



Στρατηγικές
Αναπτυξιακής
και Εφηβικής
Υγείας



ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΤΗΣ ΕΦΗΒΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Διευθύντρια: Αν. Καθηγήτρια Αρτεμισία Τσίτσικα

**“Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις της πανδημίας COVID-19 στα παιδιά και
τους**

**εφήβους, με έμφαση στις αγχώδεις διαταραχές: συστηματική
ανασκόπηση”**

Γεράσιμος Μεσίρης, Ψυχολόγος

A.M. 20180497

Επιβλέπουσα: Άρτεμις Κ. Τσίτσικα, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Παιδιατρικής-Εφηβικής
Ιατρικής ΕΚΠΑ

Ιούλιος 2022

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΤΗΣ ΕΦΗΒΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Διευθύντρια: Αν. Καθηγήτρια Αρτεμισία Τσίτσικα

“Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις της πανδημίας COVID-19 στα παιδιά και τους εφήβους, με έμφαση στις αγχώδεις διαταραχές: συστηματική ανασκόπηση”

Γεράσιμος Μεσίρης, Ψυχολόγος

A.M. 20180497

Μέλη Εξεταστικής Επιτροπής:

Επιβλέπουσα: Αρτεμισία Τσίτσικα, Αναπλ. Καθηγήτρια Παιδιατρικής - Εφηβικής Ιατρικής, Πρόεδρος Ελληνικής Εταιρίας Εφηβικής Ιατρικής (Ε.Ε.Ε.Ι)

2^{ος} επιβλέπων: Θεόδωρος Σεργεντάνης, MD, PhD, Ιατρός – Επιδημιολόγος, Επίκουρος Καθηγητής, Τμήμα Πολιτικών Δημόσιας Υγείας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής (ΠΑΔΑ), Επιστ. Συνεργάτης Θεραπευτικής Κλινικής ΕΚΠΑ, Νοσοκομείο «Αλεξάνδρα»

3^η επιβλέπουσα: Θεοδώρα Ψαλτοπούλου, Παθολόγος, Καθηγήτρια Επιδημιολογίας και Προληπτικής Ιατρικής Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

Ευχαριστίες

Με την ολοκλήρωση της μεταπτυχιακής διπλωματικής μου εργασίας, θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες σε όλους όσους συνέβαλλαν στην εκπόνησή της.

Ευχαριστώ θερμά τους/τις επιβλέποντες/ουσες καθηγητές/τριες, την κ. Τσίτσικα, τον κ. Σεργεντάνη και την κ. Ψαλτοπούλου, για την εμπιστοσύνη που μου έδειξαν εξ' αρχής, αναθέτοντάς μου το συγκεκριμένο θέμα, την επιστημονική τους καθοδήγηση, τις υποδείξεις τους, την επιμονή τους, το αμείωτο ενδιαφέρον τους, τη συμπαράστασή τους και την συνεχή υποστήριξή τους από την αρχή μέχρι το τέλος.

Επίσης, ευχαριστώ θερμά την κ. Ανδρονίκη Σταυρίδου, Στρατιωτική Ψυχολόγο, MSc. και την κ. Παναγούλη Ελένη, παιδίατρο και διδάκτωρ της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών, καθώς χωρίς την δική τους καθοδήγηση και ανατροφοδότηση δεν θα μπορούσε να ολοκληρωθεί η εργασία αυτή.

Τέλος, θα ήθελα να εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου προς την οικογένεια μου και ιδιαιτέρως τους φίλους μου, οι οποίοι σε όλη την διάρκεια της εκπόνησης της εργασίας μου δεν έπαψαν να με στηρίζουν και να με ενθαρρύνουν.

Στον πατέρα μου, που ελπίζω να νιώθει περήφανος

Περιεχόμενα

Γενικό μέρος	σελ. 7
Κεφάλαιο 1 ^ο : Οι ορισμοί της Ψυχικής Υγείας και της Ψυχοπαθολογίας	σελ. 8
1.1. Ο ορισμός της Ψυχικής υγείας	σελ. 8
1.2. Ο ορισμός της Ψυχοπαθολογίας	σελ. 10
Κεφάλαιο 2 ^ο : Ταξινόμηση των αγχώδων διαταραχών	σελ. 13
2.1. Αγχώδης Διαταραχή Αποχωρισμού	σελ. 13
2.2. Επιλεκτική Αλαλία	σελ. 14
2.3. Ειδική Φοβία	σελ. 14
2.4. Διαταραχή κοινωνικού άγχους (κοινωνική φοβία)	σελ. 15
2.5. Διαταραχή Πανικού	σελ. 16
2.6. Προσδιορισμός των επεισοδίων κρίσεων πανικού	σελ. 18
2.7. Αγοραφοβία	σελ. 19
2.8. Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή	σελ. 20
2.9. Αγχώδης διαταραχή προκαλούμενη από χρήση ουσιών ή φαρμάκων	σελ. 21
2.10. Αγχώδης διαταραχή που οφείλεται σε άλλη ιατρική κατάσταση	σελ. 21
2.11. Αγχώδης διαταραχή προσδιοριζόμενη αλλιώς	σελ. 22
2.12. Αγχώδης διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς	σελ. 22
2.13. Διαταραχή σωματικών συμπτωμάτων	σελ. 23
2.14. Διαταραχή άγχους σχετιζόμενο με την υγεία	σελ. 24
Κεφάλαιο 3 ^ο : Αγχώδεις διαταραχές σε παιδιά, εφήβους και νεαρούς ενήλικες	σελ. 25
3.1. Αγχώδεις διαταραχές στην παιδική και εφηβική ηλικία	σελ. 25
3.2. Αγχώδεις διαταραχές στην νεαρή ενήλικη ζωή	σελ. 31
Κεφάλαιο 4 ^ο : Θεραπευτικές μέθοδοι αντιμετώπισης των αγχώδων διαταραχών	σελ. 34
4.1. Συμπεριφορισμός	σελ. 34
4.2. Γνωσιακές θεωρίες	σελ. 35
4.3. Νευροβιολογικό υπόβαθρο των αγχώδων διαταραχών	σελ. 36
4.4. Εναλλακτικές θεραπείες για την αντιμετώπιση των αγχώδων διαταραχών	σελ. 37
4.4.1. Παρεμβάσεις που βασίζονται στην σχέση μεταξύ μυαλού και σώματος	σελ. 37
4.4.2. Παρεμβάσεις που βασίζονται στην κίνηση	σελ. 38
4.5. Διακρανιακή Φωτοβιορύθμιση	σελ. 40

4.6. Ψηφιακή εποχή: Ψηφιακά εργαλεία για την αντιμετώπιση των Αγχωδών Διαταραχών	σελ. 40
4.7. Η ανάπτυξη των ψυχοδυναμικών θεωριών σχετικά με το άγχος	σελ. 42
4.8. Εμπόδια στην εφαρμογή των θεραπευτικών μεθόδων για την αντιμετώπιση των αγχωδών διαταραχών στην κοινότητα	σελ. 43
Ειδικό μέρος	σελ. 45
1. Εισαγωγή	σελ. 46
2. Υλικό – Μέθοδος	σελ. 49
2.1. Σχεδιασμός Μελέτης	σελ. 49
2.2. Κριτήρια Συμπερίληψης	σελ. 50
2.3. Εξαγωγή δεδομένων και ανάλυση	σελ. 50
2.4. Αξιολόγηση ποιότητας	σελ. 50
3. Αποτελέσματα	σελ. 51
3.1. Επιλογή των μελετών	σελ. 51
4. Συζήτηση	σελ. 77
Βιβλιογραφία	σελ. 82
Εικόνες	σελ. 103
Περίληψη στην ελληνική γλώσσα	σελ. 104
Περίληψη στην αγγλική γλώσσα	σελ. 105
Πίνακες	σελ. 106

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1°:

Οι ορισμοί της Ψυχικής Υγείας και της Ψυχοπαθολογίας

1.1. Ο ορισμός της Ψυχικής υγείας

Η έννοια της ψυχικής υγείας έχει αποτελέσει ένα πεδίο συζήτησης για την επιστημονική κοινότητα, η οποία έχει προσπαθήσει να την ορίσει μέσα από διαφορετικές οπτικές. Οι Ryff και Singer (2008) βασιζόμενοι σε φιλοσοφικές και ψυχοθεραπευτικές θεωρίες, συνέθεσαν ένα μοντέλο ερμηνείας της ψυχικής υγείας που βασίζονταν στα εξής χαρακτηριστικά: Αυτονομία, αποδοχή του εαυτού, ανακάλυψη νοήματος της ζωής, προσωπική ανάπτυξη, αίσθηση ελέγχου του περιβάλλοντος και υγιείς διαπροσωπικές σχέσεις. Η μεγαλύτερη επάρκεια σε αυτούς τους τομείς, συνεπάγονταν καλύτερη ψυχική υγεία για το άτομο.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) έχει προτείνει τον εξής ορισμό: «Η ψυχική υγεία αποτελεί μια κατάσταση ψυχικής ευεξίας, κατά την οποία το άτομο μπορεί να συνειδητοποιήσει τις ικανότητές του/της και βάσει αυτών μπορεί να ανταπεξέλθει το, σε φυσιολογικά επίπεδα, στρες της ζωής, να είναι παραγωγικό στην εργασιακή του ζωή και να έχει την δυνατότητα να προσφέρει στην κοινότητα που διαβιεί» (WHO, 2004).

Ο ορισμός αυτός αποτελεί μια πρόοδο στην προσπάθεια αναίρεσης του επιχειρήματος, ότι η ψυχική υγεία νοείται ως η απουσία της ψυχικής ασθένειας. Από την άλλη μεριά, το γεγονός ότι, στον ορισμό αυτόν, θεωρείται προϋπόθεση η ύπαρξη θετικών συναισθημάτων και λειτουργικότητας για να εμπίπτει κάποιο άτομο στον χαρακτηρισμό ως ψυχικά υγιές, είναι κάτι που μπορεί να αμφισβητηθεί. Επίσης, στην προσπάθεια ορισμού της ψυχικής ευεξίας, δεν θα μπορούσε να παραλείπεται η σημαντική παράμετρος στην ζωή του ατόμου, που είναι οι εκάστοτε συγκυρίες που επικρατούν. Για παράδειγμα, ένα άτομο που χάνει την δουλειά του δεν νιώθει απαραίτητα έντονη απογοήτευση, κατά συνέπεια δεν πλήττεται σημαντικά η ψυχική του υγεία, αν η αγορά εργασίας βρήκει από παρόμοιες ευκαιρίες απασχόλησης (Galderisi et al., 2015). Ακόμη, ένα ψυχικά υγιές άτομο μπορεί να νιώσει και συναισθήματα όπως η λύπη, ο θυμός και η απόγνωση. Δεν είναι απαραίτητο να έχει πάντα θετική διάθεση ή να νιώθει ότι έχει τον έλεγχο των καταστάσεων (Waterman, 1993, Diener et al., 1999, Lamers et al., 2011).

Η Keyes (2006, 2014) επιχείρησε να ορίσει την έννοια της ψυχικής υγείας με πιο πολύπλευρο τρόπο, υποστηρίζοντας ότι αποτελείται από τρία συστατικά στοιχεία: την συναισθηματική ευεξία, την ψυχολογική ευεξία και την κοινωνική ευεξία. Η συναισθηματική ευεξία περιλάμβανε τις έννοιες της ευτυχίας, της επιθυμίας για ζωή και την ικανοποίηση με την καθημερινότητα. Η ψυχολογική ευεξία σχετιζόταν με το αν το άτομο ήταν ευχαριστημένο με τις πτυχές της προσωπικότητάς του, με το αν μπορούσε να διαχειρίζεται τις ευθύνες της καθημερινότητάς του, με το αν διατηρούσε καλές σχέσεις με τους άλλους και με το αν ήταν ικανοποιημένος με την ζωή του. Το τρίτο στοιχείο, η κοινωνική ευεξία, αναφέρονταν στο κατά πόσο το άτομο συνεισφέρει στην κοινωνία, στο αν νιώθει μέλος της κοινότητας στην οποία ανήκει, στο ότι το άτομο πιστεύει ότι η κοινωνία γύρω του βελτιώνεται και στο κατά πόσο όλα αυτά που συμβαίνουν γύρω του βγάζουν κάποιο νόημα για εκείνο.

Οι παρατηρήσεις της Keyes πρόσθεσαν στον διάλογο της επιστημονικής κοινότητας, σχετικά με τον ορισμό της ψυχικής υγείας, τις έννοιες των κοινωνικών αξιών, της κουλτούρας και του κοινωνικού υπόβαθρου του ατόμου. Συνυπολογίζοντας αυτές τις έννοιες διατυπώθηκε ένας νέος, πιο διευρυμένος, ορισμός: «Η ψυχική υγεία αποτελεί μια δυναμική κατάσταση μιας εσωτερικής ισορροπίας, που δίνει στα άτομα την δυνατότητα να χρησιμοποιήσουν τις ικανότητές τους σε αρμονία με τις καθολικές αξίες της κοινωνίας. Πιο συγκεκριμένα, οι βασικές γνωστικές και κοινωνικές δεξιότητες, η ικανότητα να αναγνωρίζει, να εκφράζει και να ρυθμίζει τα συναισθήματά του, αλλά και να κατανοεί τα συναισθήματα των άλλων, η ευελιξία και η ικανότητα να αντιμετωπίζει δυσμενή γεγονότα στην ζωή του και να ανταποκρίνεται σε κοινωνικούς ρόλους, καθώς και η αρμονική σχέση μεταξύ σώματος και πνεύματος, αποτελούν σημαντικά συστατικά της ψυχικής υγείας και συμβάλλουν σε ποικίλους βαθμούς στην διαμόρφωση της κατάστασης της εσωτερικής ισορροπίας» (Galderisi et al., 2015).

Οι δύο σημαντικότερες προσθήκες στον ορισμό είναι ο όρος «καθολικές αξίες της κοινωνίας» και η επισήμανση της δυναμικής κατάστασης στην οποία υπόκειται η εσωτερική ισορροπία του κάθε ατόμου. Ο όρος «καθολικές αξίες της κοινωνίας» αναφέρεται στην αλληλεγγύη και τον αλληλοσεβασμό μεταξύ των ανθρώπων και τον σεβασμό απέναντι στο περιβάλλον. Αντίστοιχα, η δυναμική της κατάστασης στην οποία βρίσκεται η εσωτερική ισορροπία κάθε ατόμου, σχετίζεται με τις περιόδους – ορόσημα της ζωής του άλλα και με τις διακυμάνσεις των συναισθημάτων κατά την διάρκεια της καθημερινότητας. Παραδείγματα αποτελούν, η περίοδος της εφηβικής ηλικίας ή η μετάβαση από ένα αναπτυξιακό στάδιο σε ένα άλλο, όπως και η ανάληψη νέων ρόλων κατά τη διάρκεια της ζωής του (Galderisi et al., 2015).

Οι ορισμοί της έννοιας της ψυχικής υγείας επιχείρησαν να συμπεριλάβουν όσο το δυνατόν περισσότερες παραμέτρους του ατόμου ως προσωπικότητα, άλλα και του περιβάλλοντός του. Η προσέγγιση αυτή είχε ως στόχο την ολιστική επισκόπηση της έννοιας, για να διατυπωθεί ένας πιο γενικεύσιμος και αντιπροσωπευτικός ορισμός. Ο ορισμός αυτός θεωρεί ως προϋπόθεση την λειτουργικότητα του ατόμου, για να επιτευχθεί η υγιής ανάπτυξή του. Η προϋπόθεση αυτή υπονοεί την έννοια της ψυχοπαθολογίας, η οποία αναδύεται ως ερμηνεία σε κάθε αποτυχημένη προσπάθεια του ατόμου να διατηρήσει την εσωτερική του ισορροπία. Γι' αυτό το λόγο, η επιστημονική κοινότητα δεν θα μπορούσε να μην προσπαθήσει να ορίσει και να εντοπίσει τον τρόπο εκδήλωσης της ψυχοπαθολογίας.

1.2. Ο ορισμός της Ψυχοπαθολογίας

Στις αρχές του 20^{ου} αιώνα ο Karl Jaspers με το έργο του “General Psychopathology” (1913) περιέγραψε μια καινούρια προσέγγιση ερμηνείας των ψυχικών διαταραχών. Υποστήριξε πως οι ψυχικές διαταραχές, όπως για παράδειγμα οι ψυχώσεις, θα έπρεπε να αξιολογούνται με βάση τα συμπτώματα που τις συνοδεύουν, όπως οι ψευδαισθήσεις, οι παραισθήσεις ή οι παράλογες σκέψεις, παρά με βάση το περιεχόμενο τους. Το περιεχόμενο των συμπτωμάτων, εκείνη την περίοδο, αποτελούσε αντικείμενο μελέτης των εκπροσώπων της ψυχαναλυτικής σχολής. Γι' αυτό το λόγο, ανεξαρτήτως του γεγονότος ότι κάποια ψευδαίσθηση είχε περιεχόμενο ενοχικό ή αυτό – τιμωρητικό, αυτό που είχε περισσότερη αξία ήταν η ύπαρξη αυτής. Με αυτόν τον τρόπο, ο Jaspers κατάφερε να διαχωρίσει την μορφή των συμπτωμάτων από το περιεχόμενο και έθεσε τις βάσεις για την καταγραφή συγκεκριμένων διαγνωστικών χαρακτηριστικών της κάθε ψυχικής διαταραχής.

Οι δύο κυρίαρχες θεωρίες σχετικά με τις ψυχικές διαταραχές και την ψυχοπαθολογία ήταν η φιλοσοφική και η κλινική. Η πρώτη θεωρία πραγματεύεται την ύπαρξη των ψυχικών διαταραχών και το κατά πόσο μπορεί να δοθεί ένας ορισμός στην έννοια της ψυχοπαθολογίας. Επίσης, προσπαθεί να απαντήσει στο αν οι ψυχικές ασθένειες είναι διακριτές οντότητες που ανακύπτουν μέσα από την ανθρώπινη αλληλεπίδραση ή αποτελούν κοινωνικές κατασκευές που ερμηνεύουν την συμπεριφορά του ατόμου, με γνώμονα τα χαρακτηριστικά της εποχής και της κουλτούρας μέσα στην οποία εμφανίζεται. Από την άλλη πλευρά, η κλινική θεωρία βασίζεται σε μια πιο ιατρικό – κεντρική προσέγγιση, που εστιάζει στην αιτιολογία, τα συμπτώματα, την πορεία και την αντιμετώπιση της ψυχοπαθολογίας. Η συγκεκριμένη θεωρία στοχεύει στον διαχωρισμό μεταξύ των συμπτωμάτων μιας διαταραχής και των ψυχολογικών φαινομένων που παρατηρούνται στον γενικό πληθυσμό.

Οι περισσότεροι επαγγελματίες που ασχολούνται με την κλινική πρακτική αποτελούν υποστηρικτές της θεωρίας αυτής. Ακόμη, η συγγραφή της τρίτης έκδοσης (1980) του Διαγνωστικού Εγχειριδίου Ψυχικών Διαταραχών (DSM) και η όγδοη έκδοση (1965) της Διεθνούς Ταξινόμησης Ασθενειών (ICD) υιοθέτησαν τις αρχές της κλινικής θεωρίας. Αυτές οι θεωρίες δεν είναι αμοιβαία αποκλειόμενες. Αντιθέτως, κάποιοι επιστήμονες προσπάθησαν να τις συνδυάσουν για να μπορέσουν να δώσουν πιο έγκυρες απαντήσεις στα ερωτήματα που ανακύπτουν σχετικά με την ψυχοπαθολογία.

Ένας από αυτούς ήταν ο Kendler (2016), ο οποίος μελέτησε κυρίως τρεις προσεγγίσεις που μπορούν να ερμηνεύσουν τις ψυχικές διαταραχές. Οι προσεγγίσεις αυτές είναι ο ρεαλισμός, ο κονστρουκτιβισμός και ο πραγματισμός.

Σύμφωνα με την ρεαλιστική προσέγγιση, οι ψυχικές ασθένειες υπάρχουν όπως μπορεί να διαγνωστεί κάποιος με σπασμένο πόδι. Αντίστοιχα, η κατάθλιψη ή η σχιζοφρένεια έχουν βιολογικές ενδείξεις στην λειτουργία του εγκεφάλου. Οι μη υποστηρικτές αυτής της θεωρίας ισχυρίζονται ότι δεν έχουν όλες οι ψυχικές διαταραχές, που περιγράφονται στα εγχειρίδια, βιολογική σαφήνεια άλλων ασθενειών, όπως η βρογχίτιδα ή ο καρκίνος. Παρόλα αυτά, η συνέχιση των ερευνών αποσκοπεί στην ανακάλυψη του βιολογικού υπόβαθρου των ψυχικών διαταραχών, για την παροχή περισσότερων απτών αποδείξεων της ύπαρξής τους.

Η κονστρουκτιβιστική θεωρία υποστηρίζει ότι οι ψυχικές διαταραχές δεν έχουν βιολογικό υπόβαθρο και ότι κατασκευάζονται από ανθρώπους, όπως τα μουσικά είδη ή η μόδα, που αποτελούν προϊόντα κοινωνικών συμβάσεων. Αυτή η αντι - ψυχιατρική σκοπιά έχει δεχθεί έντονη κριτική. Ενώ οι περισσότεροι επιστήμονες δεν αποδέχονται την οπτική ότι οι ψυχικές διαταραχές είναι κοινωνικές κατασκευές, υπάρχουν και διακεκριμένοι ειδικοί ψυχικής υγείας που θεωρούν ότι κάποιες ψυχικές ασθένειες είναι απόρροια την κοινωνικής και πολιτικής κατάστασης που επικρατεί (Kendler, 2016; Paris, 2013; Summerville, 2001; Tyrer, 2016). Για παράδειγμα, ψυχικές διαταραχές όπως το μετατραυματικό στρες, η εναντιωματική – προκλητική διαταραχή συμπεριφοράς, η διαταραχή πολλαπλής προσωπικότητας, οι διαταραχές διάθεσης που οφείλονται στον έμμηνο κύκλο και ακόμη και η μείζονα καταθλιπτική διαταραχή αποτελούν ψυχικές ασθένειες που οφείλονται στο χωρικό και το χρονικό πλαίσιο που εντάσσεται το άτομο (Parker et al., 2005).

Το περιεχόμενο της πραγματιστικής θεωρίας αναφέρεται στο κατά πόσο κάποια διάγνωση είναι χρήσιμη και ωφέλιμη, χωρίς το ωφέλιμη να αναφέρεται στην έννοια του ωφελιμισμού. Πιο συγκεκριμένα, η θεωρία αυτή σχετίζεται με το κατά πόσο η κατηγοριοποίηση των ψυχικών διαταραχών είναι μια στρατηγική λειτουργική και χρήσιμη και όχι πραγματική. Αυτή η τοποθέτηση αποτελεί τον πυρήνα των λεγομένων του Jablensky

(2016). Ο ίδιος θεωρούσε ότι λίγες διαγνώσεις είναι αυτές που έχουν εγκυρότητα και ότι υπάρχουν από διαγνωστικής άποψης, κοινά σημεία στην αξιολόγηση μιας ψυχικής διαταραχής, όπως στις γονιδιωματικές παραλλαγές, πράγμα που εξασθενεί το επιχείρημα ότι κάποιες διαταραχές αποτελούν διακριτές διαγνωστικές οντότητες. Οι διαγνώσεις που επιχειρούνται, λοιπόν, χαρακτηρίζονται από συγκριτική εγκυρότητα, πράγμα το οποίο σημαίνει ότι τα κριτήρια που περιγράφουν μια ψυχική διαταραχή και έχουν επιστημονική τεκμηρίωση, αποτελούν βελτίωση συγκριτικά με παλιότερα διαγνωστικά μοντέλα. Με βάση αυτές τις θέσεις της πραγματιστικής θεωρίας, η επιστημονική κοινότητα την κατέταξε ανάμεσα στην ρεαλιστική και την κονστρουκτιβιστική.

Παρότι ως θεωρία προσπάθησε να συγκεράσει τις άλλες δύο προσεγγίσεις, οι υποστηρικτές της δέχθηκαν μεγάλη κριτική, κυρίως από τον Kendler (2016) και τον Wakefield (2016). Ο Kendler παρατήρησε δύο σημεία που σχετίζονται με το επιστημονικά ηθικό κομμάτι. Το ένα σχετίζεται με την ελλιπή κατανόηση που δείχνει να έχει η θεωρία, αναφορικά με το γεγονός ότι το πάσχων άτομο υποφέρει πραγματικά από την ύπαρξη μιας ψυχικής ασθένειας, με κίνδυνο να μην γίνει αντιληπτή η κατάσταση στην οποία βρίσκεται και να μην λάβει την απαραίτητη βοήθεια. Και το δεύτερο αδύναμο σημείο είναι η εστίαση στην χρησιμότητα της διάγνωσης και όχι στην τεκμηρίωση της ύπαρξης της ψυχικής ασθένειας που περιγράφει. Γεγονός που θα στερούσε από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας που πραγματοποιούν διαγνώσεις το κύρος τους και θα κατηγορούνταν ότι δεν υπηρετούν έναν πραγματικό επιστημονικό κλάδο. Αυτό υποστήριξε και ο Wakefield (2016), ο οποίος τόνισε το ότι η πραγματιστική θεωρία στερεί από την διάγνωση των ψυχικών διαταραχών την επιστημονική της εγκυρότητα.

Η επικράτηση της κλινικής θεωρίας στον τομέα της ψυχιατρικής αποτυπώνεται στα δύο εγχειρίδια ψυχικών διαταραχών, το DSM και το ICD. Με την χρήση αυτών των δύο, οι ειδικοί ψυχικής υγείας αναγνωρίζουν τα συμπτώματα, τον αριθμό τους και την διάρκειά τους για να καταλήξουν στην πιθανή διαταραχή που υπάρχει. Για να επιβεβαιώσουν την ύπαρξη της διαταραχής θα πρέπει να βιώνει το άτομο δυσφορία ή δυσλειτουργικότητα στην καθημερινή ζωή. Οι στόχοι της ταξινόμησης των διαταραχών στα εγχειρίδια αυτά είναι:

- 1) Ο διαχωρισμός μεταξύ φυσιολογικών και παθολογικών συναισθηματικών καταστάσεων
 - Σε ψυχωτικές καταστάσεις
 - Σε μη ψυχωτικές καταστάσεις
- 2) Ο διαχωρισμός μεταξύ των διαφορετικών ψυχικών διαταραχών

Με αυτόν τον τρόπο διασφαλίζεται η εγκυρότητα και η αξιοπιστία, μέσα από την δυνατότητα της αναπαραγωγής, της διάγνωσης των διαταραχών, πράγμα που αποτελεί βασική αρχή της διαγνωστικής σε όλους τους κλάδους της ιατρικής επιστήμης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2°:

Ταξινόμηση των αγχώδων διαταραχών κατά DSM – 5

Σύμφωνα με το εγχειρίδιο ψυχικών διαταραχών DSM – V, οι αγχώδεις διαταραχές θεωρούνται αυτές που αναφέρονται σε υπερβολικό φόβο και άγχος και έχουν ανάλογες συνέπειες στην συμπεριφορά του ατόμου. Ο φόβος θεωρείται η άμεση συναισθηματική αντίδραση απέναντι στο πραγματικό ερέθισμα, ενώ το άγχος αναδύεται κατά την ενδεχόμενη εμφάνιση μιας μελλοντικής απειλής. Παρότι υπάρχουν αλληλοεπικαλύψεις μεταξύ αυτών των δύο, έχει πραγματοποιηθεί μια ταξινόμηση που διασαφηνίζει τα όρια μεταξύ τους.

2.1. Αγχώδης Διαταραχή Αποχωρισμού: Α) Στην διαταραχή αυτή το άτομο παρουσιάζει έναν, από αναπτυξιακής σκοπιάς, ακατάλληλο και υπερβολικό φόβο ή άγχος να αποχωριστεί το άτομο στο οποίο είναι προσκολλημένο και για να αποδεικνύεται θα πρέπει να πληρούνται τρία από τα παρακάτω:

- 1) Το άτομο βιώνει υπερβολική δυσφορία κάθε φορά που πρέπει να αποχωριστεί το σπίτι ή κάποιο πρόσωπο προσκόλλησης.
- 2) Επίμονη και υπερβολική ανησυχία σχετικά με τον αποχωρισμό από το κύριο πρόσωπο προσκόλλησης ή σε πιθανό κίνδυνο αυτού του προσώπου, όπως ασθένεια, τραυματισμός, καταστροφή ή θάνατος.
- 3) Υπερβολική και σταθερή ανησυχία σχετικά με τον ερχομό ενός απρόβλεπτου γεγονότος (π.χ. να χάσει το δρόμο του, να πέσει θύμα απαγωγής, να του τύχει κάτι σοβαρό, να αρρωστήσει) πράγμα που θα προκαλούσε τον αποχωρισμό από το κύριο πρόσωπο προσκόλλησης.
- 4) Συνεχής αντίσταση στο να απομακρυνθεί από το σπίτι, το σχολείο, την δουλειά ή οπουδήποτε, πράγμα που οφείλεται στο άγχος προσκόλλησης.
- 5) Επίμονο και υπερβολικό φόβο να μείνει μόνο του ή χωρίς τα κύρια πρόσωπα προσκόλλησης εντός σπιτιού ή σε άλλο πλαίσιο.

- 6) Συνεχής αντίσταση στο να διανυκτερεύσει σε άλλο πλαίσιο, ή χωρίς το κύριο πρόσωπο προσκόλλησης.
- 7) Επίμονα άσχημα όνειρα με περιεχόμενο τον αποχωρισμό.
- 8) Επίμονη έκφραση παραπόνων εξαιτίας σωματικών ενοχλήσεων (π.χ. πονοκέφαλοι, στομαχόπονοι, ναυτία, εμετοί) όταν απομακρύνονται ή πρόκειται να απομακρυνθούν από τα κύρια πρόσωπα προσκόλλησης.
- B) Ο φόβος, το άγχος ή η αποφυγή είναι επίμονη για τουλάχιστον 4 εβδομάδες στα παιδιά και τους εφήβους και για 6 μήνες για τους ενήλικες.
- Γ) Η αναστάτωση αυτή προκαλεί κλινικά σημαντική δυσφορία ή επιδείνωση της κοινωνικής, ακαδημαϊκής, εργασιακής ή άλλης λειτουργικότητας.
- Δ) Η δυσκολία αυτή δεν εξηγείται καλύτερα από κάποια άλλη ψυχική διαταραχή, όπως με την άρνηση να φύγει από το σπίτι, εξαιτίας της υπερβολικής αντίστασης στην αλλαγή στην διαταραχή αυτιστικού φάσματος. Με τις παραισθήσεις ή τις ψευδαισθήσεις σχετικά με τον αποχωρισμό, όπως στις ψυχωτικές διαταραχές. Με την άρνηση να βγει έξω από το σπίτι ή να βγει με έναν έμπιστο σύντροφο, όπως στην αγοραφοβία. Με τις ανησυχίες σχετικά με ασθένειες, με την υγεία ή άλλο πρόβλημα που θα μπορούσε να συμβεί στους σημαντικούς άλλους, όπως στην γενικευμένη αγχώδη διαταραχή, ή με τις ανησυχίες σχετικά με την εμφάνιση ασθένειας, όπως στην αγχώδη διαταραχή ασθενειών.

2.2. Επιλεκτική Αλαλία: A) Συνεχής αποτυχία από μέρους του ατόμου συνδιαλλαγεί σε καταστάσεις κοινωνικού χαρακτήρα, στις οποίες υπάρχει προσδοκία από εκείνο να μιλήσει (π.χ. στο σχολείο), παρότι σε άλλες συνθήκες ανταποκρίνεται λεκτικά.

B) Η δυσκολία αυτή επηρεάζει αρνητικά την προσαρμογή του σε εκπαιδευτικά και εργασιακά πλαίσια ή στην επικοινωνία κατά την κοινωνικοποίηση.

Γ) Η διάρκεια της δυσκολίας είναι τουλάχιστον για ένα μήνα (όχι περιορισμένη στο πρώτο μήνα του σχολείου).

Δ) Η δυσκολία ομιλίας δεν αποδίδεται σε απουσία των απαραίτητων γνώσεων ή της αναμενόμενης εξοικείωσης με την γλώσσα που συνηθίζει να χρησιμοποιεί και απαιτείται από την κοινωνική συνθήκη.

E) Η δυσκολία δεν ερμηνεύεται με πιο έγκυρο τρόπο από κάποια επικοινωνιακή διαταραχή (π.χ. διαταραχή της άρθρωσης της παιδικής ηλικίας) και δεν συμβαίνει αποκλειστικά στα πλαίσια της διαταραχής του αυτιστικού φάσματος, της σχιζοφρένειας, ή άλλης ψυχωτικής διαταραχής.

2.3. Ειδική Φοβία: Α) Αξιοσημείωτος φόβος ή άγχος σχετικά με ένα συγκεκριμένο αντικείμενο ή μία κατάσταση (π.χ. πτήσεις, ύψη, ζώα, το να κάνει μια ένεση, στη θέα του αίματος).

Σημείωση: Στην παιδική ηλικία τα συναισθήματα του φόβου και το άγχους μπορεί να εκφραστεί με ξέσπασμα, κλάμα, ευερεθιστότητα ή ακινητοποίηση.

Β) Το αντικείμενο ή η κατάσταση που συνδέονται με τον φόβο συνήθως προκαλεί άμεσα αυτό το συναίσθημα.

Γ) Το αντικείμενο ή η κατάσταση που συνδέονται με τον φόβο αποφεύγονται σκόπιμα ή το άτομο, παρότι βιώνει έντονο φόβο ή άγχος, περιμένει να τελειώσει.

Δ) Ο φόβος ή το άγχος είναι αντιστοιχούν στον πραγματικό κίνδυνο που τίθεται από το αντικείμενο ή την κατάσταση και σημαντικό ρόλο παίζει και το κοινωνικό – πολιτισμικό πλαίσιο.

Ε) Το άγχος, ο φόβος και η συμπεριφορά αποφυγής είναι εμφανή συνήθως για 6 μήνες, μπορεί και περισσότερο.

ΣΤ) Ο φόβος, το άγχος η συμπεριφορά αποφυγής συνεπάγονται δυσφορία κλινικού χαρακτήρα με αποτέλεσμα την επιδείνωση της λειτουργικότητας του ατόμου σε κοινωνικό και εργασιακό επίπεδο, ή σε άλλους σημαντικούς τομείς.

Ζ) Η δυσκολία δεν ερμηνεύεται καλύτερα από τα χαρακτηριστικά άλλης διαταραχής, όπως το άγχος, ο φόβος και η συμπεριφορά αποφυγής που αντιστοιχούν με τα χαρακτηριστικά της διαταραχής πανικού ή άλλων παραλυτικών συμπτωμάτων (όπως στην αγοραφοβία). Με αντικείμενα ή καταστάσεις που συνδέονται με εμμονές (όπως στην ψυχαναγκαστική – καταναγκαστική διαταραχή). Αναμνήσεις τραυματικών γεγονότων (όπως στην διαταραχή μετά – τραυματικού στρες). Αποχωρισμός από το σπίτι ή από τις φιγούρες προσκόλλησης (όπως στην διαταραχή του άγχους αποχωρισμού). Με κοινωνικές καταστάσεις (όπως στην διαταραχή του κοινωνικού άγχους).

Οι πιο εξειδικευμένες κατηγορίες σχετίζονται με:

- 1) Τα ζώα
- 2) Το φυσικό περιβάλλον
- 3) Το αίμα, τους εμβολιασμούς και τους τραυματισμούς
- 4) Συγκεκριμένες καταστάσεις
- 5) Άλλο αντικείμενο ή κατάσταση

2.4. Διαταραχή κοινωνικού άγχους (κοινωνική φοβία): Α) Αξιοσημείωτο άγχος ή φόβος σχετικά με καταστάσεις κοινωνικού χαρακτήρα, μία ή και περισσότερες, στις οποίες το άτομο

είναι εκτεθειμένο στην αξιολόγηση άλλων ατόμων. Παραδείγματα αποτελούν συνδιαλλαγές κοινωνικού είδους (π.χ. μια συζήτηση, η γνωριμία με αγνώστους), το να το παρατηρούν (π.χ. να τρώει, να πίνει κάτι) και το να παρουσιάζει κάτι σε κοινό (π.χ. να κάνει μια ομιλία).

Σημείωση: Το άγχος κατά την παιδική ηλικία αναμένεται σε πλαίσια με συνομηλίκους, πέραν της επαφής με ενήλικες.

B) Ο φόβος του ατόμου σχετίζεται με το ότι ο τρόπος με τον οποίο θα δράσει και το ότι θα δείξει αγχώδη στοιχεία, θα έχει ως αποτέλεσμα οι άλλοι να τα αξιολογήσουν με αρνητικό τρόπο (π.χ. θα εξευτελιστεί ή θα ντροπιαστεί και αυτό θα οδηγήσει στην απόρριψη από τους άλλους, ή στην προσβολή τους).

Γ) Καταστάσεις κοινωνικού χαρακτήρα συνήθως προκαλούν άγχος ή φόβο.

Σημείωση: Το άγχος και ο φόβος στην παιδική ηλικία μπορεί να εκφραστεί με κλάματα, ξεσπάσματα, ακινητοποίηση, ευερεθιστότητα, συστολή ή αποτυχία στο να μιλήσει σε κοινωνικές καταστάσεις.

Δ) Καταστάσεις κοινωνικού χαρακτήρα αποφεύγονται ή τις υπομένει το άτομο με έντονο άγχος ή φόβο.

E) Το άγχος ή ο φόβος είναι δυσανάλογα με του πραγματικού ενδεχόμενου κινδύνου που τίθεται από την κοινωνική συνθήκη και σε σχέση με το κοινωνικό – πολιτισμικό πλαίσιο.

ΣΤ) Το άγχος, ο φόβος ή η συμπεριφορά αποφυγής συνήθως παραμένουν για 6 μήνες, μπορεί και περισσότερο.

Z) Το άγχος, ο φόβος ή η συμπεριφορά αποφυγής συνδέονται με δυσφορία κλινικού χαρακτήρα με αποτέλεσμα την επιδείνωση της λειτουργικότητας του ατόμου σε κοινωνικό και εργασιακό επίπεδο, ή σε άλλους σημαντικούς τομείς.

H) Το άγχος, ο φόβος ή η συμπεριφορά αποφυγής δεν μπορούν να αποδοθούν στην σωματική επίδραση κάποιου φαρμάκου (π.χ. υπερβολική χρήση κάποιας ναρκωτικής ουσίας ή κάποιου φαρμάκου) ή σε άλλη ιατρική κατάσταση.

Θ) Το άγχος, ο φόβος ή η συμπεριφορά αποφυγής δεν ερμηνεύονται καλύτερα από τα χαρακτηριστικά άλλης διαταραχής, όπως η διαταραχή πανικού, η διαταραχή σωματικής δυσμορφίας ή την διαταραχή του αυτιστικού φάσματος.

I) Αν κάποια άλλη ιατρική κατάσταση (π.χ. ασθένεια του Parkinson, παχυσαρκία, παραμόρφωση από εγκαύματα ή τραυματισμό) είναι παρούσα, το άγχος, ο φόβος ή η συμπεριφορά αποφυγής είναι προφανώς άσχετα ή υπερβολικά.

Υπάρχει εξειδίκευση της διάγνωσης όταν:

Το άτομο πρέπει να παρουσιάσει κάτι: Αν ο φόβος είναι περιοριστικός στο να μιλήσει ή να παρουσιαστεί δημοσίως.

