrating CBT with narrative therapy externalizing techniques with a child with OCD: How to flush away the Silly

- Gremlin. A single-case experimental design. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 30(2), 80–89. <https://doi.org/10.1111/jcap.12173>
52. Baradell, J. G., & Klein, K. (1993). Relationship of life stress and body consciousness to hypervigilant decision making. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64(2), 267–273. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.64.2.267>
53. Barmish, A. J., & Kendall, P. C. (2005). Should Parents Be Co-Clients in Cognitive-Behavioral Therapy for Anxious Youth? *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34(3), 569–581. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3403_12
54. Baumeister, R. F., Dale, K., & Sommer, K. L. (1998). Freudian Defense mechanisms and empirical findings in modern social psychology: reaction formation, projection, displacement, undoing, isolation, sublimation, and denial. *Journal of Personality*, 66(6), 1081–1124. <https://doi.org/10.1111/1467-6494.00043>
55. Becker, N., & De Salles, J. F. (2016). Methodological criteria for scoring clustering and switching in verbal fluency tasks. *Psico-USF*, 21(3), 445–457. <https://doi.org/10.1590/1413-82712016210301>
56. Beesdo-Baum, K., & Knappe, S. (2012). Developmental epidemiology of anxiety disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 21(3), 457–478. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2012.05.001>
57. Beesdo, K., Knappe, S., & Pine, D. S. (2009). Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: Developmental issues and implications for DSM-V. *Psychiatric Clinics of North America*, 32(3), 483–524. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2009.06.002>
58. Bernthal, J. E., Bankson, N. W., & Flipsen, P. (2012). *Articulation and phonological Disorders: Speech Sound Disorders in children*. <http://libportal.umsha.ac.ir/site/catalogue/57068>
59. Bernstein, G. A., Layne, A. E., Egan, E. A., & Tennison, D. M. (2005). School-Based interventions for anxious children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44(11), 1118–1127. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000177323.40005.a1>

60. Bevan Jones, R., Stallard, P., Agha, S. S., Rice, S., Werner-Seidler, A., Stasiak, K., Kahn, J., Simpson, S. A., Alvarez-Jimenez, M., Rice, F., Evans, R., & Merry, S. (2020). Practitioner review: Co-design of digital mental health technologies with children and young people. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 61(8), 928–940. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13258>
61. Blandin, N., Parquet, P. J., & Bailly, D. (1994). L'angoisse de séparation. Au fil des théories [Separation anxiety. Theoretical considerations]. *L'Encephale*, 20(2), 121–129.
62. Boileau, B. (2011). A review of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 13(4), 401–411. <https://doi.org/10.31887/dcms.2011.13.4/bboileau>
63. Bögels, S. M., Knappe, S., & Clark, L. A. (2013). Adult separation anxiety disorder in DSM-5. *Clinical Psychology Review*, 33(5), 663–674. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.03.006>
64. Bowlby, J. (1973). Attachment and loss. Vol. 2: Separation: anxiety and anger. New York, NY: Basic Books.
65. Brockmeyer, T., Zimmermann, J., Kulessa, D., Hautzinger, M., Bents, H., Friederich, H.-C., Herzog, W., & Backenstrass, M. (2015). Me, myself, and I: Self-referent word use as an indicator of self-focused attention in relation to depression and anxiety. *Frontiers in Psychology*, 6, Article 1564. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01564>
66. Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 822–848. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.4.822>
67. Brunst, K. J., Ryan, P. H., Altaye, M., Yolton, K., Maloney, T., Beckwith, T., LeMasters, G., & Cecil, K. M. (2019). Myo-inositol mediates the effects of traffic-

- related air pollution on generalized anxiety symptoms at age 12 years. *Environmental Research*, 175, 71–78. <https://doi.org/10.1016/j.envres.2019.05.009>
68. Bushnell, G. A., Dusetzina, S. B., Compton, S. N., Gaynes, B. N., Brookhart, M. A., & Stürmer, T. (2018). Psychotherapy Claims Surrounding Pharmacotherapy Initiation in Children and Adolescents with Anxiety Disorders. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 29(2), 100–106. <https://doi.org/10.1089/cap.2018.0108>
69. Caffo, E., & Belaise, C. (2003). Psychological aspects of traumatic injury in children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 12(3), 493–535. [https://doi.org/10.1016/S1056-4993\(03\)00004-X](https://doi.org/10.1016/S1056-4993(03)00004-X)
70. Cervin, M., Salloum, A., Ruth, L. J., & Storch, E. A. (2020). Posttraumatic symptoms in 3–7 year old Trauma-Exposed children: links to impairment, other mental health symptoms, caregiver PTSD, and caregiver stress. *Child Psychiatry & Human Development*, 52(6), 1173–1183. <https://doi.org/10.1007/s10578-020-01093-3>
71. Chapman, J., Halldorsson, B., & Creswell, C. (2020). Mental Imagery in Social Anxiety in Children and Young People: A Systematic review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 23(3), 379–392. <https://doi.org/10.1007/s10567-020-00316-2>
72. Chiarello, F., Spitoni, S., Hollander, E., Cerinic, M. M., & Pallanti, S. (2017). An expert opinion on PANDAS/PANS: highlights and controversies. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 21(2), 91–98. <https://doi.org/10.1080/13651501.2017.1285941>
73. Clark, A. (2005). Listening to and involving young children: A review of research and practice. *Early Child Development and Care*, 175(6), 489–505. <https://doi.org/10.1080/03004430500131288>
74. Clark, D. M., & McManus, F. (2002). Information processing in social phobia. *Biological Psychiatry*, 51(1), 92–100. [https://doi.org/10.1016/s0006-3223\(01\)01296-3](https://doi.org/10.1016/s0006-3223(01)01296-3)

75. Clarkson, T., Eaton, N. R., Nelson, E. E., Fox, N. A., Leibenluft, E., Pine, D. S., Heckelman, A. C., Sequeira, S. L., & Jarcho, J. M. (2019). Early childhood social reticence and neural response to peers in preadolescence predict social anxiety symptoms in midadolescence. *Depression and Anxiety*, 36(8), 676–689. <https://doi.org/10.1002/da.22910>
76. Clemmensen, L. K. H., Lønfeldt, N. N., Das, S., Lund, N. L., Uhre, V. F., Morajensen, A. C., Pretzmann, L., Uhre, C. F., Ritter, M., Korsbjerg, N. L. J., Hagstrøm, J., Thoustup, C. L., Clemmesen, I. T., Plessen, K. J., & Pagsberg, A. K. (2022). Associations between the Severity of Obsessive-Compulsive Disorder and Vocal Features in Children and Adolescents: Protocol for a Statistical and Machine Learning analysis. *JMIR Research Protocols*, 11(10), e39613. <https://doi.org/10.2196/39613>
77. Connolly, J. J., Kavanagh, E. J., & Viswesvaran, C. (2007). The Convergent Validity between Self and Observer Ratings of Personality: A meta-analytic review. *International Journal of Selection and Assessment*, 15(1), 110–117. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2389.2007.00371.x>
78. Convertino, A. D., Morland, L. A., & Blashill, A. J. (2022). Trauma exposure and eating disorders: Results from a United States nationally representative sample. *International Journal of Eating Disorders*, 55(8), 1079–1089. <https://doi.org/10.1002/eat.23757>
79. Craig, A., Hancock, K., Tran, Y., Craig, M., & Peters, K. (2002). Epidemiology of stuttering in the community across the entire life span. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 45(6), 1097–1105. [https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2002/088\)](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2002/088))
80. Craske, M. G., Treanor, M., Conway, C. C., Zbozinek, T., & Vervliet, B. (2014). Maximizing exposure therapy: An inhibitory learning approach. *Behaviour Research and Therapy*, 58, 10–23. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.04.006>
81. Crawley, S. A., Caporino, N. E., Birmaher, B., Ginsburg, G., Piacentini, J., Albano, A. M., Sherrill, J., Sakolsky, D., Compton, S. N., Rynn, M., McCracken, J., Gosch, E., Keeton, C., March, J., Walkup, J. T., & Kendall, P. C. (2013). Somatic complaints

- in anxious youth. *Child Psychiatry & Human Development*, 45(4), 398–407.
<https://doi.org/10.1007/s10578-013-0410-x>
82. Crocq, M. (2015). A history of anxiety: From Hippocrates to DSM. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17(3), 319–325.
<https://doi.org/10.31887/dcms.2015.17.3/macrocq>
83. Cummings, C. M., Caporino, N. E., Settipani, C. A., Read, K. L., Compton, S. N., March, J., Sherrill, J., Piacentini, J., McCracken, J., Walkup, J. T., Ginsburg, G., Albano, A. M., Rynn, M., Birmaher, B., Sakolsky, D., Gosch, E., Keeton, C., & Kendall, P. C. (2013). The therapeutic relationship in cognitive-behavioral therapy and pharmacotherapy for anxious youth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(5), 859–864. <https://doi.org/10.1037/a003329>
84. Cunningham, C. E., McHolm, A. E., & Boyle, M. H. (2006). Social phobia, anxiety, oppositional behavior, social skills, and self-concept in children with specific selective mutism, generalized selective mutism, and community controls. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 15(5), 245–255. <https://doi.org/10.1007/s00787-006-0529-4>
85. Dadds, M. R., Spence, S. H., Holland, D. E., Barrett, P. M., & Laurens, K. R. (1997). Prevention and early intervention for anxiety disorders: A controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(4), 627–635. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.65.4.627>
86. D'Andrea, W., Chiu, P. H., Casas, B. R., & Deldin, P. (2012). Linguistic predictors of post-traumatic stress disorder symptoms following 11 September 2001. *Applied Cognitive Psychology*, 26(2), 316–323. <https://doi.org/10.1002/acp.1830>
87. Davis, S., Shisca, D., & Howell, P. (2006). Anxiety in speakers who persist and recover from stuttering. *Journal of Communication Disorders*, 40(5), 398–417.
<https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2006.10.003>

88. De Bellis, M. D., Casey, B., Dahl, R. E., Birmaher, B., Williamson, D. E., Thomas, K. M., Axelson, D. A., Frustaci, K., Boring, A. M., Hall, J., & Ryan, N. D. (2000). A pilot study of amygdala volumes in pediatric generalized anxiety disorder. *Biological Psychiatry*, 48(1), 51–57. [https://doi.org/10.1016/s0006-3223\(00\)00835-0](https://doi.org/10.1016/s0006-3223(00)00835-0)
89. Degenhardt, L., Coffey, C., Romaniuk, H., Swift, W., Carlin, J. B., Hall, W. D., & Patton, G. C. (2012). The persistence of the association between adolescent cannabis use and common mental disorders into young adulthood. *Addiction*, 108(1), 124–133. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2012.04015.x>
90. De La Cruz, L. F., Barrow, F., Bolhuis, K., Krebs, G., Volz, C., Nakatani, E., Heyman, I., & Mataix-Cols, D. (2013). SEXUAL OBSESSIONS IN PEDIATRIC OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER: CLINICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT OUTCOMES. *Depression and Anxiety*, 30(8), 732–740. <https://doi.org/10.1002/da.22097>
91. Derzelle, M. (2013). Towards a psychosomatic conception of hypochondria. In *Springer eBooks*. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-03053-1>
92. Didonna, F. (2009). Mindfulness and obsessive-compulsive disorder: Developing a way to trust and validate one's internal experience. In F. Didonna (Ed.), *Clinical handbook of mindfulness* (pp. 189–219). Springer Science + Business Media. https://doi.org/10.1007/978-0-387-09593-6_12
93. Diliberto, R. A., & Kearney, C. A. (2016). Anxiety and oppositional behavior profiles among youth with selective mutism. *Journal of Communication Disorders*, 59, 16–23. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2015.11.001>

94. Doerfler, L. A., Connor, D. F., Volungis, A. M., & Toscano, P. F. (2006). Panic disorder in clinically referred children and adolescents. *Child Psychiatry & Human Development*, 38(1), 57–71. <https://doi.org/10.1007/s10578-006-0042-5>
95. Durham, R., Chambers, J., Power, K., Sharp, D., Macdonald, R., Major, K., Dow, M., & Gumley, A. (2005). Long-term outcome of cognitive behaviour therapy clinical trials in central Scotland. *Health Technology Assessment*, 9(42). <https://doi.org/10.3310/hta9420>
96. Dyregrov, A., & Yule, W. (2002). A review of PTSD in children. *Child and Adolescent Mental Health*, 11(4). <https://doi.org/10.1111/j.1475-3588.2005.00384.x>
97. Ebbels, S. H., Nicoll, H., Clark, B., Eachus, B., Gallagher, A. L., Horniman, K., Jennings, M., McEvoy, K., Nimmo, L., & Turner, G. (2011). Effectiveness of semantic therapy for word-finding difficulties in pupils with persistent language impairments: a randomized control trial. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 47(1), 35–51. <https://doi.org/10.1111/j.1460-6984.2011.00073.x>
98. Ebbels, S. M., & Denton, C. A. (2008). A root awakening: Vocabulary instruction for older students with reading difficulties. *Learning Disabilities Research & Practice*, 23(2), 90–102. <https://doi.org/10.1111/j.1540-5826.2008.00267.x>
99. Edwards, S. L., Rapee, R. M., & Kennedy, S. (2009). Prediction of anxiety symptoms in preschool-aged children: examination of maternal and paternal perspectives. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(3), 313–321. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2009.02160.x>
100. Ehrenreich, J. T., Santucci, L. C., & Weiner, C. L. (2008). SEPARATION ANXIETY DISORDER IN YOUTH: PHENOMENOLOGY, ASSESSMENT, AND TREATMENT. *PubMed*, 16(3), 389–412. <https://doi.org/10.1901/jaba.2008.16-389>
101. Ehrling, T., & Watkins, E. R. (2008). Repetitive negative thinking as a transdiagnostic process. *International Journal of Cognitive Therapy*, 1(3), 192–205. <https://doi.org/10.1680/ijct.2008.1.3.192>

102. Eth, S., Silverstein, S., & Pynoos, R. S. (1985). Mental health consultation to a preschool following the murder of a mother and child. *Hospital & Community Psychiatry*, 36(1), 73–76.
103. Essau, C. A. (2004). The Association Between Family Factors and Depressive Disorders in Adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 33(5), 365–372. <https://doi.org/10.1023/B:JOYO.0000037630.01098.d4>
104. Eysenck, M. W., & Calvo, M. G. (1992). Anxiety and performance: The processing efficiency theory. *Cognition and Emotion*, 6(6), 409–434. <https://doi.org/10.1080/02699939208409696>
105. Feriante, J., Torrico, T. J., & Bernstein, B. (2023, February 26). Separation anxiety disorder. *StatPearls - NCBI Bookshelf*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560793/>
106. Finnerty, C. C., Jeschke, M. G., Branski, L. K., Barret, J. P., Dziewulski, P., & Herndon, D. N. (2016). Hypertrophic scarring: the greatest unmet challenge after burn injury. *The Lancet*, 388(10052), 1427–1436. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(16\)31406-4](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(16)31406-4)
107. Franklin, M. E., & Foa, E. B. (2021). Obsessive–compulsive disorder. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (6th ed., pp. 133–183). The Guilford Press.
108. Fu, X., Taber-Thomas, B. C., & Pérez-Edgar, K. (2015). Frontolimbic functioning during threat-related attention: Relations to early behavioral inhibition and anxiety in children. *Biological Psychology*, 122, 98–109. <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2015.08.010>
109. Gale, C. K., & Millichamp, J. (2016, January 13). *Generalised anxiety disorder in children and adolescents*. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4711893/#abstract1>