2.5. Διαταραχή Πανικού: Α) Επαναλαμβανόμενα απρόσμενα επεισόδια κρίσεων πανικού. Η κρίση πανικού αποτελεί μια ξαφνική κλιμάκωση έντονου φόβου, που διογκώνεται μέσα σε λίγα λεπτά και μέσα σε αυτό το διάστημα τέσσερα, τουλάχιστον, από τα συμπτώματα που ακολουθούν εμφανίζονται:

- 1) Ταχυπαλμία
- 2) Εφίδρωση
- 3) Τρόμος
- 4) Δυσκολία στην αναπνοή
- 5) Αίσθηση ασφυξίας
- 6) Δυσφορία ή πόνος στο στήθος
- 7) Ναυτία ή δυσφορία στην κοιλιά
- 8) Αίσθηση λιγγού, αστάθειας, ζαλάδας ή λιποθυμία
- 9) Αίσθηση κρύου ή ζέστης
- 10) Μυρμήγκιασμα ή μούδιασμα
- 11) Αίσθηση αποσύνδεσης από την πραγματικότητα ή αποσύνδεσης από τον εαυτό
- 12) Φόβος απώλειας λογικής ή απώλειας του ελέγχου
- 13) Φόβος ότι θα πεθάνει

Σημείωση: Συμπτώματα που σχετίζονται με τον πολιτισμό μπορούν να εμφανιστούν (π.χ. εμβοές, πόνος στον αυχένα, πονοκέφαλος, ανεξέλεγκτο ουρλιαχτό ή κλάμα). Αυτά δεν μπορούν να θεωρηθούν ως ένα από τα τέσσερα που πρέπει να υπάρχουν για να επιβεβαιωθεί η διάγνωση.

Β) Τουλάχιστον ένα από τα επεισόδια επέρχεται μετά από 1 μήνα, ή και περισσότερο, με το ένα ή και με τα δύο από τα ακόλουθα:

- 1) Επίμονο προβληματισμό ή ανησυχία ότι θα συμβούν και άλλα επεισόδια κρίσεων πανικού ή συνέπειές τους (π.χ. απώλεια ελέγχου, καρδιακό έμφραγμα, απώλεια της λογικής).
- 2) Μια δυσλειτουργική αλλαγή στην συμπεριφορά σχετικά με τις κρίσεις πανικού (π.χ. υιοθέτηση συμπεριφορών με τις οποίες να αποφεύγει να πάθει κρίσεις πανικού, αποφυγή γυμναστικής ή ανοικτών καταστάσεων).

Γ) Η δυσκολία δεν αποδίδεται στις σωματικές επιδράσεις κάποιου φαρμάκου (π.χ. υπερβολική χρήση κάποιας ναρκωτικής ουσίας ή κάποιου φαρμάκου) ή σε άλλη ιατρική κατάσταση (π.χ. υπερθυρεοειδισμός, καρδιοπνευμονικές διαταραχές).

Δ) Η δυσκολία δεν ερμηνεύεται καλύτερα από τα χαρακτηριστικά άλλης διαταραχής (π.χ. τα επεισόδια της κρίσης πανικού δεν συμβαίνουν μόνο ως απόκριση σε φοβικές κοινωνικές

καταστάσεις, όπως στην κοινωνική αγχώδη διαταραχή, είτε ως απόκριση σε συγκεκριμένα αντικείμενα ή καταστάσεις που προκαλούν φόβο, όπως στην ειδική φοβία, είτε ως απόκριση σε εμμονές, όπως στην ψυχαναγκαστική – καταναγκαστική διαταραχή, είτε ως απόκριση σε αναμνήσεις τραυματικών γεγονότων, όπως στην διαταραχή μετά – τραυματικού στρες, είτε ως απόκριση στον αποχωρισμό από τις φιγούρες προσκόλλησης, όπως στην αγχώδη διαταραχή αποχωρισμού).

2.6. Προσδιορισμός των επεισοδίων κρίσεων πανικού:

Σημείωση: Τα χαρακτηριστικά που περιγράφονται έχουν ως απώτερο στόχο να αναγνωριστεί ένα επεισόδιο κρίσης πανικού. Ωστόσο, η κρίση πανικού δεν είναι μια ψυχική διαταραχή για να ταξινομηθεί. Τα επεισόδια πανικού μπορεί είναι κομμάτι οποιασδήποτε αγχώδους διαταραχής, όπως επίσης και σε άλλες ψυχικές διαταραχές (π.χ. καταθλιπτικές διαταραχές, διαταραχή μετά – τραυματικού στρες, διαταραχές χρήσης ουσιών) και σε κάποιες ιατρικές καταστάσεις (π.χ. καρδιακού συστήματος, αναπνευστικού, αιθουσαίου, γαστρεντερικού). Όταν αναγνωρίζεται η παρουσία επεισοδίων πανικού, θα πρέπει να θεωρείται ως προσδιορισμός της διαταραχής (π.χ. «διαταραχή μετά – τραυματικού στρες με επεισόδια πανικού»). Για την διαταραχή πανικού, η παρουσία επεισοδίων κρίσεων πανικού εμπεριέχεται στα κριτήρια της διαταραχής και οι κρίσεις πανικού δεν χρησιμοποιούνται ως προσδιορισμός.

Η κρίση πανικού αποτελεί μια ξαφνική κλιμάκωση έντονου φόβου, που διογκώνεται μέσα σε λίγα λεπτά και μέσα σε αυτό το διάστημα τέσσερα, τουλάχιστον, από τα συμπτώματα που ακολουθούν εμφανίζονται:

Σημείωση: Το αιφνίδιο κύμα μπορεί να συμβεί είτε κατά την διάρκεια μιας ήρεμης κατάστασης, είτε μιας αγχώδους κατάστασης.

- 1) Ταχυπαλμία
- 2) Εφίδρωση
- 3) Τρόμος
- 4) Δυσκολία στην αναπνοή
- 5) Αίσθηση ασφυξίας
- 6) Δυσφορία ή πόνος στο στήθος
- 7) Ναυτία ή δυσφορία στην κοιλιά
- 8) Αίσθηση ιλίγγου, αστάθειας, ζαλάδας ή λιποθυμία
- 9) Αίσθηση κρύου ή ζέστης
- 10) Μυρμήγκιασμα ή μούδιασμα
- 11) Αίσθηση αποσύνδεσης από την πραγματικότητα ή αποσύνδεσης από τον εαυτό

12) Φόβος απώλειας λογικής ή απώλειας του ελέγχου

13) Φόβος ότι θα πεθάνει

Σημείωση: Συμπτώματα που σχετίζονται με τον πολιτισμό μπορούν να εμφανιστούν (π.χ. εμβοές, πόνος στον αυχένα, πονοκέφαλος, ανεξέλεγκτο ουρλιαχτό ή κλάμα). Αυτά δεν μπορούν να θεωρηθούν ως ένα από τα τέσσερα που πρέπει να υπάρχουν για να επιβεβαιωθεί η διάγνωση.

2.7. Αγοραφοβία: Α) Αξιοσημείωτος φόβος και άγχος σχετικά με δύο (ή και περισσότερες) από τις πέντε καταστάσεις που ακολουθούν:

1) Χρήση μέσων μαζικής μεταφοράς (π.χ. αεροπλάνα, πλοία, τρένα, λεωφορεία).

2) Επιδιώκει τους ανοιχτούς χώρους (π.χ. χώροι στάθμευσης οχημάτων, σούπερ μάρκετ, γέφυρες).

3) Επιδιώκει τους κλειστούς χώρους (π.χ. θέατρα, μαγαζιά, κινηματογράφοι).

4) Να στέκεται σε μια ουρά ή να βρίσκεται ανάμεσα σε πλήθος κόσμου.

5) Να βρίσκεται το άτομο έξω από το σπίτι μόνο του.

Β) Ο φόβος του ατόμου και η μη εμπλοκή τους σε τέτοιες καταστάσεις συμβαίνουν εξαιτίας σκέψεων ότι το να φύγει θα είναι δύσκολο, ή ότι δεν θα υπάρχει βοήθεια διαθέσιμη σε περίπτωση που εμφανιστούν συμπτώματα κρίσεων πανικού ή άλλα παραλυτικά ή ντροπιαστικά συμπτώματα (π.χ. φόβος μην πέσει κάτω, ιδιαίτερος σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, φόβος ακράτειας).

Γ) Το άγχος και ο φόβος κυριαρχούν σε καταστάσεις αγοραφοβίας.

Δ) Γίνεται σκόπιμη αποφυγή καταστάσεων αγοραφοβίας, καθώς απαιτούν την παρουσία συνοδού ή τις υπομένει το άτομο βιώνοντας έντονο άγχος ή φόβο.

Ε) Το άγχος ή ο φόβος είναι δυσανάλογα με του πραγματικού ενδεχόμενου κινδύνου που τίθεται από την αγοραφοβική κατάσταση και σε σχέση με το κοινωνικό – πολιτισμικό πλαίσιο.

ΣΤ) Το άγχος, ο φόβος ή η συμπεριφορά αποφυγής επιμένουν συνήθως για 6 μήνες ή και περισσότερο.

Ζ) Το άγχος, ο φόβος ή η συμπεριφορά αποφυγής συνδέονται με δυσφορία κλινικού χαρακτήρα με αποτέλεσμα την επιδείνωση της λειτουργικότητας του ατόμου σε κοινωνικό και εργασιακό επίπεδο, ή σε άλλους σημαντικούς τομείς.

Η) Εάν συνυπάρχει άλλη ιατρική συνθήκη (π.χ. φλεγμονώδης νόσος του εντέρου, νόσος του Parkinson) το άγχος, ο φόβος ή η συμπεριφορά αποφυγής είναι σαφώς εντονότερα.

Θ) Το άγχος, ο φόβος ή η συμπεριφορά αποφυγής δεν ερμηνεύονται καλύτερα από τα συμπτώματα άλλων ψυχικών διαταραχών, για παράδειγμα τα χαρακτηριστικά δεν αφορούν

μόνο στην ειδική φοβία, στο είδος των καταστάσεων, είτε γιατί δεν σχετίζονται μόνο με καταστάσεις κοινωνικού χαρακτήρα (όπως στην κοινωνική αγχώδη διαταραχή), είτε γιατί δεν συνδέονται αποκλειστικά με εμμονές (όπως στην ψυχαναγκαστική – καταναγκαστική διαταραχή), είτε με τα αντιλαμβανόμενα ελαττώματα ή ατέλειες στην εμφάνιση (όπως στην διαταραχή σωματικής δυσμορφίας), είτε με αναμνήσεις τραυματικών γεγονότων (όπως στην διαταραχή μετά – τραυματικού στρες), είτε με τον φόβο του αποχωρισμού (όπως αγχώδη διαταραχή αποχωρισμού).

Σημείωση: Η αγοραφοβία διαγιγνώσκεται ανεξαρτήτως από την ύπαρξη επεισοδίων κρίσεων πανικού. Αν το άτομο παρουσιάζει μια κλινική εικόνα που περιέχουν τα χαρακτηριστικά και της διαταραχής πανικού και της αγοραφοβίας, διατυπώνονται και οι δύο διαγνώσεις.

2.8. Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή: Α) Ανησυχία και άγχος σε υπερβολικό βαθμό (τρομακτική προσδοκία), που διαρκεί πολλές μέρες για το λιγότερο 6 μήνες, σχετικά με ένα σύνολο συμβάντων και καθημερινών ενασχολήσεων (όπως στην εργασιακή και την σχολική απόδοση).

Β) Το άτομο δυσκολεύεται πολύ να διαχειριστεί την ανησυχία του.

Γ) Η ανησυχία και το άγχος σχετίζονται με τρία (ή και περισσότερα) από τα έξι χαρακτηριστικά που ακολουθούν (με κάποια τουλάχιστον από αυτά να είναι παρόντα για περισσότερο καιρό με ελάχιστο διάστημα τους έξι μήνες):

Σημείωση: Για τα παιδιά αναμένεται ένα από αυτά τα στοιχεία.

1) Ταραχή ή παραίτηση ή εγρήγορση.

2) Αίσθηση εύκολης κόπωσης.

3) Αδυναμία εστίασης ή άδειασμα του μυαλού.

4) Εκνευρισμός.

5) Υπερένταση.

6) Διαταραγμένος ύπνος (δυσκολία στο να αποκοιμηθεί ή παραμένει ξύπνιο, έχει ανήσυχο ύπνο και δεν ξεκουράζεται από τον ύπνο).

Δ) Η ανησυχία, το άγχος ή οι σωματικές ενοχλήσεις συνδέονται με δυσφορία κλινικού χαρακτήρα με αποτέλεσμα την επιδείνωση της λειτουργικότητας του ατόμου σε κοινωνικό και εργασιακό επίπεδο, ή σε άλλους σημαντικούς τομείς.

Ε) Η δυσκολία δεν αποδίδεται στην επίδραση κάποιου φαρμάκου (π.χ. υπερβολική χρήση κάποιας ναρκωτικής ουσίας ή κάποιου φαρμάκου) ή σε άλλη ιατρική κατάσταση (π.χ. υπερθυρεοειδισμός).

ΣΤ) Η δυσκολία δεν ερμηνεύεται καλύτερα από τα χαρακτηριστικά άλλης διαταραχής (π.χ. άγχος ή ανησυχία σχετικά με το να παρουσιάσει κρίσεις πανικού στην διαταραχή πανικού, αρνητική αξιολόγηση στην κοινωνική αγχώδη διαταραχή, μόλυνση ή άλλες εμμονές στην ψυχαναγκαστική – καταναγκαστική διαταραχή, αποχωρισμός από τις φιγούρες προσκόλλησης στην αγχώδη διαταραχή αποχωρισμού, αναμνήσεις τραυματικών γεγονότων στην διαταραχή μετά – τραυματικού στρες, πρόσληψη βάρους στην νευρογενή ανορεξία, σωματικές ενοχλήσεις στην διαταραχή σωματικών συμπτωμάτων, αντιλαμβανόμενα εμφανισιακά ελαττώματα στην διαταραχή σωματικής δυσμορφίας, το να υπάρχει ασθένεια με σοβαρά συμπτώματα στην αγχώδη διαταραχή ασθενειών, ή το παραληρηματικό περιεχόμενο σκέψεων στην σχιζοφρένεια ή την παραληρηματική διαταραχή).

2.9. Αγχώδης διαταραχή προκαλούμενη από χρήση ουσιών ή φαρμάκων:

A) Το άγχος ή οι κρίσεις πανικού είναι προεξάρχοντα στοιχεία της κλινικής εικόνας.

B) Υπάρχουν αποδείξεις από το ιστορικό, την σωματική εξέταση ή από τα εργαστηριακά ευρήματα και των δύο:

- 1) Τα συμπτώματα του κριτηρίου A εμφανίστηκαν κατά την διάρκεια ή αμέσως μετά την τοξίκωση ή την απόσυρση εξαιτίας των ουσιών, ή μετά την έκθεση σε φαρμακευτική αγωγή.
- 2) Οι ουσίες ή τα φάρμακα που χρησιμοποιήθηκαν μπορούν να παράξουν τα συμπτώματα του κριτηρίου A.

Γ) Η δυσκολία αυτή δεν μπορεί να ερμηνευτεί καλύτερα από μια αγχώδη διαταραχή που δεν έχει προκληθεί από ουσίες ή φάρμακα. Η απόδειξη ότι αποτελεί μια ανεξάρτητη αγχώδη διαταραχή αποτελούν τα ακόλουθα:

Τα συμπτώματα προηγούνται της έναρξης χρήσης των ουσιών ή του φαρμάκου. Τα συμπτώματα επιμένουν για ένα ουσιαστικό χρονικό διάστημα (π.χ. για ένα μήνα) μετά από την παύση της οξείας απόσυρσης ή της σοβαρής τοξίκωσης, ή υπάρχουν άλλες αποδείξεις που να προτείνουν την ύπαρξη μιας ανεξάρτητης αγχώδους διαταραχής που δεν προκαλείται από ουσίες ή φάρμακα (π.χ. ένα ιστορικό επαναλαμβανόμενων επεισοδίων σχετιζόμενων όχι με ουσίες ή φάρμακα).

Δ) Η δυσκολία δεν συμβαίνει αποκλειστικά κατά την διάρκεια εξέλιξης ενός παραληρήματος.

E) Η δυσκολία συνδέεται με δυσφορία κλινικού χαρακτήρα με αποτέλεσμα την επιδείνωση της λειτουργικότητας του ατόμου σε κοινωνικό και εργασιακό επίπεδο, ή σε άλλους σημαντικούς τομείς.

Σημείωση: Η διάγνωση αυτή πρέπει να γίνεται στη θέση μιας διάγνωσης τοξίκωσης ή απόσυρσης από ουσίες, μόνο όταν τα συμπτώματα του κριτηρίου A αποτελούν το μεγαλύτερο

μέρος της κλινικής εικόνας και θεωρούνται τόσο σοβαρά, ώστε να δικαιολογήσουν την ενασχόληση των ειδικών.

2.10. Αγχώδης διαταραχή που οφείλεται σε άλλη ιατρική κατάσταση:

- A) Το άγχος ή οι κρίσεις πανικού είναι προεξάρχοντα στοιχεία της κλινικής εικόνας.
- B) Υπάρχουν αποδείξεις από το ιστορικό, την σωματική εξέταση ή από τα εργαστηριακά ευρήματα ότι η δυσκολία είναι άμεση συνέπεια παθοφυσιολογίας ή άλλης ιατρικής κατάστασης.
- Γ) Η δυσκολία δεν ερμηνεύεται καλύτερα από κάποια άλλη διαταραχή.
- Δ) Η δυσκολία αποτελεί μόνο μέρος ενός παραληρηματικού επεισοδίου.
- Ε) Η δυσκολία συνδέεται με δυσφορία κλινικού χαρακτήρα με αποτέλεσμα την επιδείνωση της λειτουργικότητας του ατόμου σε κοινωνικό και εργασιακό επίπεδο, ή σε άλλους σημαντικούς τομείς.

2.11. Αγχώδης διαταραχή προσδιοριζόμενη αλλιώς:

Αυτή η κατηγορία αντιστοιχεί σε αγχώδεις εκδηλώσεις, των οποίων τα συμπτώματα χαρακτηρίζουν κάποια αγχώδη διαταραχή, που συνδέεται με δυσφορία κλινικού χαρακτήρα με αποτέλεσμα την επιδείνωση της λειτουργικότητας του ατόμου σε κοινωνικό και εργασιακό επίπεδο, ή σε άλλους σημαντικούς τομείς, αλλά δεν περιγράφουν με ακριβή τρόπο τα κριτήρια κάποιας άλλης διαταραχής από την λίστα των διαταραχών άγχους. Η κατηγορία «αγχώδης διαταραχή προσδιοριζόμενη αλλιώς» επιλέγεται από έναν ειδικό που στοχεύει στο να επικοινωνήσει ότι μια αγχώδης εκδήλωση δεν πληροί τα κριτήρια μιας συγκεκριμένης αγχώδους διαταραχής. Αυτό συμβαίνει με το να καταχωρίσει την διάγνωση «αγχώδης διαταραχή προσδιοριζόμενη αλλιώς», που ακολουθείται από μια αιτιολόγηση (π.χ. γενικευμένο άγχος που κυριαρχεί τις περισσότερες μέρες). Παραδείγματα αγχωδών εκδηλώσεων που μπορούν να οριστούν με την περιγραφή «προσδιοριζόμενη αλλιώς» αποτελούν τα ακόλουθα:

- 1) Επεισόδια περιορισμένων αγχωδών συμπτωμάτων.
- 2) Γενικευμένο άγχος που κυριαρχεί τις περισσότερες μέρες.
- 3) Khyal cap (επιθέσεις αέρα): Αποτελεί ένα πολιτισμικό σύνδρομο που διαγνώστηκε για πρώτη φορά σε άτομα από την Καμπότζη και τα συμπτώματα του προσομοιάζουν με αυτά των κρίσεων πανικού.
- 4) Ataque de nervios (επεισόδια με νεύρα): Αποτελεί ένα πολιτισμικό σύνδρομο που διαγνώστηκε για πρώτη φορά σε άτομα με Ισπανικές «ρίζες» και τα συμπτώματα του προσομοιάζουν με αυτά των κρίσεων πανικού.

2.12. Αγχώδης διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς:

Αυτή η κατηγορία αντιστοιχεί σε αγχώδεις εκδηλώσεις, των οποίων τα συμπτώματα χαρακτηρίζουν κάποια αγχώδη διαταραχή, που συνδέεται με δυσφορία κλινικού χαρακτήρα με αποτέλεσμα την επιδείνωση της λειτουργικότητας του ατόμου σε κοινωνικό και εργασιακό επίπεδο, ή σε άλλους σημαντικούς τομείς, αλλά δεν περιγράφουν με ακριβή τρόπο τα κριτήρια κάποιας άλλης διαταραχής από την λίστα των διαταραχών άγχους. Η κατηγορία «μη προσδιοριζόμενη αλλιώς» αξιοποιείται σε περιπτώσεις, όπου η αιτιολόγηση από τον ειδικό δεν μπορεί να τεκμηριωθεί, καθώς δεν πληρούνται τα κριτήρια μιας συγκεκριμένης αγχώδους διαταραχής και υπάρχουν εκδηλώσεις που παρέχουν ελλιπείς πληροφορίες για να γίνει μια πιο συγκεκριμένη διάγνωση (π.χ. σε ένα χώρο έκτακτων περιστατικών).

Στην πέμπτη έκδοση του DSM η κατηγορία των σωματομορφικών διαταραχών έχει μετατραπεί σε κατηγορία σωματικών συμπτωμάτων και συνοδών διαταραχών. Τα προεξάρχοντα χαρακτηριστικά των διαταραχών σε αυτήν την κατηγορία είναι το άγχος και ο φόβος.

2.13. Διαταραχή σωματικών συμπτωμάτων:

A) Ένα ή περισσότερα σωματικά συμπτώματα που επιβαρύνουν ή καταλήγουν σε σημαντική αποδιοργάνωση της καθημερινότητας.

B) Υπερβολικές σκέψεις, αισθήματα ή συμπεριφορές που σχετίζονται με τα σωματικά συμπτώματα ή συνδέονται με ανησυχίες σχετικά με την υγεία και εκδηλώνονται με τουλάχιστον ένα από τα παρακάτω:

1) Δυσανάλογες και επίμονες σκέψεις σχετικά με την σοβαρότητα του ενός από τα συμπτώματα.

2) Επίμονα υψηλό επίπεδο άγχους σχετικά με την υγεία και τα συμπτώματα.

3) Αφιερώνεται υπερβολικός χρόνος και ενέργεια στα συμπτώματα ή στις ανησυχίες σχετικά με την υγεία.

Γ) Αν και κανένα σωματικό σύμπτωμα δεν μπορεί να είναι συνεχώς παρόν, επιμένει η κατάσταση του να νιώθει το άτομο συμπτωματικό (πρακτικά περισσότερο από 6 μήνες).

Προσδιορίζεται αν:

Το κυρίαρχο σύμπτωμα είναι ο πόνος (η διαταραχή πόνου παλιότερα): Σε αυτήν την περίπτωση τα άτομα έχουν ως κυρίαρχο σωματικό σύμπτωμα τον πόνο.

Προσδιορίζεται αν:

Τα συμπτώματα είναι επίμονα: Ένα διάστημα με επίμονα σοβαρά συμπτώματα, αξιοσημείωτη επιδείνωση και μεγάλη διάρκεια (περισσότερο από 6 μήνες).

Προσδιορίζεται η τρέχουσα σοβαρότητα ως:

Ήπια: Πληρείται μόνο ένα από τα συμπτώματα του κριτηρίου Β.

Μέτρια: Πληρούνται δύο ή και περισσότερα συμπτώματα από το κριτήριο Β.

Σοβαρή: Πληρούνται δύο ή και περισσότερα συμπτώματα από το κριτήριο Β, ενώ παράλληλα υπάρχουν πολλαπλές σωματικές ενοχλήσεις (ή ένα πολύ σοβαρό σωματικό σύμπτωμα).

2.14. Διαταραχή άγχους σχετιζόμενο με την υγεία:

Α) Έντονη ενασχόληση του ατόμου με το αν έχει ή μην αποκτήσει κάποια ασθένεια.

Β) Δεν παρουσιάζονται σωματικές ενοχλήσεις, ενώ αν παρατηρούνται, είναι ήπιας μορφής. Αν υπάρχει κάποια άλλη ιατρική πάθηση ή υπάρχει μεγάλη πιθανότητα να εκδηλωθεί (π.χ. ισχυρή κληρονομικότητα στο ιστορικό της οικογένειας), η ενασχόληση θεωρείται υπερβολική ή δυσανάλογη.

Γ) Υπάρχει υψηλό επίπεδο άγχους σχετιζόμενο με την σωματική υγεία, πράγμα που ανησυχεί έντονα το άτομο, σχετικά με οποιαδήποτε αλλαγή στην εικόνα της προσωπικής του υγείας.

Δ) Το άτομο εκδηλώνει δυσανάλογες, ως προς την πραγματικότητα, συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία του (π.χ. παρατηρεί επανειλημμένως την σωματική του υγεία για στοιχεία κάποιας πάθησης) ή παρουσιάζει δυσπροσαρμοστική αποφυγή (π.χ. αποφεύγει ιατρικές επισκέψεις και νοσοκομεία).

Ε) Η ενασχόληση με τις ασθένειες υπάρχει για τουλάχιστον 6 μήνες, αλλά η ασθένεια για την οποία ανησυχεί, μπορεί να διαφοροποιείται κατά την διάρκεια αυτού του διαστήματος.

ΣΤ) Η ενασχόληση που σχετίζεται με τις ασθένειες δεν μπορεί να αποτυπωθεί ακριβέστερα από κάποια άλλη διαταραχή, όπως την διαταραχή σωματικών συμπτωμάτων, την διαταραχή πανικού, την γενικευμένη αγχώδη διαταραχή, την διαταραχή της σωματικής δυσμορφίας, την ψυχαναγκαστική – καταναγκαστική διαταραχή σωματικού τύπου ή την παραληρηματική διαταραχή.

Προσδιορίζεται μεταξύ:

Του ατόμου που αναζητά βοήθεια: Η ιατρική φροντίδα χρησιμοποιείται συχνά και περιλαμβάνει ιατρικές επισκέψεις ή υποβολή σε εξετάσεις και άλλες διαδικασίες.

Του ατόμου που αποφεύγει την βοήθεια: Η ιατρική φροντίδα χρησιμοποιείται σπάνια.

Κεφάλαιο 3^ο:

Αγχώδεις διαταραχές σε παιδιά, εφήβους και νεαρούς ενήλικες

3.1. Αγχώδεις διαταραχές στην παιδική και εφηβική ηλικία

Το άγχος αποτελεί ένα συναίσθημα που είναι σύνηθες στις ηλικίες των παιδιών και των εφήβων, καθώς το άγχος είναι και απαραίτητο για την επιβίωση (Rosen & Schulkin, 1998). Παρόλα αυτά, κάποιες φορές το άγχος μπορεί να γίνεται υπερβολικό και να παρεμβαίνει στην καθημερινότητα, προκαλώντας ανεπιθύμητες δυσκολίες στην λειτουργικότητα. Οι αγχώδεις διαταραχές, λοιπόν, είναι από τις πιο κοινές κατηγορίες διαταραχών που συναντούν οι ειδικοί ψυχικής υγείας στην παιδική και εφηβική ηλικία (Copeland et al., 2014, Merikangas et al., 2010). Επίσης, οι αγχώδεις διαταραχές στις νεαρές ηλικίες συνδέονται με πολλά άλλα προβλήματα, όπως η χειροτέρευση της σχολικής επίδοσης (Woodward & Ferguson, 2001), η επιδείνωση της ψυχοκοινωνικής λειτουργικότητας (Langley et al., 2004) και τα αυξημένα επίπεδα αυτοκτονικού ιδεασμού (O’Neil et al., 2012, Swan & Kendall, 2016, Swan et al., 2018). Ακόμη, οι αγχώδεις διαταραχές αν δεν αντιμετωπιστούν, είναι πολύ πιθανό να επιμείνουν και στην ενήλικη ζωή (Costello et al., 2003, Pine et al., 1998). Αν και υπάρχουν αποτελεσματικές μέθοδοι θεραπείας για το άγχος, αυτές απευθύνονται κυρίως σε ενήλικες και χρειάζεται ακόμη αρκετή έρευνα για τις νεαρότερες ηλικίες.

Σύμφωνα με την πέμπτη έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού εγχειριδίου για τις ψυχικές διαταραχές DSM – 5 (2013), οι αγχώδεις διαταραχές που διαγιγνώσκονται πιο συχνά στα παιδιά και στους εφήβους είναι η αγχώδης διαταραχή του αποχωρισμού (ΑΔΑ), η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή (ΓΑΔ), η διαταραχή του κοινωνικού άγχους (ΔΚΑ), η επιλεκτική αλαλία (ΕΑ), οι ειδικές φοβίες (ΕΦ), η διαταραχή πανικού (ΔΠ) και η αγοραφοβία. Αν και δεν είναι κοινώς αποδεκτό, το DSM – 5 έχει εξαιρέσει την ψυχαναγκαστική – καταναγκαστική διαταραχή (ΨΚΔ) και την διαταραχή μετά – τραυματικού στρες (ΔΜΤΣ) από την κατηγορία των αγχωδών διαταραχών.

Η ειδική φοβία είναι από τις πιο κοινές αγχώδεις διαταραχές στις νεαρές ηλικίες (Merikangas et al., 2010) και χαρακτηρίζεται από σημαντικό και δυσανάλογο φόβο όταν το παιδί/έφηβος/η έρχεται σε επαφή με ένα συγκεκριμένο αντικείμενο ή κατάσταση. Οι πιο συνηθισμένες κατηγορίες ειδικών φοβιών είναι ζώα ή έντομα (π.χ. σκυλιά ή μέλισσες), σκοτάδι και ό,τι έχει να κάνει με τραυματισμούς, αίμα και ενέσεις (π.χ. βελόνες, εμβόλιο) (American Psychiatric Association, 2013). Πιο συγκεκριμένα, στις ειδικές φοβίες το αντικείμενο ή η κατάσταση συνήθως συνδέεται με αξιοσημείωτο φόβο που αναγκάζει το νεαρό άτομο να αποφεύγει ή νιώθει υπερβολική δυσφορία (American Psychiatric Association, 2013). Όμως αν, για παράδειγμα, ένα παιδί βρει στο δωμάτιό του μια αράχνη και ζητήσει από τον γονιό του να έρθει να την σκοτώσει, δεν σημαίνει απαραίτητα ότι υπάρχει ειδική φοβία. Αν όμως αρνείται να επιστρέψει στο δωμάτιό του, αφού έχει εξουδετερωθεί ο κίνδυνος, αυτό αποτελεί αποφυγή εξαιτίας του υπερβολικού φόβου, άρα θεωρείται ειδική φοβία.

Τα νεαρά άτομα με διαταραχή κοινωνικού άγχους βιώνουν άγχος, που περιστρέφεται γύρω από το πως τους αντιλαμβάνονται οι άλλοι σε κοινωνικές καταστάσεις. Συχνά αποφεύγουν κοινωνικές καταστάσεις ή τις υπομένουν με μεγάλη δυσφορία εξαιτίας των ανησυχιών τους να μην τους απορρίψουν ή τους χλευάσουν οι άλλοι. Μιας και το άγχος σε κοινωνικές καταστάσεις είναι αναμενόμενο, για να πληρούνται τα διαγνωστικά κριτήρια της ΔΚΑ, το νεαρό άτομο πρέπει σχεδόν πάντα να βιώνει επίμονο άγχος σε ένα ευρύ φάσμα κοινωνικών καταστάσεων (American Psychiatric Association, 2013). Επίσης, ο φόβος του νεαρού ατόμου πρέπει να είναι δυσανάλογος με την απειλή που θέτει η κοινωνική κατάσταση, ενώ πρέπει να υπάρχει παρατεταμένη δυσλειτουργικότητα και δυσφορία, που συνδέεται με σωματικά συμπτώματα που προκαλούνται από άγχος στο πλαίσιο της κοινωνικής κατάστασης, όπως ακινητοποίηση, κρύψιμο ή κλάμα (American Psychiatric Association, 2013).

Παραδείγματα κοινωνικών καταστάσεων νεαρών ατόμων που αντιμετωπίζουν ΔΚΑ αποτελούν, η δυσκολία τους να κάνουν ερωτήσεις μέσα στην σχολική τάξη, να ξεκινήσουν ή να συμμετάσχουν σε μια συζήτηση, να παραγγείλουν για τον εαυτό τους σε ένα εστιατόριο, να πάρουν το γεύμα τους μπροστά σε άλλους ή να αποφεύγουν τις απογευματινές εξωσχολικές τους δραστηριότητες ή τα πάρτι γενεθλίων. Όπως γίνεται σαφές από τα παραδείγματα, το άγχος της ΔΚΑ εντοπίζεται κατά την διάρκεια καταστάσεων που τα νεαρά άτομα περιστοιχίζονται από συνομηλίκους τους, γι' αυτό και μόνο τότε μπορεί να λάβουν αυτήν την διάγνωση (American Psychiatric Association, 2013).

Τα νεαρά άτομα με αγχώδη διαταραχή αποχωρισμού βιώνουν υπερβολικό και, με βάση το αναπτυξιακό στάδιο τους, αδικαιολόγητο φόβο, όταν αποχωρίζονται τους γονείς τους ή κάποια από τις φιγούρες προσκόλλησής τους (American Psychiatric Association, 2013).

Αυτή η διάγνωση δεν δίνεται συνήθως σε παιδιά μικρότερα των 6 ετών, καθώς θεωρείται αναμενόμενο το άγχος αποχωρισμού σε αυτήν την ηλικία. Συνήθως τα νεαρά άτομα με ΑΔΑ δυσκολεύονται να αποχωριστούν τους γονείς τους ή τις φιγούρες προσκόλλησής τους, γιατί ανησυχούν ότι θα συμβεί κάτι κακό στα ίδια ή τους γονείς τους, γι' αυτό και αποφεύγουν να μείνουν μόνα τους ή αρνούνται να πάνε σε συγκεκριμένα μέρη χωρίς τους γονείς τους (American Psychiatric Association, 2013). Επίσης, μπορεί να έχουν εφιάλτες με θέμα τον αποχωρισμό από τους γονείς τους, να δυσκολεύονται να κοιμηθούν μόνα τους ή στο δωμάτιό τους, αρνούνται να πηγαίνουν στο σχολείο εξαιτίας της δυσφορίας που σχετίζεται με τον αποχωρισμό και θέλουν να επικοινωνούν συχνά με τον φροντιστή τους. Ακόμη, η ΑΔΑ μπορεί να έχει σωματικά συμπτώματα άγχους που εμφανίζονται, όταν βιώνεται ο αποχωρισμός ή όταν αναμένεται να συμβεί (American Psychiatric Association, 2013). Βέβαια είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι μπορεί οι γονείς για ένα νεαρό άτομο να θεωρούνται φιγούρες ασφάλειας, καθώς ενδέχεται να υπάρχει κάποια άλλη αγχώδης διαταραχή και γι' αυτό να προσκολλώνται σε αυτούς. Σε τέτοιες περιπτώσεις μπορεί να γίνει λάθος διάγνωση της ΑΔΑ.

Η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή στα νεαρά άτομα συνδέεται, όπως και στους ενήλικες, με υπερβολική και επίμονη ανησυχία σχετικά με διάφορα κομμάτια της ζωής του, όπως η σχολική επίδοση, η αλλαγή σχεδίων, η τελειομανία, οι υψηλές προσδοκίες που έχουν από τον εαυτό τους, θέματα που αφορούν την τοπική ή την παγκόσμια κοινότητα αλλά και το μέλλον τους (American Psychiatric Association, 2013). Για να υπάρχει η διάγνωση της ΓΑΔ, θα πρέπει τα άτομα να έχουν επίμονα συμπτώματα που είναι παρόντα τις περισσότερες μέρες, να βιώνουν την ανησυχία ως ένα δύσκολο συναίσθημα για να ελεγχθεί και να υπάρχει τουλάχιστον ένα σωματικό ή συμπεριφορικό σύμπτωμα, όπως η μυϊκή ένταση, η ευερεθιστότητα ή οι υπερβολικές συμπεριφορές αναζήτησης επιβεβαίωσης (American Psychiatric Association, 2013).

Τα παιδιά και οι έφηβοι με ΓΑΔ μπορεί να παρουσιάσουν και άλλες παρόμοιες συμπεριφορές όπως να αποφεύγουν να κάνουν κάτι που ξέρουν ότι δεν θα έχει την κατάληξη που θέλουν, να επαναλαμβάνουν κάτι μέχρι να το τελειοποιήσουν, και να αναβάλλουν κάτι εξαιτίας του άγχους που τους προκαλεί (American Psychiatric Association, 2013). Για να θεωρηθεί το συναίσθημα της ανησυχίας που βιώνουν ως υπερβολικό ή ακατάλληλο, συνήθως συγκρίνεται από τους ειδικούς με αυτό της πλειοψηφίας των συνομηλίκων τους, που θεωρούνται ως μέσος όρος.

Ως επιλεκτική αλαλία θεωρείται η αποτυχία του ατόμου να μιλήσει σε κάποιες, συγκεκριμένες καταστάσεις, με την προϋπόθεση ότι αυτό δεν οφείλεται σε έλλειψη γνώσης ή άνεσης με την ομιλούμενη γλώσσα (American Psychiatric Association, 2013). Αυτό συμβαίνει,

συνήθως, με τα νεαρά άτομα που έχουν κατακτήσει την ομιλία, αλλά την χρησιμοποιούν σε πλαίσια, όπως το σπίτι. Αρνούνται να μιλήσουν σε συγκεκριμένους χώρους ή συνθήκες, όπως το σχολείο, με τους φίλους τους στην παρέα ή με συγγενείς που δεν γνωρίζουν αρκετά. Η επιλεκτική αλαλία πολλές φορές συνυπάρχει με την διαταραχή του κοινωνικού άγχους.

Τα παιδιά και οι έφηβοι με αγχώδεις διαταραχές συνήθως έχουν πολλαπλές διαγνώσεις σχετικά με την ψυχική τους υγεία, με τις διαγνώσεις συννοσηρότητας να είναι ένα συνηθισμένο στοιχείο μέσα στην κοινότητα (Verduin & Kendall, 2003). Αυτό που παρατηρείται πιο συχνά στα νεαρά άτομα με αγχώδεις διαταραχές, είναι πως υπάρχει συννοσηρότητα με κάποια άλλη αγχώδη διαταραχή, με αποτέλεσμα ένα ποσοστό της τάξης του 80% να πληροί τα κριτήρια πολλαπλών αγχωδών διαταραχών (Kendall, 2010). Το υψηλό ποσοστό συννοσηρότητας επιτάσσει την κατάρτιση εξατομικευμένης παρέμβασης για το κάθε νεαρό άτομο, ούτως ώστε η βοήθεια που θα παρασχεθεί να είναι όσο το δυνατόν αποτελεσματικότερη.

Η εμφάνιση αγχωδών διαταραχών στα παιδιά και τους εφήβους σχετίζεται με πολλούς παράγοντες, οι οποίοι χωρίζονται σε παράγοντες επικινδυνότητας και σε προστατευτικούς παράγοντες. Η πρώτη κατηγορία αποτελείται από παράγοντες που θέτουν σε κίνδυνο τα νεαρά άτομα να εμφανίσουν στοιχεία αγχωδών διαταραχών, ενώ στην δεύτερη κατηγορία υπάρχουν όλα εκείνα τα στοιχεία, που μπορούν να ενδυναμώσουν την ανθεκτικότητά τους, ώστε να αποτραπεί το παθολογικό άγχος. Οι παράγοντες αυτοί έχουν και μια άλλη κατηγοριοποίηση τριών επιπέδων, του ατομικού, του οικογενειακού και του κοινωνικού, ή αλλιώς σε επίπεδο κοινότητας, επιπέδου.

Όσον αφορά στο ατομικό επίπεδο, ένα σημαντικό στοιχείο αποτελεί η δυνατότητα που έχει το άτομο να αναστέλλει την συμπεριφορά του. Η αναστολή της συμπεριφοράς φάνηκε μέσα από έρευνες ότι σχετίζεται με την ιδιοσυγκρασία, κατά συνέπεια έχει ένα γενετικό υπόβαθρο (Garcia-Coll, Kagan & Reznick, 1984). Οι δείκτες φυσιολογίας της αναστολής της συμπεριφοράς είναι, οι υψηλοί σταθεροί καρδιακοί παλμοί, ο χαμηλός πνευμονογαστρικός τόνος και άλλοι δείκτες της υψηλής διέγερσης του συμπαθητικού συστήματος και χαμηλής διέγερσης του παρασυμπαθητικού αντίστοιχα (Kagan, Reznick & Snidman, 1987). Οι συμπεριφορικές εκδηλώσεις της αναστολής της συμπεριφοράς αναφέρονται στην συστολή, την επιφύλαξη και την συναισθηματική συγκράτηση (Biederman et al., 1993, Kagan, 1997).