110. Ganley, C. M., Mingle, L. A., Ryan, A. M., Ryan, K., Vasilyeva, M., & Perry, M. (2013). An examination of stereotype threat effects on girls' mathematics performance. *Developmental Psychology*, 49(10), 1886-1897. <https://doi.org/10.1037/a0031412>
111. Garcia, A. M., Freeman, J. B., Himle, M. B., Berman, N. C., Ogata, A. K., Ng, J., Choate-Summers, M. L., & Leonard, H. (2008). Phenomenology of Early Childhood Onset Obsessive Compulsive Disorder. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 31(2), 104–111. <https://doi.org/10.1007/s10862-008-9094-0>
112. Geller, D. A., Biederman, J., Faraone, S., Agranat, A., Cradock, K., Hagermoser, L., Kim, G., Frazier, J., & Coffey, B. J. (2001). Developmental Aspects of Obsessive Compulsive Disorder: findings in children, adolescents, and adults. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 189(7), 471–477. <https://doi.org/10.1097/00005053-200107000-00009>
113. Geller, D. A. (2006). Obsessive-Compulsive and spectrum disorders in children and adolescents. *Psychiatric Clinics of North America*, 29(2), 353–370. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2006.02.012>
114. Ghahari, S., Hassani, H., & Purmofrad, M. (2016). Pragmatic Competency and Obsessive–Compulsive Disorder: A Comparative Assessment with Normal Controls. *Journal of Psycholinguistic Research*, 46(4), 863–875. <https://doi.org/10.1007/s10936-016-9467-6>
115. Gilbert, K. R. (1996). "We've had the same loss, why don't we have the same grief?" Loss and differential grief in families. *Death Studies*, 20(3), 269–283. <https://doi.org/10.1080/07481189608252781>
116. Gold, A. L., Steuber, E. R., White, L. K., Pacheco, J., Sachs, J. F., Pagliaccio, D., Berman, E., Leibenluft, E., & Pine, D. S. (2017). Cortical thickness and subcortical gray matter volume in pediatric anxiety disorders.

<https://doi.org/10.1038/npp.2017.83>

117. Gomes, M., Pérez, M. P., Castro, I., Moreira, P., Ribeiro, S., Mota, N. B., & Morgado, P. (2023). Speech graph analysis in obsessive-compulsive disorder: The relevance of dream reports. *Journal of Psychiatric Research*, 161, 358–363. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2023.03.035>
118. Goodman, G., & Dent, V. F. (2017). Studying the effectiveness of the Storytelling/Story-Acting (STSA) play intervention on Ugandan preschoolers' emergent literacy, oral language, and theory of mind in two rural Ugandan community libraries. In R. L. Steen (Ed.), *Emerging research in play therapy, child counseling, and consultation* (pp. 182-213). Hershey, PA: IGI Global.
119. Gorman J. M. (2003). Treating generalized anxiety disorder. *The Journal of clinical psychiatry*, 64 Suppl 2, 24–29.
120. Gray, C. A., & Garand, J. D. (1993). Social Stories: Improving Responses of Students with Autism with Accurate Social Information. *Focus on Autistic Behavior*, 8(1), 1–10. <https://doi.org/10.1177/108835769300800101>
121. Grisham, J. R., Fullana, M. A., Mataix-Cols, D., Moffitt, T. E., Caspi, A., & Poulton, R. (2011). Risk factors prospectively associated with adult obsessive–compulsive symptom dimensions and obsessive–compulsive disorder. *Psychological Medicine*, 41(12), 2495–2506. <https://doi.org/10.1017/s0033291711000894>
122. Guaiana, G., Meader, N., Barbui, C., Davies, S. J., Furukawa, T. A., Imai, H., Dias, S., Caldwell, D. M., Koesters, M., Tajika, A., Bighelli, I., Pompoli, A., Cipriani, A., Dawson, S., & Robertson, L. (2023). Pharmacological treatments in panic disorder in adults: a network meta-analysis. *Cochrane Library*, 2023(11). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd012729.pub3>
123. Haddad, P. M. (2001). Antidepressant discontinuation syndromes. *Drug Safety*, 24(3), 183–197. <https://doi.org/10.2165/00002018-200124030-00003>
124. Hageraars, M. A., & Van Minnen, A. (2005). The effect of fear on paralinguistic aspects of speech in patients with panic disorder with agoraphobia.

- Journal of Anxiety Disorders*, 19(5), 521–537.
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2004.04.008>
125. Hamblen, J. (2007). PTSD in Children and Adolescents. *United States Department of Veterans Affairs*.
<https://georgiadisaster.info/Schools/fs%20%20school/PTSD%20in%20Children%20&%20Adolescents.pdf>
 126. Henkin, Y., & Bar-Haim, Y. (2015). An auditory-neuroscience perspective on the development of selective mutism. *Developmental Cognitive Neuroscience*, 12, 86–93. <https://doi.org/10.1016/j.dcn.2015.01.002>
 127. Herbert, M. (1998). *Clinical Child Psychology: Social Learning, Development and Behaviour*. Wiley.
 128. Hessling, A., & Schuele, C. M. (2020). Individualized Narrative Intervention for School-Age children with specific language impairment. *Language Speech and Hearing Services in Schools*, 51(3), 687–705. https://doi.org/10.1044/2019_lshss-19-00082
 129. Hofmann, S. G., & Gómez, A. F. (2017). Mindfulness-Based Interventions for Anxiety and Depression. *Psychiatric Clinics of North America*, 40(4), 739–749. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.08.008>
 130. Hofmann, S. G., Moore, P. M., Gutner, C., & Weeks, J. W. (2011). Linguistic correlates of social anxiety disorder. *Cognition & Emotion*, 26(4), 720–726. <https://doi.org/10.1080/02699931.2011.602048>
 131. Holka-Pokorska, J., Piróg-Balcerzak, A., & Jarema, M. (2018). The controversy around the diagnosis of selective mutism—A critical analysis of three cases in the light of modern research and diagnostic criteria. *Psychiatria Polska*, 52(2), 323–343. <https://doi.org/10.12740/PP/76088>
 132. Hölzel, B. K., Carmody, J., Vangel, M., Congleton, C., Yerramsetti, S. M., Gard, T., & Lazar, S. W. (2011). Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 191(1), 36–43. <https://doi.org/10.1016/j.psychresns.2010.08.006>
 133. Huang, T., Li, H., Tan, S., Xie, S., Cheng, Q., Xiang, Y., & Zhou, X. (2022). The efficacy and acceptability of exposure therapy for the treatment of post-traumatic

- stress disorder in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03867-6>
134. Hudson, J. L., Rapee, R. M., Lyneham, H. J., McLellan, L. F., Wuthrich, V. M., & Schniering, C. A. (2015). Comparing outcomes for children with different anxiety disorders following cognitive behavioural therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 72, 30–37. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.06.007>
 135. Huiyong, Z., & Xinping, P. (2025). An experimental study of the effect of anxiety on lexical processing of college students: evidence from true-false word judgment and semantic category judgment tasks. *Frontiers in Psychology*, 16. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1452867>
 136. Husky, M. M., Olfson, M., He, J., Nock, M. K., Swanson, S. A., & Merikangas, K. R. (2012). Twelve-Month suicidal symptoms and use of services among adolescents: results from the National Comorbidity Survey. *Psychiatric Services*, 63(10), 989–996. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201200058>
 137. Hussain, F. S., Dobson, E. T., & Strawn, J. R. (2016). Pharmacologic treatment of pediatric anxiety disorders. *Current Treatment Options in Psychiatry*, 3(2), 151–160. <https://doi.org/10.1007/s40501-016-0076-7>
 138. Imperatori, C., Farina, B., Adenzato, M., Valenti, E. M., Murgia, C., Marca, G. D., Brunetti, R., Fontana, E., & Ardito, R. B. (2019). Default mode network alterations in individuals with high-trait-anxiety: An EEG functional connectivity study. *Journal of Affective Disorders*, 246, 611–618. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.071>
 139. James, A. C., Reardon, T., Soler, A., James, G., & Creswell, C. (2020). Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Library*, 2020(11). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd013162.pub2>
 140. Jurbergs N, Ledley DR. Separation anxiety disorder. *Pediatr Ann*. 2005 Feb;34(2):108-15.
 141. Kabat-Zinn, J., Massion, A. O., Kristeller, J., Peterson, L. G., Fletcher, K. E., Pbert, L., Lenderking, W. R., & Santorelli, S. F. (1992). Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *The*

- American Journal of Psychiatry*, 149(7), 936–943. <https://doi.org/10.1176/ajp.149.7.936>
142. Kane, E. J., Braunstein, K., Ollendick, T. H., & Muris, P. (2014). Relations of Anxiety Sensitivity, Control Beliefs, and Maternal Over-Control to Fears in Clinic-Referred Children with Specific Phobia. *Journal of Child and Family Studies*, 24(7), 2127–2134. <https://doi.org/10.1007/s10826-014-0014-5>
 143. Kearney, C. A., & Rede, M. (2021). The Heterogeneity of Selective mutism: A primer for a more refined approach. *Frontiers in Psychology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.700745>
 144. Kendall, P. C., Compton, S. N., Walkup, J. T., Birmaher, B., Albano, A. M., Sherrill, J., Ginsburg, G., Rynn, M., McCracken, J., Gosch, E., Keeton, C., Bergman, L., Sakolsky, D., Suveg, C., Iyengar, S., March, J., & Piacentini, J. (2010). Clinical characteristics of anxiety disordered youth. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(3), 360–365. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.01.009>
 145. Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>
 146. Khoury, B., Lecomte, T., Fortin, G., Masse, M., Therien, P., Bouchard, V., Chapleau, M., Paquin, K., & Hofmann, S. G. (2013). Mindfulness-based therapy: A comprehensive meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 33(6), 763–771. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.05.005>
 147. Kommu, J. S., Deepthi, K., Smitha, M., & Reddy, Y. J. (2018). Clinical profile and outcome in a large sample of children and adolescents with obsessive–compulsive disorder: A chart review from a tertiary care center in India. *Indian Journal of Psychiatry*, 60(2), 205. <https://doi.org/10.4103/psychiatry.indianjpsychiatry.342.17>

148. Koskela, M., Ståhlberg, T., Yunus, W. M. a. W. M., & Sourander, A. (2023). Long-term outcomes of selective mutism: a systematic literature review. *BMC Psychiatry*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05279-6>
149. Kossowsky, J., Pfaltz, M. C., Schneider, S., Taeymans, J., Locher, C., & Gaab, J. (2013). The Separation Anxiety Hypothesis of Panic Disorder Revisited: A Meta-Analysis. *American Journal of Psychiatry*, 170(7), 768–781. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.12070893>
150. Kowalchuk, A., Gonzalez, S. J., & Zoorob, R. J. (2022, December 15). Anxiety disorders in children and adolescents. *American Family Physician*. <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2022/1200/anxiety-disorders-children-adolescents.html#abstract>
151. Krebs, G., & Heyman, I. (2014). Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Archives of Disease in Childhood*, 100(5), 495–499. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2014-306934>
152. Kristensen, T. S., Hannerz, H., Høgh, A., & Borg, V. (2005). The Copenhagen Psychosocial Questionnaire—a tool for the assessment and improvement of the psychosocial work environment. *Scandinavian Journal of Work Environment & Health*, 31(6), 438–449. <https://doi.org/10.5271/sjweh.948>
153. Kumpulainen, K., Räsänen, E., Raaska, H., & Somppi, V. (1998). Selective mutism among second-graders in elementary school. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 7(1), 24–29. <https://doi.org/10.1007/s007870050041>
154. Langdon, H. W., & Starr, M. B. L. (2019). Collaboration between a speech and language pathologist (slp) and a marriage and family therapist (mft) in treating selective mutism: a case study report. *Listy Klinické Logopedie*, 3(1), 83–86. <https://doi.org/10.36833/lkl.2019.022>
155. Leonard, H. L., Goldberger, E. L., Rapoport, J. L., Cheslow, D. L., & Swedo, S. E. (1990). Childhood Rituals: Normal Development or Obsessive-Compulsive

- Symptoms? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 29(1), 17–23. <https://doi.org/10.1097/00004583-199001000-00004>
156. Liber, J. M., McLeod, B. D., Van Widenfelt, B. M., Goedhart, A. W., Van Der Leeden, A. J., Utens, E. M., & Treffers, P. D. (2009). Examining the relation between the therapeutic alliance, treatment adherence, and outcome of cognitive behavioral therapy for children with anxiety disorders. *Behavior Therapy*, 41(2), 172–186. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2009.02.003>
 157. Lieb, R., Miché, M., Gloster, A. T., Beesdo-Baum, K., Meyer, A. H., & Wittchen, H. (2016). Impact of specific phobia on the risk of onset of mental disorders: a 10-year prospective-longitudinal community study of adolescents and young adults. *Depression and Anxiety*, 33(7), 667–675. <https://doi.org/10.1002/da.22487>
 158. Lipsitt, D. R. (2001). The patient–physician relationship in the treatment of hypochondriasis. In V. Starcevic & D. R. Lipsitt (Eds.), *Hypochondriasis: Modern perspectives on an ancient malady* (pp. 265–290). Oxford University Press.
 159. Liu, R., & Bell, M. A. (2019). Fearful temperament and the risk for child and adolescent anxiety: the role of attention biases and effortful control. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 23(2), 205–228. <https://doi.org/10.1007/s10567-019-00306-z>
 160. Lorenz, M., & Cobb, S. (1954). Language patterns in psychotic and psychoneurotic subjects. *Archives of Neurological Psychiatry*, 72, 665–673.
 161. Low, D. M., Bentley, K. H., & Ghosh, S. S. (2020). Automated assessment of psychiatric disorders using speech: A systematic review. *Laryngoscope Investigative Otolaryngology*, 5(1), 96–116. <https://doi.org/10.1002/lio2.354>
 162. Lyons, M., Aksayli, N. D., & Brewer, G. (2018). Mental distress and language use: Linguistic analysis of discussion forum posts. *Computers in Human Behavior*, 87, 207–211. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2018.05.035>