Δεύτερος ενδο – ατομικός παράγοντας, που σχετίζεται με την εμφάνιση αγχωδών διαταραχών, αποτελεί η ευαισθησία στο άγχος. Πιο συγκεκριμένα, η ευαισθησία στο άγχος έχει φανεί ότι αποτελεί παράγοντας επικινδυνότητας για την εμφάνιση επεισοδίων κρίσεων πανικού και της διαταραχής κρίσης πανικού, κυρίως σε εφήβους και ενήλικες. Ο όρος της ευαισθησίας

στο άγχος αναφέρεται στην τάση που έχουν τα άτομα να πιστεύουν ότι τα συμπτώματα του άγχους που βιώνουν (π.χ. η δυσκολία στην αναπνοή, το τρέμουλο, οι αυξημένοι καρδιακοί παλμοί) μπορούν να καταλήξουν σε αρνητικές σωματικές ή ψυχολογικές συνέπειες (Reiss, 1991). Τέτοιου είδους προσδοκίες οδηγούν, αργότερα, σε υψηλότερα επίπεδα άγχους, πιο έντονα σωματικά συμπτώματα και τελικά σε επεισόδια κρίσεων πανικού (Reiss, 1991, Reiss & McNally, 1985).

Ο τρίτος παράγοντας που παίζει σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη κάποιας αγχώδους διαταραχής, είναι οι δεξιότητες αντιμετώπισης των δυσκολιών. Οι δεξιότητες αυτές, σύμφωνα με τον Spence (2001), έχουν να κάνουν με τους τρόπους που ανταποκρίνονται οι έφηβοι σε δυσάρεστες εμπειρίες, με βάση το οποίο επηρεάζει την ένταση με την οποία βιώνουν το άγχος, την δυσφορία και τον φόβο. Ο όρος «αντιμετώπιση» αναφέρεται στις προσπάθειες που καταβάλλουν τα άτομα, για να κινητοποιήσουν τους συμπεριφορικούς και γνωστικούς πόρους τους, όταν έρχονται αντιμέτωπα με το στρες και κάθε προσπάθεια έχει την δική της αποτελεσματικότητα (Compas, Connor-Smith, Saltzman, Thomsen & Wadsworth, 2001). Οι στρατηγικές αντιμετώπισης μπορούν να κατηγοριοποιηθούν σε αυτές που είναι προσανατολισμένες στο συναίσθημα, σε αυτές της αποφυγής και σε αυτές που εστιάζουν στο πρόβλημα (Donovan & Spence, 2000).

Αναφορικά με το οικογενειακό επίπεδο, υπάρχουν τρεις παράγοντες που επηρεάζουν την εμφάνιση μιας αγχώδους διαταραχής στα παιδιά και τους εφήβους. Αυτοί είναι το άγχος των γονιών, ο τύπος προσκόλλησης των παιδιών στους γονείς και η γενικότερη γονεϊκή συμπεριφορά. Πιο συγκεκριμένα, μια αγχώδης διαταραχή των γονιών έχει συνδεθεί με αυξημένη επικινδυνότητα για ανάπτυξη κάποιας διαταραχής άγχους και στα παιδιά (Merikangas et al., 1998) και με μεγαλύτερη χειροτέρευση στην λειτουργικότητά τους σε παιδιά και εφήβους που πάσχουν από αγχώδεις διαταραχές (Manassis & Hood, 1998). Επίσης, οι Donovan και Spence (2000) πρότειναν ότι το γονεϊκό άγχος χρησιμεύει ως ένας έμμεσος παράγοντας επικινδυνότητας, που οι συνέπειές του ρυθμίζονται ή προέρχονται από κάποιον άλλο μηχανισμό. Πιο αναλυτικά, υποστήριξαν ότι η παιδική ιδιοσυγκρασία, που αποτυπώνεται στον μηχανισμό της αναστολής της συμπεριφοράς, αλλά και η γονεϊκές συμπεριφορές, αποτελούν τον σύνδεσμο μεταξύ του γονεϊκού και του παιδικού άγχους.

Ακόμη, ο τύπος προσκόλλησης του βρέφους προς το γονιό του φαίνεται να μπορεί να έχει επίδραση στην ανάπτυξη δυσλειτουργικού άγχους στην μετέπειτα ζωή του. Σύμφωνα με την θεωρία προσκόλλησης (Bowlby, 1988), τα βρέφη διαμορφώνουν έναν ασφαλή δεσμό προσκόλλησης, αν οι φροντιστές τους είναι διαθέσιμοι και ανταποκρίνονται άμεσα στις ανάγκες τους για φροντίδα και υποστήριξη. Τα γονεϊκά στυλ που μπορεί να καταλήξουν σε

ανασφαλή δεσμό με τον φροντιστή είναι των γονιών που δεν ανταποκρίνονται αμέσως, των απορριπτικών και των ασυνεπών. Τα βρέφη που αναπτύσσουν ανασφαλή δεσμό, συνήθως δείχνουν έναν αγχώδη φόβο απέναντι σε δύσκολες καταστάσεις, γιατί αμφισβητείται η διαθεσιμότητα της βοήθειας από μέρους των φροντιστών τους.

Το τρίτο σκέλος της οικογενειακής εμπλοκής αφορά στην ευρύτερη συμπεριφορά των γονιών, που έχει κατηγορηθεί για την ανάπτυξη και την διατήρηση αγχωδών διαταραχών στα παιδιά και τους εφήβους. Πιο συγκεκριμένα, ο γονεϊκός ελεγκτισμός και η υπέρ – προστατευτικότητα έχει φανεί ότι συντηρεί και οξύνει την αναστολή των παιδιών (Wood, McLeod, Sigman, Hwang & Chu, 2003). Επίσης, πολλές φορές οι γονείς μπορεί, χωρίς να το αντιλαμβάνονται, να επιβραβεύουν ή να ενθαρρύνουν φοβικά παιδιά, όταν εκείνα αποφεύγουν τις δυσκολίες, είτε με το να ελέγχουν υπερβολικά τις δραστηριότητες τους, είτε με το να λύνουν τα προβλήματά τους (Rubin, Burgess, Kennedy & Stewart, 2003). Ακόμη, σε παιδιά με κλινικό άγχος ή φοβικά λόγω ιδιοσυγκρασίας παρατηρήθηκε ότι είχαν μητέρες που ήταν υπέρ – προστατευτικές, έδιναν υπερβολικές εντολές και απαγόρευαν την αυτονομία των παιδιών τους κατά την διάρκεια των αλληλεπιδράσεών τους (Hudson & Rapee, 2001, Krohne & Hock, 1991, Rubin, Burgess & Hastings, 2002).

Η τρίτη κατηγορία, μετά τους ατομικούς παράγοντες και τους οικογενειακούς παράγοντες, είναι των κοινωνικών παραγόντων και αυτών που συμβαίνουν σε επίπεδο κοινότητας. Σε αυτήν την κατηγορία υπάρχουν τέσσερα στοιχεία, που επηρεάζουν τα παιδιά και τους εφήβους και αυτά είναι τα αρνητικά γεγονότα ζωής, η βία στην κοινότητα που διαβιούν, οι σχέσεις τους με τους συνομηλίκους και η κοινωνική υποστήριξη που λαμβάνουν. Όσον αφορά τις αρνητικές εμπειρίες της ζωής τους, οι έρευνες έδειξαν αυξημένο ποσοστό αγχωδών διαταραχών, κυρίως μετά από φυσικές καταστροφές (Yule & Williams, 1990), αλλά και μετά από γεγονότα όπως ο θάνατος ενός μέλους της οικογένειας, ένα διαζύγιο ή κάποιες αλλαγές στο σχολείο (Donovan & Spence, 2000).

Αναφορικά με το φαινόμενο της βίας και την κοινότητα που ζουν, τα παιδιά και οι έφηβοι που ανήκουν σε κάποια μειονότητα ή για κάποιον άλλο θεωρούνται ότι μειονεκτούν κοινωνικά, αναφέρουν μειωμένη αίσθηση ασφάλειας (Schwab-Stone et al., 1995), νιώθουν περισσότερο εκτεθειμένα σε περιστατικά βίας (Cooley, Turner & Beidel, 1995, Gladstein, Rusonis & Heald, 1992) και συνήθως αποτελούν και θύματα τέτοιων επεισοδίων (Freeman, Mokros & Poznanski, 1993). Αυτή η έκθεση σε περιστατικά βίας είναι συνυφασμένη με συμπτώματα ψυχολογικού τραύματος, όπως η κατάθλιψη, ο θυμός, το άγχος, το μετά – τραυματικό στρες και η σύγχυση της ταυτότητας (Singer, Anglin, Song & Lunghofer, 1995).

Το τρίτο στοιχείο της κατηγορίας των κοινωνικών παραγόντων είναι αυτό της σχέσης με τους συνομηλίκους. Τα παιδιά που έχουν διαγνωστεί με αγχώδεις διαταραχές είναι πιο πιθανό να τα απορρίψουν ή να τα παραμελήσουν οι συνομήλικοί τους, σε σύγκριση με τα παιδιά που θα τους περνούν αδιάφοροι (Strauss, Lahey, Frick, Frame & Hynd, 1988). Τα παιδιά με έντονο άγχος έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να απορριφθούν, κυρίως από τις τελευταίες τάξεις του Δημοτικού και μετά, όπου οι συμπεριφορές απόσυρσης θεωρούνται αποκλίνουσες από τα παιδιά και τους εφήβους (Waas & Graczyk, 2000).

Ο τελευταίος παράγοντας αυτής της κατηγορίας είναι η κοινωνική υποστήριξη, που όταν υπάρχει μπορεί να θεωρηθεί μόνο ως προστατευτικός παράγοντας απέναντι στο άγχος. Με τον όρο «κοινωνική υποστήριξη» αναφερόμαστε στην πεποίθηση του ατόμου, ότι υπάρχει διαθέσιμη υποστήριξη από το κοινωνικό του δίκτυο, για να το προστατεύσει από τις αρνητικές συνθήκες ή/και να του βελτιώσει την λειτουργικότητά του (Demaray & Malecki, 2002). Αντίστοιχα, πολλές έρευνες έχουν αναδείξει τον ρόλο της κοινωνικής υποστήριξης στην προαγωγή της ψυχολογικής και σωματικής ευεξίας (Levitt, Guacci-Franco & Levitt, 1994, Pryor-Brown & Cowen, 1989) και την προστασία των παιδιών και των εφήβων απέναντι σε ψυχολογικές και σωματικές αντιξοότητες (Compas, Slavin, Wagner & Vannatta, 1986, Dubow, Edwards & Ippolito, 1997).

3.2. Αγχώδεις διαταραχές στην νεαρή ενήλικη ζωή

Η νεαρή ενήλικη ζωή αποτελεί μια ξεχωριστή περίοδο της ανθρώπινης ανάπτυξης, που περιέχει πολλές αλλαγές σε νευροβιολογικό, ψυχολογικό και κοινωνικό επίπεδο. Αυτές οι αλλαγές μπορεί να πυροδοτήσουν ή να επιδεινώσουν το άγχος, κυρίως σε άτομα που είναι πιο επιρρεπή σε αυτό. Κατά συνέπεια, τα άτομα που υποφέρουν από υπερβολικό άγχος, από μικρότερη ηλικία, μπορεί να δυσκολευτούν να καταφέρουν τις αναπτυξιακές μεταβάσεις που αναμένονται σε αυτό το στάδιο, οδηγώντας τα σε αυξημένα συμπτώματα.

Στην ανάπτυξη του ανθρώπινου νευρικού συστήματος υπάρχει συνέχεια από την εφηβεία προς την νεαρή ενήλικη ζωή, κυρίως στις περιοχές του εγκεφάλου που έχουν να κάνουν με τις ανώτερες γνωστικές λειτουργίες όπως είναι η λογική, ο σχεδιασμός, η συναισθηματική ρύθμιση και η κοινωνική νόηση (Taber – Thomas, Perez – Edgar, 2016). Αυτές οι νευροαναπτυξιακές αλλαγές μπορεί να προκαλέσουν την έναρξη ψυχικών διαταραχών, συμπεριλαμβανομένων των αγχωδών, σε εφήβους και σε νεαρούς ενήλικες (Taber – Thomas, Perez – Edgar, 2016). Πιο συγκεκριμένα, το μεταιχμιακό σύστημα (π.χ. αμυγδαλή

και επικλινής πυρήνας) ωριμάζει στην εφηβεία πριν τις περιοχές που ελέγχει ο προμετωπιαίος, με αποτέλεσμα να δημιουργείται μια προσωρινή ανισορροπία στα νευρωνικά κυκλώματα της συναισθηματικής ρύθμισης (Casey et al., 2008, Eshel et al., 2007, Mills et al., 2014). Η ανισορροπία αυτή μπορεί να δώσει το έναυσμα για την εμφάνιση ψυχικών διαταραχών, κυρίως σε εφήβους με προδιάθεση (Taber – Thomas, Perez – Edgar, 2016, Casey et al., 2008).

Σε ψυχολογικό επίπεδο οι νεαροί ενήλικες αποκτούν μεγαλύτερες ικανότητες στο να σχεδιάζουν για το μέλλον τους και στο να υπολογίζουν τις συνέπειες των επιλογών τους (Steinberg et al., 2009). Επίσης, οι έρευνες έχουν καταγράψει το γεγονός ότι χρησιμοποιούν με μεγαλύτερη ευχέρεια δεξιότητες συναισθηματικής ρύθμισης, όπως είναι η αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης, ή η επανεκτίμηση μιας κατάστασης, σε σύγκριση με τους εφήβους (Zimmermann & Iwanski, 2014, John & Gross, 2004). Παρόλα αυτά, χρησιμοποιούν και δεξιότητες που δεν ευνοούν την συναισθηματική σταθερότητα, σε αντιστοιχία και με τους εφήβους και κάποιες από αυτές είναι η παθητικότητα και αποφυγή. Οι νεαροί ενήλικες που προσπαθούν να αποφύγουν τις αρνητικές δεξιότητες και να υιοθετήσουν πιο προσαρμοστικές, είναι εκείνοι που έχουν λιγότερες πιθανότητες εμφάνισης κάποιας ψυχικής διαταραχής.

Το δεύτερο κομμάτι, σε ψυχολογικό επίπεδο, με το οποίο έρχονται αντιμέτωποι οι νεαροί ενήλικες είναι αυτό της προσωπικής ταυτότητας. Σε αυτό το στάδιο μπορούν να εξερευνήσουν την ταυτότητα τους σε επαγγελματικό, σε διαπροσωπικό αλλά και σε επίπεδο θεώρησης του κόσμου γύρω τους (Arnett, 2000). Επίσης, σε αυτό το στάδιο μπορεί να διερευνήσει και την σχέση του με το ίδιο ή/και το άλλο φύλο για να καταλήξει σε μια σεξουαλική ταυτότητα (Morgan, 2012). Η εξερεύνηση της ταυτότητας μπορεί να είναι ταυτόχρονα και ενθουσιώδης αλλά και στρεσογόνα για τους νεαρούς ενήλικες. Αυτό συμβαίνει, γιατί σε οποιαδήποτε αποτυχία στις σπουδές, στην δουλειά ή τις ρομαντικές σχέσεις μπορεί να προκαλέσει άγχος και ανησυχία σε αυτούς τους τομείς, όπως επίσης και νεαροί ενήλικες, που ανήκουν σε σεξουαλικού τύπου μειονότητες, μπορεί να βιώσουν διακρίσεις ή/και θυματοποίηση, που οδηγούν σε μεγάλη ψυχολογική δυσφορία. Επίσης, συγκεκριμένες διαδικασίες εξερεύνησης της ταυτότητας, όπως ο μηρυκασμός σκέψεων σχετικά με τις επιλογές, μπορούν να είναι υπεύθυνες για την ανάπτυξη ψυχοπαθολογίας (Beyers & Luyckx, 2016). Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να εμφανίζονται αυξημένα επίπεδα άγχους στους νεαρούς ενήλικες, που συνδέεται με διαταραχή της ταυτότητας (Bogaerts et al., 2018, Neacsu et al., 2015) και δυσκολίες δέσμευσης με την ταυτότητα τους σε αυτό το αναπτυξιακό στάδιο.

Το τρίτο επίπεδο της ζωής των νεαρών ενηλίκων, στο οποίο συντελούνται αλλαγές, είναι αυτό της κοινωνικής τους ανάπτυξης. Πιο συγκεκριμένα, απαρτίζεται από τρεις πτυχές, που είναι η μετέπειτα εκπαίδευση, η εργασιακή απασχόληση και οι κοινωνικές τους σχέσεις.

Αναφορικά με την μετέπειτα εκπαίδευσή τους, το μεγαλύτερο ποσοστό των νεαρών ενηλίκων συνεχίζει σε αυτή με διαφόρων ειδών σπουδές (Arnett, 2016). Η μετέπειτα εκπαίδευση παρέχει στους νεαρούς ενήλικες την ευκαιρία να εξερευνήσουν και άλλες πτυχές της ταυτότητάς τους, όπως με την σύναψη φιλιών με συνομηλίκους, παρόλα αυτά πλαίσια όπως τα πανεπιστήμια, μπορεί να προκαλέσουν υψηλά επίπεδα στρες που έχουν αρνητική επίδραση στην ψυχική τους υγεία. Πράγμα που έχει αποδειχθεί μέσα από έρευνες, όπως το γεγονός ότι στο πρώτο έτος των σπουδών παρατηρείται αύξηση των συμπτωμάτων κατάθλιψης και άγχους (Conley et al., 2014). Παράγοντες όπως το ακαδημαϊκό άγχος, η απεμπλοκή από τις σπουδές και η αίσθηση μοναξιάς έχουν συσχετιστεί με ψυχολογική επιβάρυνση στα πανεπιστήμια (Newcomb-Anjo, 2017).

Το δεύτερο συστατικό της κοινωνικής τους ζωής είναι η ανεύρεση μιας εργασιακής απασχόλησης. Οι νεαροί ενήλικες σε αυτό το στάδιο της ζωής τους εξερευνούν διάφορα είδη εργασίας, για να καταλήξουν σε κάποιο με πιο μακροπρόθεσμο χαρακτήρα. Οι μελέτες δείχνουν πως η αβεβαιότητα που χαρακτηρίζει αυτήν την διαδικασία έχει αρνητικά ψυχολογικά αποτελέσματα. Ένα δείγμα αποτελεί το γεγονός ότι η αβεβαιότητα που υπάρχει για το μέλλον σχετικά με τα οικονομικά αλλά και την ανεργία, με το πέρασμα αρχίζουν και σχετίζονται αμοιβαία για τους νεαρούς ενήλικες (Barlett & Barlett, 2018). Τέτοιου είδους ευρήματα υπογραμμίζουν το γεγονός, ότι οι νεαροί ενήλικες που δεν μπορούν να διαχειριστούν την αβεβαιότητα για το μέλλον βιώνουν μια υπερβολική ανησυχία, η οποία μπορεί να μετατραπεί σε αγχώδη διαταραχή και συγκεκριμένα την γενικευμένη αγχώδη διαταραχή.

Η τρίτη πτυχή της κοινωνικής ανάπτυξης των νεαρών ενηλίκων είναι η ευρύτερη κοινωνική τους ζωή και οι σχέσεις που συνάπτουν μέσα σε αυτήν. Ο στόχος αυτού του αναπτυξιακού σταδίου είναι να καταφέρουν να διαφοροποιηθούν από τους γονείς τους και να δημιουργήσουν μια αίσθηση του εαυτού τους, διαφορετική από εκείνη της οικογένειας από την οποία προέρχονται (Lapsley & Woodbury, 2016). Ιδανικά αυτή η διαδικασία δεν πλήττει τους δεσμούς τους με γονείς τους, αντίθετα επιτρέπει στην σχέση τους να εξελιχθεί αποκτήσει σταδιακά περισσότερη αμοιβαιότητα (Desjardins & Leadbeater, 2017). Αν αυτό δεν υλοποιηθεί, οι νεαροί ενήλικες που νιώθουν ότι τους χειραγωγούν ψυχολογικά οι γονείς τους, αναφέρουν περισσότερα προβλήματα άγχους και κατάθλιψης (Ingoglia et al., 2017, Lindell et al., 2017).

Σημαντική παράμετρος και σε αυτό το αναπτυξιακό στάδιο της νεαρής ενήλικης ζωής, αποτελούν οι παράγοντες επικινδυνότητας που κάνουν τα άτομα αυτού του σταδίου πιο ευάλωτα σε εμφάνιση αγχωδών διαταραχών. Ένας από αυτούς τους παράγοντες έχει να κάνει με τις δυσμενείς συνθήκες της παιδικής ηλικίας των νεαρών ενηλίκων. Παραδείγματα αντίξοων

συνθηκών στην παιδική ηλικία αποτελούν η ψυχική ασθένεια των γονέων, η κατάχρηση ουσιών από τους γονείς, το ιστορικό εγκλημάτων των γονέων, η ενδοοικογενειακή βία, η σωματική κακοποίηση, η σεξουαλική κακοποίηση, η απόρριψη, οι ασθένειες και οι οικονομικές δυσκολίες και μπορούν να συνδεθούν με μεγαλύτερο άγχος καθ' όλη την διάρκεια της ζωής (Greif Green et al., 2010). Ένας άλλος παράγοντας επικινδυνότητας είναι ο ανασφαλής δεσμός, που μπορεί να έχει αναπτύξει από την βρεφική ηλικία με τον γονιό του το νεαρό ενήλικο άτομο.

Εκτός από αυτούς τους παράγοντες, υπάρχουν και άλλοι που αφορούν στην παιδική ηλικία και μπορούν να προβλέψουν την εμφάνιση ψυχικής διαταραχής στην νεαρή ενήλικη ζωή. Αυτοί είναι τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας του παιδιού (π.χ. οι συνηθισμένοι τρόποι συμπεριφοράς, σκέψης και συναισθήματος) και η ντροπαλότητα του παιδιού (π.χ. σκέψεις άγχους σε κοινωνικές καταστάσεις). Επίσης, υπάρχουν και παράγοντες, οι οποίοι επισπεύδουν την εμφάνιση μιας ψυχικής διαταραχής, αλλά οι έρευνες δεν τους έχουν καταδείξει με σαφήνεια ακόμη. Αυτό που μοιάζει βέβαιο, είναι πως οι νεαροί ενήλικες που δεν καταφέρνουν να ολοκληρώσουν τα επιτεύγματα του αναπτυξιακού τους σταδίου, έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να παρουσιάσουν συμπτώματα μιας αγχώδους διαταραχής.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4°:

Θεραπευτικές μέθοδοι αντιμετώπισης των αγχώδων διαταραχών

Οι αγχώδεις διαταραχές είναι οι πιο κοινές ψυχολογικές διαταραχές με έναν διαβίου επιπολασμό περίπου 28,8% και με μέσο όρο ηλικίας έναρξης τα 11 έτη (Kessler et al., 2005). Αν και οι αγχώδεις διαταραχές έχουν την μεγαλύτερη επικράτηση στο γενικό πληθυσμό σε σχέση με τις υπόλοιπες, είναι και οι πιο αντιμετωπίσιμες από τις διαταραχές, όπως υποστηρίζουν πολλές μελέτες. Κυρίως, λόγω της αποτελεσματικότητας της γνωστικής και συμπεριφοριστικής θεραπείας (CBT) σε κάθε αγχώδη διαταραχή συμπεριλαμβανομένων της διαταραχής πανικού, της κοινωνικής αγχώδους διαταραχής, της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής και της ειδικής φοβίας (Ellard & Chronopoulos, 2016, Hofmann et al., 2012).

4.1. Συμπεριφορισμός

Οι συμπεριφοριστικές θεωρίες υποστηρίζουν ότι οι αγχώδεις διαταραχές εγκαθίστανται μέσω της κλασικής εξαρτημένης μάθησης και διατηρούνται μέσω της συντελεστικής μάθησης και πιο συγκεκριμένα με την αρνητική ενίσχυση που προσφέρουν οι συμπεριφορές αποφυγής (Mowrer, 1960). Για παράδειγμα, ένα άτομο μπορεί να αναπτύξει μια ειδική φοβία σχετικά με τα σκυλιά, μετά από μια δυσάρεστη εμπειρία με έναν σκύλο. Για να ανακουφιστεί από την δυσφορία της θέας ενός σκυλιού, αποφεύγει όλα τα σκυλιά, αλλά αυτή η αποφυγή συντηρεί την φοβία του. Γι' αυτόν το λόγο, η συμπεριφοριστική θεραπεία χρησιμοποιεί τις αρχές της μάθησης για την αντιμετώπιση των αγχώδων διαταραχών, για να αλλάξει την απόκριση του ατόμου κατά την διάρκεια καταστάσεων άγχους και να μειωθούν οι συμπεριφορές αποφυγής (Deacon et al., 2004, Sprich et al., 2016).

Η συμπεριφοριστική θεραπεία χρησιμοποιεί έναν αριθμό διαφορετικών τεχνικών, που περιλαμβάνουν την έκθεση, την χαλάρωση, την εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες και την συμπεριφορική ενεργοποίηση. Για τις αγχώδεις διαταραχές, η έκθεση στο φοβικό ερέθισμα ή την κατάσταση είναι η πιο διαδεδομένη προσέγγιση της συμπεριφοριστικής θεραπείας (Deacon et al., 2004). Οι τεχνικές έκθεσης μπορεί να συμβαίνουν είτε σε πραγματικό χρόνο, είτε σε φαντασιακό επίπεδο, είτε μέσω της εσωτερικής αναβίωσης και αναπαράστασης. Ο τρόπος εξαρτάται από την αγχώδη διαταραχή που αντιμετωπίζεται κατά την θεραπεία και από τα αντικείμενα, τις καταστάσεις ή τις αισθήσεις που αποτελούν φοβικό ερέθισμα.

4.2. Γνωσιακές θεωρίες

Οι γνωσιακές θεωρίες υποστηρίζουν ότι οι αγχώδεις διαταραχές προκύπτουν ως αποτέλεσμα της ύπαρξης διαστρεβλωμένων πεποιθήσεων σχετικά με κάποια σωματική ή ψυχολογική απειλή (Beck et al., 1985). Γι' αυτό, στις γνωσιακές θεραπείες ασθενείς με αγχώδεις διαταραχές μαθαίνουν να αναγνωρίζουν, να αμφισβητούν και να επαναξιολογούν αυτές τις διαστρεβλωμένες πεποιθήσεις και να υιοθετούν πιο ρεαλιστικά και προσαρμοστικά μοτίβα συλλογισμού. Η γνωσιακή αναδόμηση είναι η πιο διαδεδομένη τεχνική στην γνωσιακή θεραπεία για το άγχος (Sprich et al., 2016). Οι διεργασίες που συμβαίνουν κατά την διάρκεια της γνωσιακής θεραπείας βοηθούν το άτομο να εκτιμήσει την εγκυρότητα και την χρησιμότητα αυτών των διαστρεβλωμένων σκέψεων, μαθαίνοντας δεξιότητες που το βοηθούν να επαναξιολογήσει τον τρόπο που σκέφτεται και να τον αντικαταστήσει με έναν εναλλακτικό, πιο λειτουργικό για εκείνο. Οι δεξιότητες που αναπτύσσει το άτομο περιλαμβάνουν την ανεύρεση απτών αποδείξεων, την δοκιμή υποθέσεων, την αμφισβήτηση αντιλήψεων και την

αναγνώριση γνωσιακών παγίδων, όπως η καταστροφολογία και η υπεργενίκευση (Ellard et al., 2016, Ougrin, 2011).

Στην γνωσιακή θεραπεία, όμως, χρησιμοποιούνται και συμπεριφορικές δοκιμές, ως ασκήσεις έκθεσης, για να αμφισβητηθούν δυσλειτουργικές πεποιθήσεις και αντιλήψεις και να πάρει το άτομο επανορθωτικές πληροφορίες σχετικά με αυτό που τον άγχωνε και να κατασκευάσει ένα πιο ρεαλιστικό μοτίβο συμπεριφοράς (Sprich et al., 2016). Με την βοήθεια αυτών των συμπεριφορικών πειραματισμών, ο βραχυπρόθεσμος στόχος είναι η αλλαγή των δυσλειτουργικών σκέψεων, αλλά ο μακροπρόθεσμος είναι η μείωση της εμφάνισης της συμπεριφοράς αποφυγής από το φοβικό ερέθισμα. Σε κάθε αγχώδη διαταραχή οι πεποιθήσεις που υπονομεύουν την λειτουργικότητα του ατόμου είναι διαφορετικές. Για παράδειγμα, στην διαταραχή πανικού η γνωσιακή θεραπεία θα επικεντρωθεί στις παρερμηνείες, στις οποίες επιδίδεται το άτομο, σχετικά με τα σωματικά συμπτώματα που βιώνει (π.χ. «Η καρδιά μου αρχίζει να χτυπά πιο γρήγορα, άρα μπορεί να πάθω έμφραγμα»).

4.3. Νευροβιολογικό υπόβαθρο των αγχωδών διαταραχών

Οι αγχώδεις διαταραχές έχουν και ένα νευροβιολογικό υπόβαθρο στον ανθρώπινο εγκέφαλο, το οποίο χαρτογραφείται με την βοήθεια διαδικασιών που διενεργούνται σε πειραματόζωα και με απεικονιστικές μελέτες. Προς το παρόν, έχουν βρεθεί περιοχές του εγκεφάλου με μεγαλύτερη μεταβολική δραστηριότητα και σχετίζονται με το συναίσθημα αλλά και το γνωστικό κομμάτι του ανθρώπου. Η επικρατέστερη υπόθεση, σχετικά με την διαταραγμένη εγκεφαλική λειτουργία στις αγχώδεις διαταραχές, υποστηρίζει ότι υπάρχει απορρύθμιση στο νευρωνικό «δίκτυο του φόβου». Πιο συγκεκριμένα, έχει παρατηρηθεί μια ανισορροπία μετάδοσης σημάτων μεταξύ του υπερδραστήριου μεταιχμιακού συστήματος και των υποδραστήριων περιοχών του μετωπιαίου φλοιού (Shin & Liberzon, 2010).

Επίσης, η δυσλειτουργία και η απορρύθμιση συγκεκριμένων κεντρικών συστημάτων νευροδιαβιβαστών, συμπεριλαμβανομένων της σεροτονίνης, της νορεπινεφρίνης και του γάμμα αμινοβουτυρικού οξέος (GABA), έχει προταθεί για να αναδειχθεί η παθοφυσιολογία των αγχωδών διαταραχών (Den Boer & Westenberg, 1988, Gorman et al., 2000, Nutt, 1998, Primeau & Fontaine, 1988, Zwanzger & Rupperecht, 2005). Με βάση αυτούς τους νευροδιαβιβαστές έχουν κατασκευαστεί φάρμακα όπως τα αντικαταθλιπτικά που λειτουργούν ως επιλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRIs) και έχουν αγχολυτική δράση ρυθμίζοντας το σεροτονινεργικό σύστημα, ενώ οι αναστολείς της

μονοαμινοξειδάσης (MAOIs), τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά (TCA) και οι αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης και της νορεπινεφρίνης (SNRIs) ασκούν αγχολυτική δράση στο άτομο ρυθμίζοντας και το σεροτονινεργικό και το νορεπινεφρινικό σύστημα. Ακόμη, η κατηγορία φαρμάκων των βενζοδιαζεπινών θεωρείται ότι έχει άμεση επίδραση στους υποδοχείς GABA.

4.4. Εναλλακτικές θεραπείες για την αντιμετώπιση των αγχωδών διαταραχών

Τις τελευταίες δύο δεκαετίες, το επιστημονικό ενδιαφέρον έχει στραφεί στις εναλλακτικές θεραπείες, πράγμα που αντανάκλα και το ενδιαφέρον των ασθενών. Μεταξύ αυτών των θεραπειών, βρίσκονται οι προσεγγίσεις που αναφέρονται στην σχέση μυαλού – σώματος και προσεγγίσεις που βασίζονται στην ενσυνειδητότητα (Keith et al., 2005). Οι δεύτερες θεωρούνται ότι στοχεύουν στην απόκριση του σώματος απέναντι στο στρες, μέσα από την εκμάθηση πρακτικών δεξιοτήτων που βοηθούν στο να ρυθμιστεί η ένταση που σχετίζεται με την απόκριση στο στρες (Carmody et al., 2009, Gu et al., 2015, Hoge et al., 2013a). Έχει αποδειχθεί ότι η μακρόχρονη εφαρμογή αυτών των δεξιοτήτων μπορεί να βοηθήσει στην βελτίωση της προσαρμοστικής συναισθηματικής ρύθμισης και έτσι να μειωθούν τα αρνητικά συναισθήματα, όπως το στρες. Κάτω από φυσιολογικές συνθήκες, η έκθεση σε μια απειλή (π.χ. έναν στρεσογόνο παράγοντα) ενεργοποιεί μια σειρά σωματικές αποκρίσεις προετοιμάζοντας το σώμα να αντιμετωπίσει τον κίνδυνο, αυξάνοντας τον μεταβολισμό, τους χτύπους της καρδιάς και την πίεση (π.χ. σε μια φυσιολογική απόκριση απέναντι στο στρες). Μια υπερβολική ενεργοποίηση αυτής της απόκρισης στο στρες, είτε σε ένταση είτε σε διάρκεια, θεωρείται ότι βρίσκεται κάτω από την παθοφυσιολογία των αγχωδών διαταραχών (Bystritsky et al., 2000, Duncko et al., 2006, Fisher & Newman, 2013, Garcia - Leal et al., 2005, Jezova et al., 2004, Vaccarino et al., 2015).

4.4.1. Παρεμβάσεις που βασίζονται στην σχέση μεταξύ μυαλού και σώματος

Οι παρεμβάσεις που βασίζονται στην ενσυνειδητότητα, έχουν τις ρίζες τους στην φιλοσοφία του Βουδισμού (Khoury et al., 2013, Segal et al., 2002). Κατά την εφαρμογή των τεχνικών της ενσυνειδητότητας το άτομο εστιάζει στην πράξη της αντίληψης, πράγμα που

μπορεί να τον βοηθήσει να κατανοήσει την υποκειμενικότητα των εμπειριών του. Με αυτόν τον τρόπο οι πρακτικές της ενσυνειδητότητας στοχεύουν στο να αυξηθεί η επίγνωση ότι οι σκέψεις απέχουν από την πραγματικότητα (Teasdale et al., 2002), δημιουργώντας την ευκαιρία να ξαναφέρει το άτομο στο μυαλό του τις αρνητικές σκέψεις και να αποδεχθεί τα δυσάρεστα συναισθήματα, κατανοώντας ότι θα περάσουν (Bishop et al., 2004).

Μια από αυτές τις παρεμβάσεις είναι η μείωση του άγχους βασισμένη στην ενσυνειδητότητα (MABE). Αυτή η προσέγγιση αναπτύχθηκε για να χρησιμοποιηθούν οι πρακτικές του Βουδιστικού διαλογισμού στα σύγχρονα ψυχιατρικά πλαίσια (Kabat-Zinn, 2005). Επίσης, σε συνδυασμό με τις ασκήσεις της Hatha Yoga, η παρέμβαση αυτή προσπαθεί να ενδυναμώσει την σύνδεση μεταξύ σώματος και αισθήσεων για να βιώνονται με μεγαλύτερη διαύγεια τα συναισθήματα. Ο απώτερος στόχος της MABE είναι να διδαχθεί το άτομο πως να αποδέχεται το παρόν και να επιτρέπει στις σκέψεις να «έρχονται» και να «φεύγουν» ελεύθερα, χωρίς να «αγκιστρώνεται» σε αυτές (Kabat-Zinn, 2005). Η επανεκπαίδευση της κρίσης του ατόμου και η εκμάθηση της δεξιότητας της απόκρισης μέσω της χαλάρωσης, στοχεύει στο να μειωθούν η σοβαρότητα των αγχώδων συμπτωμάτων.

Μια άλλη τεχνική είναι η γνωσιακή θεραπεία βασισμένη στην ενσυνειδητότητα (ΓΘΒΕ), η οποία δημιουργήθηκε αρχικά ως ένα εργαλείο πρόληψης για τα άτομα που είχαν ανακάμψει από ένα καταθλιπτικό επεισόδιο, καθώς αποτελεί ένα πρόγραμμα που συνδυάζει τις αρχές του διαλογισμού με αυτές της γνωσιακής θεραπείας (Segal et al., 2002). Η ΓΘΒΕ προσθέτει στοιχεία που βασίζονται στην ενσυνειδητότητα στην παραδοσιακή Γνωστικό – Συμπεριφοριστική Θεραπεία για να εκπαιδεύσει το άτομο στο να ανιχνεύει την χειροτέρευση της διάθεσης και τον μηρυκασμό σκέψεων, που σχετίζονται με τις υποτροπές της διάθεσης και του άγχους (Segal et al., 2002).

Μία ακόμη προσέγγιση που αναφέρεται στην σύνδεση μυαλού – σώματος είναι η εκπαίδευση στην διαχείριση του άγχους και την ανθεκτικότητα, ενώ το πρόγραμμα έχει τρεις άξονες, οι οποίοι είναι η χαλάρωση, η απόκριση και η ανθεκτικότητα. Τα αρχικά που χρησιμοποιούνται για την συγκεκριμένη παρέμβαση, με βάση το αγγλικό όνομά της, είναι το SMART – 3RP. Αυτό το πρόγραμμα βασίζεται στην θεωρία του Benson σχετικά με την απόκριση μέσω χαλάρωσης, που συνδυάζει στοιχεία θετικής ψυχολογίας και γνωσιακής θεραπείας (Park et al., 2013). Η απόκριση μέσω της χαλάρωσης θεωρείται ο αντίποδας στην αγχώδους απόκρισης και μπορεί να ενεργοποιηθεί από μια σειρά τεχνικών, όπως ο διαλογισμός ενσυνειδητότητας ή την Hatha Yoga, ούτως ώστε μετριαστεί η υπερδραστηριοποίηση του συμπαθητικού συστήματος με συνδέεται με την αγχώδη απόκριση (Dusek & Benson, 2009). Τα κύρια στοιχεία της SMART – 3RP αποτελούν τεχνικές που προκαλούν την απόκριση μέσω

χαλάρωσης, την δημιουργία μιας πιο προσαρμοστικής προοπτικής ως απάντηση σε στρεσογόνες καταστάσεις και στοιχεία αυτό – συμπόνοιας (Park et al., 2013).

4.4.2. Παρεμβάσεις που βασίζονται στην κίνηση

Και αυτού του είδους οι προσεγγίσεις έχουν χτιστεί πάνω στην Βουδιστική φιλοσοφία, παρότι χρησιμοποιούν την σωματική κίνηση σε μεγαλύτερο βαθμό από τα προγράμματα εκπαίδευσης στην ενσυνειδητότητα, όπως στην MABE. Εμπεριέχουν μια γκάμα αρχαίων πρακτικών (π.χ. yoga, tai chi) που βασίζονται στον συνδυασμό του διαλογισμού, των τεχνικών αναπνοής και της στάσης του σώματος. Τα οφέλη τους στην σωματική και πνευματική ευεξία αποδείχθηκαν αργότερα να πηγάζουν από τις ευεργετικές επιδράσεις στο ανοσοποιητικό (Falkenberg et al., 2018, Ho et al., 2013), το ενδοκρινικό (Kaduskar & Suryanarayana, 2015, Walther et al., 2018) και το νευροβλαστικό (Zou et al., 2018).