163. Maryam Zarra-Nezhad, Fatemeh Pakdaman & Ali Moazami-Goodarzi (2023): The effectiveness of child-centered group play therapy and narrative therapy on preschoolers' separation anxiety disorder and social-emotional behaviours, *Early Child Development and Care*, DOI: 10.1080/03004430.2023.2167987
164. Masi, G., Mucci, M., & Millepiedi, S. (2001). Separation anxiety disorder in children and adolescents: Epidemiology, diagnosis and management. *CNS Drugs*, 15(2), 93–104. <https://doi.org/10.2165/00023210-200115020-00002>
165. Massullo, C., Carbone, G. A., Farina, B., Panno, A., Capriotti, C., Giacchini, M., Machado, S., Budde, H., Murillo-Rodríguez, E., & Imperatori, C. (2020). Dysregulated brain salience within a triple network model in high trait anxiety individuals: A pilot EEG functional connectivity study. *International Journal of Psychophysiology*, 157, 61–69. <https://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2020.09.002>
166. Mathew, A. R., Norton, P. J., Zvolensky, M. J., Buckner, J. D., & Smits, J. a. J. (2011). Smoking behavior and alcohol consumption in individuals with panic attacks. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 25(1), 61–70. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.25.1.61>
167. McLuckie, A. (2005). Narrative Family Therapy for Paediatric Obsessive Compulsive Disorder. *Journal of Family Psychotherapy*, 16(4), 83–106. https://doi.org/10.1300/J085v16n04_07
168. McReynolds, L. V., & Bennett, S. (1972). Distinctive feature generalization in articulation training. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 37(4), 462–470. <https://doi.org/10.1044/jshd.3704.462>
169. Mcshane, G., Walter, G., & Rey, J. M. (2001). Characteristics of Adolescents with School Refusal. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 35(6), 822–826. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2001.00955.x>
170. Merz, J., Schwarzer, G., & Gerger, H. (2019). Comparative efficacy and acceptability of pharmacological, psychotherapeutic, and combination treatments in

- adults with posttraumatic stress disorder: A network meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 76(9), 904–913. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.0951>
171. Mesquita, C., & Maia, A. (2018). What is told when the story is retold? Consistency of victimization reports in psychiatric patients. *Scandinavian Journal of Psychology*. 59(3), 311-318. DOI: 10.1111/sjop.12437
 172. Muchnik, L., Aral, S., & Taylor, S. J. (2013). Social Influence Bias: a Randomized experiment. *Science*, 341(6146), 647–651. <https://doi.org/10.1126/science.1240466>
 173. Muris, P. (2006). Maladaptive Schemas in Non-Clinical Adolescents: Relations to Perceived Parental Rearing Behaviours, Big Five Personality Factors and Psychopathological Symptoms. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13(6), 405–413. <https://doi.org/10.1002/cpp.506>
 174. 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>
 175. Murray, A. L., Eisner, M., & Ribeaud, D. (2016). The development of the general factor of psychopathology ‘p factor’ through childhood and adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 44(8), 1573–1586. <https://doi.org/10.1007/s10802-016-0132-1>
 176. Murray, L., Creswell, C., & Cooper, P. J. (2009). The development of anxiety disorders in childhood: an integrative review. *Psychological Medicine*, 39(9), 1413–1423. <https://doi.org/10.1017/s0033291709005157>
 177. Nazeer, A., Latif, F., Mondal, A., Azeem, M. W., & Greydanus, D. E. (2020). Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: epidemiology, diagnosis and management. *Translational Pediatrics*, 9(S1), S76–S93. <https://doi.org/10.21037/tp.2019.10.02>

178. Nnamani, A., Akabogu, J., Otu, M. S., Ukoha, E., Uloh-Bethels, A. C., Omile, J. C., Obiezu, M. N., Dike, A. E., Ike, C. V., & Iyekekpolor, O. M. (2019). Cognitive behaviour language therapy for speech anxiety among stuttering school adolescents. *Journal of International Medical Research*, 47(7), 3109–3114. <https://doi.org/10.1177/0300060519853387>
179. Nolte, T., Guiney, J., Fonagy, P., Mayes, L.C., & Luyten, P. (2011). Interpersonal stress regulation and the development of anxiety disorders: An attachment-based developmental framework. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*,. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2011.00055>
180. Oerbeck, B., Overgaard, K. R., Stein, M. B., Pripp, A. H., & Kristensen, H. (2018). Treatment of selective mutism: a 5-year follow-up study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 27(8), 997–1009. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1110-7>
181. 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>
182. Ollendick, T., Jarrett, M., Grillstauechel, A., Hovey, L., & Wolff, J. (2008). Comorbidity as a predictor and moderator of treatment outcome in youth with anxiety, affective, attention deficit/hyperactivity disorder, and oppositional/conduct disorders. *Clinical Psychology Review*, 28(8), 1447–1471. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.09.003>
183. Omdal, H., & Galloway, D. (2007). Could Selective Mutism be Re-conceptualised as a Specific Phobia of Expressive Speech? An Exploratory Post-hoc Study. *Child and Adolescent Mental Health*, 13(2), 74–81. <https://doi.org/10.1111/j.1475-3588.2007.00454.x>

184. Ormel, J., Cuijpers, P., Jorm, A. F., & Schoevers, R. (2019). Prevention of depression will only succeed when it is structurally embedded and targets big determinants. *World Psychiatry*, 18(1), 111–112. <https://doi.org/10.1002/wps.20580>
185. Patel, N. B., Xu, Y., McCandless, L. C., Chen, A., Yoltan, K., Braun, J., Jones, R. L., Dietrich, K. N., & Lanphear, B. P. (2019). Very low-level prenatal mercury exposure and behaviors in children: the HOME Study. *Environmental Health*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12940-018-0443-5>
186. Pegg, S., Hill, K., Argiros, A., Olatunji, B. O., & Kujawa, A. (2022). Cognitive Behavioral therapy for Anxiety Disorders in Youth: Efficacy, moderators, and New Advances in Predicting Outcomes. *Current Psychiatry Reports*, 24(12), 853–859. <https://doi.org/10.1007/s11920-022-01384-7>
187. Penninx, B. W., Pine, D. S., Holmes, E. A., & Reif, A. (2021). Anxiety disorders. *The Lancet*, 397(10277), 914–927. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00359-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00359-7)
188. Pereira, C. R., Ensink, J. B. M., Güldner, M. G., Lindauer, R. J. L., De Jonge, M. V., & Utens, E. M. W. J. (2021). Diagnosing selective mutism: a critical review of measures for clinical practice and research. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 32(10), 1821–1839. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01907-2>
189. Peris, T. S., Rozenman, M. S., Sugar, C. A., McCracken, J. T., & Piacentini, J. (2017). Targeted family Intervention for Complex Cases of Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder: a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 56(12), 1034-1042.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.10.008>
190. Petersen, D. B., & Spencer, T. D. (2016). Using narrative intervention to accelerate canonical story grammar and complex language growth in culturally diverse preschoolers. *Topics in Language Disorders*, 36(1), 6–19. <https://doi.org/10.1097/tld.0000000000000078>

191. Piacentini, J., Bergman, R. L., Keller, M., & McCracken, J. (2003). Functional Impairment in Children and Adolescents with Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 13(supplement 1), 61–69. <https://doi.org/10.1089/104454603322126359>
192. Pincus, D. B., May, J. E., Whitton, S. W., Mattis, S. G., & Barlow, D. H. (2010). Cognitive-Behavioral treatment of panic disorder in adolescence. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 39(5), 638–649. <https://doi.org/10.1080/15374416.2010.501288>
193. Pine, D. S., Walkup, J. T., Labellarte, M. J., Riddle, M. A., Greenhill, L., Klein, R., Davies, M., Sweeney, M., Abikoff, H., Hack, S., Klee, B., McCracken, J., Bergman, L., Piacentini, J., March, J., Compton, S., Robinson, J., O'Hara, T., Baker, S., . . . Roper, M. (2001). Fluvoxamine for the treatment of anxiety disorders in children and adolescents. *The New England Journal of Medicine*, 344(17), 1279–1285. <https://doi.org/10.1056/NEJM200104263441703>
194. Platt, B., Kadosh, K. C., & Lau, J. Y. (2013). The Role of Peer Rejection in Adolescent Depression. *Depression and Anxiety*, 30(9), 809–821. <https://doi.org/10.1002/da.22120>
195. Polanco, S. P. (2023). Hypochondria in children and adolescents. In *Springer eBooks* (pp. 181–191). https://doi.org/10.1007/978-3-031-18377-5_13
196. Powers, M. B., Zum Vörde Sive Vörding, M. B., & Emmelkamp, P. M.G. (2009). Acceptance and commitment therapy: A meta-analytic review. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78(2), 73–80. <https://doi.org/10.1159/000190790>
197. Preter, M., & Klein, D. F. (2014). Lifelong opioidergic vulnerability through early life separation: A recent extension of the false suffocation alarm theory of panic

- disorder. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 46, 345–351.
<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2014.03.025>
198. Purves, K. L., Coleman, J. R. I., Meier, S. M., Rayner, C., Davis, K. a. S., Cheesman, R., Bækvad-Hansen, M., Børghlum, A. D., Cho, S. W., Deckert, J. J., Gaspar, H. A., Bybjerg-Grauholm, J., Hettema, J. M., Hotopf, M., Hougaard, D., Hübel, C., Kan, C., McIntosh, A. M., Mors, O., . . . Eley, T. C. (2019). A major role for common genetic variation in anxiety disorders. *Molecular Psychiatry*, 25(12), 3292–3303. <https://doi.org/10.1038/s41380-019-0559-1>
 199. Quillivic, R., Gayraud, F., Auxéméry, Y., Vanni, L., Peschanski, D., Eustache, F., Dayan, J., & Mesmoudi, S. (2024). Interdisciplinary approach to identify language markers for post-traumatic stress disorder using machine learning and deep learning. *Scientific Reports*, 14(1). <https://doi.org/10.1038/s41598-024-61557-7>
 200. Rajith, R. K., & Krishnakumar, P. (2022). Clinical profile of obsessive-compulsive disorder in children. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 11(1), 251–255. <https://doi.org/10.4103/jfmpe.jfmpe 1328 21>
 201. Ramsawh, H. J., Weisberg, R. B., Dyck, I., Stout, R., & Keller, M. B. (2011). Age of onset, clinical characteristics, and 15-year course of anxiety disorders in a prospective, longitudinal, observational study. *Journal of Affective Disorders*, 132(1–2), 260–264. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.01.006>
 202. Rapee, R. M., Creswell, C., Kendall, P. C., Pine, D. S., & Waters, A. M. (2023). Anxiety disorders in children and adolescents: A summary and overview of the literature. *Behaviour Research and Therapy*, 168, 104376. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0005796723001249?via%3Dihub#sec3>
 203. Rask, C. U., Duholm, C. S., Poulsen, C. M., Rimvall, M. K., & Wright, K. D. (2023). Annual Research Review: Health anxiety in children and adolescents—

- Developmental aspects and cross-generational influences. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 65(4), 413–430. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13912>
204. 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 Neuroscience*, 251(6), 284–296. <https://doi.org/10.1007/pl00007547>
205. Rettew, D. C., Swedo, S. E., Leonard, H. L., Lenane, M. C., & Rapoport, J. L. (1992). Obsessions and Compulsions across Time in 79 Children and Adolescents with Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 31(6), 1050–1056. <https://doi.org/10.1097/00004583-199211000-0000>
206. Rickwood, D. J., Deane, F. P., & Wilson, C. J. (2007). When and how do young people seek professional help for mental health problems? *The Medical Journal of Australia*, 187(S7). <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2007.tb01334.x>
207. Rief, W., & Broadbent, E. (2007). Explaining medically unexplained symptoms-models and mechanisms. *Clinical Psychology Review*, 27(7), 821–841. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.07.005>
208. Robinson, J. A. (1986). Autobiographical memory: A historical prologue. In D. C. Rubin (Ed.), *Autobiographical memory* (pp. 19–24). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511558313.005>
209. Romba, C., Lavigne, J., Walkup, J., & Ballard, R. (2020). Measurement-Based care in the treatment of anxiety. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 29(4), 645–661. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2020.06.004>
210. Roy, A. K., Fudge, J. L., Kelly, C., Perry, J. S., Daniele, T., Carlisi, C., Benson, B., Castellanos, F. X., Milham, M. P., Pine, D. S., & Ernst, M. (2013).

- Intrinsic functional connectivity of Amygdala-Based networks in adolescent generalized anxiety Disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(3), 290-299.e2.
<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.12.010>
211. Rozenek, E., Orlof, W., Nowicka, Z., Wilczyńska, K., & Waszkiewicz, N. (2019). Selective mutism – An overview of the condition and etiology: Is the absence of speech just the tip of the iceberg? *Psychiatria Polska*, 54(2), 333–349.
<https://doi.org/10.12740/pp/onlinefirst/108503>
 212. Rude, S. S., Gortner, E.-M., & Pennebaker, J. W. (2004). Language use of depressed and depression-vulnerable college students. *Cognition and Emotion*, 18(8), 1121–1133. <https://doi.org/10.1080/02699930441000030>
 213. Russell, A. J., Jassi, A., Fullana, M. A., Mack, H., Johnston, K., Heyman, I., Murphy, D. G., & Mataix-Cols, D. (2013). Cognitive Behavior Therapy For Comorbid Obsessive-Compulsive Disorder in High-Functioning Autism Spectrum Disorders: A Randomized Controlled Trial. *Depression and Anxiety*, 30(8), 697–708.
<https://doi.org/10.1002/da.22053>
 214. Sah, P. (2017). Fear, anxiety, and the amygdala. *Neuron*, 96(1), 1–2.
<https://doi.org/10.1016/j.neuron.2017.09.013>
 215. Salkovskis, P. M. (1985). Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 23(5), 571–583.
[https://doi.org/10.1016/0005-7967\(85\)90105-6](https://doi.org/10.1016/0005-7967(85)90105-6)
 216. Sauer, K. S., & Witthöft, M. (2020). Krankheitsängste und Hypochondrische Störung. *Fortschritte Der Neurologie · Psychiatrie*, 88(11), 730–744.
<https://doi.org/10.1055/a-1165-7461>
 217. Sbicigo, J. B., Toazza, R., Becker, N., Ecker, K., Manfro, G. G., & De Salles, J. F. (2020). Memory and language impairments are associated with anxiety disorder

- severity in childhood. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 42(2), 161–170.
<https://doi.org/10.1590/2237-6089-2019-0051>
218. Scahill, L., Riddle, M. A., McSWIGGIN-Hardin, M., Ort, S. I., King, R. A., Goodman, W. K., Cicchetti, D., & Leckman, J. F. (1997). Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: Reliability and Validity. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(6), 844–852.
<https://doi.org/10.1097/00004583-199706000-00023>
219. Schacter, D. L., Gilbert, D., Nock, M. K., & Wegner, D. M. (2018). *Introducing psychology*. Utopia.
220. Scherer, K. R. (1986). Vocal affect expression: A review and a model for future research. *Psychological Bulletin*, 99(2), 143–165. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.99.2.143>
221. Schimmelpfennig, J., Topczewski, J., Zajkowski, W., & Jankowiak-Siuda, K. (2023). The role of the salience network in cognitive and affective deficits. *Frontiers in Human Neuroscience*, 17. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2023.1133367>
222. Schmitt-Koopmann, I. (2004). Direct medical costs of type 2 diabetes and its complications in Switzerland. *European Journal of Public Health*, 14(1), 3–9.
<https://doi.org/10.1093/eurpub/14.1.3>
223. Schlenker, B. R., & Darby, B. W. (1981). The use of apologies in social predicaments. *Social Psychology Quarterly*, 44(3), 271–278. <https://doi.org/10.2307/3033840>
224. Scott, S., & Beidel, D. C. (2011). Selective Mutism: an update and suggestions for future research. *Current Psychiatry Reports*, 13(4), 251–257.
<https://doi.org/10.1007/s11920-011-0201-7>