Η yoga αποτελεί μια αρχαία μέθοδο που δημιουργήθηκε ως μια διαδικασία για πνευματική ανάπτυξη. Οι έρευνες έχουν επιβεβαιώσει τα ευεργετικά οφέλη που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την αντιμετώπιση σωματικών και ψυχολογικών παθολογικών καταστάσεων (Balasubramaniam et al., 2012). Οι παραδόσεις της yoga περιέχουν την σειρά συγκεκριμένων στάσεων του σώματος (αυτές ονομάζονται asanas), ενώ τα άτομα πρέπει να θυμούνται να αναπνέουν, μερικές φορές κάνοντας συγκεκριμένες ασκήσεις αναπνοής (που ονομάζονται pranayama) (Javnbakht et al., 2009). Υπάρχουν πολλά είδη yoga, αλλά το πιο γνωστό είναι η Hatha yoga, που εστιάζει κυρίως στην στάση του σώματος (Bridges & Sharma, 2017). Η yoga έχει προταθεί ως μια πιθανή θεραπεία για τις αγχώδεις διαταραχές, καθώς έχει φανεί ότι μειώνει το άγχος (Smith et al., 2007) και βελτιώνει την νευροπλαστικότητα (Xiong & Doraiswamy, 2009). Επίσης, έχει αποδειχθεί ότι συγκεκριμένες στάσεις του σώματος συνδέονται με καλύτερη ρύθμιση του συναισθήματος (Veenstra et al., 2017) και αυξημένη θετική διάθεση (Wong et al., 2016), πράγμα που αυξάνει τις πιθανότητες να χρησιμοποιούνται διαφορετικές στάσεις του σώματος στην καθημερινότητα για να ρυθμίζεται το συναίσθημα.

Μια άλλη προσέγγιση που βασίζεται στην κίνηση είναι το tai chi, που ξεκίνησε στην Κίνα ως ένα είδος άσκησης που βασίζεται στην ενσυνειδητότητα και έχει χρησιμοποιηθεί ως μια μορφή θεραπείας για πολλές ασθένειες από τον δωδέκατο αιώνα (Hoffmann-Smith Kimberly et al., 2009). Το tai chi χρησιμοποιεί αργές, χαριτωμένες κινήσεις, με τις οποίες τα άτομα μετατοπίζουν το βάρος τους μεταξύ των ποδιών, ενώ κινούν τα χέρια τους. Αυτή η τεχνική εμπεριέχει στοιχεία που συνδυάζουν διαλογισμό, πολεμικές τέχνες, καθοδηγούμενη φαντασία και βαθιές αναπνοές. Το tai chi θεωρείται ευεργετικό για τις γνωστικές ικανότητες,

όπως της μνήμης και της συγκέντρωσης, για χρόνιες ασθένειες, όπως ο καρκίνος, η αρθρίτιδα και η υψηλή πίεση, αλλά και για ψυχιατρικές ασθένειες όπως η κατάθλιψη και το άγχος (Wang et al., 2009, Yeh et al., 2008).

Άλλη μια τεχνική που βασίζεται στην κίνηση είναι η θεραπεία μασάζ. Η θεραπεία μασάζ θεωρείται από το Εθνικό Κέντρο Συμπληρωματικής και Συνθετικής Υγείας ως μια «σωματική» τεχνική, ένα είδος παρέμβασης μυαλού – σώματος που συμπεριλαμβάνει τον εξωτερικό χειρισμό του σώματος (National Center for Complementary and Integrative Health, 2016). Αν και υπάρχουν πολλά είδη θεραπειών μασάζ, όλα αφορούν στην μάλαξη του δερματικού ιστού. Το μασάζ έχει προταθεί ως μια πιθανή θεραπεία για τις αγχώδεις διαταραχές, δεδομένων των επιδράσεων του στον μυϊκό τόνο (Boitor et al., 2018, Buttagat et al., 2012).

4.5. Διακρανιακή Φωτοβιορύθμιση

Η Φωτοβιορύθμιση (ΦΒΡ), η λεγόμενη και «θεραπεία φωτός μικρού μήκους κύματος» ή «θεραπεία με laser μικρού μήκους κύματος» αποτελεί μια καινοτόμο αντιμετώπιση που βασίζεται σε μηχανήματα και βρίσκεται ακόμη υπό εξέλιξη, ενώ μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε διαφορετικές νευροψυχιατρικές διαταραχές (Hamblin, 2016). Η ΦΒΡ χρησιμοποιεί laser μικρού μήκους κύματος ή διόδους εκπομπής φωτός (LEDs) για να διοχετεύσει σχεδόν υπέρυθρο ή κόκκινο φως, που στοχεύει στο ρυθμίσει τον μεταβολισμό και την λειτουργία διαφορετικών ιστών και οργάνων, συμπεριλαμβανομένου και του εγκεφάλου (Cassano et al., 2016). Η βιολογική δραστηριότητα έχει παρατηρηθεί σε πειραματικές συνθήκες και σε άλλα μήκη κύματος (Wang et al., 2016). Παρόλα αυτά, η έρευνα σχετικά με την ΦΒΡ έχει εστιάσει στο σχεδόν υπέρυθρο, επειδή το φως σε αυτό το εύρος έχει καλύτερη διείσδυση στους ιστούς και σε έναν γνωστό φωτουποδοχέα, το μιτοχονδριακό ένζυμο οξειδάση του κυτοχρώματος c (CCO) (Chung et al., 2012).

Η ΦΒΡ είναι μη παρεμβατική, ενώ η σχεδόν υπέρυθρη είναι μη ιονισμένη, ηλεκτρομαγνητική ακτινοβολία που απορροφάται από ενδογενή χρωμοφόρα μόρια και διασκορπίζεται ελάχιστα ως θερμική ενέργεια (Mochizuki-Oda et al., 2002). Ο προτεινόμενος αρχικός μηχανισμός δράσης της ΦΒΡ χρησιμοποιώντας σχεδόν υπέρυθρη ακτινοβολία είναι η ενίσχυση του μιτοχονδριακού βιοενεργητικού μεταβολισμού μέσα από την διοχέτευση ενέργειας στην CCO και την αυξημένη παραγωγή της τριφωσφορικής αδενοσίνης (ATP). Η μιτοχονδριακή δυσλειτουργία σχετίζεται με το άγχος (Fedoce et al., 2018) και τα μιτοχόνδρια θεωρούνται ως στόχοι για τις φαρμακευτικές αγχολυτικές θεραπείες (Nussbaumer et al., 2016, Strobbe & Campanella, 2018).

4.6. Ψηφιακή εποχή: Ψηφιακά εργαλεία για την αντιμετώπιση των Αγχωδών Διαταραχών

Οι προηγμένες τεχνολογίες τηλεπικοινωνιών (π.χ. τηλέφωνο, εφαρμογές που βασίζονται στο διαδίκτυο με ποικίλους τρόπους συμμετοχής των θεραπειών) είναι εργαλεία που δυνητικά μπορούν να λειτουργήσουν ως τείχος μείωσης των αγχωδών διαταραχών. Η μέχρι τώρα έρευνα έχει δείξει ότι οι ψηφιακές καινοτομίες είναι πανίσχυρα εργαλεία μέσα από τα οποία μπορεί να προαχθεί η υγεία και η ευεξία σε πολλούς πληθυσμούς συμπεριλαμβανομένων αυτών που πάσχουν από κατάθλιψη (Lambert et al., 2018), αυτών που κάνουν προβληματική χρήση αλκοόλ, αυτών που βρίσκονται σε διπολική διαταραχή τελικού σταδίου (Fletcher et al., 2018) και αυτών που βιώνουν τα πρώτα σημάδια ψύχωσης (Bell et al., 2018, Bucci et al., 2018). Παράλληλα με την αυξανόμενη παρουσία τους σε όλους τους τομείς της ζωής, αυτά τα ψηφιακά μέσα παρέχουν στους χρήστες ένα βαθμό ιδιωτικότητας και ανωνυμίας, ενώ η λήψη των υπηρεσιών δεν περιορίζεται στην γεωγραφική τοποθεσία του παρόχου. Όσον αφορά άτομα με άγχος, κάποια από αυτά έχουν συγκεκριμένους φόβους όπως η κοινωνική κριτική ή το να ταξιδεύσουν μακριά από το σπίτι, ή για κάποια από αυτά η αποφυγή τέτοιων συνθηκών αποτελεί σημαντικό εμπόδιο στην ζωή τους. Σε άτομα όπως αυτά, οι θεραπείες που πηγάζουν από τα τεχνολογικά μέσα είναι πιο ελκυστικές. Πιο συγκεκριμένα, οι θεραπείες που στηρίζονται στην τεχνολογία μπορεί να ενισχύσουν την αίσθηση της δέσμευσης στα άτομα που πάσχουν από αγχώδεις διαταραχές.

Το πρώτο και ίσως το πιο πρώιμο τεχνολογικό μέσο που χρησιμοποιήθηκε για παρέμβαση ψυχικής υγείας, ήταν το τηλέφωνο (Lovell et al., 2000). Από τότε, αρκετά ψηφιακά εργαλεία και τεχνολογικές εφαρμογές έχουν αναπτυχθεί ως μέσα για την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Οι τρεις μεγαλύτερες κατηγορίες αυτών των εργαλείων είναι αυτές που βασίζονται στην χρήση του διαδικτύου, η εικονική πραγματικότητα και αυτές που βασίζονται στην χρήση των κινητών τηλεφώνων, χωρίς να σημαίνει ότι μεταξύ τους είναι αμοιβαία αποκλειόμενες ως προς την χρήση τους.

Πιο συγκεκριμένα, η πρώτη κατηγορία περιέχει τεχνολογικά μέσα, με τα οποία το άτομο μπορεί να αυτό – βοηθηθεί μέσω διαδικτύου, να κάνει τηλεδιασκέψεις και να συνομιλήσει με άμεσα μηνύματα, ενώ υπάρχουν διαδικτυακές πλατφόρμες στις οποίες η παρουσία και υποστήριξη του/της θεραπευτή/τριας ποικίλλει. Στην κατηγορία της εικονικής πραγματικότητας χρησιμοποιούνται εικόνες που δημιουργούνται μέσω Η/Υ σε πραγματικό χρόνο, όπως και συσκευές αντίληψης θέσης. Επίσης, οι αναπαραγωγές ήχων ή ο ερεθισμός άλλων αισθήσεων στοχεύει στο να βυθίσει τους ασθενείς σε έναν κόσμο που έχει δημιουργηθεί

με την χρήση ενός Η/Υ, στον οποίο τα άτομα που πάσχουν από αγχώδεις διαταραχές μπορούν να βιώσουν με διαφορετικό τρόπο την θεραπεία μέσω έκθεσης (Krijn et al., 2004). Στην τελευταία κατηγορία, οι παρεμβάσεις με την χρήση του κινητού τηλεφώνου περιέχουν εφαρμογές, που προάγουν την αυτό – παρατήρηση και την αυτό – καθοδήγηση του ατόμου. Τα τεχνολογικά μέσα όλων των κατηγοριών μπορούν να βοηθήσουν άτομα που πάσχουν από οποιαδήποτε αγχώδη διαταραχή, όπως η γενικευμένη αγχώδη διαταραχή, η διαταραχή κοινωνικού άγχους, η διαταραχή πανικού με ή χωρίς αγοραφοβία, η ψυχαναγκαστική – καταναγκαστική διαταραχή και η διαταραχή μετά – τραυματικού στρες.

4.7. Η ανάπτυξη των ψυχοδυναμικών θεωριών σχετικά με το άγχος

Η πρώτη προσπάθεια επεξήγησης του άγχους έγινε από τον Sigmund Freud, ο οποίος βασιζόμενος στις δύο θεωρίες του, την τοπική και την δομική, προσπάθησε να δώσει μια μορφή στο ψυχικό όργανο (Strachey et al., 1894, 1900, 1915). Μέσα από την διερεύνησή του κατέληξε στο ότι υπάρχουν δύο είδη άγχους, το τραυματικό και το νευρωτικό (Strachey et al., 1926). Το τραυματικό άγχος ενεργοποιείται αυτόματα σε καταστάσεις, εσωτερικού ή εξωτερικού, κινδύνου, όπου το εγώ του ατόμου δεν μπορεί να το διαχειριστεί. Για παράδειγμα, αμέσως μετά την γέννηση, τα μωρά μπορεί αυτόματα να βιώσουν τραυματικό άγχος, γιατί το εγώ τους δεν είναι αναπτυγμένο επαρκώς για να αντιμετωπίσει την παραδοξότητα της καινούριας πραγματικότητας. Σε αντίθεση με το τραυματικό άγχος, το νευρωτικό άγχος προκύπτει από την αίσθηση του εγώ ότι απειλείται από φανταστικούς κινδύνους που συμβολίζουν παλιότερες τραυματικές εμπειρίες. Παράδειγμα αυτού αποτελεί ο αποχωρισμός του ατόμου από την μητέρα, όντας στην βρεφική ηλικία, που μπορεί να οδηγήσει σε νευρωτικό άγχος στην ενήλικη ζωή, ως απόκριση σε μια επαπειλούμενη απώλεια ενός φίλου.

Μετά τον Freud οι ψυχαναλυτές Melanie Klein και Donald Winnicott, προσπάθησαν δημιουργήσουν τις δικές τους θεωρίες σχετικά με το άγχος, ανάγοντας το στην διαταραγμένη προσκόλληση και την απώλεια, ή την επαπειλούμενη απώλεια μιας σχέσης. Σύμφωνα με τη θεωρία της Klein, τα πρώτα στάδια της ανάπτυξης χαρακτηρίζονται από τον φόβο του αφανισμού, ενώ τα επόμενα από τον φόβο αφανισμού των άλλων. Γι' αυτό το άγχος παίρνει δύο μορφές, οι οποίες είναι η προσδοκία ότι κάτι κακό θα συμβεί στο ίδιο το άτομο και η προσδοκία ότι κάτι κακό θα συμβεί σε κάποιον άλλον. Το άγχος, λοιπόν βιώνεται με κρίσιμο τρόπο στο πλαίσιο των πρώτων σχέσεων και είναι πιθανό να επαναλαμβάνεται καθ' όλη την διάρκεια της ζωής του ατόμου, όταν αντιμετωπίζει παρόμοιες καταστάσεις στις σχέσεις του με τους άλλους.

Σε σύγκριση με την Klein, ο Winnicott έδωσε μεγαλύτερη έμφαση στην προσκόλληση του βρέφους στην μητέρα του το πρώτο διάστημα της ζωής του (Winnicott, 1965). Για τον Winnicott το θεμέλιο μιας σωστής ανάπτυξης ήταν η αρμονική σχέση του βρέφους με τον φροντιστή του. Το άγχος του βρέφους αναδύεται όταν υπάρξει αποδιοργάνωση της προσκόλλησης του παιδιού στον κύριο φροντιστή του. Ο Winnicott υποστήριζε ότι αν τα βρέφη μπορούσαν με ασφάλεια να εκφράσουν τις ανάγκες τους και αυτές να καλύπτονται, τότε θα εγκαθίδρυναν μια πραγματική έννοια του εαυτού τους. Τα άτομα που έχουν κατακτήσει αυτήν την έννοια του εαυτού τους έχουν την δυνατότητα να βιώνουν πιο αυθόρμητες και αυθεντικές εμπειρίες, χωρίς να εξαρτώνται από τους άλλους. Αντιθέτως, εκείνοι που έχουν μια πλασματική έννοια του εαυτού τους, μπορούν να βιώσουν εμπειρίες μόνο σε σχέση με τις προσδοκίες που έχουν οι άλλοι για αυτούς. Η διαταραγμένη προσκόλληση προετοιμάζει το έδαφος για αναρίθμητα προβλήματα στην μετέπειτα ζωή του ατόμου, συμπεριλαμβανομένης μιας αίσθησης απειλής της διαπροσωπικής του ασφάλειας και διαδοχικά άγχος όταν εκφράζει τα συναισθήματά του σε άλλους.

Σύμφωνα με τις πιο σύγχρονες ψυχοδυναμικές θεωρίες, ένα κοινό στοιχείο μεταξύ πολλών αγχώδων διαταραχών είναι η εσωτερική σύγκρουση που βιώνει το άτομο μεταξύ της επιθυμίας του να είναι αυτόνομο (αποχωρισμός από τους άλλους) και του φόβου του αποχωρισμού (που μπορεί να καταλήξει σε έντονη εξάρτηση από τους άλλους) (Leichsenring et al., 2014). Σε αντιστοιχία με τις θεωρίες των Klein και Winnicott, οι αγχώδεις διαταραχές συνήθως προκύπτουν από ανασφαλείς δεσμούς, που οδηγούν σε δυσλειτουργικά εσωτερικευμένες αναπαραστάσεις του εαυτού και των άλλων, πράγμα που δυσχεραίνει την αίσθηση σύνδεσης με το άλλο άτομο κατά την διάρκεια της φυσικής του απουσίας. Κατά συνέπεια, τα αγχώδη άτομα συνήθως αποζητούν την παρουσία του άλλου ατόμου για να βιώσουν την αίσθηση της ασφάλειας (Leichsenring et al., 2014).

4.8. Εμπόδια στην εφαρμογή των θεραπευτικών μεθόδων για την αντιμετώπιση των αγχώδων διαταραχών στην κοινότητα

Όλες οι παραπάνω θεραπευτικές μέθοδοι αποτελούν θεραπείες που βασίζονται σε στοιχεία. Η εφαρμογή τους όμως δεν είναι πάντα εφικτή, λόγω των πολλών εμποδίων που παρουσιάζονται κατά την διάρκεια χρήσης τους. Τις τελευταίες δεκαετίες, ο κλάδος της Εφαρμοσμένης Επιστήμης (ΕΕ) έχει δημιουργηθεί για να αντιμετωπίσει το κενό μεταξύ επιστήμης – πράξης στις θεραπείες που αφορούν την ψυχική υγεία (Proctor et al., 2009). Η ΕΕ αξιολογεί με συστηματικό τρόπο την ενσωμάτωση των θεραπειών που βασίζονται σε στοιχεία,

στην καθημερινότητα της κλινικής φροντίδας των ασθενών, με απώτερο στόχο την βελτίωση της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας των παροχών φροντίδας υγείας σε επίπεδο κοινότητας (Eccles & Mittman, 2006). Η ΕΕ διερευνά τους παράγοντες που εμποδίζουν ή διευκολύνουν την ενσωμάτωση των θεραπειών που βασίζονται σε στοιχεία σε επίπεδο κοινότητας, δίνοντας έμφαση σε πολλαπλά επίπεδα όπως αυτό των οργανώσεων, των παρόχων αυτών των υπηρεσιών, των θεραπειών και των ασθενών (Damschroder et al., 2009, Southam-Gerow et al., 2012).

Τα εμπόδια που εντοπίζονται σε επίπεδο οργανώσεων αναφέρονται στις προκλήσεις που σχετίζονται με το δομικό, πολιτικό και πολιτισμικό πλαίσιο μέσα από τα οποία περνά μια παρέμβαση (Damschroder et al., 2009). Με άλλα λόγια, οι προκλήσεις σχετίζονται με το ίδιο το πλαίσιο εφαρμογής της παρέμβασης, όπως το κλίμα και η κουλτούρα της οργάνωσης, των διαθέσιμων πόρων και της υπάρχουσας δομής. Όσον αφορά τα εμπόδια που ανακύπτουν σε επίπεδο παρόχων των υπηρεσιών, αυτά αναφέρονται στα χαρακτηριστικά των ατόμων που είναι υπεύθυνα για την εφαρμογή των παρεμβάσεων, τα οποία επηρεάζουν την αποτελεσματικότητα της εφαρμογής των θεραπειών που βασίζονται σε στοιχεία σε κοινοτικό επίπεδο (Damschroder et al., 2009, Aarons et al., 2009, Langley et al., 2010). Πιο συγκεκριμένα, τα χαρακτηριστικά αυτά είναι οι αρνητικές αντιλήψεις των παρόχων απέναντι στις θεραπείες που βασίζονται σε στοιχεία, οι δυσκολίες που σχετίζονται με την εκπαίδευσή τους, και η εργασιακή εξουθένωση.

Σχετικά με το επίπεδο των θεραπειών, κατά την διάρκεια της εφαρμογής των θεραπειών που βασίζονται σε στοιχεία σε πραγματικά πλαίσια, αναδύονται αξιοσημείωτα εμπόδια. Αυτά τα εμπόδια έχουν να κάνουν με τις προκλήσεις που προκύπτουν βάσει των χαρακτηριστικών της κάθε παρέμβασης, όπως η δομή της, η εφαρμογή της και το περιεχόμενο (Mignogna et al., 2018, Gould et al., 2017, Damschroder et al., 2009). Στην τελευταία κατηγορία των δυσκολιών βρίσκονται τα χαρακτηριστικά των ασθενών που μπορεί να αποτελέσουν εμπόδια στην εφαρμογή των θεραπειών. Τα χαρακτηριστικά αυτά αφορούν τις γνώσεις τους και τις πεποιθήσεις τους σχετικά με τις μεθόδους αυτές, την δέσμευσή τους ως προς την προσέλευσή τους και το γενικότερο υπόβαθρό τους (Damschroder et al., 2009).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Εισαγωγή

Από τον Δεκέμβριο του 2019 η ανθρωπότητα ήρθε αντιμέτωπη με μία απειλή για την δημόσια υγεία, που πρωτοεμφανίστηκε στην Κίνα. Ένας νέος κορονοϊός (COVID 2019) εξαπλώθηκε με ραγδαία ταχύτητα σε όλη την χώρα, προκαλώντας ένα ξέσπασμα μια οξείας πνευμονίας με υψηλή μεταδοτικότητα (Bao et al., 2020). Αυτό το συμβάν, που αφορούσε την δημόσια υγεία, πήρε μεγάλη έκταση και λόγω της μεταδοτικότητας του ιού επιβαρύνθηκε σημαντικά το σύστημα υγείας, με το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό να καλείται να σηκώσει το μεγαλύτερο βάρος και τον γενικό πληθυσμό να προσπαθεί να καταλάβει πως να αντιμετωπίσει μια τόσο σοβαρή απειλή για την υγεία του (Pan et al., 2020, Wang et al., 2020). Με την εξάπλωση του COVID-19 σε παγκόσμιο επίπεδο, καθώς άρχισαν να εντοπίζονται και άλλες περιπτώσεις ατόμων με αντίστοιχα συμπτώματα σε πολλές χώρες, το Μάρτιο του 2020 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας τον ανακηρύσσει σε πανδημία (Gagliano et al., 2020). Η επιστημονική κοινότητα ξεκίνησε άμεσα να διερευνά τον τρόπο μετάδοσης του ιού, τα συμπτώματά του και τον τρόπο αντιμετώπισής του. Η ταχύτητα της μεταδοτικότητάς του σχετίζονταν με το γεγονός ότι μεταφέρονταν μέσω των σταγονιδίων, που προέρχονταν από το αναπνευστικό σύστημα του κάθε ατόμου (Huang, 2020). Κάποιο άτομο που έφερε τον COVID-19 μπορούσε να το μεταδώσει χωρίς να το αντιλαμβάνεται, λόγω του ότι δεν είχε συμπτώματα (Rothe, 2020). Εάν εκδηλώνονταν συμπτώματα, αυτά συνήθως ήταν πυρετός, ρίγη, βήχας, συνάχι, πονόλαιμος, δυσκολία στην αναπνοή, μυαλγία, ναυτία, τάση για εμετό και διάρροια (Chen, 2020). Η πληθυσμιακή ομάδα που διέτρεχε τον μεγαλύτερο κίνδυνο ήταν άτομα τρίτης και τέταρτης ηλικίας με υποκείμενο νόσημα. Οι σοβαρές περιπτώσεις ασθενών κατέληγαν με καρδιακούς τραυματισμούς, αναπνευστική ανεπάρκεια, σύνδρομο οξείας αναπνευστικής δυσχέρειας ή αρκετές φορές έχαναν την ζωή τους (Holshue, 2020).

Η σοβαρότητα της κατάστασης ανάγκασε τις κυβερνήσεις των κρατών να προβούν σε μέτρα, με τα οποία θα μπορούσαν να προασπίσουν την δημόσια υγεία. Τα μέτρα αυτά ήταν ο κατ' οίκον περιορισμός, η χωρική αποστασιοποίηση, η χρήση масκών σε εσωτερικούς αλλά και σε εξωτερικούς χώρους και η χρήση υγρών αντισηπτικών για την απολύμανση των χεριών. Επίσης, ανακοινώθηκαν οδηγίες για την αποφυγή συνωστισμού σε ανοιχτούς και κλειστούς χώρους, τη συχνή πλύση των χεριών και την πραγματοποίηση των απολύτως απαραίτητων μετακινήσεων, όπως για την προμήθεια ειδών πρώτης ανάγκης ή φαρμάκων (Adalja et al., 2020).

Τα μέτρα αυτά, όμως, είχαν έντονες ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις στον πληθυσμό της κάθε χώρας. Οι αλλαγές που επέφεραν τα μέτρα στην κοινωνία και την αγορά εργασίας, ήταν αστραπιαίες και μεγάλες. Οι προτεραιότητες της καθημερινότητας του κόσμου μπήκαν σε μια καινούρια ιεράρχηση, με αυτές που προηγούνταν να είναι η καθημερινή ενημέρωση για τον COVID-19 από τα δελτία ειδήσεων και το διαδίκτυο, η κοινωνική αποστασιοποίηση και το πως να απολυμαίνουν το χώρο τους (Oosterhoff et al., 2020). Η ενασχόληση σε καθημερινή βάση, κυρίως με αυτές τις δραστηριότητες, άρχισε να επιβαρύνει ψυχολογικά τα άτομα ωθώντας τους σε μια ψυχαναγκαστικά επαναλαμβανόμενη πραγματικότητα. Ενώ σε συνδυασμό με τον κατ' οίκον περιορισμό και την κοινωνική αποστασιοποίηση, πολλά άτομα ήρθαν αντιμέτωπα με αγχώδη και καταθλιπτικά στοιχεία (Berger et al., 2020).

Οι ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις των μέτρων κατά της διασποράς του COVID-19, ήταν ένα από τα σημαντικότερα ζητήματα που είχε να αντιμετωπίσει κάθε κοινωνία. Κυρίως τα άτομα που είχαν διαγνωστεί με ψυχιατρικές διαταραχές ή αντιμετώπιζαν ψυχολογικά προβλήματα, ως πιο ευάλωτα άτομα απέναντι στο στρες της καραντίνας, διέτρεχαν μεγαλύτερο κίνδυνο υποτροπής των συμπτωμάτων τους (Zhang et al., 2020). Η υποχρεωτική παραμονή στο σπίτι αποτελούσε εμπόδιο για την ανάγκη τους για επαφή με τους οικείους τους, αλλά και για την λήψη φροντίδας από ειδικούς.

Ανάμεσα σε αυτούς που επηρεάστηκαν ψυχολογικά από τον κατ' οίκον περιορισμό, ήταν και παιδιά, έφηβοι και νεαροί ενήλικες. Το κλείσιμο των σχολικών μονάδων, των πανεπιστημιακών ιδρυμάτων και των υπόλοιπων δομών εκπαίδευσης, ανέστειλε προσωρινά για την κάθε ηλικιακή ομάδα αντίστοιχα, την ακαδημαϊκή της εξέλιξη και την επαφή με τους συνομηλίκους (Liang et al., 2020). Κοινό χαρακτηριστικό και των τριών ηλικιακών κατηγοριών αποτελεί η ανάγκη για αλληλεπίδραση και επικοινωνία με τους φίλους τους, με στόχο την κοινωνική και συναισθηματική ανάπτυξη, καθώς και την διαμόρφωση της προσωπικότητάς τους. Επίσης, σύμφωνα με τις οδηγίες συστήνονταν η αποφυγή, από μέρους των παιδιών, των εφήβων και των νεαρών ενηλίκων, επισκέψεων σε ηλικιωμένους συγγενείς, πράγμα που τους απομάκρυνε και από αγαπημένα άτομα του οικογενειακού τους περιβάλλοντος (Xiang et al., 2020).

Σύμφωνα με τις έρευνες, όλες αυτές οι αλλαγές στην καθημερινότητα των παιδιών, των εφήβων και των νεαρών ενηλίκων, πυροδότησε την εμφάνιση ήπιων συμπτωμάτων ψυχοπαθολογίας. Κάποια από αυτά αποτελούσαν καταθλιπτικά στοιχεία, όπως απώλεια ενέργειας μέσα στην ημέρα, έλλειψη κινήτρου και ενδιαφέροντος για δραστηριότητες που θεωρούνταν παλιότερα ευχάριστες, αρνητικές σκέψεις για το μέλλον, συναισθήματα θυμού και μοναξιάς (Young minds report, Xie et al., 2020, Oosterhoff et al., 2020, Zhou et al., 2020 &

Asbury et al., 2020). Άλλες έρευνες κατέγραψαν τις αγχώδεις εκδηλώσεις που οφείλονταν στα μέτρα κατά του COVID-19, όπως η ευερεθιστότητα, ο θυμός, η διάσπαση προσοχής, η υπερκινητικότητα, ο φόβος μόλυνσης των σημαντικών άλλων από COVID-19 και η προσκόλληση στους γονείς (Oosterhoff et al., 2020, Jiao et al., 2020 & Cao et al., 2020).

Επίσης, η εξ' αποστάσεως εκπαίδευση, που αντικατέστησε την δια ζώσης διδασκαλία, διέκοψε με απότομο τρόπο την καθημερινή συνήθεια των παιδιών και των εφήβων να πηγαίνουν στο σχολείο, ενώ παράλληλα εκτόξευσε στα ύψη την χρήση της τεχνολογίας από μέρους τους. Μέσα από την εκτενέστερη χρήση των τεχνολογικών μέσων, όπως ο Η/Υ, τα κινητά τηλέφωνα, οι φορητοί Η/Υ και τα tablets πραγματοποιούνταν η παρακολούθηση των εξ' αποστάσεως μαθημάτων αλλά και η πληροφόρηση παιδιών, εφήβων και νεαρών ενηλίκων σχετικά με την εξέλιξη της πανδημίας. Ακόμη, τα αποτελέσματα των ερευνών έδειξαν ότι η πανδημία αποτέλεσε πρόκληση και για τους γονείς παιδιών και εφήβων με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες, όπως παιδιά και έφηβοι που έχουν διαγνωστεί με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητα (ΔΕΠ – Υ) ή με Διαταραχές του Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ).

Όλη αυτή η στρεσογόνος κατάσταση έδωσε το έναυσμα στην επιστημονική κοινότητα να κατασκευάσει ψυχομετρικά εργαλεία, μέσα από τα οποία θα μπορούσε να εντοπίσει τις ψυχολογικές δυσκολίες που ανακύπτουν κατά την διάρκεια της πανδημικής κρίσης και να αξιολογήσει την έντασή τους. Οι δύο σημαντικότερες κλίμακες που κατασκευάστηκαν ήταν η Fear of COVID-19 Scale (FCV-19S) και η COVID-19 Anxiety Scale (CAS).

Η πρώτη κλίμακα αποτελείται από 7 στοιχεία – προτάσεις, στις οποίες η απάντηση μπορεί να δοθεί μέσα από μια πενταβάθμια (1 – 5) κλίμακα Likert, που ξεκινά με το 1 να σημαίνει «διαφωνώ απόλυτα», το 2 «διαφωνώ», το 3 «ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ», το 4 «συμφωνώ» και φτάνει στο 5 που σημαίνει «συμφωνώ απόλυτα» με την πρόταση. Η κάθε πρόταση αξιολογείται με 1 έως 5 βαθμούς ανάλογα με την απάντηση σε κάθε στοιχείο – πρόταση (με εύρος του σκορ από 7 έως 35) και όσο μεγαλύτερο το αποτέλεσμα, τόσο μεγαλύτερος ο φόβος για τον COVID-19. Αποτελεί ένα αρκετά αξιόπιστο ψυχομετρικό εργαλείο, καθώς ο δείκτης αξιοπιστίας εσωτερικής συνοχής του, Cronbach's alpha είναι 0,82 και δίνει την δυνατότητα στους ειδικούς ψυχικής υγείας, να εκτιμήσουν τα ψυχολογικά ζητήματα που απασχολούν το άτομο και απορρέουν από τον φόβο για τον COVID-19 (Ahorsu et al., 2020).

Από την άλλη η δεύτερη κλίμακα αποτελείται από 7 στοιχεία – προτάσεις, στις οποίες η απάντηση μπορεί να δοθεί μέσα από μία τετραβάθμια (0 – 3) κλίμακα Likert, που

ξεκινά με το 0 να σημαίνει «δεν ισχύει για μένα», το 1 «σπάνια ισχύει για μένα», το 2 «μερικές φορές ισχύει για μένα» και 3 «ισχύει πολύ για μένα». Η κάθε πρόταση αξιολογείται με 0 έως 3 βαθμούς ανάλογα με την απάντηση σε κάθε στοιχείο – πρόταση, εξάγοντας έναν μέσο όρο και όσο μεγαλύτερος ο μέσος όρος, τόσο μεγαλύτερο το άγχος σχετικά με τον COVID-19. Πρόκειται για ένα αξιόπιστο ψυχομετρικό εργαλείο, καθώς ο δείκτης αξιοπιστίας εσωτερικής συνοχής του, Cronbach's alpha είναι 0,89 και βοηθά στην διάκριση μεταξύ του άγχους που συνδέεται με τον COVID-19 και του άγχους που πηγάζει από άλλες συνθήκες (Silva et al., 2020).

Η εκτεταμένη δραστηριότητα των ερευνητών αναδεικνύει την επίδραση που είχε η πανδημία του COVID-19 στην ψυχική υγεία και στην καθημερινότητα των ανθρώπων παγκοσμίως. Με εντονότερες τις συνέπειες να καταγράφονται στα παιδιά, τους εφήβους και τους νεαρούς ενήλικες. Συνεπώς, απώτερος στόχος της παρούσας έρευνας αποτελεί η διερεύνηση των αγχωδών διαταραχών την περίοδο του πρώτου κύματος του COVID-19, στα άτομα παιδικής, εφηβικής και νεαρής ηλικίας.

2. Υλικό – Μέθοδος

2.1. Σχεδιασμός Μελέτης

Η παρούσα συστηματική ανασκόπηση υλοποιήθηκε με βάση το προτεινόμενο πλαίσιο αναφοράς για τις συστηματικές ανασκοπήσεις και τις οδηγίες της PRISMA για τις συστηματικές ανασκοπήσεις (Liberati et al., 2009). Η έρευνα πραγματοποιήθηκε μέσα από τις εξής βάσεις δεδομένων: Pubmed, Google Scholar, EMBASE, SCOPUS και PsycInfo, μέχρι τις 8 Μαΐου 2020. Ο αλγόριθμος που χρησιμοποιήθηκε για την έρευνα είναι ο εξής: (COVID-19 OR SARS-CoV-19 OR SARS-CoV-2 OR “2019-nCoV” OR “novel coronavirus”) AND (child OR children OR kid OR kids OR teen OR teens OR adolescent OR adolescents OR teenager OR teenagers) AND (“mental disorders” OR “autism spectrum disorder” OR “autism” OR “attentiondeficit/hyperactivity disorder” OR ADHD OR dyslexia OR dyscalculia ORdepression OR “depressive symptoms” OR “mood disorders” anxiety OR “anxiety disorders” OR phobia OR phobias OR “social anxiety disorder” OR “panic disorder” OR “panic attacks” OR agoraphobia OR OCD OR PTSD OR “posttraumatic stress” OR “adjustment disorder”). Επίσης, πραγματοποιήθηκε αναζήτηση, με την τεχνική της «χιονοστιβάδας» για επιλέξιμες έρευνες και σχετικές ανασκοπήσεις.

2.2. Κριτήρια Συμπερίληψης

Όλα τα άρθρα που μελετούσαν πληθυσμούς παιδιών, εφήβων ή νεαρών ενηλίκων κατά την διάρκεια της πανδημίας του COVID-19 και ανέφεραν οποιαδήποτε ψυχολογική κατάσταση που συνδέονταν με την ψυχική υγεία (στρες, άγχος, κατάθλιψη, εκπαιδευτική επίδοση, ΔΕΠ – Υ, ΔΑΦ και ψυχική υγεία γενικά) θεωρήθηκαν επιλέξιμα. Για την παρούσα μελέτη, επιλέξιμα θεωρήθηκαν αυτά που συνδέονταν με το άγχος και τις αγχώδεις διαταραχές. Επίσης, με βάση τον σχεδιασμό των ερευνών επιλέχθηκαν κλινικές περιπτώσεις, σειρά κλινικών περιπτώσεων, συγχρονικές μελέτες, προοπτικές μελέτες και μελέτες ασθενών μαρτύρων. Τα δεδομένα, που είχαν συλλεχθεί στις επιλέξιμες έρευνες, δόθηκαν μέσω εργαλείων αυτό – αναφοράς και απαντούσαν είτε τα ίδια τα παιδιά και οι έφηβοι, είτε οι γονείς ή οι κηδεμόνες τους. Κάποιες από τις μελέτες βρέθηκαν με μικτό ηλιακό δείγμα συμμετεχόντων, σε περιπτώσεις που το ηλιακό εύρος του πληθυσμού περιείχε σε σημαντικό ποσοστό παιδιά, εφήβους και νεαρούς ενήλικες, μαζί με τους ενήλικες. Δύο συγγραφείς (Α.Σ. και Γ.Μ.) εργάστηκαν μαζί, με ανεξάρτητο τρόπο μεταξύ τους, για να πραγματοποιήσουν την επιλογή των ερευνών.

2.3. Εξαγωγή δεδομένων και ανάλυση

Τα δεδομένα εξήχθησαν από τα επιλέξιμα άρθρα χρησιμοποιώντας μια δοκιμασμένη φόρμα εξαγωγής δεδομένων και αξιολογήθηκαν ταυτόχρονα και με ανεξάρτητο τρόπο από δύο αξιολογητές (Α.Σ., Γ.Μ). Για κάθε μελέτη, εξήχθησαν δεδομένα με βάση τις εξής μεταβλητές: το όνομα και την ταυτότητα του άρθρου, το όνομα του πρώτου συγγραφέα και την χρονιά δημοσίευσης, την περιοχή ή την χώρα που πραγματοποιήθηκε η έρευνα, την γλώσσα του άρθρου, την περίοδο διεξαγωγής της έρευνας, τον σχεδιασμό της μελέτης, το μέγεθος του δείγματος, το ποσοστό του κάθε φύλου στο δείγμα, το ηλικιακό εύρος, την μέθοδο δειγματοληψίας, την σύνδεση με την πανδημία του COVID-19, τις εκβάσεις, την στατιστική ανάλυση και τα κύρια ευρήματα, συμπεριλαμβανομένων χαρακτηριστικών ή διαταραχών σύμφωνα με τα PICOS της μελέτης. Οποιαδήποτε διαφωνία που προέκυψε, επιλύθηκε μέσα από συζήτηση μεταξύ των αξιολογητών και μέσα από ομαδική συναίνεση.

2.4. Αξιολόγηση ποιότητας

Η αξιολόγηση της ποιότητας πραγματοποιήθηκε από δύο ανεξάρτητους αξιολογητές (Α.Σ., Γ.Μ.) στην διαδικασία της διαλογής, εκτιμώντας τον κίνδυνο προκατάληψης στις επιλέξιμες μελέτες, μέσα από την κλίμακα Newcastle – Ottawa για συγχρονικές και προοπτικές μελέτες.

3. Αποτελέσματα

3.1. Επιλογή των μελετών

Μέσα από την αναζήτηση σε ηλεκτρονικές βάσεις βρέθηκαν 2294 άρθρα, εκ των οποίων απέμειναν τα 2231, μετά την αφαίρεση των διπλότυπων. Ανάμεσα από αυτά, τα 51 σχετίζονταν με τον COVID-19 και αξιολογήθηκαν στην πλήρη έκτασή τους. Από αυτά, αφαιρέθηκαν τα εξής: 12 άρθρα που αναφέρονταν σε οδηγίες αντιμετώπισης του COVID-19, τρεις έρευνες που διεξήχθησαν με ενήλικο πληθυσμό, πέντε μελέτες που ανέφεραν μόνο ιατρικά δεδομένα, δύο έρευνες που πραγματεύονταν ζητήματα σχετικά με την τεχνολογία και δέκα μελέτες που ήταν ανασκοπήσεις. Κατά συνέπεια, απέμειναν 21 έρευνες. Στην παρούσα έρευνα θα ασχοληθούμε μόνο με τις 13 από αυτές, οι οποίες έχουν ευρήματα που σχετίζονται με τις αγχώδεις διαταραχές. Οι υπόλοιπες οχτώ αφαιρέθηκαν, γιατί σχετίζονταν οι τέσσερις με διαταραχές διάθεσης, οι τρεις με αναπτυξιακές διαταραχές, μία με άλλες ψυχοκοινωνικές και ακαδημαϊκές επιπτώσεις και μία με την μετατραυματική διαταραχή.