225. Sebastian, C., Burnett, S., & Blakemore, S.-J. (2008). Development of the self-concept during adolescence. *Trends in Cognitive Sciences*, 12(11), 441–446. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2008.07.008>
226. Seligman, L. D., & Ollendick, T. H. (2011) Cognitive-Behavioral Therapy for Anxiety Disorders in Youth. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 20(2), 217–238. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2011.01.003>
227. Sharma, S., Hucker, A., Matthews, T., Grohmann, D., & Laws, K. R. (2021). Cognitive behavioural therapy for anxiety in children and young people on the autism spectrum: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychology*, 9(1). <https://doi.org/10.1186/s40359-021-00658-8>
228. Shao, J., MacCallum, J. K., Zhang, Y., Sprecher, A., & Jiang, J. J. (2009). Acoustic analysis of the tremulous voice: Assessing the utility of the correlation dimension and perturbation parameters. *Journal of Communication Disorders*, 43(1), 35–44. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2009.09.001>
229. Silber-Varod, V., Kreiner, H., Lovett, R., Levi-Belz, Y., Amir, N. (2016) Do social anxiety individuals hesitate more? The prosodic profile of hesitation disfluencies in Social Anxiety Disorder individuals. *Proc. Speech Prosody 2016*, 1211-1215, doi: 10.21437/SpeechProsody.2016-249
230. Silove, D., Manicavasagar, V., & Pini, S. (2016). Can separation anxiety disorder escape its attachment to childhood? *World Psychiatry*, 15(2), 113–115. <https://doi.org/10.1002/wps.20336>
231. Skoog, G., & Skoog, I. (1999). A 40-Year follow-up of patients with obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 56(2), 121. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.56.2.121>

232. Smith-Schrandt, H. L., & Ellington, E. (2018). Unable to speak: Selective mutism in youth. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 56(2), 14–18. <https://doi.org/10.3928/02793695-20180122-04>
233. Speech therapy. (n.d.). In *Merriam-Webster.com dictionary*. Merriam-Webster. Retrieved July 23, 2025, from <https://www.merriam-webster.com/dictionary/speech%20therapy>
234. Steffenburg, H., Steffenburg, S., Gillberg, C., & Billstedt, E. (2018). Children with autism spectrum disorders and selective mutism. *Neuropsychiatric Disease and Treatment, Volume 14*, 1163–1169. <https://doi.org/10.2147/ndt.s154966>
235. 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)
236. Stein, R., & Swan, A. B. (2019). Evaluating the Validity of Myers-Briggs Type Indicator Theory: A Teaching Tool and Window into Intuitive Psychology. *Social and Personality Psychology Compass*, 13, e12434. <https://doi.org/10.1111/spc3.12434>
237. Steinhausen, H., Wachter, M., Laimböck, K., & Metzke, C. W. (2005). A long-term outcome study of selective mutism in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(7), 751–756. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2005.01560.x>
238. Stiede, J. T., Spencer, S. D., Onyeka, O., Mangen, K. H., Church, M. J., Goodman, W. K., & Storch, E. A. (2024). Obsessive–Compulsive disorder in children and adolescents. *ANNUAL REVIEW OF CLINICAL PSYCHOLOGY*, 20. https://www.annualreviews.org/content/journals/10.1146/annurev-clinpsy-080822-043910;jsessionid=OjcE399RW_JR1QK2Nx4nYkljcWWDaq9rjIW7aygU.annurev-live-10-241-10-109
239. Stiede, J. T., Trent, E. S., Viana, A. G., Guzick, A. G., Storch, E. A., & Hershfield, J. (2023). Cognitive Behavioral Therapy for Children and Adolescents with Anxiety Disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 32(3), 543–558. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2022.12.001>

240. Stockings, E. A., Degenhardt, L., Dobbins, T., Lee, Y. Y., Erskine, H. E., Whiteford, H. A., & Patton, G. (2015). Preventing depression and anxiety in young people: a review of the joint efficacy of universal, selective and indicated prevention. *Psychological Medicine*, 46(1), 11–26. <https://doi.org/10.1017/s0033291715001725>
241. Storch, E. A., Merlo, L. J., Larson, M. J., Geffken, G. R., Lehmkuhl, H. D., Jacob, M. L., Murphy, T. K., & Goodman, W. K. (2008). Impact of comorbidity on Cognitive-Behavioral therapy response in Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(5), 583–592. <https://doi.org/10.1097/chi.0b013e31816774b1>
242. Storch, E. A., McGuire, J. F., Wu, M. S., Hamblin, R., McIngvale, E., Cepeda, S. L., Schneider, S. C., Rufino, K. A., Rasmussen, S. A., Price, L. H., & Goodman, W. K. (2019). *Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale Second Edition (CY-BOCS-II)* [Database record]. APA PsycTests.
243. Strawn, J. R., Geraciotti, L., Rajdev, N., Clemenza, K., & Levine, A. (2018). Pharmacotherapy for generalized anxiety disorder in adult and pediatric patients: an evidence-based treatment review. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*, 19(10), 1057–1070. <https://doi.org/10.1080/14656566.2018.1491966>
244. Strawn, J. R., Lu, L., Peris, T. S., Levine, A., & Walkup, J. T. (2020). Research review: Pediatric anxiety disorders – What have we learnt in the last 10 years? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 62(2), 114–139. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13262>
245. Stockings, E. A., Degenhardt, L., Dobbins, T., Lee, Y. Y., Erskine, H. E., Whiteford, H. A., & Patton, G. (2015). Preventing depression and anxiety in young people: a review of the joint efficacy of universal, selective and indicated prevention. *Psychological Medicine*, 46(1), 11–26. <https://doi.org/10.1017/s0033291715001725>
246. Taylor, S., Koch, W. J., Woody, S., & McLean, P. (1996). Anxiety sensitivity and depression: How are they related? *Journal of Abnormal Psychology*, 105(3), 474–479. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.105.3.474>

247. Teferra, B. G., Borwein, S., DeSouza, D. D., Simpson, W., Rheault, L., & Rose, J. (2022). Acoustic and linguistic features of impromptu speech and their association with anxiety: Validation study. *JMIR Mental Health*, 9(7), e36828. <https://doi.org/10.2196/36828>
248. Thomas RM, Kaipa R (2016) Speech and language deficits in separation anxiety disorder. *Adv Pediatr Res* 3:7. doi:10.12715/apr.2016.3.7
249. Toazza, R., Salum, G. A., Jarros, R. B., DeSousa, D., De Salles, J. F., & Manfro, G. G. (2016). Phonemic verbal fluency and severity of anxiety disorders in young children. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 38(2), 100–104. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2016-0018>
250. Topper, M., Emmelkamp, P. M. G., Watkins, E., & Ehring, T. (2017). Prevention of anxiety disorders and depression by targeting excessive worry and rumination in adolescents and young adults: a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 90, 123–136. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0005796716302352>
251. Tovote, P., Fadok, J. P., & Lüthi, A. (2015). Neuronal circuits for fear and anxiety. *Nature Reviews. Neuroscience*, 16(6), 317–331. <https://doi.org/10.1038/nrn3945>
252. Tyrer, P. (2018). Dimensions fit the data, but can clinicians fit the dimensions? *World Psychiatry*, 17(3), 295–296. <https://doi.org/10.1002/wps.20559>
253. Van Grootheest, D. S., Cath, D. C., Beekman, A. T., & Boomsma, D. I. (2005). Twin Studies on Obsessive–Compulsive Disorder: A review. *Twin Research and Human Genetics*, 8(5), 450–458. <https://doi.org/10.1375/183242705774310060>
- 254.
255. Van Steensel, F. J. A., Bögels, S. M., & Perrin, S. (2011). Anxiety Disorders in Children and Adolescents with Autistic Spectrum Disorders: A Meta-Analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 14(3), 302–317. <https://doi.org/10.1007/s10567-011-0097-0>