Από τις 13 έρευνες οι δέκα είναι συγχρονικές μελέτες, σε άλλες δύο έχει πραγματοποιηθεί ποιοτική ανάλυση, ενώ ανάμεσα στο σύνολο βρίσκεται και μία κλινική περίπτωση. Επίσης, οι επτά από τις μελέτες είχαν ως χώρα αναφοράς την Κίνα, οι δύο το Ηνωμένο Βασίλειο, ενώ στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, στην Σιγκαπούρη, στο Κόσοβο και την Βερόνα της Ιταλίας αντιστοιχούν οι υπόλοιπες τέσσερις έρευνες. Ακόμη, όλα τα ερευνητικά άρθρα είναι γραμμένα στην Αγγλική γλώσσα, εκτός από ένα που περιέχει και την Κινέζικη. Η περίοδος κατά την οποία υλοποιήθηκαν οι μελέτες είναι από 25 Ιανουαρίου 2020 έως 1 Απριλίου 2020. Το συνολικό δείγμα που συμμετείχε στις έρευνες ήταν 25419 άτομα εκ των οποίων οι 8497 (33,6%) αρσενικού γένους, οι 14681 (58%) θηλυκού γένους και 14 άτομα (0,06%) που ορίζονταν ως μη δυαδικοί σχετικά με το φύλο τους, ενώ για 2107 συμμετέχοντες (8,33%) δεν υπήρχε αναφορά σχετικά με το φύλο που ανήκαν. Στο γενικό σύνολο υπήρχαν 241 συμμετέχοντες, που είναι γονείς και απαντούσαν εκείνοι σχετικά με την ψυχολογική κατάσταση των παιδιών τους, τα οποία ανήκαν στην κατηγορία με τις Ειδικές Εκπαιδευτικές Ανάγκες και Αναπηρίες. Επιπρόσθετα, δύο έρευνες δεν ανέφεραν με ξεκάθαρο τρόπο τα χαρακτηριστικά του δείγματος, με την μία έρευνα να αναφέρει μόνο τον συνολικό αριθμό συμμετεχόντων και την άλλη να μην αναφέρει τίποτα, σχετικά με το σύνολο των ατόμων που συμμετείχαν.

Αναφορικά με το ηλικιακό εύρος των συμμετεχόντων, παρατηρηθήκαν τα όρια να είναι μεταξύ 3 και 87 ετών. Παρότι οι ηλικιακές ομάδες των παιδιών, εφήβων και νεαρών ενηλίκων είναι μεταξύ 5 και 30 ετών, υπήρχαν και συμμετέχοντες που διεύρυναν το ηλικιακό

φάσμα, εκτείνοντάς το στα 87 έτη. Αυτό οφείλονταν στις έρευνες με μικτό ηλικιακό δείγμα, στο οποίο παρόλα αυτά το μεγαλύτερο μέρος αποτελούνταν από συμμετέχοντες που ανήκαν στην ομάδα των 5 με 30 ετών, γι' αυτό και θεωρήθηκαν και επιλέξιμες. Εξαιτίας των περιοριστικών μέτρων κατά της διασποράς του COVID-19, τα ερωτηματολόγια αυτό – αναφοράς, που αποτελούσαν τα κύρια εργαλεία συλλογής δεδομένων, χορηγήθηκαν μέσω διαδικτύου, με την είσοδο των συμμετεχόντων σε ηλεκτρονικές πλατφόρμες ή αποστέλλοντας τις απαντήσεις με ηλεκτρονικά μηνύματα (e-mails). Τα ερωτηματολόγια διερευνούσαν την επίδραση της εξάπλωσης της πανδημίας του COVID-19 στην ψυχική υγεία των παιδιών, εφήβων και νεαρών ενηλίκων.

Ο στόχος της έρευνας της Cao και των συνεργατών της, ήταν η διερεύνηση της ψυχικής υγείας των φοιτητών πανεπιστημίου κατά την διάρκεια της πανδημίας και πιο συγκεκριμένα: η εκτίμηση της ψυχολογικής κατάστασης των φοιτητών εν μέσω της πανδημίας του COVID-19, η κατάρτιση μιας θεωρητικής βάσης για ψυχολογικές παρεμβάσεις σε φοιτητές και η δημιουργία προϋποθέσεων για την προώθηση εθνικών και κυβερνητικών πολιτικών πρακτικών. Ο πληθυσμός που χρησιμοποιήθηκε ως δείγμα, αποτελούνταν από φοιτητές ιατρικής του πανεπιστημίου της Changzhi και αποτελούνταν από 7143 φοιτητές, στους οποίους χορηγήθηκαν δομημένα ερωτηματολόγια σχετικά με την λήψη δημογραφικών δεδομένων, τις σκέψεις και τις συμπεριφορές προστασίας απέναντι στον COVID-19 και την ύπαρξη υποστηρικτικού κοινωνικού δικτύου. Επίσης, οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να απαντήσουν στην κλίμακα Γενικευμένης Αγχώδους Διαταραχής 7 στοιχείων (GAD – 7).

Σχετικά με τα δημογραφικά στοιχεία, παρατηρήθηκε ότι τα περίπου τα 2/3 του δείγματος ήταν γυναίκες (69,65%), οι λιγότεροι (0,94%) διέμεναν στην επαρχία Hubei, περίπου οι μισοί (43,83%) διέμεναν σε αγροτικές περιοχές, οι περισσότεροι (95,4%) έμεναν με τους γονείς τους, ενώ οι γονείς περίπου των μισών (52,86%) δεν είχαν σταθερό εισόδημα. Αναφορικά με τα επίπεδα του άγχους κατά την διάρκεια της πανδημίας του COVID-19 τα ευρήματα ήταν τα εξής: οι 5367 (75,1%) συμμετέχοντες είχαν άγχος σε κανονικό επίπεδο, οι 1518 (21,3%) βίωσαν ήπιο άγχος, οι 196 (2,7%) απάντησαν πως ένιωθαν μέτριο άγχος, ενώ οι 62 (0,9%) μόνο συμμετέχοντες παρατήρησαν σημάδια έντονου άγχους. Με την χρήση των στατιστικών αναλύσεων διερευνήθηκε η σχέση μεταξύ των επιπέδων άγχους και των εξής δημογραφικών μεταβλητών: του φύλου, της περιοχής, του μέρους της μόνιμης κατοικίας, του σταθερού οικογενειακού εισοδήματος, του αν μένουν με τους γονείς τους και του αν έχουν κάποιον συγγενή ή γνωστό που να έχει προσβληθεί από COVID-19. Επίσης, εξετάστηκε η σχέση των επιπέδων άγχους με συναφείς με την πανδημία στρεσογόνους παράγοντες, όπως η

ανησυχία για τις οικονομικές συνέπειες, η ανησυχία σχετικά με τις ακαδημαϊκές καθυστερήσεις, οι συνέπειες στην καθημερινότητα και το υποστηρικτικό κοινωνικό δίκτυο.

Σύμφωνα με τα γενικότερα ευρήματα της εν λόγω έρευνας, το φύλο και η περιοχή είναι δύο μεταβλητές που δεν σχετίζονταν με το άγχος που μπορούσε να βιώσει κάποιος κατά την διάρκεια της πανδημίας. Αντιθέτως, οι υπόλοιπες δημογραφικές μεταβλητές έδειξαν διαφορετικά αποτελέσματα. Η μεταβλητή του μέρους μόνιμης κατοικίας σε συσχέτιση με τα επίπεδα άγχους, ανέδειξε την διαφορά μεταξύ αστικών και αγροτικών περιοχών. Οι φοιτητές που έμεναν σε αστικές περιοχές, φάνηκε να έχουν μειωμένο άγχος σε σχέση με εκείνους που η μόνιμη κατοικία τους ήταν σε αγροτική περιοχή. Αυτό οφείλονταν στο γεγονός ότι οι αστικές περιοχές εξασφαλίζουν περισσότερα οικονομικά, πολιτισμικά και εκπαιδευτικά εφόδια για τους κατοίκους τους. Επίσης, οι συνθήκες υγιεινής είναι καλύτερες σε σχέση με τις αγροτικές περιοχές, καθώς αναπαράγονται με κάθε μέσο επικοινωνίας τα μέτρα προστασίας και έτσι οι κάτοικοι είναι καλύτεροι γνώστες.

Αναφορικά με τον παράγοντα του σταθερού εισοδήματος, τα αποτελέσματα έδειξαν πως οι φοιτητές που ανήκουν σε οικογένειες που επιβεβαιώνουν αυτόν τον παράγοντα, βιώνουν λιγότερο άγχος. Ακόμη, σχετικά με την παράμετρο του αν ζουν με τους γονείς τους, φάνηκε να αποτελεί έναν προστατευτικό παράγοντα απέναντι στο άγχος που δημιουργεί η εξάπλωση της πανδημίας. Επιπρόσθετα, σχετικά με την μεταβλητή του αν είχαν κάποιον συγγενή ή γνωστό που να είχε νοσήσει από τον COVID-19, αναδείχθηκε η θετική συμμεταβολή με τον παράγοντα του άγχους κατά την διάρκεια της πανδημίας, καθώς όσο περισσότερους γνώριζαν, τόσο μεγαλύτερο άγχος εκδήλωναν οι συμμετέχοντες.

Σε σχέση με τους στρεσογόνους παράγοντες που συνδέονται με τον COVID-19, μέσα από τις απαντήσεις τους οι συμμετέχοντες υπογράμμισαν την εμφάνιση συμπτωμάτων άγχους, λόγω των οικονομικών επιπτώσεων, των καθυστερήσεων στην ακαδημαϊκή τους πορεία και των αλλαγών στην καθημερινότητά τους. Σε αντίθεση με την κατευναστική επίδραση της ύπαρξης υποστηρικτικού κοινωνικού δικτύου.

Ένα από τα δυνατά σημεία αυτής της μελέτης ήταν η σκιαγράφηση των κοινωνικών και οικονομικών παραμέτρων, που μπορούν να αποτελέσουν παράγοντες επικινδυνότητας ή προστασίας, σχετικά με το άγχος που βιώνει ένας φοιτητής πανεπιστημίου, κατά την διάρκεια της εξάπλωσης του COVID-19. Επίσης, η ανάδειξη των γενικότερων κοινωνικών και οικονομικών επιπτώσεων της πανδημίας αποτελεί ένα σημαντικό σημείο. Από την άλλη μεριά, υπάρχουν και κάποιοι περιορισμοί. Ένας από αυτούς αφορά στην δειγματοληψία, η οποία έγινε μόνο από ένα πανεπιστήμιο και συγκεκριμένα από το τμήμα ιατρικής. Επίσης, σύμφωνα με τα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος το 99,45% δεν είχε κάποιο επιβεβαιωμένο κρούσμα στο

συγγενικό και κοινωνικό του περιβάλλον, πράγμα που δεν καθιστά το συγκεκριμένο δείγμα κατάλληλο για να αξιολογηθεί αυτή η παράμετρος. Ακόμη, εξαιτίας της πολυπλοκότητας και της δυναμικής εξέλιξης της πανδημίας, δεν είναι εφικτό να γενικεύσουμε τα αποτελέσματα, καθώς η έρευνα απεικονίζει ένα μικρό διάστημα κατά την διάρκεια του πρώτου κύματος του COVID-19.

Σε μία ακόμη έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην επαρχία Shaanxi της Κίνας, τις πρώτες εβδομάδες του Φεβρουαρίου του 2020, από την Jiao και τους συνεργάτες της, διερευνήθηκαν οι συμπεριφορικές και συναισθηματικές διαταραχές των παιδιών και των εφήβων κατά την διάρκεια της επιδημίας του COVID-19. Το δείγμα της έρευνας αποτελούνταν από 320 (168 κορίτσια και 142 αγόρια) παιδιά και εφήβους ηλικίας μεταξύ 3 – 18 ετών. Το ερωτηματολόγιο που συμπληρώθηκε από τους γονείς τους μέσω διαδικτύου, αξιολογούσε το κατά πόσο εντόπιζαν στα παιδιά τους σημάδια που παρέπεμπαν σε στοιχεία αγχωδών διαταραχών, όπως είναι ο φόβος να ρωτήσουν απορίες σχετικές με την επιδημία και την υγεία των συγγενών τους, ο κακός ποιοτικός ύπνος που μπορεί να συνοδεύονταν και από εφιάλτες, η μειωμένη όρεξη, οι σωματικές ενοχλήσεις, η ευερεθιστότητα, η μειωμένη συγκέντρωση και η προσκόλληση σε εκείνους.

Τα αποτελέσματα της έρευνας ανέδειξαν διαφορετικά σημεία στις ηλικιακές ομάδες των συμμετεχόντων. Πιο συγκεκριμένα, τα παιδιά της ομάδας 3 – 6 ετών ήταν πιο πιθανό, σε σχέση με τα μεγαλύτερα παιδιά από εκείνα, να νιώσουν φόβο σχετικά με το ότι τα μέλη της οικογένειάς τους θα κολλούσαν τον ιό, με αποτέλεσμα να εμφανίσουν εντονότερη προσκόλληση σε εκείνα (τα μέλη της οικογένειάς τους). Επίσης, τα παιδιά και οι έφηβοι της ηλικιακής ομάδας 6 – 18 είχαν περισσότερες πιθανότητες να εκδηλώσουν μειωμένη συγκέντρωση και επίμονη αναζήτηση πληροφοριών. Στοιχεία όπως η προσκόλληση, η μειωμένη συγκέντρωση και η ευερεθιστότητα ήταν οι πιο σοβαρές ψυχολογικού τύπου ενδείξεις που φάνηκαν στα παιδιά και τους εφήβους όλων των ηλικιακών ομάδων. Ακόμη, τα ποσοστά του φόβου, του άγχους και των άλλων συναισθημάτων ήταν υψηλότερα σε παιδιά και εφήβους που κατοικούσαν σε περιοχές με υψηλό υικό φορτίο.

Μέσα από τα αποτελέσματα αναδείχθηκε η σημαντικότητα του να καλλιεργηθεί η ψυχική ανθεκτικότητα των παιδιών και των εφήβων, έτσι ώστε να νιώθουν και εκείνα καλύτερα προετοιμασμένα απέναντι σε αναπάντεχες δυσκολίες. Όπως επίσης, οι ερευνητές, με τη βοήθεια των ευρημάτων, κατέληξαν σε μια σειρά από πρακτικές συμβουλές προς τους γονείς και τους κηδεμόνες, για την καλύτερη συναισθηματική υποστήριξη των παιδιών και των εφήβων, κατά την διάρκεια της παραμονής τους στο σπίτι. Πιο συγκεκριμένα, η μουσική, η φυσική δραστηριότητα, τα παιχνίδια συνεργασίας και οι συζητήσεις θα μπορούσαν να

συμβάλλουν στην καλύτερη αναγνώριση, έκφραση και διαχείριση των συναισθημάτων. Για να καταφέρουν, όμως, οι γονείς να πετύχουν όλα αυτά θα πρέπει να παρατηρούν για τυχόν δυσκολίες στον ύπνο και εφιάλτες, να αποθαρρύνουν τον αυξημένο ύπνο κατά την διάρκεια των ημερησίων ωρών, να προτείνουν τρόπους χαλάρωσης που αντικαθιστούν τον ύπνο, να προβάλλουν έναν υγιή τρόπο διαχείρισης του στρες καθώς και να ανακατευθύνουν την προσοχή των μελών σε πιο παραγωγικές και εποικοδομητικές ασχολίες.

Στα δυνατά σημεία αυτής της έρευνας θα μπορούσαν να συμπεριληφθούν, η υπογράμμιση της σημασίας της ψυχικής ανθεκτικότητας, ιδιαιτέρως σε δυσμενείς συγκυρίες που έχουν επιπτώσεις σε παγκόσμιο επίπεδο, αλλά και η κατάρτιση πρακτικών οδηγιών για την καλύτερη διαχείριση του συναισθηματικού αντίκτυπου της πανδημίας στα παιδιά και τους εφήβους, από μέρους των γονέων και των κηδεμόνων. Ως περιορισμός θα μπορούσε να θεωρηθεί, το γεγονός πως η δειγματοληψία και η καταγραφή των συναισθηματικών και συμπεριφορικών δυσκολιών, έγινε σε ένα αρκετά πρώιμο στάδιο της εξάπλωσης της πανδημίας, με αποτέλεσμα να μην αναπαρίσταται στα δεδομένα η δυναμική του φαινομένου.

Μία ακόμη έρευνα που διερεύνησε την συσχέτιση μεταξύ του ποσοστού επιπολασμού και τα δημογραφικά στοιχεία Κινέζων εφήβων με καταθλιπτικά και αγχώδη συμπτώματα, σε σχέση με το ξέσπασμα της πανδημίας, είναι αυτή της Zhou και των συνεργατών της. Η συλλογή των δεδομένων της έρευνας πραγματοποιήθηκε από τις 8 Μαρτίου 2020 μέχρι τις 15 Μαρτίου, μέσα από μία διαδικτυακή πλατφόρμα. Συνολικά συμμετείχαν 8079 έφηβοι (3753 έφηβοι και 4326 έφηβες), ηλικίας 12 – 18 ετών. Για την αξιολόγηση των συμπτωμάτων χρησιμοποιήθηκαν δύο ψυχομετρικά εργαλεία. Το ένα ήταν το Patient Health Questionnaire (PHQ – 9), το οποίο χρησιμοποιείται για την διερεύνηση ύπαρξης καταθλιπτικών στοιχείων, ενώ για τυχόν αγχώδη στοιχεία χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα Generalized Anxiety Disorder (GAD – 7).

Ύστερα από την ανάλυση των δεδομένων οι ερευνητές κατέληξαν σε συμπεράσματα, τα οποία είναι πολύ χρήσιμα και για την κλινική πράξη. Αρχικά, παρατήρησαν πως οι έφηβες μαθήτριες παρουσίασαν μεγαλύτερα επίπεδα ψυχολογικής πίεσης και άγχους κατά την διάρκεια εξάπλωσης της πανδημίας, σε σχέση με τους έφηβους μαθητές. Ακόμη, φάνηκε ότι οι μαθητές, που διέμεναν μόνιμα σε αγροτικές περιοχές, παρουσιάζουν περισσότερα αγχώδη συμπτώματα, σε σχέση με τους μαθητές που κατοικούν σε αστικές περιοχές. Ο πιθανότερος λόγος είναι ο οικονομικός αντίκτυπος της πανδημίας στις οικογένειες που διαβιούν σε αγροτικές περιοχές. Επιπρόσθετα, οι μαθητές της τελευταίας τάξης του Λυκείου είχαν υψηλότερα επίπεδα άγχους και καταθλιπτικών στοιχείων, σε σύγκριση με τους μαθητές της πρώτης τάξης του Λυκείου, καθώς και το υψηλότερο ποσοστό από όλους τους

εφήβους των υπόλοιπων τάξεων που συμμετείχαν στην έρευνα. Αυτό πιθανώς να οφείλεται στο γεγονός, ότι οι μαθητές της τελευταίας τάξης του Λυκείου καλούνται να αντιμετωπίσουν την πιο δύσκολη διαδικασία εξετάσεων της ζωής τους, που θα τους δώσει την δυνατότητα να εισαχθούν στο Πανεπιστήμιο. Μια διαδικασία που επιβαρύνθηκε από το αναπάντεχο ξέσπασμα της πανδημίας του COVID-19. Αντίστοιχη πίεση αντιμετώπισαν και οι μαθητές της τελευταίας τάξης του Γυμνασίου, καθώς και εκείνοι περνούν από διαδικασία εξετάσεων για την εισαγωγή τους στο Λύκειο.

Τα πιο σημαντικά ευρήματα της συγκεκριμένης έρευνας έχουν να κάνουν με την ενίσχυση της γνώσης σχετικά με τον COVID-19 και με τον ρόλο που διαδραματίζουν τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης (ΜΜΕ), ως προς την δημοσιογραφική κάλυψη του φαινομένου της πανδημίας. Πιο συγκεκριμένα, αυτό που φάνηκε να μειώνει τις ψυχολογικές επιπτώσεις της εξάπλωσης του COVID-19, είναι η ενημέρωση των πολιτών σχετικά με το τι μπορούν να κάνουν για να προστατευτούν αλλά και σε σχέση με τα μέτρα διασποράς του ιού. Επίσης, ένα άλλο σημείο που μπορεί να θωρακίσει την ψυχολογική υγεία των πολιτών, είναι η αλλαγή του τρόπου με τον οποίο εστιάζουν τα ΜΜΕ στις συνέπειες εξάπλωσης του COVID-19. Δηλαδή, εκτός από την ενημέρωση σχετικά με τον αριθμό των κρουσμάτων, των ανθρώπων που έχασαν την ζωή τους και των διασωληνωμένων, θα μπορούσαν να μεταδίδουν και πληροφορίες σχετικά με τον αριθμό των ατόμων που νόσησαν αλλά ανέκαμψαν, αλλά και τις εξελίξεις σχετικά με την πρόοδο των φαρμάκων και των εμβολίων κατά του ιού. Στοιχεία που θα μειώναν τα ποσοστά άγχους των πολιτών και θα τους έδιναν ελπίδα για το μέλλον.

Δύο σημεία που αποτελούν περιορισμοί της παρούσας έρευνας σχετίζονται με την αξιολόγηση και την εκτίμηση της έντασης των συμπτωμάτων. Σύμφωνα με το πρώτο σημείο, το δείγμα που συμμετείχε στην έρευνα αποτελούνταν από εθελοντές, πράγμα που σημαίνει ότι οι συμμετέχοντες πιθανώς να έχουν μικρότερα επίπεδα άγχους και αποφάσισαν να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια. Οι περιοχές που συμμετείχαν στην έρευνα είχαν υψηλό επιδημιολογικό φορτίο, πράγμα που επιβάρυνε ψυχολογικά τους κατοίκους τους. Κάτοικοι που αντιμετώπιζαν έντονα συμπτώματα άγχους δεν θα έβαζαν ως προτεραιότητα την συμμετοχή τους στην έρευνα. Αυτό το στοιχείο συνδέεται με το δεύτερο σημείο, που σχετίζεται με το κατά πόσο ένας απλός πολίτης μπορεί να εκτιμήσει με σχετική ακρίβεια τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης συμπληρώνοντας ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς, συγκριτικά με την, επιστημονικά τεκμηριωμένη, κλινική αξιολόγηση από έναν επαγγελματία ψυχικής υγείας.

Στο ερευνητικό άρθρο της Davis και των συνεργατών της αναπαρίσταται ανάγλυφα η επίδραση της εξάπλωσης της πανδημίας στην λειτουργία των δημόσιων νοσοκομείων, τα οποία έπρεπε να προσαρμόσουν τις παρεχόμενες υπηρεσίες του για να συμβάλλουν στην

αντιμετώπιση του COVID-19. Πιο συγκεκριμένα, γίνεται αναφορά σε ένα δημόσιο παιδιατρικό νοσοκομείο της Σιγκαπούρης, η οποία και αυτή, μεταξύ άλλων χωρών, από τα μέσα Μαρτίου του 2020 βρίσκονταν σε καραντίνα. Στο νοσοκομείο υλοποιούνταν ένα πρόγραμμα παρέμβασης για παιδιά που έπασχαν από Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής (ΔΠΤ), το οποίο δεν θα μπορούσε να διακοπεί λόγω των περιοριστικών μέτρων κατά της πανδημίας. Επίσης, ο COVID19 αποτελούσε επιβαρυντικό παράγοντα για όλους τους ωφελούμενους ασθενείς του προγράμματος, καθώς παρατηρήθηκαν εντονότερα συμπτώματα άγχους σχετικά με την υγεία τους. Γι' αυτούς τους λόγους, πραγματοποιήθηκαν οι κατάλληλες τροποποιήσεις για την συνέχιση των υπηρεσιών που προέβλεπε το πρόγραμμα παρέμβασης, αλλά και για την διατήρηση κλινών για την νοσηλεία περιστατικών COVID-19.

Το συγκεκριμένο πρόγραμμα παρέμβασης θεωρούνταν απαραίτητο από το προσωπικό του νοσοκομείου, καθώς μέχρι την συγγραφή του άρθρου τα στατιστικά δεδομένα έδειχναν, πως ο μέσος όρος ηλικίας των ασθενών που συμμετείχαν ήταν τα 14 έτη, με μια απόκλιση $\pm 1,5$ έτους, ενώ το ηλικιακό εύρος κυμαίνονταν από 9 έως 16 έτη. Ακόμη, οι περισσότεροι ασθενείς παραπέμπονταν από κάποιον παιδίατρο ή από το τμήμα επειγόντων περιστατικών, με μέσο όρο προσέλευσης τα 80 άτομα ανά έτος, ενώ για το 70% αυτών πραγματοποιούνταν εισαγωγή για νοσηλεία και διατροφική αποκατάσταση. Αντίστοιχα, υπήρχε μέριμνα και για τους εξωτερικούς ασθενείς, οι οποίοι κυρίως λάμβαναν βοήθεια από ψυχολόγους που είχαν ειδικευτεί σε ΔΠΤ. Για τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας το μεγαλύτερο «όπλο» για την καταπολέμηση των ψυχολογικών δυσκολιών, που οφείλονταν στην πανδημία, ήταν τα τεχνολογικά μέσα και η τηλεϊατρική. Χάρη σε αυτά και για τους ασθενείς που νοσηλεύονταν με ΔΠΤ αλλά και για τους εξωτερικούς ασθενείς, η παροχή ψυχολογική υποστήριξη μπορούσε να γίνει πιο εύκολα και πιο άμεσα.

Οι τροποποιήσεις στο πρόγραμμα παρέμβασης για τις ΔΠΤ έδειξαν να βοηθούν ιδιαίτερα τους ασθενείς αλλά και τις οικογένειες τους, ειδικά εκείνους που εξέφραζαν την ανησυχία τους για μόλυνση από τον COVID-19, καθώς περιορίστηκαν οι επισκέψεις στο νοσοκομείο και οι συναντήσεις με τον υπεύθυνο ψυχολόγο πραγματοποιούνταν μέσω διαδικτύου. Αυτή η μέθοδος φάνηκε να καθησυχάζει τους ασθενείς που πάσχουν από άγχος, που σχετίζεται με την υγεία τους και με την μόλυνση από οποιοδήποτε παθογόνο μικροοργανισμό.

Μια άλλη σημαντική βοήθεια που προσέφερε το δημόσιο νοσοκομείο της Σιγκαπούρης της παρούσας έρευνας, σχετιζόνταν με την κοινότητα. Με την απόφαση του υπουργείου Παιδείας της χώρας να συνεχιστούν τα μαθήματα, παράλληλα με την εφαρμογή των κατάλληλων μέτρων, παρείχε στους μαθητές και τις μαθήτριες την δυνατότητα της

απρόσκοπτης συνέχισης των ακαδημαϊκών του υποχρεώσεων και το αίσθημα της κανονικότητας στην καθημερινότητά τους, με στόχο την μείωση του άγχους που βίωναν εξαιτίας της πανδημίας. Με αυτόν τον τρόπο, οι σχολικοί ψυχολόγοι και κοινοτικοί κοινωνικοί λειτουργοί σε συνεργασία με το νοσοκομείο μπορούσαν να υποστηρίξουν τους/τις μαθητές/τριες – ασθενείς και σε ψυχολογικό και σε ιατρικό επίπεδο, ιδιαίτερος εκείνους που δεν μπορούσαν ή δεν επιθυμούσαν να επισκεφθούν το χώρο του νοσοκομείου. Ακόμη, η συμβολή των κοινωνικών λειτουργών έγινε αντιληπτή στα θέματα που αφορούσαν στην οικονομική κατάσταση και την διαβίωση των οικογενειών. Εξαιτίας της πανδημίας, πολλοί γονείς δεν είχαν την δυνατότητα να εργαστούν, με αποτέλεσμα την ένταξή τους, με την βοήθεια των κοινωνικών λειτουργών, σε προγράμματα επιδομάτων και υποστηρικτικής συμβουλευτικής.

Δύο ακόμη τομείς στους οποίους επένδυσε το νοσοκομείο, που αναφέρεται στο παρόν ερευνητικό άρθρο σχετίζονται με την επιμόρφωση των κατοίκων της περιοχής, που βρίσκεται το νοσοκομείο, σχετικά με τα μέτρα προφύλαξης από τον COVID-19 και σχετικά με τις ΔΠΤ, αλλά και την μέριμνα για την σωματική και ψυχική υγεία των επαγγελματιών υγείας που βρίσκονταν στην πρώτη γραμμή από το ξεκίνημα της πανδημίας. Αναφορικά με την επιμόρφωση των κατοίκων, το προσωπικό του νοσοκομείου μέσω διαδικτύου μάθαινε σε μικρές ομάδες πολιτών και τον τρόπο προφύλαξης από το να νοσήσουν με COVID-19, αλλά και πως, κατά την διάρκεια των περιοριστικών μέτρων, θα διαχειρίζονταν στο σπίτι έναν/μία έφηβο/η που πάσχει από ΔΠΤ. Σε ό,τι αφορά στους επαγγελματίες υγείας, το νοσοκομείο προσπάθησε να είναι όσο πιο ευέλικτο μπορούσε σχετικά με τις συνθήκες εργασίας, για να μπορούν να αποφορτίζονται και να είναι αποδοτικοί. Συστάθηκε ακόμη και γραμμή βοήθειας για την παροχή συναισθηματικής και ψυχολογικής υποστήριξης.

Οι παράμετροι που αναδύθηκαν από την συγκεκριμένη έρευνα αφορούν στην σωστή διαχείριση του προσωπικού των επαγγελματιών υγείας από μέρους των αρχών δημόσιας υγείας, για την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση της πανδημίας. Επίσης, θεωρείται απαραίτητη η διαρκής εκτίμηση της κατάστασης, για να επιτυγχάνεται η καλύτερη προσαρμογή σε οποιαδήποτε μεταβολή παρουσιάζεται, καθώς είναι φανερό πως η εμφάνιση του COVID-19 επιβάρυνε την αντιμετώπιση των σωματικών και ψυχικών ασθενειών, όπως οι Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής, που συνυπάρχουν στην πλειονότητά τους με καταθλιπτικά και αγχώδη συμπτώματα. Οι περιορισμοί της παρούσας έρευνας σχετίζονται με το γεγονός ότι, πραγματοποιείται μια περιγραφική επισκόπηση της κατάστασης στην Σιγκαπούρη στην αρχή της εξάπλωσης της πανδημίας, χωρίς την χορήγηση κάποιων ψυχομετρικών εργαλείων για την

εξαγωγή στατιστικών δεδομένων, με την οποία θα επιτυγχάνονταν μια πιο τεκμηριωμένη εικόνα.

Η έρευνα των Arënlju και Bërçulli στο Κόσοβο ήταν ακόμη ένα επιστημονικό επιχείρημα, που επιβεβαιώνει την ψυχολογική καταπόνηση που κατάφερε η επέλαση της πανδημίας. Η διεξαγωγή της έρευνας αποσκοπούσε στην διερεύνηση του επιπέδου κινητοποίησης των φοιτητών του Πανεπιστημίου της Πρίστινα, σχετικά με την συμμετοχή τους στα εξ' αποστάσεως μαθήματα και με την αντιμετώπιση των στρεσογόνων καταστάσεων που απέρρεαν από τον COVID-19. Η θεωρητική βάση της συγκεκριμένης έρευνας αφορούσε στην έννοια της «ζώνης άνεσης» και πως προκαλείται ψυχολογική ανισορροπία, όταν αυτή πλήττεται. Σύμφωνα με τον Brown (2008), ως «ζώνη άνεσης» θεωρείται η καθημερινότητα του ατόμου, που αποτελείται από δραστηριότητες και καταστάσεις, στις οποίες με τις προσωπικές του δεξιότητες μπορεί να ανταποκριθεί, χωρίς να χρειαστεί να εξωθήσει τον εαυτό του σε σημείο που να επιβαρύνεται η σωματική ή/και η ψυχική του υγεία. Η ισορροπημένη καθημερινότητα θα μπορούσε να παρομοιαστεί με τον σωματικό μηχανισμό της ομοιόστασης. Αν εξωτερικοί παράγοντες αρχίσουν να επηρεάζουν την λειτουργία του σώματος οι ομοιοστατικοί μηχανισμοί προσπαθούν να επαναφέρουν την εύρυθμη λειτουργία. Αντίστοιχα, στην ψυχολογική ομοιόσταση πρέπει να έχουν αναπτυχθεί και οι κατάλληλοι ψυχολογικοί μηχανισμοί που να μπορούν να καθιστούν το άτομο λειτουργικό στην καθημερινότητά του (Flannery & Everly, 2000).

Το δείγμα των 158 συμμετεχόντων άνηκε στο ηλικιακό εύρος των 17 – 37 ετών, με μέσο όρο τα 19,33 έτη, ενώ αποτελούνταν από 124 γυναίκες και 34 άνδρες. Όλοι σπούδαζαν στο Πανεπιστήμιο της Πρίστινα «Hasan Prishtina». Η έρευνα πραγματοποιήθηκε την πρώτη εβδομάδα εφαρμογής των περιοριστικών μέτρων, που επέβαλε η κυβέρνηση του Κοσόβου. Με την χρήση του διαδικτύου απεστάλησαν οι φόρμες του ερωτηματολογίου Kessler 10 Distress Scale (K10), το οποίο περιέχει ερωτήσεις που εξετάζουν την έννοια της ψυχολογικής δυσφορίας, εστιάζοντας στα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης που βίωσε το άτομο τις τελευταίες 2 εβδομάδες.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα οι περισσότεροι συμμετέχοντες παρουσίαζαν αγχώδη συμπτώματα κατά την διάρκεια του κατ' οίκον περιορισμού, με πιο έντονα τον εκνευρισμό, τις νευρικές κινήσεις των άνω και κάτω άκρων κατά την διάρκεια χαλάρωσης και την υπερένταση, που κατέληγε σε υπερκινητικότητα και έλλειψη συγκέντρωσης. Επίσης, ένα ποσοστό 75,3% (119 άτομα) ανέφερε πως βιώνει ήπια ή/και καθόλου ψυχολογική δυσφορία, με το υπόλοιπο 24,7% (39 άτομα) να φαίνεται ότι αντιμετώπισε μέτρια ή/και σοβαρή

ψυχολογική επιβάρυνση. Μεταξύ των δύο φύλων, υπήρξε μια στατιστικά ασήμαντη διαφορά με τους άνδρες να υπολείπονται των γυναικών.

Αναφορικά με τους τρόπους αντιμετώπισης του στρες κατά την διάρκεια παραμονής στο σπίτι, οι πιο δημοφιλείς ήταν η συνομιλία με κάποιον συγγάμο, είτε με κάποιον μέσω διαδικτύου, η παρακολούθηση ταινιών, η ενασχόληση με τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης, η περιήγηση στο διαδίκτυο και άλλοι. Μέσα από τις στατιστικές αναλύσεις, φάνηκε πως οι συμμετέχοντες που βίωναν μέτριο ή/και σοβαρό άγχος επέλεξαν πιο παθητικές δραστηριότητες, όπως η παρακολούθηση ταινιών ή η περιήγηση στο διαδίκτυο και στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης. Σε αντίθεση με τα άτομα που είχαν πιο ήπια αγχώδη συμπτώματα, που επέλεξαν να συνομιλήσουν με κάποιον, είτε δια ζώσης, είτε διαδικτυακά. Ακόμη, σχετικά με την κινητοποίηση των συμμετεχόντων για την παρακολούθηση των μαθημάτων τους διαδικτυακά, τα αποτελέσματα έδειξαν μια στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ εκείνων που βίωναν ήπιο ή/και καθόλου άγχος σε σχέση με τα περιοριστικά μέτρα της πανδημίας και σε όσους είχαν μέτρια ή/και σοβαρή ψυχολογική δυσφορία, εξαιτίας της οποίας αδυνατούσαν να είναι συνεπείς με τις ακαδημαϊκές τους υποχρεώσεις.

Τα συμπεράσματα της συγκεκριμένης έρευνας συμπυκνώνονται σε δύο στοιχεία. Το ένα αφορά στην χρήση πιο ενεργητικών δραστηριοτήτων για την αντιμετώπιση του στρες. Οι συμμετέχοντες που επέλεξαν να περάσουν χρόνο με τα άτομα που ζούσαν μαζί τους ή συνομιλώντας μέσω διαδικτύου με φίλους ή συγγενείς, φάνηκε να τους βοηθά να αποφορτίζονται και να ταυτίζονται με άλλους, σχετικά με την κατάσταση της πανδημίας. Εν αντιθέσει με όσους επέλεξαν να παρακολουθήσουν μια ταινία ή να περιηγηθούν στο διαδίκτυο, υιοθετώντας μια πιο παθητική στάση που συσσωρεύει το άγχος τους και τους επιβάρυνε ψυχολογικά. Το δεύτερο συμπέρασμα αφορά στο πόσο πιο κινητοποιημένοι ακαδημαϊκά κατάφεραν να παραμείνουν όσοι διατηρούσαν πιο ενεργητικές δραστηριότητες.

Μέσα από την ερευνητική διαδικασία, διαπιστώθηκε πως θα έπρεπε να υλοποιηθούν και στρατηγικές για την ενίσχυση της ψυχικής υγείας των πολιτών που θα βοηθούσαν και σε τοπικό επίπεδο την χώρα του Κοσόβου αλλά και τις υπόλοιπες χώρες του πλανήτη. Μία από αυτές αποτελεί η διασταύρωση των ειδήσεων από μέρους των πολιτών χρησιμοποιώντας διαφορετικά μέσα ενημέρωσης. Δεύτερη στρατηγική, που βασίζεται στην μέριμνα της πολιτείας προς τους πολίτες, αποτελεί η σύσταση τηλεφωνικών γραμμών για την ψυχολογική υποστήριξη των ατόμων. Τρίτη στρατηγική, και πιθανώς πιο μακροπρόθεσμα αποτελεσματική, αποτελεί η δημιουργία διαδικτυακών ιστότοπων, με υλικό που θα αποσκοπούσε στην ενημέρωση και την ενημέρωση των πολιτών σχετικά με την εμφάνιση και

την διαχείριση ψυχολογικών συμπτωμάτων, που μπορεί να παρουσιαστούν σε περιόδους έκτακτων κρίσεων, όπως αυτή.

Η παρούσα έρευνα παρουσιάζει δύο δυνατά σημεία. Το ένα αφορά στην ανάδειξη της ανάγκης των εναλλακτικών μορφών παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε περιόδους, όπου η παραμονή στο σπίτι κρίνεται απαραίτητη. Ενώ, το δεύτερο σχετίζεται με την έννοια της δημόσιας ψυχικής υγείας, η οποία θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη με την ίδια σοβαρότητα που γίνεται αντιληπτή και η δημόσια υγεία. Στις αδυναμίες της έρευνας θα μπορούσαμε να επισημάνουμε το γεγονός ότι, η διαδικασία συλλογής των δεδομένων διεξήχθη την πρώτη περίοδο της εφαρμογής των περιοριστικών μέτρων, όπου η πανδημία δεν είχε φτάσει ακόμη στο ανώτερο επίπεδο της δυναμικής της.

Ακόμη μια ερευνητική προσπάθεια διερεύνησης της επίδρασης της εξάπλωσης του COVID-19 αποτελεί αυτή του Oosterhoff και των συνεργατών του. Σύμφωνα με τον σχεδιασμό της μελέτης, οι ερευνητές επιχείρησαν να παρατηρήσουν το κατά πόσο η θεωρία του Αυτό – Καθορισμού, σύμφωνα με την οποία τα αυτόνομα κίνητρα, και όχι τα εξωτερικά, οδηγούν σε εκδήλωση προκοινωνικής συμπεριφοράς, επηρέασε την συμμόρφωση των εφήβων ως προς τα μέτρα κατά της πανδημίας και τι επίδραση είχε στην ψυχική τους υγεία. Τα μέτρα εξάπλωσης του COVID-19 στόχευαν στην εφαρμογή της κοινωνικής αποστασιοποίησης, συμπεριλαμβάνοντας την διατήρηση των αποστάσεων μεταξύ των πολιτών, τον περιορισμό των πολλών συγκεντρώσεων, την τηλεργασία, το κλείσιμο συγκεκριμένων επιχειρήσεων, την εξ' αποστάσεως εκπαίδευση και τις παραγγελίες κατ' οίκον.

Πιο συγκεκριμένα, η παρούσα έρευνα είχε ως στόχο να ανακαλύψει τα κίνητρα που ωθούν τους εφήβους να τηρούν την κοινωνική τους αποστασιοποίηση, να διερευνήσει τη φύση των κινήτρων που προβλέπουν την μεγαλύτερη τήρηση της κοινωνικής αποστασιοποίησης και να μελετήσει τις πιθανές συνδέσεις μεταξύ των κινήτρων και της τήρησης της κοινωνικής αποστασιοποίησης, σε σχέση με την ψυχική και διαπροσωπική υγεία των εφήβων.

Αναφορικά με το δείγμα της έρευνας, συμμετείχαν 683 έφηβοι που διαμένουν μόνιμα στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής και το εύρος των ηλικιών ήταν 13 – 18 έτη. Τα δημογραφικά στοιχεία περιείχαν τον διαχωρισμό ως προς την τάξη φοίτησης, το φύλο, την καταγωγή και την οικονομική κατάσταση της οικογένειας, σε σχέση με την εξασφάλιση των βασικών αγαθών κατά την διάρκεια της πανδημίας. Από το συνολικό δείγμα αφαιρέθηκαν 13 έφηβοι που δεν τηρούσαν την κοινωνική αποστασιοποίηση και άλλοι 13 που δεν απάντησαν σε όλες τις ερωτήσεις. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε συνολικά για 8 εβδομάδες και τα δεδομένα από την περίοδο από τις 8:00μ.μ. στις 29 Μαρτίου, μέχρι τις 9:00μ.μ. στις 30 Μαρτίου 2020,

χρησιμοποιήθηκαν για ανάλυση στο παρόν άρθρο. Το δείγμα συλλέχθηκε μέσω της προώθησης της έρευνας σε πλατφόρμες κοινωνικής δικτύωσης.

Κατά της διάρκεια της συμμετοχής τους στην έρευνα, οι έφηβοι εκτός από τα δημογραφικά στοιχεία, που έπρεπε να καταχωρίσουν, απαντούσαν και σε μία ερώτηση σχετικά με το κατά πόσο τηρούσαν την κοινωνική αποστασιοποίηση την τελευταία εβδομάδα. Στην συνέχεια απαντούσαν στις ερωτήσεις του ψυχομετρικού εργαλείου PROMIS (Patient – Reported Outcomes Measurement Information System), το οποίο διερευνά την ύπαρξη αγχωδών και καταθλιπτικών συμπτωμάτων, την έννοια του ανήκειν και την αίσθηση της επιβάρυνσης, που θεωρεί ότι προκαλεί το ίδιο το άτομο με τις επιλογές του στο ευρύτερο κοινωνικό σύνολο.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα των αναλύσεων, το μεγαλύτερο μέρος των συμμετεχόντων, περίπου το 83%, τηρούσε την κοινωνική αποστασιοποίηση πολύ ή/και σε μεγάλο βαθμό. Σε σχέση με την φύση των κινήτρων που καθόριζαν αυτήν την συμπεριφορά, το μεγαλύτερο ποσοστό των εφήβων αναφέρθηκε σε προκοινωνικά κίνητρα, όπως αυτό της κοινωνικής ευθύνης και της αναστολής της διασποράς του ιού. Η δεύτερη κατηγορία των κινήτρων ήταν εξωτερικά και προέρχονταν από τα μέτρα της πολιτείας και τους κανόνες των γονιών τους. Η τρίτη κατηγορία σχετιζόταν με τα προσωπικά κίνητρα, όπως το να μην νοσήσουν, την προτίμηση του να παραμένουν σπίτι γενικά στην καθημερινότητά τους και το γεγονός ότι παρέμεναν σπίτι καθώς λόγω της καραντίνας δεν είχαν άλλες επιλογές. Στην τελευταία κατηγορία, που είχε και τους λιγότερες υποστηρικτές, ανήκαν εκείνοι οι οποίοι ύστερα από προτροπή φίλων, ή φοβούμενοι την κριτική των άλλων τηρούσαν την κοινωνική αποστασιοποίηση.

Στη συνέχεια των αναλύσεων, επιχειρήθηκε η διερεύνηση η συσχέτιση της φύσης των κινήτρων με τις δημογραφικές μεταβλητές. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως οι έφηβοι που θεωρούσαν την κοινωνική αποστασιοποίηση ως μια κοινωνικά υπεύθυνη στάση, ή θεωρούσαν ότι έπρεπε να την τηρούν είτε λόγω των μέτρων προστασίας, είτε λόγω των οικογενειακών κανόνων, υπήρχαν περισσότερες στατιστικώς πιθανότητες να την εφαρμόσουν. Σε αντίθεση με εκείνους που θεωρούσαν ότι την εφαρμόζουν, γιατί δεν είχαν άλλη επιλογή, οι οποίοι ήταν λιγότερες οι πιθανότητες να την τηρήσουν. Επίσης, αναφορικά με την συσχέτιση της ψυχικής και διαπροσωπικής υγείας με τα κίνητρα και την τήρηση της κοινωνικής αποστασιοποίησης δεν υπήρξαν στατιστικώς σημαντικά αποτελέσματα, παρόλα αυτά αναδείχθηκαν κάποιες τάσεις.

Οι έφηβοι που τηρούσαν την κοινωνική αποστασιοποίηση και ήθελαν να μην νοσήσουν, ή φοβόντουσαν την κριτική των άλλων, ή δρούσαν υπό την προτροπή φίλων, είχαν

περισσότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν αγχώδη ή καταθλιπτικά συμπτώματα. Ενώ, εκείνοι που θα παρέμεναν σπίτι ανεξαρτήτως της πανδημίας, είχαν λιγότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν αγχώδη ή καταθλιπτικά συμπτώματα. Ακόμη, εκείνοι οι οποίοι τηρούσαν τις αποστάσεις, γιατί δεν ήθελαν να νοσήσουν, ένιωθαν λιγότερο ότι αποτελούν βάρος για το κοινωνικό σύνολο. Καθώς και οι έφηβοι που τηρούσαν την κοινωνική αποστασιοποίηση λόγω οικογενειακών κανόνων, ένιωθαν πιο έντονα την αίσθηση του ανήκειν.

Όσον αφορά στα συμπεράσματα της έρευνας, παρατηρήθηκε η ανάδειξη της έννοιας της κοινωνικής ευθύνης ως κυρίαρχη μεταξύ των εφήβων. Παράλληλα, φάνηκε πως είναι αλληλένδετη με την τήρηση της κοινωνικής αποστασιοποίησης και πως όσο ενισχύεται η μία, ενδυναμώνεται και η άλλη. Επίσης, οι έφηβοι φάνηκε να υπακούν, στην πλειονότητά τους, στους κυβερνητικούς και οικογενειακούς κανόνες, σχετικά με την πανδημία.

Ακόμη, παρότι δεν βρέθηκαν συσχετίσεις μεταξύ της ψυχικής υγείας των εφήβων και της κοινωνικής αποστασιοποίησης, αναδείχθηκαν άλλες πλευρές σχετικά με την συναισθηματική τους κατάσταση. Όπως το γεγονός ότι εκείνοι που ανησυχούν για την προσωπική τους υγεία, παραμένουν στο σπίτι, προστατεύουν τον εαυτό τους, αλλά έχουν περισσότερο άγχος. Από την άλλη, όμως, νιώθουν ότι επιβαρύνουν λιγότερο το σύνολο των συμπολιτών τους, με αυτήν την επιλογή. Δύο ακόμη έννοιες που προέκυψαν και επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό τους εφήβους, είναι η κοινωνική κριτική και η απόρριψη από τους συνομηλίκους σου. Υπό τον φόβο της πρώτης φάνηκε να δρουν οι έφηβοι που αποστασιοποιούνται κοινωνικά και έχουν πολλά αγχώδη συμπτώματα. Ενώ, όσοι παραμένουν σπίτι μετά από πρόταση των φίλων τους, προσπαθούν να γίνουν αποδεκτοί από τους συνομηλίκους τους, αλλά είναι πιθανότερο να παρουσιάσουν καταθλιπτικά συμπτώματα (Platt et al., 2013).

Επίσης, ένα τμήμα των συμμετεχόντων ερμήνευαν τους οικογενειακούς κανόνες για την παραμονή στο σπίτι, ως ένα δείγμα ενδιαφέροντος και ζεστασιάς, γι' αυτό και παρουσίασαν μεγαλύτερη αίσθηση του ανήκειν. Από την άλλη, έφηβοι οι οποίοι θεωρούσαν τον εαυτό τους ούτως ή άλλως «σπιτόγατους», τηρούσαν την κοινωνική αποστασιοποίηση, έχοντας λιγότερες πιθανότητες να έχουν αγχώδη ή καταθλιπτικά συμπτώματα. Αντίθετα με εκείνους που η καθημερινότητά τους, συνήθως, απαρτίζονταν από εξωτερικές δραστηριότητες και η ψυχική τους υγεία επιβαρύνθηκε περισσότερο.

Σχετικά με τους περιορισμούς της έρευνας, παρατηρήθηκε πως τα δεδομένα που συλλέχθηκαν δεν θα μπορούσαν να προσφέρουν γενικεύσιμες ερμηνείες, γι' αυτό χρειάζονται πιο μακροχρόνιες έρευνες για την διερεύνηση της σχέσης των μεταβλητών που χρησιμοποιήθηκαν. Επίσης, θα ήταν πιο βοηθητικό αν το δείγμα είχε μεγαλύτερη

διαφοροποίηση, καθώς στην πλειονότητά του απαρτίζονταν από λευκές γυναίκες. Ο τελευταίος περιορισμός έχει να κάνει με την αίσθηση του ανήκειν και την αίσθηση του βάρους ως προς το κοινωνικό σύνολο, οι οποίες με την χρήση λίγων μόνο στοιχείων στο ερωτηματολόγιο που χορηγήθηκε, δεν αρκούσαν για να αξιολογηθούν επαρκώς. Παρόλα αυτά, η συγκεκριμένη έρευνα μας έδειξε πως η ηλικιακή ομάδα των εφήβων, που συχνά κατηγορείται ότι η συμπεριφορά της κατευθύνεται από εγωκεντρικά ή εξωτερικά κίνητρα, σε καταστάσεις κρίσης έχει την τάση να δρα αρκετά αλτρουιστικά.

Το ερευνητικό πόνημα του ιδρύματος Young Minds που βρίσκεται στο Ηνωμένο Βασίλειο, τονίζει με εμφατικό τρόπο την επίδραση της πανδημίας του COVID-19 σε νεαρά άτομα που έχουν διαγνωστεί με ψυχική διαταραχή. Ο σκοπός, λοιπόν, της έρευνας τους ήταν να αναδείξουν πόσο επιβαρυντικό αποδείχθηκε το κλίμα της πανδημίας σε άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας και πόσο εύκολη ήταν η πρόσβαση σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Επίσης, διερευνήθηκε και το ποιες στρατηγικές αντιμετώπισης ήταν βοηθητικές και μη, κατά την διάρκεια της παραμονής στο σπίτι. Σχετικά με τον σχεδιασμό της έρευνας, διεξήχθη την περίοδο μεταξύ 20 Μαρτίου 2020 και 25 Μαρτίου 2020 και οι 2111 συμμετέχοντες ηλικίας 13 – 25 ετών, είχαν την δυνατότητα να βρουν το ερωτηματολόγιο μέσα από τις ιστοσελίδες κοινωνικής δικτύωσης.

Ένα συντριπτικό ποσοστό της τάξης του 83%, ανέφερε πως η πανδημία επιδείνωσε κατά λίγο ή/και κατά πολύ την κατάσταση της ψυχικής του υγείας. Με περισσότερους από τους μισούς συμμετέχοντες του συνόλου, 1294 νέους, να ισχυρίζονται ότι το τελευταίο τρίμηνο έχουν λάβει ψυχολογική υποστήριξη και ότι συνεχίζουν να αντιμετωπίζουν ψυχολογικές δυσκολίες, όπως αυξημένο άγχος, προβλήματα ύπνου, κρίσεις πανικού και τάσεις αυτό – τραυματισμού. Μέσα από τις απαντήσεις τους προέκυψαν τα θέματα κλειδιά που τους απασχολούσαν περισσότερο.

Ένα από αυτά ήταν η υγεία της οικογένειάς τους, καθώς ανησυχούσαν μην τους μεταδώσουν τον ιό, είτε λόγω του ότι οι ίδιοι μπορεί να εργάζονταν σε χώρους με συνωστισμό, όπως super market, είτε λόγω απροσεξίας. Γι' αυτό και άτομα που είχαν διαγνωστεί με Ιδεοψυχαναγκαστική – Καταναγκαστική Διαταραχή, ανέφεραν ότι είχε χειροτερεύσει η εμμονή τους με την υγιεινή και την καθαριότητα. Επίσης, το κλείσιμο των σχολικών ιδρυμάτων και των πανεπιστημίων έφερε τους νέους σε θέση αντιμετώπισης πολυεπίπεδων απωλειών όπως της επαφής με τους φίλους τους, του ελέγχου της ακαδημαϊκής τους πορείας, της ρουτίνας τους με την δια ζώσης διδασκαλία που πλέον είχε αντικατασταθεί από την εξ' αποστάσεως, της θρησκευτικής τους υποστήριξης που λάμβαναν και της δυνατότητας που είχαν να απομακρύνονται από το σπίτι που μπορεί να υπήρχαν ενδοοικογενειακά προβλήματα.

Ακόμη, η γενικότερη απώλεια της πάγιας καθημερινότητας, που για κάποιους από αυτούς αποτελούσε τον ρυθμιστή της λειτουργικότητας τους, επανάφερε σε μερικούς τον μηχανισμό της υπερανάλυσης και τις αρνητικές σκέψεις, όπως αυτή του αυτό – τραυματισμού. Σε συνδυασμό με την μείωση της κοινωνικής αλληλεπίδρασης, λόγω της κοινωνικής αποστασιοποίησης, αλλά και λόγω του ότι ένα τμήμα των συμμετεχόντων δεν γνώριζε πολλά σχετικά με την χρήση της τεχνολογίας, ανέκυψαν και άλλα ζητήματα ψυχολογικής φύσης. Όπως η ανησυχία για τις επισκέψεις κατ' οίκον από άτομα του κοινωνικού περιβάλλοντος, η ανασφάλεια σχετικά με την σταθερότητα των εργασιακών θέσεων των γονιών ή της δικής τους και τα οικονομικά της οικογένειας, το άγχος για την διασφάλιση των ειδών πρώτης ανάγκης, η ανησυχία των νεαρών ατόμων με ΔΕΠ – Υ σχετικά με την παρατεταμένη παραμονή στο σπίτι και η έξαρση του ρατσισμού μέσα στην ταραχώδη περίοδο της πανδημίας.

Στον αντίποδα του πληθυσμού που βίωνε τις αρνητικές συνέπειες της πανδημίας, υπήρξε ένα πολύ μικρό ποσοστό του δείγματος που επωφελήθηκε από αυτήν την κατάσταση. Τα οφέλη αυτά σχετιζόνταν με τα άτομα που μπορεί να βίωναν εκφοβισμό στο σχολείο και πλέον ένιωθαν ανακουφισμένοι λόγω της παραμονής στο σπίτι. Άλλο ποσοστό ατόμων βελτίωσαν την αυτοεκτίμηση τους, μέσω της συχνής επικοινωνίας που είχαν με φίλους και την επιβεβαίωση του ανήκειν, που τους παρείχε. Ενώ υπήρξαν και μερικοί που συνειδητοποίησαν από που προέρχεται το άγχος τους και κατάφεραν να το μοιραστούν.

Ο δεύτερος στόχος της έρευνας αφορούσε στην πρόσβαση που είχαν οι συμμετέχοντες σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Το ένα τέταρτο του δείγματος, που έλαβε μέρος, υποστήριξε πως αδυνατούσε να έχει πρόσβαση στις δια ζώσης υπηρεσίες ψυχολογικής υποστήριξης. Αυτή η κατάσταση οφείλονταν είτε στο ότι μετατράπηκαν σε εξ' αποστάσεως οι υπηρεσίες, είτε διότι κάποιοι φοιτητές επισκέπτονταν τα κέντρα συμβουλευτικής των πανεπιστημίων, τα οποία πλέον ήταν κλειστά, είτε γιατί οι ομάδες αλληλοϋποστήριξης δεν μπορούσαν να πραγματοποιηθούν, προς αποφυγή της διασποράς του ιού, είτε γιατί γενικοί ιατροί δεν δέχονταν ιατρικές επισκέψεις, είτε γιατί οι ειδικοί που παρείχαν τις υπηρεσίες βρίσκονταν και εκείνοι σε κατ' οίκον περιορισμό για την δική τους προστασία.

Με το πέρασμα στην εξ' αποστάσεως ψυχολογική υποστήριξη, οι ειδικοί κλήθηκαν να αντιμετωπίσουν νέες προκλήσεις. Καθώς, σύμφωνα με τους συμμετέχοντες, προέκυψαν εμπόδια, που δεν υπήρχαν στις δια ζώσης συναντήσεις. Ένα από αυτά ήταν η ιδιωτικότητα των ψυχοθεραπευτικών συναντήσεων, η οποία δεν διασφαλιζόνταν, αφού οι θεραπευόμενοι βρίσκονταν στο σπίτι τους και τα μέλη της οικογένειάς τους είχαν την δυνατότητα να κρυφακούσουν, πράγμα που αποτελεί πρόβλημα, καθώς οι νέοι πολλές φορές συζητούν για τις σχέσεις τους με την οικογένειά τους. Γι' αυτό το λόγο, οι ειδικοί συνέστησαν στους

συμβουλευόμενους τους να κάνουν μια βόλτα την ώρα της ψυχοθεραπείας για να εξασφαλίζουν την ιδιωτικότητα της συνομιλίας τους. Επίσης, υπήρξαν παράπονα από κάποιους συμμετέχοντες πως υπάρχει μεγάλη εισροή ατόμων με ψυχικές ασθένειες στις εξ' αποστάσεως υπηρεσίες, με αποτέλεσμα να μην βρίσκουν σύντομο ραντεβού. Ενώ, καθυστερήσεις υπήρχαν και στις τηλεφωνικές γραμμές ψυχολογικής υποστήριξης, όπου οι νέοι έπρεπε να περιμένουν πολλή ώρα μέχρι να συνομιλήσουν με έναν ειδικό ψυχικής υγείας.

Η εξ' αποστάσεως λήψη υπηρεσιών έφερε στην επιφάνεια και το ζήτημα της ενημέρωσης των ληπτών. Πιο συγκεκριμένα, κάποια από τα άτομα με ψυχική ασθένεια δεν ενημερώθηκαν για το πως θα αντικαθιστούσαν την δια ζώσης ψυχολογική υποστήριξη που λάμβαναν, με αποτέλεσμα να χάσουν την συνοχή και την σταθερότητα της ψυχοθεραπείας τους. Ακόμη, μερικοί από αυτούς ανέφεραν πως λόγω του ότι ολοκλήρωσαν τις συναντήσεις που είχαν πριν την εμφάνιση του COVID-19, βρέθηκαν εκτεθειμένοι μπροστά στην πανδημία. Οι αλλαγές αυτές, ανάγκασαν τους συμμετέχοντες να βρουν τρόπους αντιμετώπισης του άγχους και αυτό – διαχείρισης. Οι πιο αποτελεσματικές φάνηκαν να είναι όσες εμπειρείχαν την συνομιλία μέσω διαδικτύου με συγγενείς και φίλους, αλλά και η ενασχόληση με δραστηριότητες που συμβάλλουν στην χαλάρωση ή την αυτοβελτίωση, όπως το διάβασμα ενός βιβλίου ή η παρακολούθηση μιας ταινίας, αλλά και η εκμάθηση καινούριων δεξιοτήτων και η σωματική άσκηση.

Σε συνέχεια όλων αυτών, οι συμμετέχοντες αναφέρθηκαν και σε άλλα ζητήματα που τους απασχολούσαν κατά την διάρκεια της παραμονής τους στο σπίτι. Αυτά ήταν, η θέσπιση μέτρων κατά του COVID-19 για την συνέχιση των δια ζώσης συναντήσεων ψυχολογικής υποστήριξης, η ενημέρωση σχετικά με τα ψηφιακά εργαλεία για την υλοποίηση της εξ' αποστάσεως ψυχοθεραπείας, οι προτάσεις για περισσότερες τεχνικές αυτό – βοήθειας, οι περισσότερες συμβουλές από τους ειδικούς σχετικά με την προστασία από την διασπορά του ιού και περισσότερες θετικές ειδήσεις σχετικά με την εξέλιξη της πανδημίας και το σημαντικότερο οι κατάλληλες παρεμβάσεις για την οικονομική υποστήριξη των πολιτών από το κράτος.

Συνοψίζοντας, η έρευνα του ιδρύματος Young Minds είχε ως στόχους την ανάδειξη της ανάγκης των νέων του γενικού πληθυσμού για πρόσβαση σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας και για τους νέους, που έχουν διαγνωστεί με ψυχική ασθένεια, να συνεχίσουν την λήψη ψυχολογικής υποστήριξης, κατά την διάρκεια της πανδημίας. Για να υλοποιηθούν και τα δύο χρειάζεται η οικονομική ενίσχυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας αλλά και η διασύνδεσή του με τους χώρους εκπαίδευσης, όπως τα πανεπιστήμια και τα σχολεία, για να μπορούν να λαμβάνουν βοήθεια όλο και περισσότερα νεαρά άτομα.

Μια ακόμη ομάδα του γενικού πληθυσμού που βρέθηκε εκτεθειμένη ψυχολογικά μπροστά στην διασπορά του COVID-19 ήταν οι οικογένειες με παιδιά με Ειδικές Εκπαιδευτικές Ανάγκες και Αναπηρίες (ΕΕΑΑ). Στις ΕΕΑΑ ανήκουν παιδιά που κινούνται στο φάσμα του αυτισμού, παιδιά με ΔΕΠ – Υ, παιδιά με σωματικές αναπηρίες, συναισθηματικές δυσκολίες, μαθησιακές δυσκολίες και διαταραχές λόγου και ομιλίας. Η Asbury και οι συνεργάτες της προσπάθησαν να διερευνήσουν τις συνέπειες που είχε η τεράστια αλλαγή, της παραμονής στο σπίτι, στις οικογένειες και τα παιδιά με ΕΕΑΑ. Το ερευνητικό εγχείρημα βασίζεται στο γεγονός, πως τα παιδιά με ΕΕΑΑ είναι πολύ πιο ευαίσθητα έστω και στις μικρές αλλαγές στην καθημερινότητά τους, με αποτέλεσμα να είναι πιο επιρρεπή στο άγχος, όπως τα παιδιά που έχουν στοιχεία του Αυτιστικού Φάσματος (van Steensel & Heeman, 2017). Επίσης, κάποια από τα παιδιά με ΕΕΑΑ παρακολουθούσαν Πρόγραμμα Φροντίδας της Υγείας και της Εκπαίδευσης (ΠΦΥΕ).

Σύμφωνα με το σχεδιασμό της έρευνας συμμετείχαν 241 γονείς ή/και κηδεμόνες παιδιών σχολικής ηλικίας με ΕΕΑΑ, ηλικίας από 5 μέχρι 18 ετών. Το 44% αυτών φοιτούσαν σε τυπικό σχολείο, ενώ το 70% ακολουθούσε ΠΦΥΕ. Το 92% των γονιών ήταν μητέρες και το 95% κατάγονταν από την Βρετανία. Η συλλογή του δείγματος πραγματοποιήθηκε από τις 22 Μαρτίου μέχρι την 1 Απριλίου, μέσα από διαδικτυακές πλατφόρμες, ειδικά σχολεία και ερευνητικά δίκτυα. Η μέτρηση δεν έγινε με την χρήση κάποιου ψυχομετρικού εργαλείου, αλλά με την απάντηση των συμμετεχόντων στην ανοιχτή ερώτηση: « Περιγράψτε με δικά σας λόγια πως επηρέασε το ξέσπασμα της πανδημίας την δική σας ψυχική υγεία και των παιδιών σας».

Αφού έγιναν οι απαραίτητες κωδικοποιήσεις και αναλύσεις στις απαντήσεις των συμμετεχόντων, οι ερευνητές κατέληξαν σε έξι κατηγορίες, που χωρίζονται και εκείνες με τη σειρά τους σε υποκατηγορίες, που περιγράφουν την επίδραση του COVID-19 στην ψυχική υγεία των οικογενειών τους. Η πρώτη κατηγορία είναι η ανησυχία και χωρίζεται σε τρεις υποκατηγορίες, την ανησυχία για τον εαυτό, την ανησυχία για τους άλλους και την γενική ανησυχία. Όπως ανέφεραν και οι γονείς, η ανησυχία εμφανίζονταν και στους ίδιους και στα παιδιά τους. Συχνές σκέψεις των ίδιων που τους προκαλούσε ανησυχία ήταν η αυτονομία του παιδιού τους στο μέλλον, σε περίπτωση που δεν είναι εκεί εκείνοι, ενώ στο παρόν τους απασχολούσε η πρόοδος των παιδιών τους στο σχολείο.

Η δεύτερη κατηγορία είναι η απώλεια και έχει τέσσερις υποκατηγορίες, την απώλεια της ρουτίνας, την απώλεια της επαφής με το υποστηρικτικό δίκτυο, την απώλεια της επίδρασης των ειδικών και την απώλεια στο εισόδημα. Το συναίσθημα της απώλειας, ιδιαίτερα σε παιδιά με ΕΕΑΑ, ήταν δύσκολο να το διαχειριστούν οι γονείς τους, καθώς τα ίδια τα παιδιά δεν μπορούσαν να αντιληφθούν απόλυτα τους λόγους. Επίσης, η απομόνωση προκάλεσε

πολλές δυσκολίες και στους γονείς που βρέθηκαν αβοήθητοι σε μια τέτοια κατάσταση, καθώς και στα παιδιά, που κάποια από αυτά χρειάζονται σταθερά και οικεία πρόσωπα, όπως ο ειδικός θεραπευτής και ο δάσκαλος του σχολείου.

Η τρίτη κατηγορία περιείχε την διάθεση, τα συναισθήματα και τις συμπεριφορές. Οι οικογένειες που τοποθετήθηκαν σε αυτήν την κατηγορία συνήθως παρατηρούσαν συμπεριφορές που ήταν επιθετικές και συναισθηματικά ξεσπάσματα. Στην τέταρτη κατηγορία ανήκει η αντίληψη του τι συμβαίνει. Σε αυτήν την κατηγορία, κάποιοι γονείς ανέφεραν ότι επειδή τα παιδιά τους δεν μπορούσαν να καταλάβουν απόλυτα το τι συμβαίνει, βίωναν έντονο στρες. Ιδιαίτερα στα παιδιά που ανήκαν στο φάσμα του αυτισμού, με την χρήση των κοινωνικών ιστοριών οι γονείς προσπαθούσαν να τους εξηγήσουν.

Η πέμπτη κατηγορία αναφέρονταν στην συναισθηματική συντριβή, την οποία περιέγραφε ότι ένιωθε ένα μικρό ποσοστό γονέων. Γι' αυτό το σύνολο των γονιών ήταν πολύ επιβαρυντικό το γεγονός ότι πέρα από την γενική φροντίδα για τα παιδιά τους, έπρεπε πλέον να διαχειριστούν και τις υπόλοιπες ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες, με την βοήθεια των οδηγίων των ειδικών. Η έκτη και τελευταία κατηγορία των συμμετεχόντων ανέφερε μικρότερη ή και θετική επίδραση από τον κατ' οίκον περιορισμό. Αν και αποτελούσαν την μειοψηφία, όπως ισχυρίστηκαν και οι ίδιοι οι γονείς τα παιδιά τους ένιωθαν πιο ασφαλή στο σπίτι, αφού στο σχολείο μπορεί να βίωναν δύσκολες στιγμές.

Η ερευνητική ομάδα της Asbury προσπαθώντας να συνοψίσουν τα ευρήματά τους, κατέληξαν στο ότι οι οικογένειες με παιδιά με ΕΕΑΑ χρειάζονται την συνεχή παρουσία των ειδικών θεραπειών, ακόμη και εξ' αποστάσεως, για τις εκπαιδευτικές ανάγκες τους, μέσω συγκεκριμένων κατευθυντήριων γραμμών. Όπως επίσης, και την ευκαιρία να βλέπουν οικεία πρόσωπα, έστω και με την χρήση της τεχνολογίας για να διατηρείται μια συνοχή στην καθημερινότητά τους.

Μια παράμετρος, που διαδραμάτισε σημαντικό ρόλο κατά την εμφάνιση της πανδημίας, ήταν τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης, μέσα από τα οποία αναπαράγονταν όλες οι ειδήσεις με αστραπιαία ταχύτητα. Εκτός από τον γρήγορο ρυθμό όμως, οι ειδήσεις μεταδίδονταν ως ένας μεγάλος όγκος πληροφοριών, με αποτέλεσμα να υπάρχει μεγάλη πιθανότητα παραπληροφόρησης, την οποία δεν ήταν εφικτό να την διαχειριστεί η κοινή γνώμη λόγω της κατάστασης πανικού και άγχους εξαιτίας της πανδημίας, φέρνοντας στην επιφάνεια συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης στους πολίτες. Δεδομένων αυτών των παρατηρήσεων, ο Gao με τους συνεργάτες του επιχείρησαν να διερευνήσουν τον επιπολασμό των συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης στον πληθυσμό της Κίνας εξαιτίας της πανδημίας, αλλά και την

ενδεχόμενη σύνδεση τους με την έκθεση στις πληροφορίες που αναπαράγονται στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης.

Σύμφωνα με τον ερευνητικό σχεδιασμό, χορηγήθηκαν δύο ψυχομετρικά εργαλεία σε 5.581 άτομα ηλικίας από 18 – 85, με μέσο όρο τα $32,3 \pm 10$ έτη, μέσω μιας διαδικτυακής πλατφόρμας από τις 31 Ιανουαρίου 2020 μέχρι τις 2 Φεβρουαρίου 2020. Μετά την αφαίρεση των ατόμων που δεν είχαν απαντήσει ολοκληρωμένα, το δείγμα διαμορφώθηκε σε 4872 συμμετέχοντες. Όσον αφορά στα ψυχομετρικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν, αυτά ήταν η κινέζικη εκδοχή του WHO – Five Well – Being Index (WHO – 5), το οποίο μπορεί να αξιολογήσει το αν υπάρχουν συμπτώματα κατάθλιψης, μέσα από την καταγραφή της ψυχολογικής ευεξίας του ατόμου. Ενώ για την διερεύνηση συμπτωμάτων άγχους χρησιμοποιήθηκε η κινέζικη σταθμισμένη έκδοση της κλίμακας της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής (GAD – 7). Επίσης ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες τα δημογραφικά στοιχεία τους, όπως το φύλο, η ηλικία, το επίπεδο εκπαίδευσης, η οικογενειακή κατάσταση, η κατάσταση υγείας σύμφωνα με τους ίδιους, η εργασιακή κατάσταση, ο τόπος μόνιμης κατοικίας και το είδος της περιοχής (αστική ή αγροτική). Ακόμη, για την καταγραφή της χρήσης των μέσων κοινωνικής δικτύωσης οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να απαντήσουν σε μια ερώτηση σχετικά με την συχνότητα, που την τελευταία εβδομάδα διάβασαν ειδήσεις σχετικά με τον COVID-19 κατά την διάρκεια χρήσης των κοινωνικών δικτύων.

Αναφορικά με τα αποτελέσματα της έρευνας προέκυψαν τέσσερις άξονες, η συχνότητα χρήσης των μέσων κοινωνικής δικτύωσης, η έκθεση σε ειδήσεις μέσα από τα κοινωνικά δίκτυα και η συσχέτιση τους με την αγχώδη και την καταθλιπτική συμπτωματολογία των συμμετεχόντων αντίστοιχα και ο συνδυασμός τους. Σχετικά με την συχνότητα χρήσης των μέσων η πιο υψηλή γίνονταν από άνδρες, 18 – 30 ετών, με επίπεδο εκπαίδευσης πανεπιστημίου ή μεταπτυχιακού, φοιτητές ή συνταξιούχους, επαρχιακών περιοχών και εξαιρετικής αυτοαξιολόγησης της υγείας τους. Στην συσχέτιση μεταξύ της υψηλής έκθεσης στα κοινωνικά δίκτυα και την εκδήλωση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας υπήρξε μια στατιστικώς μη σημαντική θετική συσχετιστική μεταβολή. Οι συμμετέχοντες που ήταν ηλικίας 21 – 40 ετών, απόφοιτοι μέσης εκπαίδευσης, ζούσαν σε αστικές περιοχές και αξιολογούσαν σε όχι και τόσο καλό το επίπεδο της υγείας τους, είχαν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν καταθλιπτικά συμπτώματα.

Αντίθετα με τα καταθλιπτικά στοιχεία, το άγχος είχε μια στατιστικώς σημαντική συσχέτιση με την υψηλή χρήση των μέσων κοινωνικής δικτύωσης. Ενώ, οι συμμετέχοντες που είχαν περισσότερες πιθανότητες να εκδηλώσουν αγχώδη στοιχεία ήταν ηλικίας 31 – 40, απόφοιτοι μέσης εκπαίδευσης, ήταν παντρεμένοι και αξιολογούσαν με αρνητικό τρόπο την

υγεία τους. Αντίστοιχα, στην περίπτωση συνύπαρξης των αγχωδών και των καταθλιπτικών στοιχείων ως προς την σχέση τους με την συχνή χρήση των κοινωνικών δικτύων, φάνηκε να υπάρχει μια στατιστικώς σημαντική θετική συσχέτιση. Ακόμη, τα άτομα που συμμετείχαν και ήταν πιο πιθανό να εκδηλώσουν συμπτώματα και των δύο κατηγοριών ήταν ηλικίας 31 – 40 ετών, απόφοιτοι μέσης εκπαίδευσης, έγγαμοι και με αρνητική εικόνα σχετικά με την υγεία τους.

Ο Gao και οι συνεργάτες του κατέληξαν σε συμπεράσματα που επεξηγούν την σύνδεση του άγχους και του συνδυασμού του με τα καταθλιπτικά στοιχεία με την συχνή χρήση των μέσων κοινωνικής δικτύωσης. Πιο συγκεκριμένα, παρέθεσαν δύο λόγους. Από τη μία, ο συνεχής βομβαρδισμός από παραπληροφόρηση και ψευδείς ειδήσεις, που προκαλούν σύγχυση στους χρήστες και πλήττουν την ψυχική υγεία τους. Ενώ από την άλλη πλευρά, πολλοί χρήστες εξέφραζαν τα αρνητικά τους συναισθήματα μέσω των κοινωνικών δικτύων, όπως φόβο, ανησυχία και άγχος με αποτέλεσμα αυτά να μεταδίδονται και στους υπόλοιπους.

Όσον αφορά στους περιορισμούς της συγκεκριμένης έρευνας εντοπίζονται σε τρία σημεία. Το πρώτο έχει να κάνει με το είδος της, αφού αποτελεί μια συγχρονική έρευνα από την οποία δεν μπορούν να εξαχθούν αιτιώδεις σχέσεις μεταξύ των μεταβλητών. Ο δεύτερος περιορισμός σχετίζεται με το γεγονός ότι η συλλογή των δεδομένων έγινε μέσω διαδικτύου, μέθοδος που είναι πιο κατάλληλη για γρήγορες αξιολογήσεις, ενώ και αρκετοί συμμετέχοντες ήταν ηλικιωμένοι και μπορεί να επηρέασαν με τις απαντήσεις τους τα αποτελέσματα. Ο τελευταίος περιορισμός αναφέρεται στις μεταβλητές που μπορεί να μην ελέγχθηκαν κατά την διάρκεια της συλλογής δεδομένων.

Μία ακόμη έρευνα που ασχολήθηκε με τις ψυχολογικές επιπτώσεις του COVID-19 ήταν του Kong και των συνεργατών του, οι οποίοι εστίασαν σε δείγμα του πληθυσμού που νοσούσαν στο νοσοκομείο Huoshenshan, που βρίσκεται στην Wuhan της Κίνας. Πιο συγκεκριμένα, το σύνολο των συμμετεχόντων αποτελούνταν από 144 άτομα, ηλικίας 15 – 84 ετών, το 84% ήταν έγγαμοι, το 37,5% ήταν απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, το 89% είχαν κορεσμό οξυγόνου μεγαλύτερο του 93% και το 41% είχε κάποιο μέλος της οικογένειάς του που είχε μολυνθεί. Οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να συμπληρώσουν δύο ψυχομετρικά εργαλεία μέσω μιας διαδικτυακής πλατφόρμας, το Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) και το Perceived Social Support Scale (PSSS). Το πρώτο ερωτηματολόγιο αξιολογεί την ύπαρξη συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης, ενώ στο δεύτερο το άτομο που το συμπληρώνει καταγράφει την αντιλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη που λαμβάνει από το οικογενειακό και το φιλικό του περιβάλλον.

Σύμφωνα με τα ευρήματα της έρευνας το 34,72% και το 28,47% του δείγματος παρουσίαζε στοιχεία άγχους και κατάθλιψης αντίστοιχα. Επίσης, αναδείχθηκε ο καθοριστικός

ρόλος του παράγοντα της κοινωνικής υποστήριξης στην μείωση των αγχωδών και των καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Πιο συγκεκριμένα, το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό των νοσοκομείων της Wuhan, που ήταν οι πρώτοι που ήρθαν αντιμέτωποι με το φαινόμενο του COVID-19, προσπαθούσαν μέσω τραγουδιού ή χορού να ενθαρρύνουν ψυχολογικά τους νοσηλευόμενους ασθενείς και ιδιαίτερα εκείνους που φαίνονταν να μην έχουν δεχτεί επισκέψεις από τους συγγενείς ή τους φίλους τους. Ακόμη, προέκυψε ότι συνήθως πιο επιρρεπείς στην ψυχολογική επιβάρυνση εξαιτίας του COVID-19, ήταν οι γυναίκες, τα άτομα χαμηλότερου μορφωτικού επιπέδου, τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, κυρίως άνω των 50 ετών, τα άτομα με χαμηλότερο του 93% κορεσμό οξυγόνου, όσοι δεν έχουν αρκετή κοινωνική υποστήριξη και εκείνοι που είχαν συγγενικά πρόσωπα που είχαν νοσήσει.

Οι περιορισμοί της έρευνας εντοπίζονται σε τρία σημεία. Το πρώτο σχετίζεται με την δειγματοληψία, που δεν ήταν αντιπροσωπευτική, με αποτέλεσμα οποιοδήποτε εύρημα προέκυψε να μην μπορεί να γενικευτεί. Η δεύτερη αδυναμία του μεθοδολογικού σχεδιασμού εντοπίζεται στο ότι η λήψη των δεδομένων έγινε στην εισαγωγή των ασθενών στο νοσοκομείο, οπότε δεν ήταν δυνατή η παρακολούθηση της εξέλιξης της κατάστασής τους. Ο τρίτος περιορισμός αφορά στην μη δυνατότητα εξαγωγής αιτιωδών σχέσεων μεταξύ της ψυχικής υγείας των ασθενών και των δημογραφικών ή κλινικών τους χαρακτηριστικών.