256. Vasey, M. W., & Daleiden, E. L. (1994). Worry in children. In G. C. L. Davey & F. Tallis (Eds.), *Worrying: Perspectives on theory, assessment and treatment* (pp. 185–207). John Wiley & Sons.
257. Vaughan, J., Coddington, J. A., Ahmed, A. H., & Ertel, M. (2016). Separation Anxiety Disorder in School-Age Children: What Health care Providers should know. *Journal of Pediatric Health Care*, 31(4), 433–440.
<https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2016.11.003>
258. Vera, R. (2010) *Identification of Specialist Literature in the Security Field*. Master's Thesis, University of Applied Sciences.
259. Volz, C., & Heyman, I. (2007). Case series: Transformation Obsession in Young People with Obsessive-Compulsive Disorder (OCD). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(6), 766–772.
<https://doi.org/10.1097/chi.0b013e3180465a2e>
260. Von Korff, M. R., Eaton, W. W., & Keyl, P. M. (1985). The Epidemiology of Panic Attacks and Panic Disorder Results of three Community Surveys. *American Journal of Epidemiology*, 122(6), 970–981.
<https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a114201>
261. Walitza, S., Melfsen, S., Jans, T., Zellmann, H., Wewetzer, C., & Warnke, A. (2011). Obsessive-Compulsive Disorder in Children and Adolescents. *Deutsches Ärzteblatt International*. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2011.0173>
262. Walter, H. J., Bukstein, O. G., Apright, A. R., Keable, H., Ramtekkar, U., Ripperger- Suhler, J., & Rockhill, C. (2020). Clinical Practice Guideline for the assessment and Treatment of Children and Adolescents with Anxiety Disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 59(10), 1107–1124. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2020.05.005>
263. Waszczuk, M. A., Zavos, H. M. S., Gregory, A. M., & Eley, T. C. (n.d.). The Phenotypic and Genetic Structure of Depression and Anxiety Disorder Symptoms in

- Childhood, Adolescence, and Young Adulthood. *JAMA Psychiatry*, 71(8), 905.
<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.655>
264. Warwick, H., Reardon, T., Cooper, P., Murayama, K., Reynolds, S., Wilson, C., & Creswell, C. (2016). Complete recovery from anxiety disorders following Cognitive Behavior Therapy in children and adolescents: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 52, 77–91. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.12.002>
 265. Watkins, E. R. (2008). Constructive and unconstructive repetitive thought. *Psychological Bulletin*, 134(2), 163–206. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.134.2.163>
 266. Weems, C. F., Silverman, W. K., & La Greca, A. M. (2000). What do youth referred for anxiety problems worry about? Worry and its relation to anxiety and anxiety disorders in children and adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28(1), 63–72. <https://doi.org/10.1023/A:1005122101885>
 267. Wehry, A. M., Beesdo-Baum, K., Hennelly, M. M., Connolly, S. D., & Strawn, J. R. (2015). Assessment and treatment of anxiety disorders in children and adolescents. *Current Psychiatry Reports*, 17(7), Article 591. <https://doi.org/10.1007/s11920-015-0591-z>
 268. Weiner, F. F. (1981). Treatment of phonological disability using the method of meaningful minimal contrast: Two case studies. *Journal of Speech & Hearing Disorders*, 46(1), 97–103. <https://doi.org/10.1044/jshd.4601.97>
 269. Wergeland, H. (1979). Elective mutism. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 59(2), 218–228. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1979.tb06962.x>
 270. Werner-Seider, A., Spanos, S., Caele, A. L., Perry, Y., Torok, M., O’Dea, B., Christensen, H., & Newby, J. M. (2021). School-based Depression and Anxiety Prevention Programs: An Updated Systematic Review and Meta-analysis. *Elsevier*, 89. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102079>
 271. Wewetzer, C., Jans, T., Müller, B., Neudörfl, A., Bücherl, U., Remschmidt, H., Warnke, A., & Herpertz-Dahlmann, B. (2001). Long-term outcome and prognosis of obsessive–compulsive disorder with onset in childhood or adolescence.

- European Child & Adolescent Psychiatry*, 10(1), 37–46.
<https://doi.org/10.1007/s007870170045>
272. Whiteside, S. P. H., Sim, L. A., Morrow, A. S., Farah, W. H., Hilliker, D. R., Murad, M. H., & Wang, Z. (2019). A meta-analysis to guide the Enhancement of CBT for Childhood Anxiety: Exposure over Anxiety Management. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 23(1), 102–121. <https://doi.org/10.1007/s10567-019-00303-2>
273. Wittchen, H. U., Kessler, R. C., Pfister, H., & Lieb, M. (2000). Why do people with anxiety disorders become depressed? A prospective-longitudinal community study. *Acta psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, (406), 14–23.
274. Wong, P. T. P. (2011). Positive psychology 2.0: Towards a balanced interactive model of the good life. *Canadian Psychology / Psychologie canadienne*, 52(2), 69–81. <https://doi.org/10.1037/a0022511>
275. Wood, J. J., McLeod, B. D., Sigman, M., Hwang, W., & Chu, B. C. (2002). Parenting and childhood anxiety: theory, empirical findings, and future directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44(1), 134–151.
<https://doi.org/10.1111/1469-7610.00106>
276. Woodward, L. J., & Fergusson, D. M. (2001). Life Course Outcomes of young people with anxiety disorders in adolescence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(9), 1086–1093.
<https://doi.org/10.1097/00004583-200109000-00018>
277. Wright, B. M. (2017). Blended Learning: Student Perception of Face-to-Face and Online EFL Lessons. *Indonesian Journal of Applied Linguistics*, 7, 64–71.
<https://doi.org/10.17509/ijal.v7i1.6859>
278. Wu, M. S., Geller, D. A., Schneider, S. C., Small, B. J., Murphy, T. K., Wilhelm, S., & Storch, E. A. (2019). Comorbid Psychopathology and the clinical

- profile of family accommodation in Pediatric OCD. *Child Psychiatry & Human Development*, 50(5), 717–726. <https://doi.org/10.1007/s10578-019-00876-7>
279. Yonkers, K. A., Bruce, S. E., Dyck, I. R., & Keller, M. B. (2003). Chronicity, relapse, and illness?course of panic disorder, social phobia, and generalized anxiety disorder: Findings in men and women from 8 years of follow-up. *Depression and Anxiety*, 17(3), 173–179. <https://doi.org/10.1002/da.10106>
 280. Yu, Z., Gu, Z., Shen, Y., & Lu, J. (2025). The relationship between language features and PTSD symptoms: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 16. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2025.1476978>
 281. Zarra-Nezhad, M., Pakdaman, F., & Moazami-Goodarzi, A. (2023). The effectiveness of child-centered group play therapy and narrative therapy on preschoolers' separation anxiety disorder and social-emotional behaviours. *Early Child Development and Care*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/03004430.2023.2167987>
 282. Zhang, X., Kim, J., & Tonegawa, S. (2020). Amygdala reward neurons form and store fear extinction memory. *Neuron*, 105(6), 1077–1093. [https://www.cell.com/neuron/fulltext/S0896-6273\(19\)31091-8](https://www.cell.com/neuron/fulltext/S0896-6273(19)31091-8)
 283. Zhou, X., Guo, J., Lu, G., Chen, C., Xie, Z., Liu, J., & Zhang, C. (2020). Effects of mindfulness-based stress reduction on anxiety symptoms in young people: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 289, 113002. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113002>