Με την συμπτωματολογία αγχωδών και καταθλιπτικών να αυξάνεται εξαιτίας της πανδημίας, ο Colizzi και οι συνεργάτες του ασχολήθηκαν με τα άτομα που είχαν διαγνωστεί ήδη με κάποια ψυχική διαταραχή, καθώς αποτελούσαν πιο ευάλωτο πληθυσμό. Πιο συγκεκριμένα, η διαταραχή σωματικών συμπτωμάτων είναι μια ψυχική ασθένεια, που άτομα που πάσχουν από κάποια άλλη διαταραχή, θα μπορούσαν να αναπτύξουν λόγω της ψυχολογικής επιβάρυνσης από την διασπορά του κορονοϊού. Οι ψυχιατρικοί ασθενείς θεωρούνταν πιο ευάλωτοι απέναντι στον COVID-19 είτε γιατί, εξαιτίας γνωστικών δυσλειτουργιών, μπορεί να υποβαθμίζουν την σοβαρότητα του ιού και να μην προφυλάσσονται κατάλληλα. Είτε γιατί, εξαιτίας της υπερφόρτωσης του συστήματος Υγείας, υπάρχουν διακρίσεις απέναντί τους και δεν έχουν προτεραιότητα στην λήψη υπηρεσιών ιατρικής περίθαλψης. Αλλά και εξαιτίας του παγκόσμιου μέτρου του περιορισμού των μετακινήσεων, μειώθηκαν τα διαθέσιμα δια ζώσης ραντεβού με ψυχιάτρους.

Με ένα αντίστοιχο περιστατικό ασχολήθηκαν και στην μελέτη περίπτωσης που ο Colizzi και οι συνεργάτες του. Πιο συγκεκριμένα, τον Μάρτιο του 2020 ένας έφηβος 16 ετών επισκέφθηκε το τμήμα επειγόντων περιστατικών του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου της Βερόνα, αναφέροντας τα εξής συμπτώματα: πυρετό μέχρι 38,7°C τις τελευταίες τρεις μέρες, καρδιακούς παλμούς μέχρι και 130 χτύπους το λεπτό, παραλήρημα σε εξέλιξη με σταδιακά

μειούμενα διαστήματα διαύγειας, γενική αδιαθεσία, δυσκολίες στην αναπνοή και αλλοιωμένες αισθήσεις γεύσης και όσφρησης. Ο έφηβος δεν επισκέπτονταν για πρώτη φορά το νοσοκομείο. Είχε ζητήσει ψυχολογική υποστήριξη δύο μήνες πριν για την διατροφική διαταραχή που αντιμετώπιζε. Από τις πρώτες μετρήσεις των ζωτικών του ενδείξεων βρέθηκαν πυρετός 38°C, κορεσμός οξυγόνου στο 97%, πίεση 135/70 mmHg, και καρδιακός παλμοί 100 χτύποι ανά λεπτό. Η μητέρα του, που τον συνόδευε, ισχυρίζονταν ότι μπορεί να έχει έρθει σε επαφή με κάποιο κρούσμα κορονοϊού, γι' αυτό λήφθηκε αμέσως ρινοφαρυγγικό επίχρισμα. Αφού το δείγμα του έδειξε πως δεν υπάρχει ιικό φορτίο COVID-19, ενώ παράλληλα έγιναν οι απαραίτητες εξετάσεις όπως αίματος και ούρων, αξονική τομογραφία και ακτινογραφία θώρακος και σωματική εξέταση και δεν υπήρχαν παθολογικά ευρήματα, ο έφηβος παραπέμφθηκε για ψυχιατρική εκτίμηση.

Σύμφωνα με την ψυχιατρική αξιολόγηση, ο έφηβος παρουσίαζε μια ήπια καταθλιπτική διάθεση, ενώ το συναίσθημα του χαρακτηριζόταν από δυσφορία, παρότι παρέμενε εναρμονισμένο με τις σκέψεις του. Επίσης, είχε έντονο άγχος μέσα στην πνευματική του σύγχυση, ενώ παρατηρήθηκε απώλεια ελέγχου, καθώς εξέφραζε την ένταση και το συναίσθημα του χωρίς να υπολογίζει τις συνέπειες της συμπεριφοράς του. Σε γνωστικό επίπεδο είχε μία ήπια αποδιοργανωμένη επεξεργασία σκέψης, ενώ το περιεχόμενο των σκέψεων του αποτελούνταν από ανησυχία για την κατάσταση της υγείας του, με τάση να αγγίζει ένταση παραληρήματος, χωρίς την ύπαρξη αυτοκτονικού ιδεασμού. Ακόμη, φάνηκε να είναι χρονικά αποπροσανατολισμένος, ιδιαίτερα σχετικά με τις τελευταίες μέρες, ενώ δεν είχε επίγνωση της κατάστασής του και ότι χρειάζεται βοήθεια. Με βάση αυτά τα σημεία ο ψυχίατρος συνταγογράφησε το αντιψυχωτικό φάρμακο ολανζαπίνη.

Με βάση το ιστορικό που λήφθηκε από τον 16χρονο έφηβο, υπήρχε ψυχοπαθολογία και από τις δύο πλευρές των γονιών του. Ενώ τα πιο σημαντικά γεγονότα, που έπαιξαν ρόλο στο να δημιουργηθεί η διατροφική του διαταραχή, ήταν ένα ατύχημα με ένα κόκκαλο ψαριού που παραλίγο να τον πνίξει, με αποτέλεσμα να μην ξαναδοκιμάσει να φάει ψάρια. Και το δεύτερο περιστατικό ήταν ένα επεισόδιο εγκόπρισης μέσα στην αίθουσα του σχολείου, με αποτέλεσμα να αποφεύγει το να τρώει πρωινό πριν πάει στο σχολείο. Επίσης, η μετακόμιση της μητέρας του στην Βόρεια Ιταλία για αναζήτηση εργασίας, όπως και η απότομη εφηβική ανάπτυξη ήταν δύο περίοδοι ιδιαίτερα στρεσογόνες για εκείνον. Έτσι, τον Φεβρουάριο του 2019 ανέπτυξε παραπάρεση που διήρκεσε για 3 μήνες, χωρίς να γίνει γνωστή η αιτία και χρειάστηκε θεραπείες κινητικής αποκατάστασης. Στην διάγνωση που του δόθηκε, περιγράφονταν μια λειτουργική νευρολογική διαταραχή. Στην συνέχεια, τον Ιούνιο του 2019

παρουσίασε περιοριστικές συμπεριφορές σχετικά με την διατροφή του, προφασιζόμενος γαστρεντερικές ενοχλήσεις, με αποτέλεσμα να μειωθεί σημαντικά το βάρος του.

Στην ψυχιατρική αξιολόγηση που ακολούθησε, πραγματοποιήθηκε δομημένη κλινική συνέντευξη με βάση το DSM – 5, ενώ παράλληλα του χορηγήθηκε και το αντικαταθλιπτικό φάρμακο παροξετίνη, που μέσα σε μια εβδομάδα φάνηκε να βελτιώνει την κλινική του εικόνα, μειώνοντας την ανησυχία για την υγεία του. Από την κλινική συνέντευξη, λήφθηκαν υπόψη το περιστατικό με τα νευρολογικά συμπτώματα, που οδήγησε σε παραπάρηση, τον Φεβρουάριο 2019, το οποίο πιθανώς να συνδέεται με ένα οξύ επεισόδιο Διαταραχής Μετατροπής με κυρίαρχα συμπτώματα την αδυναμία ή την παράλυση. Ενώ το δεύτερο στοιχείο με την διαταραχή διατροφής του, με τα υποτιθέμενα γαστρεντερικά συμπτώματα και τον φόβο για κάποια τρόφιμα, ενδεχομένως να σκιαγραφεί την ύπαρξη της Αποφευκτικής/Περιοριστικής Διαταραχής Πρόσληψης Τροφής.

Επίσης, ο 16χρονος έφηβος υποβλήθηκε στην διαδικασία της τέταρτης έκδοσης της Κλίμακας Νοημοσύνης του Wechsler (WISC – IV), ενώ συμπλήρωσε και την Αυτοχορηγούμενη Ψυχιατρική Κλίμακα για Παιδιά και Εφήβους (SAFA). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα των ψυχομετρικών εργαλείων, άνηκε στον μέσο όρο νοημοσύνης των συνομηλίκων του, ενώ στο δεύτερο ερωτηματολόγιο σκόραρε υψηλά στις υποκλίμακες του «Άγχους», των «Σωματικών Συμπτωμάτων και της Υποχονδρίασης» και των «Ψυχαναγκαστικών και των Καταναγκαστικών Συμπτωμάτων». Με αποτέλεσμα να λάβει την διάγνωση της Σοβαρής και Επίμονης Διαταραχής Σωματικών Συμπτωμάτων και αφού πήρε εξιτήριο στις 20 Μαρτίου του 2020, του δόθηκαν οδηγίες να συνεχίσει την φαρμακευτική αγωγή με συνδυασμό της ολανζαπίνης και την παροξετίνης, αλλά και διατροφική συμβουλευτική και ψυχολογική υποστήριξη.

Οι ασθενείς που πάσχουν από Διαταραχή Σωματικών Συμπτωμάτων συνήθως υπόκεινται σε ιατρικές εξετάσεις, τα αποτελέσματα των οποίων είναι καθαρά και δεν μπορούν να εξηγήσουν τα συμπτώματα που εμφανίζονται. Ιδιαίτερα την περίοδο της πανδημίας, χρησιμοποιήθηκαν αρκετοί πόροι από τα συστήματα υγείας ανά τον κόσμο για αυτούς τους ασθενείς, στερώντας τους από τα άτομα που νοσούσαν από COVID-19 (Rosic et al., 2016). Συμπερασματικά, όπως φάνηκε και από την μελέτη περίπτωσης, τα άτομα που υπέφεραν από κάποια ψυχική διαταραχή ήταν σαφώς πιο ευάλωτα στο άγχος που σχετίζονταν με τον κορονοϊό, ενώ υπήρχαν πιθανότητες και για επιδείνωση της κατάστασής τους.

Αντίστοιχα με τις προηγούμενες έρευνες, και αυτή της Wang και των συνεργατών της διερεύνησε τις άμεσες ψυχολογικές επιπτώσεις της πανδημίας του COVID-19 στον γενικό πληθυσμό της Κίνας. Πιο συγκεκριμένα, ο στόχος της έρευνας ήταν η ανίχνευση της

συμπτωματολογίας των ψυχικών ασθενειών και η ανεύρεση των παραγόντων που προστατεύουν ή κάνουν πιο ευάλωτα τα άτομα απέναντι στο στρες. Αυτή η συγχρονική μελέτη διεξήχθη με την χρήση ενός ερωτηματολογίου μέσω διαδικτύου, αξιοποιώντας την μέθοδο της «χιονοστιβάδας» για την συλλογή των δεδομένων.

Σύμφωνα με το ερωτηματολόγιο που συμπλήρωναν οι συμμετέχοντες, οι άξονες που περιέχονταν ήταν τα δημογραφικά στοιχεία, τα σωματικά συμπτώματα των τελευταίων 14 ημερών, το ιστορικό επαφών με άτομα που είχαν βρεθεί θετικοί στον COVID-19 τις τελευταίες 14 ημέρες, τις πληροφορίες και τις ανησυχίες σχετικά με τον COVID-19, τα μέτρα προφύλαξης που τήρησαν τις τελευταίες 14 ημέρες, τις πρόσθετες πληροφορίες που χρειάζονται σε σχέση με τον κορονοϊό, την ψυχολογική επίδραση από το ξέσπασμα της πανδημίας και την τωρινή ψυχολογική κατάσταση στην οποία βρίσκονται. Για τους δύο τελευταίους άξονες χρησιμοποιήθηκαν τα ψυχομετρικά εργαλεία Impact of Event Scale – Revised (IES – R) και Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS – 21) αντίστοιχα. Η μελέτη διεξήχθη μεταξύ 31 Ιανουαρίου και 2 Φεβρουαρίου, ενώ συμμετείχαν 1210 συμμετέχοντες από 194 πόλεις της Κίνας και οι ηλικίες τους κινούνταν μεταξύ 12 – 59 ετών, με το 53,1% του δείγματος να βρίσκεται μεταξύ 21,4 – 30,8 ετών.

Σύμφωνα με τα ευρήματα, το 53,8% των συμμετεχόντων υποστήριξε πως η ψυχολογική επίδραση της πανδημίας είναι μέτρια ή/και σοβαρή. Από αυτό το ποσοστό το 36,9% ανέφερε μέτρια ή/και σοβαρά επίπεδα στρες και άγχους, ενώ το υπόλοιπο ανέφερε σοβαρά συμπτώματα κατάθλιψης. Τα επίπεδα στρες και άγχους αξιολογήθηκαν κυρίως από το ψυχομετρικό εργαλείο IES – R, το οποίο τονίζει στην εκφώνηση, ότι οι απαντήσεις πρέπει να βασιστούν σε ένα γεγονός που προηγήθηκε, σε αντίθεση με το DASS – 21 που αναφέρεται στην γενική διάθεση του ατόμου το τελευταίο διάστημα.

Σχετικά με τους άξονες που διερευνήθηκαν, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι, βάσει των δημογραφικών, οι γυναίκες δέχθηκαν την μεγαλύτερη ψυχολογική επίδραση της πανδημίας, καθώς τα επίπεδα στρες, άγχους και κατάθλιψης ήταν μεγαλύτερα. Επίσης, οι φοιτητές και οι μαθητές επηρεάστηκαν περισσότερο, εξαιτίας των εμποδίων που δημιουργήθηκαν στην ακαδημαϊκή τους πορεία. Σχετικά με τον δεύτερο άξονα των σωματικών συμπτωμάτων, φάνηκε πως όσοι υπέφεραν από συμπτώματα που είχαν να κάνουν με τον COVID-19 ή είχαν κάποια χρόνια ασθένεια ή αξιολογούσαν την κατάσταση της υγείας τους ως κακή, είχαν και μεγαλύτερη ψυχολογική επιβάρυνση. Πράγμα που σημαίνει ότι οι ειδικοί υγείας θα είναι καλό να παίρνουν ένα λεπτομερές ιστορικό κατά την επίσκεψη των ασθενών, για την καλύτερη διαχείριση του κάθε ατόμου.

Αναφορικά με τις πληροφορίες σχετικά με την πανδημία αλλά και τις οδηγίες προφύλαξης, αναδείχθηκε μέσα από τα αποτελέσματα η ανάγκη των πολιτών για αξιόπιστη ενημέρωση σχετικά με την πορεία της κατάστασης, την ανάπτυξη εμβολίων και φαρμάκων αλλά και την ανάρρωση ασθενών. Η ενημέρωση με περισσότερες θετικές ειδήσεις μειώνει τα επίπεδα στρες και άγχους και προάγει την καλύτερη προσαρμογή των πολιτών στις συνθήκες. Παράλληλα με την καλύτερη ενημέρωση, φάνηκε να βοηθούν και οι ψυχολογικές παρεμβάσεις, με τις γνωσιακές και συμπεριφοριστικές τεχνικές να είναι πιο αποτελεσματικές. Ακόμη, κάποια μέτρα προφύλαξης αποτελούν ένα μέσο πρόληψης της ψυχολογικής επίδρασης που έχει πανδημία. Κάποια από αυτά είναι η αποφυγή χρήσης κοινών αντικειμένων ή το πιο συχνό πλύσιμο των χεριών. Το πιο βοηθητικό μέτρο όμως, όπως φάνηκε από τα αποτελέσματα είναι αυτό της χρήσης μάσκας. Πιο συγκεκριμένα, η χρήση μάσκας ανεξαρτήτως της ύπαρξης ή μη συμπτωμάτων, ενισχύει το αίσθημα ασφάλειας και μειώνει τα επίπεδα στρες και κατάθλιψης.

Σχετικά με τα δυνατά σημεία της έρευνας αυτής, εντοπίζονται σε τρία επίπεδα. Το πρώτο βοηθητικό σημείο της έρευνας είναι η πρώτη εικόνα που παρέχει αναφορικά με τις πρώτες συνέπειες που είχε η πανδημία στην χώρα που ξεκίνησε, την Κίνα. Το δεύτερο σημαντικό στοιχείο της μελέτης είναι το γεγονός ότι με βάση τα αποτελέσματα μπορούν να αναπτυχθούν οι κατάλληλες ψυχολογικές παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση του στρες, του άγχους και της κατάθλιψης. Τρίτον, δόθηκε μέσα από τα ευρήματα ένα αδρό υπόβαθρο για την αξιολόγηση των παρεμβάσεων, του ελέγχου και της αντιμετώπισης των συνεπειών κατά την διάρκεια της εξάπλωσης του COVID-19.

Παρά την συνεισφορά της παρούσας έρευνας, υπάρχουν και περιορισμοί που συνοψίζονται σε πέντε στοιχεία. Το πρώτο αφορά στην δειγματοληψία που πραγματοποιήθηκε με την μέθοδο της χιονοστιβάδας, πράγμα που δεν αντανάκλα τον γενικό πληθυσμό. Ο δεύτερος περιορισμός αφορά στην ανωνυμία των ερωτηματολογίων, με αποτέλεσμα να μην συλλέγονται στοιχεία επικοινωνίας και να μην μπορεί να μετατραπεί η μελέτη σε μακροχρόνια και να μην διασφαλίζονται πιο αξιόπιστα αποτελέσματα. Επίσης, ο τρόπος συλλογής του δείγματος είχε ως αποτέλεσμα κάποιες ομάδες να έχουν περισσότερους συμμετέχοντες, γεγονός που δεν επιτρέπει την γενίκευση των αποτελεσμάτων. Ένα ακόμη σημείο που αποτελεί περιορισμό είναι το γεγονός ότι η ψυχολογική επίδραση της πανδημίας καταγράφηκε μέσα από αυτό – χορηγούμενα ερωτηματολόγια, πράγμα που σημαίνει ότι δεν μπορούν να εναρμονιστούν με τις εκτιμήσεις επαγγελματιών ψυχικής υγείας. Το τελευταίο σημείο σχετίζεται με τον μικρό αριθμό συμμετεχόντων, που είχαν ιστορικό επαφής με άτομο που νοσεί

από κορονοϊό και ζήτησαν την βοήθεια γιατρού, πράγμα που σημαίνει ότι δεν μπορούν να γενικευτούν τα αποτελέσματα σε αντίστοιχο πληθυσμό.

Η ψυχική υγεία των μαθητών ηλικίας μεταξύ 8 – 18 ετών, κατά την εμφάνιση του COVID-19, απασχόλησε και την Li και τους συνεργάτες της, οι οποίοι διεξήγαγαν μια έρευνα την περίοδο που ίσχυε ακόμη ο κατ' οίκον περιορισμός στην περιοχή Shaanxi της Κίνας. Η υλοποίηση της μελέτης έγινε μέσω μιας διαδικτυακής πλατφόρμας στις 6 – 8 Φεβρουαρίου, όπου οι 396 συμμετέχοντες μαθητές (199 αγόρια και έφηβοι, 197 κορίτσια και έφηβες) ηλικίας 8 – 18 ετών έδωσαν αρχικά γενικά στοιχεία για τον εαυτό τους και στην συνέχεια συμπλήρωσαν το ψυχομετρικό εργαλείο Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED). Το ερωτηματολόγιο μετρούσε 5 άξονες συμπτωμάτων άγχους, οι οποίοι ήταν η σωματοποίηση του άγχους και οι κρίσεις πανικού, το γενικευμένο άγχος, το αποδιοργανωτικό άγχος, η κοινωνική φοβία και η σχολική φοβία.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα από τις αναλύσεις του ερωτηματολογίου το 22% (87 άτομα) του δείγματος σκόραρε υψηλότερα από το 25, ενώ το 78% (309 άτομα) συγκέντρωσε βαθμολογία μικρότερη του 25. Η βαθμολογία 25 αποτελεί το μέσο όρο σε αυτό το ψυχομετρικό εργαλείο. Υψηλότερη βαθμολογία από αυτή δείχνει εντονότερη συμπτωματολογία άγχους, ενώ μικρότερη από αυτή λιγότερες αγχώδεις εκδηλώσεις. Τα άτομα που κατέγραψαν βαθμολογία που δείχνει την ύπαρξη έντονου άγχους, ήταν κυρίως μεγαλύτερης ηλικίας έφηβοι και με μεγαλύτερη πίεση από την σχολική τους επίδοση. Επίσης, βρέθηκε ότι τα κορίτσια είναι πιο επιρρεπή στο άγχος από τα αγόρια, και πιο συγκεκριμένα στους άξονες του γενικευμένου άγχους και του κοινωνικού άγχους. Αντίθετα, στα αγόρια είναι πιο δύσκολο να αντιληφθούν το άγχος που βιώνουν, γι' αυτό είναι πιο πιθανό να το σωματοποιήσουν και να το εκδηλώσουν με συμπτώματα πανικού.

Στα συμπεράσματα της έρευνας αναδείχθηκαν κάποιες πρακτικές οδηγίες για την αντιμετώπιση της ψυχολογικής επιβάρυνσης, που αντιμετωπίζουν τα παιδιά και οι έφηβοι που παραμένουν σε κατ' οίκον περιορισμό. Μία από αυτές τις οδηγίες σχετίζεται με το να μάθουν τα παιδιά για ποιο λόγο αποφεύγουν τον συνωστισμό. Η δεύτερη αναφέρεται στην σημασία που έχει η εμπόδιση της μετάδοσης του ιού, αφού έτσι προστατεύουμε και τους εαυτούς μας και τους συγγενείς μας. Αυτή η οδηγία βασίζεται όμως και στην σωστή ενημέρωση που έχουν ανάγκη τα παιδιά και οι έφηβοι, οι οποίοι πρέπει να αντλούν τις πληροφορίες τους από αξιόπιστες πηγές. Η τρίτη συμβουλή απευθύνεται κυρίως στους γονείς των παιδιών και των εφήβων, οι οποίοι με την βοήθειά τους μπορούν να διαμορφώσουν ένα σχετικό πρόγραμμα για την καθημερινότητα των παιδιών τους, για να μπορούν να έχουν ένα κίνητρο και να μην νιώθουν τόσο έντονα την αλλαγή που πραγματοποιήθηκε στην ζωή τους. Η τέταρτη και

τελευταία κατευθυντήρια αναφέρεται στην διατήρηση της επικοινωνίας των παιδιών και των εφήβων με φίλους και συγγενείς, προάγοντας έτσι την αλληλοϋποστήριξη και την συναισθηματική συνδιαλλαγή.

Επιχειρώντας μια συνολική αποτίμηση του μεθοδολογικού σχεδιασμού των επιλεχθέντων ερευνών, αναδεικνύεται ότι οι περισσότερες από αυτές ανταποκρίνονται στα κριτήρια της κλίμακας της Newcastle Ottawa. Πιο συγκεκριμένα, από τις 13 έρευνες οι τρεις δεν μπορούν να αξιολογηθούν με βάση την συγκεκριμένη κλίμακα, καθώς οι δύο είναι ποιοτικές μελέτες και η τρίτη αποτελεί μελέτη περίπτωσης. Από τις δέκα που απομένουν, σύμφωνα με τα κριτήρια της Newcastle Ottawa, οι έξι έχουν σκορ ποιότητας 8, η μία 7 και οι υπόλοιπες τρεις 4, 3 και 1 αντίστοιχα. Οι επτά από τις δέκα έχουν ένα σχετικά καλό σκορ σχετικά με τον μεθοδολογικό σχεδιασμό τους.

Αντιθέτως, οι υπόλοιπες τρεις αν και έχουν πολλά ελλείμματα ποιοτικά στον σχεδιασμό τους, συμπεριλήφθηκαν γιατί παρέχουν μια αδρή εικόνα της κατάστασης της πανδημίας, πετυχαίνοντας να σκιαγραφήσουν την ψυχολογική επιβάρυνση που προκάλεσε. Στα κριτήρια που υστερούσαν ήταν η αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος που δεν υπήρξε αναφορά σχετικά με τον τρόπο συλλογής του, η μη καταγραφή των συμμετεχόντων που δεν απάντησαν στα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν, η μη διασφάλιση της συγκρισιμότητας μεταξύ κατηγοριών των συμμετεχόντων που διαμορφώνονταν με βάση την έκβαση που ανήκαν και του ελέγχου των συγχυτικών παραγόντων. Ενώ, δεν αναφέρονταν και τα στατιστικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν για την ανάλυση των δεδομένων.

4. Συζήτηση

Σύμφωνα με την συστηματική ανασκόπηση που υλοποιήθηκε, το ξέσπασμα της πανδημίας, τα μέτρα που εφαρμόστηκαν για την αντιμετώπισή της, όπως ο κατ' οίκον περιορισμός, η κοινωνική αποστασιοποίηση και η εστίαση στην προσωπική υγιεινή, καθώς και ο φόβος μόλυνσης ή μετάδοσης του ιού προκάλεσαν την εμφάνιση αγχώδων συμπτωμάτων σε μεγάλο αριθμό ατόμων ανά τον κόσμο (Adalja et al., 2020, Oosterhoff et al., 2020, Berger et al., 2020). Παράλληλα, επιδείνωσαν την κατάσταση των ατόμων που έπασχαν από αγχώδεις διαταραχές (Zhang et al., 2020, youngminds.org.uk, 2020, Colizzi et al., 2020, Davis et al., 2020). Οι πιο ευάλωτες ομάδες από τον γενικό πληθυσμό ήταν τα παιδιά, οι έφηβοι και οι νεαροί ενήλικες (Liang et al., 2020, Xie et al., 2020, Oosterhoff et al., 2020, Xiang et al., 2020,

Zhou et al., 2020 & Asbury et al., 2020). Οι ψυχολογικές επιπτώσεις της εξάπλωσης της πανδημίας επέφεραν και ένα μεγάλο πλήγμα στον κοινωνικό ιστό, πράγμα που ανέδειξε την ανάγκη για μεγαλύτερη ευελιξία των χωρών και των εκάστοτε κυβερνήσεων τους σε περιόδους κρίσεων.

Αναφορικά με τις κοινωνικές συνέπειες του COVID-19, σε αρκετές έρευνες φάνηκε οι πολίτες να πλήττονται οικονομικά, παρουσιάζοντας διαφορετική εικόνα εκείνοι που διέμεναν μόνιμα σε αγροτικές περιοχές, σε σύγκριση με εκείνους που διέμεναν μόνιμα σε αστικά κέντρα (Cao et al., 2020, Zhou et al., 2020, Davis et al., 2020, youngminds.org.uk, 2020). Η μόνιμη κατοικία αποτελεί έναν παράγοντα που καθορίζει το ύψος του σταθερού εισοδήματος, αλλά και την πρόσβαση σε δομές υποστήριξης. Οι οικογένειες που διαβιούσαν σε αγροτικές περιοχές, αντιμετώπιζαν μεγαλύτερο άγχος, αφού είδαν μεγάλη πτώση στο εισόδημά τους, ενώ είχαν και λιγότερη ενημέρωση σχετικά με τα μέτρα προφύλαξης κατά του ιού (Cao et al., 2020, Zhou et al., 2020). Επίσης, σημαντική βοήθεια προς τους πολίτες, που εξαιτίας της καραντίνας οι χώροι εργασίας τους έκλεισαν και δεν μπορούσαν να έχουν εισόδημα, αποτέλεσαν τα επιδόματα που δόθηκαν, είτε με την αρωγή κοινωνικών λειτουργών, είτε με απευθείας πίστωση των ποσών από το κράτος (Davis et al., 2020, youngminds.org.uk, 2020).

Ο κατ' οίκον περιορισμός αποτέλεσε εμπόδιο στην ομαλή ακαδημαϊκή πορεία των παιδιών, των εφήβων και των νεαρών ενηλίκων, επιβαρύνοντάς τους με περισσότερο άγχος (Cao et al., 2020, Zhou et al., 2020, Arënliu & Bërxulli, 2020, Wang et al., 2020, Li et al., 2019). Οι μαθητές και οι φοιτητές βρέθηκαν μπροστά στο εμπόδιο της πανδημίας, δημιουργώντας τους άγχος σχετικά με την έκβαση της επίδοσής τους. Οι μαθητές, κυρίως των τελευταίων τάξεων του Γυμνασίου και του Λυκείου, είχαν απέναντί τους τις τελικές προαγωγικές εξετάσεις (Zhou et al., 2020, Li et al., 2019), ενώ οι φοιτητές έβλεπαν τις καθυστερήσεις που δημιουργούνταν λόγω της διασποράς του ιού, προκαλώντας και στις δύο ομάδες συμπτώματα άγχους (Cao et al., 2020, Arënliu & Bërxulli, 2020, Wang et al., 2020). Πιο συγκεκριμένα, τα κορίτσια ήταν πιο πιθανό να παρουσιάσουν συμπτώματα γενικευμένου και κοινωνικού άγχους, ενώ τα αγόρια σωματοποιούσαν το στρες ή το εκδήλωναν με επεισόδια κρίσεων πανικού (Li et al., 2019).

Η παραμονή στο σπίτι είχε και άλλες συνέπειες στην καθημερινότητα των πολιτών. Εκτός από τις σπουδές και την φοίτηση των παιδιών, των εφήβων και των νεαρών ενηλίκων, αυξήθηκαν το άγχος, ο φόβος και η μοναξιά, εξαιτίας της κοινωνικής αποστασιοποίησης, της ανησυχίας μετάδοσης του ιού, της μείωσης της δια ζώσης επικοινωνίας και της διόγκωσης των ενδοοικογενειακών προβλημάτων (Cao et al., 2020, Zhou et al., 2020, Oosterhoff et al., 2020,

youngminds.org.uk, 2020, Li et al., 2019). Επίσης, πολλοί νεαροί ενήλικες αδυνατούσαν να κάνουν σχέδια για το επαγγελματικό τους μέλλον, καθώς η δυναμική της πανδημίας δεν άφηνε περιθώρια για να προβλεφθεί η λήξη της και ο φόβος της ανεργίας μεγάλωνε (Cao et al., 2020). Η επαγγελματική αποκατάσταση αποτελεί μείζον θέμα του ηλικιακού αυτού σταδίου, για την διατήρηση της ψυχικής υγείας των ατόμων που ανήκουν σε αυτό (Barlett & Barlett, 2018). Μια ακόμη αλλαγή στην καθημερινότητα αποτέλεσε και η άσκηση πιο παθητικών δραστηριοτήτων κατά την διάρκεια της καραντίνας, όπως η παρακολούθηση σειρών, η ενασχόληση με τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης και τα ηλεκτρονικά παιχνίδια (Arēnliu & Bērksulli, 2020).

Σχετικά με τον ρόλο των ΜΜΕ, φάνηκε να ασχολήθηκαν αρκετές έρευνες, καθώς αποτέλεσαν «καταφύγιο» για τους πολίτες απέναντι στην αβεβαιότητα της πανδημίας. Παρόλα αυτά, δεν εξυπηρετούσαν πάντα αυτόν τον ρόλο καθώς δεν μετέδιδαν πάντα αξιόπιστες ειδήσεις ή εστίαζαν στις αρνητικές πλευρές της κατάστασης, με αποτέλεσμα να εντείνουν το φόβο, την ανησυχία και τον πανικό του κοινού. Στις περιπτώσεις όμως που επικεντρώνονταν στο να αναδείξουν τις θετικές εξελίξεις σχετικά με τον COVID-19, όπως ο αριθμός αυτών που νόσησαν και ανάρρωσαν ή η πορεία της ανάπτυξης των εμβολίων, κατάφεραν να βοηθήσουν το κοινό να διατηρήσει την ψυχραιμία και την ελπίδα του (Wang et al., 2020, Zhou et al., 2020). Ο άλλος πυλώνας της ενημέρωσης των πολιτών ήταν τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης, στα οποία δεν μπορεί να εφαρμοστεί έλεγχος στις πληροφορίες που αναπαράγονται, πράγμα που τα καθιστούσε ευεπίφορα στην μετάδοση ψευδτικών ειδήσεων (Gao et al., 2020).

Στην καθημερινότητα της πανδημίας αναδείχθηκαν οι ψυχολογικές ανάγκες ομάδων του γενικού πληθυσμού που ήταν πιο ευάλωτες, λόγω των ειδικών χαρακτηριστικών τους. Μία από αυτές ήταν τα άτομα που είχαν διαγνωστεί με ψυχική διαταραχή. Τα άτομα που έπασχαν από ψυχική ασθένεια είδαν να διακόπτεται η διαζώσης ψυχολογική υποστήριξή τους, να χειροτερεύει η συμπτωματολογία τους και καθώς μεγάλο κομμάτι αυτού του πληθυσμού θεωρείται ηλεκτρονικά και ψηφιακά αναλφάβητο, να βιώνει συναισθήματα απογοήτευσης, απόρριψης και αβοηθησίας, αφού δεν γνώριζε το πως να χρησιμοποιήσει τα τεχνολογικά μέσα για την εξ' αποστάσεως λήψη των υπηρεσιών ψυχικής υγείας (youngminds.org.uk, 2020, Colizzi et al., 2020). Ακόμη, τα παιδιά και οι έφηβοι με ΕΕΑΑ, αλλά και οι γονείς τους, βίωσαν μεγάλη απομόνωση και άγχος, αφού τα παιδιά τους δεν μπορούσαν να παρακολουθήσουν τα θεραπευτικά τους προγράμματα και οι ίδιοι δεν είχαν κατευθυντήριες οδηγίες για την διαχείρισή τους σε τέτοιες περιόδους κρίσης (Asbury et al., 2020).

Σε τέτοιες περιόδους κρίσης αυτοί που βρίσκονται στην πρώτη γραμμή, είναι και αυτοί που επιβαρύνονται περισσότερο. Την περίοδο της καραντίνας το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό καθώς και οι ειδικοί ψυχικής υγείας κλήθηκαν να σηκώσουν το βάρος των πρώτων

συνεπειών της εξάπλωσης του COVID-19. Πιο συγκεκριμένα, όπως φάνηκε και από τις έρευνες, αναδείχθηκε η επαγγελματική εξουθένωση των υγειονομικών, από τους οποίους λίγοι είχαν την τύχη να δουλεύουν σε νοσοκομεία με ευέλικτα ωράρια και τηλεφωνική γραμμή ψυχολογικής υποστήριξης. Παρόλη την κούραση τους, προσπαθούσαν να ενισχύσουν ψυχολογικά τους ασθενείς είτε μιλώντας τους, είτε ακόμη και τραγουδώντας τους για να μην χάνουν το κουράγιο τους (Davis et al., 2020, Kong et al., 2020).

Κάποιες φορές όμως, ο αντίκτυπος του φόρτου της εργασίας τους μετακυλούσε στους ασθενείς, καθώς λόγω των πολλών περιστατικών με COVID-19, πραγματοποιούνταν λάθος διαγνώσεις σε περιστατικά με ψυχοπαθολογία (Colizzi et al., 2020). Επίσης, οι ειδικοί ψυχικής υγείας είχαν και αυτοί την υποχρέωση να σταθούν στο ύψος των περιστάσεων και να εξοικειωθούν άμεσα με την εξ' αποστάσεως παροχή ψυχολογικής υποστήριξης, για να μην μείνει κανένας λήπτης υπηρεσιών ψυχικής υγείας απροστάτευτος απέναντι στην πανδημία (youngminds.org.uk, 2020). Αρωγός στην προσπάθεια των ειδικών ψυχικής υγείας στάθηκαν οι οικογένειες των παιδιών και των εφήβων, που μπορεί να αντιμετώπιζαν και κάποια αγχώδη διαταραχή, με την εφαρμογή προγραμμάτων δραστηριοτήτων και ασκήσεων που μείωναν το άγχος και ενίσχυαν την ψυχική τους ανθεκτικότητα, ενώ παράλληλα διατηρούνταν σε μια «υγιή» καθημερινότητα (Jiao et al., 2020, Li et al., 2019). Η οικογένεια αποτελεί προστατευτικό παράγοντα απέναντι στην ανάπτυξη μιας αγχώδους διαταραχής (Bui et al., 2020).

Εκτός από την οικογένεια, το ευρύτερο κοινωνικό υποστηρικτικό δίκτυο και τα τεχνολογικά μέσα αποτέλεσαν δύο σημεία αναφοράς στην αντιμετώπιση της πανδημίας. Όσοι την περίοδο της καραντίνας συγκατοικούσαν με τους γονείς τους, ή με άλλους, και περνούσαν δημιουργικό χρόνο μαζί τους, ένιωθαν λιγότερο άγχος και περισσότερη αισιοδοξία (Cao et al., 2020, Jiao et al., 2020, Arënliu & Bërçulli, 2020, Li et al., 2019). Ακόμη και όσοι νόσησαν και δεν δέχονταν επισκέψεις από οικείους τους, φάνηκαν να βιώνουν εντονότερα συναισθήματα άγχους, μοναξιάς και απελπισίας (Kong et al., 2020).

Η χρήση τεχνολογικών μέσων, εξαιτίας των μέτρων του κατ' οίκον περιορισμού και της κοινωνικής αποστασιοποίησης, βοήθησε στο να συνεχίσουν τα άτομα τις καθημερινότητές τους όσο το δυνατόν ομαλότερα. Κάποια από αυτά ήταν οι τηλεφωνικές γραμμές υποστήριξης, οι πλατφόρμες υλοποίησης σεμιναρίων και μαθημάτων και εξ' αποστάσεως εργασίας, οι διαδικτυακοί ιστότοποι για την ενημέρωση των πολιτών σχετικά με τον ιό και οι εφαρμογές για την λήψη υπηρεσιών ψυχικής υγείας (Davis et al., 2020, Arënliu & Bërçulli, 2020, youngminds.org.uk, 2020, Asbury et al., 2020). Μια διφορούμενη πτυχή των ψηφιακών εργαλείων αποτελούν τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης, τα οποία από την μία

συνέβαλαν στην ενημέρωση των πολιτών, από την άλλη η υπερβολική ενασχόληση μαζί τους είχε ως συνέπεια την επιβάρυνση της ψυχικής υγείας των χρηστών (Gao et al., 2020).

Σχετικά με τους περιορισμούς της παρούσας έρευνας, παρατηρούνται αρκετοί που επηρεάζουν το κατά πόσο μπορούν να γενικευτούν τα ευρήματά της. Ο κυριότερος περιορισμός έχει να κάνει με το φαινόμενο της πανδημίας του COVID-19, καθώς οι έρευνες που χρησιμοποιήθηκαν έλαβαν χώρα στην αρχή της εξάπλωσης του ιού, πράγμα που δεν μπορεί να αναδείξει την δυναμική που θα είχε αργότερα. Ο δεύτερος περιορισμός αφορά στο γεγονός ότι οι περισσότερες έρευνες που χρησιμοποιήθηκαν, πραγματοποιήθηκαν στην Κίνα, στην χώρα από όπου ξεκίνησε η διασπορά του ιού, συνεπώς δεν αποτυπώνεται με σαφήνεια η εικόνα που επικρατούσε στον πλανήτη. Επίσης, οι περισσότερες έρευνες της ανασκόπησης είναι συγχρονικές, πράγμα που σημαίνει ότι αποτελούν μια βραχεία απεικόνιση της πραγματικότητας. Ακόμη, στις μελέτες αυτές χρησιμοποιήθηκαν ερωτηματολόγια αυτό – αναφοράς για εφήβους και νεαρούς ενήλικες, ενώ για τα παιδιά, οι ερωτήσεις απαντήθηκαν από τους γονείς τους μετά από προσεκτική παρατήρηση. Συνεπώς, τα δεδομένα έχουν ένα υποκειμενικό χαρακτήρα που υπονομεύει την παρούσα έρευνα. Από την άλλη πλευρά, το γεγονός ότι είναι μία από τις πρώτες προσπάθειες καταγραφής της ψυχολογικής κατάστασης που επικρατούσε σε παιδιά, εφήβους και νεαρούς ενήλικες με αγχώδη συμπτωματολογία, την πρώτη φάση εξάπλωσης του COVID-19, θεωρείται το δυνατό σημείο της έρευνας.

Συμπερασματικά, η παρούσα μελέτη ανέδειξε την ψυχολογική επίδραση της εμφάνισης του COVID-19 σε παιδιά, εφήβους και νεαρούς ενήλικες και ιδιαίτερα σε εκείνους που παρουσίαζαν αγχώδη συμπτώματα ή είχαν διαγνωστεί με αγχώδεις διαταραχές. Η κατάσταση αυτή επέφερε τεράστια ψυχολογική επιβάρυνση και άλλαξε δραματικά την καθημερινότητα όλων. Αποτελεί όμως, μια νέα πρόκληση για την επιστημονική κοινότητα, η οποία έσπευσε να μελετήσει την εξέλιξη του φαινομένου της πανδημίας του COVID-19, δημιουργώντας ένα νέο πεδίο έρευνας με πολλές μελλοντικές προοπτικές.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Aarons, G.A., Wells, R.S., Zagursky, K, et al. (2009). Implementing evidence-based practice in community mental health agencies: a multiple stakeholder analysis. *Am J Public Health*.99(11):2087–95. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.161711>.

Adalja, A.A., Toner, E., Inglesby, T.V. (2020). Priorities for the US Health Community Responding to COVID-19. *JAMA*.

Ahorsu, D.K., Lin, CY., Imani, V. et al. (2020). The Fear of COVID-19 Scale: Development and Initial Validation. *Int J Ment Health Addiction*. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00270-8>

American Psychiatric Association (1980) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd edn) (DSM-III). Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*, 5th edn, American Psychiatric Association, Washington DC.

Arnett, J.J. (2000). Emerging adulthood: a theory of development from the late teens through the twenties. *Am Psychol*. 55(5):469–80.

Arënlju, A., Bërxulli, D. (2020). Rapid assessment: Psychological distress among students in Kosovo during the COVID 19 pandemic.

Arnett, J.J. (2016). College students as emerging adults: the developmental implications of the college context. *Emerg Adulthood*. 4(3):219–22.

Asbury, K., Fox, L., Deniz, E., et al. (2020). How is COVID-19 affecting the mental health of children with Special Educational Needs and Disabilities and their families?

Balasubramaniam, M., Telles, S., Doraiswamy, P.M. (2012). Yoga on our minds: a systematic review of yoga for neuropsychiatric disorders. *Front Psych.* 3:117.

Bao, Y., Sun, Y., Meng, S., et al. (2020). 2019-nCoV epidemic: address mental health care to empower society. *Lancet* (London, England). 395(10224), e37-e38.

Barlett, N.D., Barlett, C.P. (2018). Money and job worries as a function of emerging adulthood markers: an analysis of college-aged and adult populations using correlational and longitudinal designs. *J Adult Dev.* 26:116–28.

Beck, A.T., Emery, G., Greenberg, R. (1985). *Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective*. New York: Basic Books.

Bell, I.H., Fielding-Smith, S.F., Hayward, M., et al. (2018). Smartphone-based ecological momentary assessment and intervention in a blended coping-focused therapy for distressing voices: development and case illustration. *Internet Interv.* 14:18–25.

Berger, Z.D., Evans, N.G., Phelan, A.L., (2020). Covid-19: control measures must be equitable and inclusive. *BMJ.* 368:m1141.

Beyers, W., Luyckx, K. (2016). Ruminative exploration and reconsideration of commitment as risk factors for suboptimal identity development in adolescence and emerging adulthood. *J Adolesc.* 47:169–78.

Biederman, J., Rosenbaum, J.F., Bolduc-Murphy, E.A., et al. (1993). A 3-year follow-up of children with and without behavioral inhibition. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 814–821.

Bishop, S.R., Lau, M., Shapiro, S., et al. (2004). Mindfulness: a proposed operational definition. *Clin Psychol Sci Pract.* 11(3):230–41.

Bogaerts, A., Claes, L., Vershueren, M., et al. (2018). The Dutch Self-Concept and Identity Measure (SCIM): factor structure and associations with identity dimensions and psychopathology. *Personal Individ Differ.* 123:56–64.

Boitor, M., Martorella, G., Maheu, C., et al. (2018). Effects of massage in reducing the pain and anxiety of the cardiac surgery critically ill-a randomized controlled trial. *Pain Med.* 19(12):2556–69.

Bowlby, J. (1988). *A Secure Base: Clinical Applications of Attachment Theory*. London: Tavistock-Routledge.

Bridges, L., Sharma, M. (2017). The efficacy of yoga as a form of treatment for depression. *J Evid Based Complementary Altern Med.* 22(4):1017–28.

Brown, M. (2008). Comfort zone: Model or metaphor? *Journal of Outdoor and Environmental Education*, 12(1), 3-12.

Bucci, S., Barrowclough, C., Ainsworth, J., (2018). Actissist: proof-of-concept trial of a theory-driven digital intervention for psychosis. *Schizophr Bull.* 44(5):1070–80.

<https://doi.org/10.1093/schbul/sby032>

Bui, Eric & Charney, Meredith & Baker, Amanda. (2020). Clinical Handbook of Anxiety Disorders From Theory to Practice: From Theory to Practice. 10.1007/978-3-030-30687-8.

Buttagat, V., Eungpinichpong, W., Chatchawan, U., et al. (2012). Therapeutic effects of traditional Thai massage on pain, muscle tension and anxiety in patients with scapulocostal syndrome: a randomized single-blinded pilot study. *J Bodyw Mov Ther.* 16(1): 57–63.

Bystritsky, A., Maidenberg, E., Craske, M.G., et al. (2000). Laboratory psychophysiological assessment and imagery exposure in panic disorder patients. *Depress Anxiety.* 12(2):102–8.

Cao, W., Fang, Z., Hou, G., et al. (2020). The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. *Psychiatry Res.* 287:112934.

Carmody, J., Baer, R.A., Lykins, E.L.B., et al. (2009). An empirical study of the mechanisms of mindfulness in a mindfulness-based stress reduction program. *J Clin Psychol.* 65(6): 613–26.

- Casey, B.J., Jones, R.M., Hare, T.A. (2008). The adolescent brain. *Ann N Y Acad Sci.* 1124:111–26.
- Cassano, P., Petrie, S.R., Hamblin, M.R., et al. (2016). Review of transcranial photobiomodulation for major depressive disorder: targeting brain metabolism, inflammation, oxidative stress, and neurogenesis. *Neurophotonics.* 3:031404.
- Chen, N. (2020). Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: A descriptive study. *Lancet.* 395, 507–513.
- Chung, H., Dai, T., Sharma, S.K., et al. (2012). The nuts and bolts of low-level laser (light) therapy. *Ann Biomed Eng.* 40:516–33
- Colizzi, M., Bortoletto, R., Silvestri, M., et al. (2020). Medically unexplained symptoms in the times of Covid-19 pandemic: a case-report. *Brain Behav Immun - Health.* 100073.
- Compas, B.E., Slavin, L.A., Wagner, B.A., et al. (1986). Relationship of life events and social support with psychological dysfunction among adolescents. *Journal of Youth and Adolescence, 15,* 205–221.
- Compas, B.E., Connor-Smith, J.K., Saltzman, H., et al. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin, 127* (1), 87–127.
- Conley, C.S., Krisch, A.C., Dickson, D.A., et al. (2014). Negotiating the transition to college: developmental trajectories and gender differences in psychological functioning, cognitive-affective strategies, and social well-being. *Emerg Adulthood.* 2(3):195–210.
- Cooley, M.R., Turner, S.M., & Beidel, D.C. (1995). Assessing community violence: The children's report of exposure to violence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 34, (2), 201–208.

Copeland, W.E., Angold, A., Shanahan, L., et al. (2014). Longitudinal patterns of anxiety from childhood to adulthood: the Great Smoky Mountains study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 53(1):21–33.

Costello, E.J., Mustillo, S., Erkanli, A., et al. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Arch Gen Psychiatry*. 60(8):837–44.

Damschroder, L.J., Aron, D.C., Keith, R.E., et al. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implement Sci*. 4(1):50. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-50>.

Davis, C., Ng, K.C., Oh, J.Y., et al. (2020). Caring for Children and Adolescents With Eating Disorders in the Current Coronavirus 19 Pandemic: A Singapore Perspective. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med*.

Deacon, B.J., Abramowitz, J.S. (2004). Cognitive and behavioral treatments for anxiety disorders: a review of meta analytic findings. *J Clin Psychol*. 60(4):429–41.

Demaray, M.K., & Malecki, C.K. (2002). The relationship between perceived social support and maladjustment for students at risk. *Psychology in the Schools*, 39, 305 – 315.

Den Boer, J.A., Westenberg, H.G. (1988) Effect of a serotonin and noradrenaline uptake inhibitor in panic disorder; a double-blind comparative study with fluvoxamine and maprotiline. *Int Clin Psychopharmacol*. 3(1):59–74.

Desjardins, T., Leadbeater, B.J. (2017). Changes in parental emotional support and psychological control in early adulthood: direct and indirect associations with educational and occupational adjustment. *Emerg Adulthood*. 5(3):177–90.

Diener, E., Suh, E.M., Lucas, R., et al. (1999). Subjective well-being: three decades of progress. *Psychol Bull.*, 125:76-302.

Donovan, C.L., & Spence, S.H. (2000). Prevention of childhood anxiety disorders. *Clinical Psychology Review*, 20, 509–531.

Dubow, E.F., Edwards, S., & Ippolito, M.F. (1997). Life stressors, neighborhood disadvantage, and resources: A focus on inner-city children's adjustment. *Journal of Clinical Child Psychology*, 26, 130–144.

Duncko, R., Makatsori, A., Fickova, E., et al. (2006). Altered coordination of the neuroendocrine response during psychosocial stress in subjects with high trait anxiety. *Prog Neuro-Psychopharmacol Biol Psychiatry*. 30(6):1058–66.

Dusek, J.A., Benson, H. (2009). Mind-body medicine: a model of the comparative clinical impact of the acute stress and relaxation responses. *Minn Med*. 92(5):47–50.

Eccles, M.P., Mittman, B.S. (2006). Welcome to implementation science. *Implement Sci*. 1(1):1–3. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-1-1>.

Ellard, K.K., Chronopoulos, A. (2016). Cognitive behavioral therapy for anxiety disorders. In: Petersen, TJ, Sprich, SE, & Wilhelm, S. (Eds.). *The Massachusetts General Hospital handbook of cognitive behavioral therapy*. New York: Humana Press. p. 43–61.

Eshel, N., Nelson, E.E., Blair, R.J., et al. (2007). Neural substrates of choice selection in adults and adolescents: development of the ventrolateral prefrontal and anterior cingulate cortices. *Neuropsychologia*. 45:1270–9.

Falkenberg, R.I., Eising, C., Peters, M.L. (2018). Yoga and immune system functioning: a systematic review of randomized controlled trials. *J Behav Med*. 41(4):467.

Fedoce, A. d G., Ferreira, F., Bota, R.G., et al. (2018). The role of oxidative stress in anxiety disorder: cause or consequence? *Free Radic Res*. 52:737.
<https://doi.org/10.1080/10715762.2018.1475733>.

Fisher, A.J., Newman, M.G. (2013). Heart rate and autonomic response to stress after experimental induction of worry versus relaxation in healthy, high-worry, and generalized anxiety disorder individuals. *Biol Psychol*. 93(1):65–74.

Flannery, R. B., & Everly, G. S. (2000). Crisis intervention: A review. *International Journal of Emergency Mental Health*, 2(2), 119-126.

Fletcher, K., Foley, F., Thomas, N., et al. (2018). Web-based intervention to improve quality of life in late stage bipolar disorder (ORBIT): randomised controlled trial protocol. *BMC Psychiatry*. 18:221.

Freeman, L.N., Mokros, H., & Poznanski, E.O. (1993). Violent events reported by normal urban school aged children: Characteristics and depression correlates. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 419–423.

Freud, S. On the grounds for detaching a particular syndrome from neurasthenia under the description ‘anxiety neurosis’. In: Strachey, J., et al. (1894) editors. *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud, vol. 3*. London: Hogarth Press. p. 85–115.

Freud, S. Interpretation of dreams. In: Strachey, J., et al. (1900) editors. *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud, vol. 4*. London: Hogarth Press. p. ix–627.

Freud, S. The unconscious. In: Strachey, J., et al. (1915) editors. *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud, vol. 8*. London: Hogarth Press. p. 159–215.

Freud, S. Inhibitions, symptoms and anxiety. In: Strachey, J., et al. (1926) editors. *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud, vol. 20*. London: Hogarth Press. p. 75–176.

Gagliano, A., Villani, P.G., Co’, F.M., et al. (2020). COVID-19 Epidemic in the Middle Province of Northern Italy: Impact, Logistics, and Strategy in the First Line Hospital. *Disaster Med Public Health Prep*. 1–5.

Galderisi, S., Heinz, A., Kastrup, M., et al. (2015). Toward a new definition of mental health. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 14(2), 231–233. <https://doi.org/10.1002/wps.20231>

Garcia-Coll, C., Kagan, J., & Reznick, J.S. (1984). Behavioural inhibition in young children. *Child Development, 55*, 1005–1019.

Garcia-Leal, C., Parente, A.C., Del-Ben, C.M., et al. (2005). Anxiety and salivary cortisol in symptomatic and nonsymptomatic panic patients and healthy volunteers performing simulated public speaking. *Psychiatry Res. 133*(2–3):239–52.

Gao, J., Zheng, P., Jia, Y., et al. (2020). Mental health problems and social media exposure during COVID-19 outbreak. *PloS One. 15*(4):e0231924.

Gladstein, J. Rusionis, E.J., & Heald, F.P. (1992). A comparison of inner – city and upper – middle class youths’ exposure to violence. *Journal of Adolescent Health, 13*, 275–280.

Gorman, J.M., Kent, J.M., Sullivan, G.M., et al. (2000). Neuroanatomical hypothesis of panic disorder, revised. *Am J Psychiatry. 157*(4):493–505.

Gould, C.E., Zapata, A.M., Bruce, J., et al. (2017). Development of a video-delivered relaxation treatment of late-life anxiety for veterans. *Int Psychogeriatr. 29*(10):1633–45.
<https://doi.org/10.1017/S1041610217000928>.

Greif Green, J., McLaughlin, K.A., Berglund, P., et al. (2010). Childhood adversities and adult psychiatric disorders in the national comorbidity survey replication. *Arch Gen Psychiatry. 67*(2):113–23.

Gu, J., Strauss, C., Bond, R., et al. (2015). How do mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based stress reduction improve mental health and wellbeing? A systematic review and meta-analysis of mediation studies. *Clin Psychol Rev. 37*:1–12.

Hamblin, M.R. (2016). Shining light on the head: Photobiomodulation for brain disorders. *BBA Clin. 6*:113–24. <https://doi.org/10.1016/j.bbacli.2016.09.002>.

Ho, R.T.H., Wang, C-W, Ng, S-M, et al. (2013). The effect of T’ai chi exercise on immunity and infections: a systematic review of controlled trials. *J Altern Complement Med. 19*(5):389.

Hoffmann-Smith Kimberly, A., Ma, A., Yeh, C-T, (2009). The effect of tai chi in reducing anxiety in an ambulatory population. *J Complement Integr Med.* 6(1):14.

Hofmann, S.G., Asnaani, A., Vonk, I.J., et al. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Cogn Ther Res.* 36(5):427–40.

Mowrer, O. (1960). *Learning theory and behavior.* Hoboken: Wiley.

Hoge, E.A., Bui, E., Marques, L., et al. (2013a). Randomized controlled trial of mindfulness meditation for generalized anxiety disorder: effects on anxiety and stress reactivity. *J Clin Psychiatry.* 74(8):786–92.

Holshue, M.L. (2020). First Case of 2019 Novel Coronavirus in the United States. *N. Engl. J. Med.*

Huang, C. (2020). Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet.* 395, 497–506.

Hudson, J.L., & Rapee, R.M. (2001). Parent—child interactions and anxiety disorders: An observational study. *Behaviour Research & Therapy,* 39 (12)1411–1427.

Ingoglia, S., Inguglia, C., Liga, F., et al. (2017). Association between perceived parental psychological control and internalizing difficulties in emerging adulthood: the role of identity. *J Soc Pers Relat.* 34(8):1227–40.

Jablensky, A. (2016) Psychiatric classifications: validity and utility. *World Psychiatry,* 15:1, 26–31.

Jaspers, K. (1913) *General Psychopathology.* Volume II. Translated by Hoenig, J., and Hamilton, M. W. Johns Hopkins University Press. 1997. Baltimore and London.

Javnbakht, M., Hejazi Kenari, R., Ghasemi, M. (2009). Effects of yoga on depression and anxiety of women. *Complement Ther Clin Pract.* 15(2):102–4.

- Jezova, D., Makatsori, A., Duncko, R., et al. (2004). High trait anxiety in healthy subjects is associated with low neuroendocrine activity during psychosocial stress. *Prog Neuro-Psychofarmacol Biol Psychiatry*. 28(8):1331–6.
- Jiao, W.Y., Wang, L.N., Liu, J., et al. (2020). Behavioral and Emotional Disorders in Children during the COVID-19 Epidemic. *J Pediatr*. 221:264-266.e1.
- John, O.P., Gross, J.J. (2004). Health and unhealthy emotion regulation: personality processes, individual differences, and life span development. *J Pers*. 72(6):1301–33.
- Kabat-Zinn, J. (2005). *Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. 15th anniversary ed. New York: Delta Trade Paperback/Bantam Dell.
- Kaduskar, P., Suryanarayana, K.M. (2015). Yoga: an endocrine therapy. *Indian J Endocrinol Metab*. 19(3):437–8.
- Kagan, J., Reznick, J.S., & Snidman, N. (1987). The physiology and psychology of behavioural inhibition in children. *Child Development*, 58, 1459–1473.
- Kagan, J. (1997). Temperament and the reactions to unfamiliarity. *Child Development*, 68, 139–143.
- Keith, V.M., Kronenfeld, J.J., Rivers, P.A. (2005). Assessing the effects of race and ethnicity on use of complementary and alternative therapies in the USA. *Ethn Health*. 10(1):19–32.
- Kendall, P.C., Compton, S.N., Walkup, J.T., et al. (2010). Clinical characteristics of anxiety disordered youth. *J Anxiety Disord* 24(3):360–5.
- Kendler, K. (2016) The nature of psychiatric disorders. *World Psychiatry*, 15:1, 5–12.
- Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., et al. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 62(6):593–602.

Keyes, C.L. (2006). Mental health in adolescence: is America's youth flourishing? *Am J Orthopsychiatry*, 76:395-402.

Keyes, C.L.M. (2014). Mental health as a complete state: how the salutogenic perspective completes the picture. In: Bauer GF, Hämmig O (eds). *Bridging occupational, organizational and public health*. Dordrecht: Springer, 179-92.

Khoury, B., Lecomte, T., Fortin, G., et al. (2013). Mindfulness-based therapy: a comprehensive meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 33(6):763–71.

Krijn, M., Emmelkamp, P.M.G., Olafsson, R.P., et al. (2004). Virtual reality exposure therapy of anxiety disorders: a review. *Clin Psychol Rev*.24:259–81.

Kong, X., Zheng, K., Tang, M., et al. (2020). Prevalence and Factors Associated with Depression and Anxiety of Hospitalized Patients with COVID-19. *medRxiv* [Internet]. Available from: <https://www.medrxiv.org/content/early/2020/04/05/2020.03.24.20043075>

Krohne, H.W., & Hock, M. (1991). Relationships between restrictive mother-child interactions and anxiety of the child. *Anxiety Research*, 4, 109–124.

Lambert, J.D., Greaves, C.J., Farrand, P., et al. (2018). Web-based intervention using behavioral activation and physical activity for adults with depression (the eMotion study): pilot randomized controlled trial. *J Med Internet Res*. 20:e10112.

Lamers, S.M.A., Westerhof, G.J., Bohlmeijer, E.T., et al. (2011). Evaluating the psychometric properties of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF). *J Clin Psychol.*, 67:99-110.

Langley, A.K., Bergman, R.L., McCracken, J., et al. (2004). Impairment in childhood anxiety disorders: preliminary examination of the child anxiety impact scale–parent version. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 14(1):105–14.

Langley, A.K., Nadeem, E., Kataoka, S.H., et al. (2010). Evidence-based mental health programs in schools: barriers and facilitators of successful implementation. *School Ment Health*.2(3):105–13. <https://doi.org/10.1007/s12310-010-9038-1>.

Lapsley, D., Woodbury, R.D. (2016). Social cognitive development in emerging adulthood. In: Arnett J.J., editor. *The Oxford handbook of emerging adulthood*. New York: Oxford University Press, p. 142–62.

Leichsenring, F., Klein, S., Salzer, S. (2014). *Psychodynamic therapy of anxiety disorders*. The Wiley handbook of anxiety disorders: Wiley. p. 852–64. <https://doi.org/10.1002/9781118775349.ch42>.

Levitt, M.J., Guacci-Franco, N., & Levitt, J.L. (1994). Social support achievement in childhood and early adolescence: A multicultural study. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 15, 207–222.

LI Shao-wen, WANG Yue, YANG Yuan-yuan, et al. (2020). Investigation on the influencing factors for anxiety related emotional disorders of children and adolescents with home quarantine during the prevalence of coronavirus disease 2019. *Second Affil Hosp Xi'an Jiaotong Univ Xi'an Shaanxi 710004 China*.

Liang, L., Ren, H., Cao, R., et al. (2020) The Effect of COVID-19 on Youth Mental Health. *Psychiatr Q*.1–12.

Liberati, A., Altman, D.G., Tetzlaff, J., et al. (2009) The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. *J Clin Epidemiol*. 62(10):e1-34.

Lindell, A.K., Campione-Barr, N., Killoren, S.E. (2017). Implications of parent-child relationships for emerging adults' subjective feelings about adulthood. *J Fam Psychol*. 31(7):810–20.

Lovell, K., Fullalove, L., Garvey, R., et al. (2000). Telephone treatment of obsessive-compulsive disorder. *Behav Cogn Psychother*.28:87–91.

Manassis, K., & Hood, J. (1998). Individual and familial predictors of impairment in childhood anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37, 428–434.

Merikangas, K., Stevens, D.E., Fenton, B., et al. (1998). Co-morbidity and familial aggregation of alcoholism and anxiety disorders. *Psychological Medicine*, 28 (4), 773–788.

Merikangas, K.R., He J.P., Burstein, M., et al. (2010). Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication – Adolescent Supplement (NCS-A). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 49(10):980–9.

Mignogna, J., Martin, L.A., Harik, J., et al. (2018). “I had to somehow still be flexible”: exploring adaptations during implementation of brief cognitive behavioral therapy in primary care. *Implement Sci*. 13(1):76. <https://doi.org/10.1186/s13012-018-0768-z>.

Mills, K.L., Godding, A., Clasen, L.S., et al. (2014). The developmental mismatch in structural brain maturation during adolescence. *Dev Neurosci*. 36:147–60.

Mochizuki-Oda, N., Kataoka, Y., Cui, Y., et al. (2002). Effects of near-infra-red laser irradiation on adenosine triphosphate and adenosine diphosphate contents of rat brain tissue. *Neurosci Lett*. 323:207–10.

Morgan, E.M. (2012). Contemporary issues in sexual orientation and identity development in emerging adulthood. *Emerg Adulthood*. 1(1):52–66.

National_Center_for_Complementary_and_Integrative_Health. *Massage therapy*. 2016. Retrieved April 16, 2019, from <https://nccih.nih.gov/health/massage>

Neacsiu, A.D., Herr, N.R., Fang, C.M., et al. (2015). Identity disturbance and problems with emotion regulation are related constructs across diagnoses. *J Clin Psychol*. 71(4):346–61.

Newcomb-Anjo, S.E., Villemare-Krajden, R., Takefman, K., et al. (2017). The unique associations of academic experiences with depressive symptoms in emerging adulthood. *Emerg Adulthood*. 5(1):75–80.

Nussbaumer, M., Asara, J.M., Teplytska, L., et al. (2016). Selective mitochondrial targeting exerts anxiolytic effects in vivo. *Neuropsychopharmacology*. 41:1751.
<https://doi.org/10.1038/npp.2015.341>.

Nutt, D.J. (1998). Antidepressants in panic disorder: clinical and preclinical mechanisms. *J Clin Psychiatry*. 59(Suppl 8):24–8; discussion 29

O’Neil, K.A., Puleo, C.M., Benjamin, C.L., et al. (2012). Suicidal ideation in anxiety-disordered youth. *Suicide Life Threat Behav*. 42(3):305–17.

Ougrin, D. (2011). Efficacy of exposure versus cognitive therapy in anxiety disorders: systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 11:200.

Oosterhoff, B., Palmer, C.A., Wilson, J., et al. (2020). Adolescents’ Motivations to Engage in Social Distancing during the COVID-19 Pandemic: Associations with Mental and Social Health. *J Adolesc Health* [Internet]. Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7205689/>

Oosterhoff, B., Palmer, C. (2020). Psychological Correlates of News Monitoring, Social Distancing, Disinfecting, and Hoarding Behaviors among US Adolescents during the COVID-19 Pandemic. *PsyArXiv*.

Pan, X., Ojcius, D.M., Gao, T., et al. (2020). Lessons learned from the 2019-nCoV epidemic on prevention of future infectious diseases. *Microbes and infection*. Institut Pasteur.

Paris, J. (2013) *Fads and Fallacies in Psychiatry*. London: RCPsych Publications.

Park, E.R., Traeger, L., Vranceanu, A.M., et al. (2013). The development of a patient-centered program based on the relaxation response: the relaxation response resiliency program (3RP). *Psychosomatics*. 54(2):165–74.

- Parker, G. (2005) Beyond major depression. *Psychological Medicine*, 35, 467–74.
- Pine, D.S., Cohen, P., Gurley, D., et al. (1998). The risk for early-adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 55(1):56–64.
- Platt, B., Kadosh, K.C., Lau, J.Y. (2013). The role of peer rejection in adolescent depression. *Depress Anxiety* 30(9):809-21. DOI:10.1002/da.22120
- Primeau, F, Fontaine, R. (1988). GABAergic agents and panic disorder. *Biol Psychiatry*. 24(8):942–3.
- Proctor, E.K., Landsverk, J., Aarons, G., et al. (2009). Implementation research in mental health services: an emerging science with conceptual, methodological, and training challenges. *Admin Pol Ment Health*. 36(1):24–34. <https://doi.org/10.1007/s10488-008-0197-4>.
- Pryor-Brown, L., & Cowen, E.L. (1989). Stressful life events, support, and children's adjustment. *Journal of Clinical Child Psychology*, 18, 214–220.
- Reiss, S. (1991). Expectancy model of fear, anxiety, and panic. *Clinical Psychology Review*, 11, 141–153.
- Reiss, S. & McNally, R.J. (1985). The expectancy model of fear. In S. Reiss & R.R. Bootzin (Eds.), *Theoretical Issues in Behavior Therapy* (pp. 107–121). New York: Academic Press.
- Rosen, J.B., Schulkin, J. (1998). From normal fear to pathological anxiety. *Psychol Rev*. 105(2):325–50.
- Rosic, T., Kalra, S., Samaan, Z., (2016). Somatic symptom disorder, a new DSM-5 diagnosis of an old clinical challenge. *BMJ Case Rep*.
- Rothe, C. (2020). Transmission of 2019-nCoV Infection from an Asymptomatic Contact in Germany. *N. Engl. J. Med*.

Rubin, K.H., Burgess, K.B., & Hastings, P.D. (2002). Stability and social-behavioral consequences of toddlers' inhibited temperament and parenting behaviors. *Child Development, 73*, 483–495.

Rubin, K.H., Burgess, K.B., Kennedy, A.E., et al. (2003). Social withdrawal in childhood. In E.J. Mash & R.A. Barkley (Eds.), *Child Psychopathology*, 2nd ed. (pp. 372–408). New York: Guilford Press.

Ryff, C.D., Singer, B.H. (2008). Know Thyself and Become What You Are: A Eudaimonic Approach to Psychological Well-Being. *J Happiness Stud 9*, 13–39.

<https://doi.org/10.1007/s10902-006-9019-0>

Schwab-Stone, M.E., Ayers, T.S., Kaspro, W., et al. (1995). No safe haven: A study of violence exposure in an urban community. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34*, 1343–1352.

Segal, Z.V., Williams, J.M.G., Teasdale, J.D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: a new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.

Shin, L.M., Liberzon, I. (2010). The neurocircuitry of fear, stress, and anxiety disorders. *Neuropsychopharmacology, 35*(1):169–91.

Silva, W., de Sampaio Brito, T. R., & Pereira, C. R. (2020). COVID-19 anxiety scale (CAS): Development and psychometric properties. *Current psychology (New Brunswick, N.J.)*, 1–10. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s12144-020-01195-0>

Singer, M.I., Anglin, T.M., Song, L.Y., & Lunghofer, L. (1995). Adolescents' exposure to violence and associated symptoms of psychological trauma. *Journal of the American Medical Association, 273*(6), 477–482.

Smith, C., Hancock, H., Blake-Mortimer, J., et al. (2007). A randomised comparative trial of yoga and relaxation to reduce stress and anxiety. *Complement Ther Med. 15*(2):77–83.

Southam-Gerow, M.A., Rodríguez, A., Chorpita, B.F., et al. (2012). Dissemination and implementation of evidence based treatments for youth: challenges and recommendations. *Prof Psychol Res Pr.* 43(5):527. <https://doi.org/10.1037/a0029101>.

Spence, S.H. (2001). Prevention strategies. In M. Vasey and M.R. Dadds (Eds.), *The Developmental Psychopathology of Anxiety* (pp. 325–341). NY: Oxford University Press.

Spence, S.H., Donovan, C., & Brechman-Toussaint, M. (2000). The treatment of childhood social phobia: The effectiveness of a social skills based, cognitive-behavioral intervention, with and without parental involvement. *Journal of Clinical Psychology and Psychiatry*, 41, 713–726.

Sprich, S.E., Olatunji, B.O., Reese, H.E. (2016). Cognitive-behavioral therapy, behavioral therapy, and cognitive therapy. In: Stern, T.A., Fava, M., Rosenbaum, J.F., Wilens, T.E., editors. *Massachusetts General Hospital comprehensive clinical psychiatry*. Elsevier Health Sciences. p. 152–64.

Steinberg, L., Graham, S., O'Brien, L., et al. (2009). Age differences in future orientation and delay discounting. *Child Dev.* 80(1):28–44.

Strauss, C.C., Lahey, B.B., Frick, P., et al. (1988). Peer social status of children with anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 137–141.

Strobbe, D., Campanella, M. (2018). Anxiolytic therapy: a paradigm of successful mitochondrial pharmacology. *Trends Pharmacol Sci.* 39:437. <https://doi.org/10.1016/j.tips.2018.02.008>.

Summerville, D. (2001) The invention of post-traumatic stress disorder and the social usefulness of a psychiatric category. *British Journal of Psychiatry*, 322, 95–8.

Swan, A.J., Kendall, P.C. (2016). Fear and missing out: youth anxiety and functional outcomes. *Clin Psychol.* 23(4):417–35.

Swan, A.J., Kendall, P.C., Olino, T., et al. (2018). Results from the child/adolescent anxiety multimodal longitudinal study (CAMELS): functional outcomes. *J Consult Clin Psychol.* 86(9):738–50.

Taber-Thomas B., Perez-Edgar K. (2016). Emerging adulthood brain development. In: Arnett J.J., editor. *The Oxford handbook of emerging adulthood*. New York: Oxford University Press, p. 126–41.

Teasdale, J.D., Moore, R.G., Hayhurst, H., et al. (2002). Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: empirical evidence. *Journal of consulting and clinical psychology.* 70(2):275.

Tyrer, P. (2016) Limits to the phenomenological approach. In *Trauma and Stressor Related Disorders* (eds. Casey P. and Strain J.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Vaccarino, O., Levitan, R., Ravindran, A. (2015). The cortisol response to social stress in social anxiety disorder. *Asian J Psychiatr.* 14:57–60.

van Steensel, F. J., & Heeman, E. J. (2017). Anxiety levels in children with autism spectrum disorder: a meta-analysis. *Journal of Child and Family Studies*, 26(7), 1753-1767.

Veenstra, L., Schneider, I.K., Koole, S.L. (2017). Embodied mood regulation: the impact of body posture on mood recovery, negative thoughts, and mood-congruent recall. *Cogn Emot.* 31(7):1361–76.

Verduin, T.L., Kendall, P.C. (2003). Differential occurrence of comorbidity within childhood anxiety disorders. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 32(2):290–5.

Waas, G.A., & Graczyk, P.A. (2000). Child behaviors leading to peer rejection: A view from the peer group. *Child Study Journal*, 29 (4), 291–306.

Wakefield, J. C. (2016) Against utility. *World Psychiatry*, 15:1, 33–5.

Walther, A., Lacker, T.J., Ehlert, U. (2018). Everybody was Kung-Fu fighting-the beneficial effects of Tai Chi Qigong and self-defense Kung-Fu training on psychological and endocrine health in middle aged and older men. *Complement Ther Med.* 36:68–72.

Wang, C., Horby, P.W., Hayden, F.G., et al. (2020). A novel coronavirus outbreak of global health concern. *Lancet.* 395(10223), 470–473.

Wang, C., Pan, R., Wan, X., et al. (2020). Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *Int J Environ Res Public Health.* 17(5):1729.

Wang, W.C, Zhang, A.L., Rasmussen, B., et al. (2009). The effect of Tai Chi on psychosocial well-being: a systematic review of randomized controlled trials. *J Acupunct Meridian Stud.* 2(3):171–81.

Wang, Y., Huang, Y-Y, Wang, Y., et al. (2016). Photobiomodulation (blue and green light) encourages osteoblastic-differentiation of human adipose-derived stem cells: role of intracellular calcium and light-gated ion channels. *Nat Publ Gr.* 6:33719.

Waterman, A.S. (1993). Two conceptions of happiness: contrasts of personal expressiveness (eudaimonia) and hedonic enjoyment. *J Pers Soc Psychol.*, 64:678-91.

Winnicott, D.W. (1965). *The maturational processes and the facilitating environment: studies in the theory of emotional development.* New York: International Universities Press.

Wong, S.Y., Yip, B.H., Mak, W.W., et al. (2016). Mindfulness-based cognitive therapy v. group psychoeducation for people with generalised anxiety disorder: randomized controlled trial. *Br J Psychiatry.* 209(1):68–75.

Wood, J.J., McLeod, B.D., Sigman, M., et al. (2003). Parenting and childhood anxiety: Theory, empirical findings, and future directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry,* 44, 134–151.

Woodward, L.J., Fergusson, D.M. (2001). Life course outcomes of young people with anxiety disorders in adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 40(9):1086–93.

World Health Organization (1965) International Classification of Diseases (8th edn). Geneva: WHO.

World Health Organization (2004). Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice (Summary Report). Geneva: World Health Organization.

Xiang, M., Zhang, Z., Kuwahara, K. (2020). Impact of COVID-19 pandemic on children and adolescents' lifestyle behavior larger than expected. *Prog Cardiovasc Dis*.

Xie, X., Xue, Q., Zhou, Y., et al. (2019) Mental Health Status Among Children in Home Confinement During the Coronavirus Disease 2019 Outbreak in Hubei Province, China. *JAMA Pediatr*.

Xiong, G.L., Doraiswamy, P.M. (2009). Does meditation enhance cognition and brain plasticity? *Ann NY Acad Sci*. 1172:63–9.

Yeh, G.Y., Wang, C., Wayne, P.M., (2008). The effect of tai chi exercise on blood pressure: a systematic review. *Prev Cardiol*. 11(2):82–9.

youngminds.org.uk. 1. Youth Minds report, Coronavirus: Impact on young people with mental health needs [Internet]. Available from: <https://youngminds.org.uk/about-us/reports/coronavirus-impact-on-young-peoplewith-mental-health-needs/>

Yule, W., & Williams, R. (1990). Post-traumatic stress reactions in children. *Journal of Traumatic Stress*, 3, 279–295.

Zhang, J., Shuai, L., Yu, H., et al., (2020). Acute stress, behavioural symptoms and mood states among school-age children with attention-deficit/hyperactive disorder during the COVID-19 outbreak. *Asian J Psychiatry*. 51:102077.

Zhou, S.-J., Zhang, L.-G., Wang, L.-L., et al. (2020). Prevalence and socio-demographic correlates of psychological health problems in Chinese adolescents during the outbreak of COVID-19. *Eur Child Adolesc Psychiatry*.1–10.

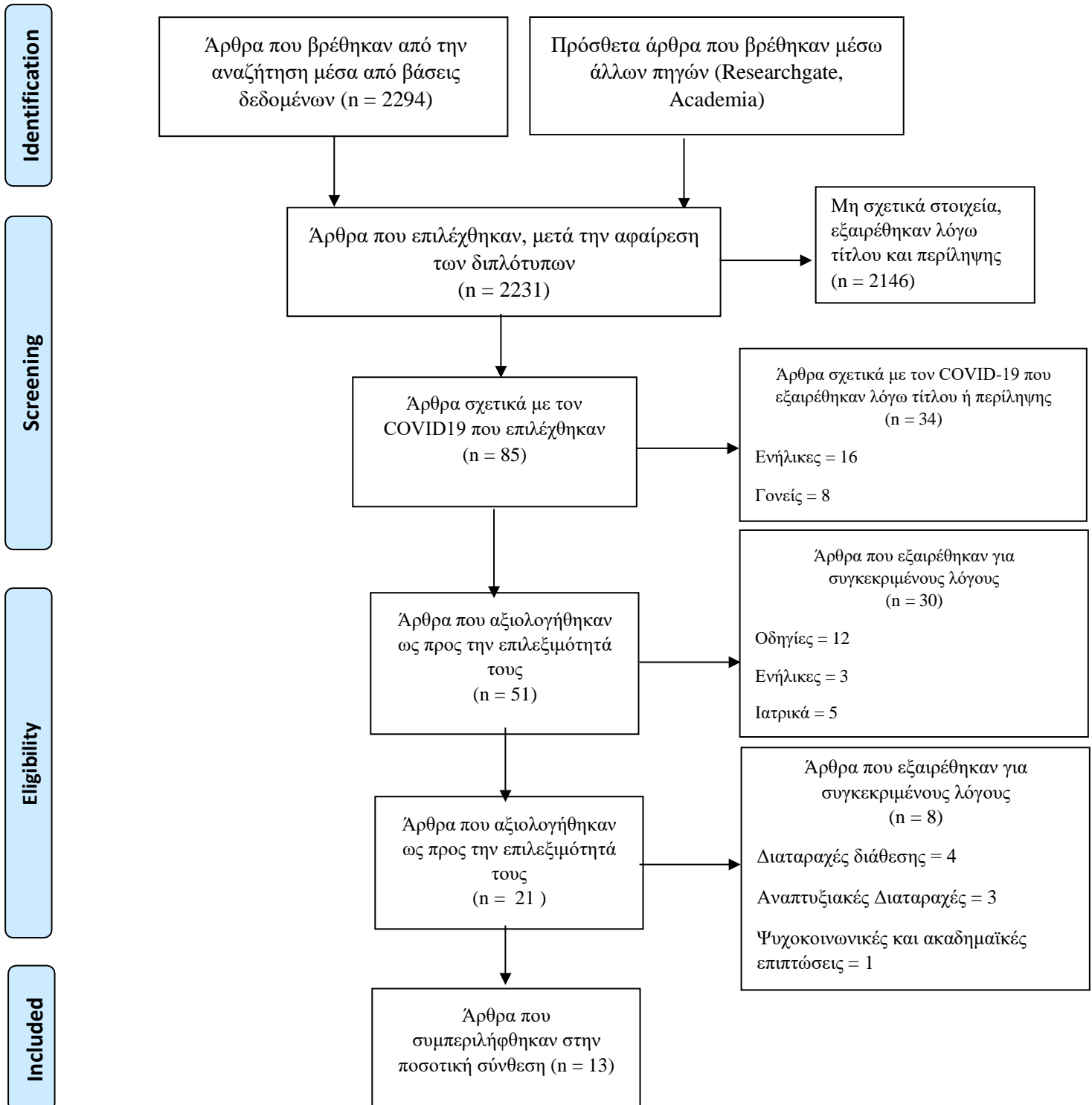
Zimmermann, P., Iwanski, A. (2014). Emotion regulation from early adolescence to emerging adulthood and middle adulthood: age differences, gender differences, and emotion-specific developmental variations. *Int J Behav Dev*. 38(2):182–94.

Zou, L, Sasaki, J.E., Wei, G.X, et al. (2018). Effects of mind(–)body exercises (tai chi/yoga) on heart rate variability parameters and perceived stress: a systematic review with meta-analysis of randomized controlled trials. *J Clin Med*. 7(11)
<https://doi.org/10.3390/jcm7110404>.

Zwanzger, P, Rupprecht, R. (2005). Selective GABAergic treatment for panic? Investigations in experimental panic induction and panic disorder. *J Psychiatry Neurosci*. 30(3):167–75.



PRISMA 2009 Flow Diagram



Εικόνα 1: Διάγραμμα ροής που παρουσιάζει τα βήματα επιλογής των μελετών

Περίληψη

Από τον Δεκέμβριο του 2019 ο πλανήτης βρίσκεται αντιμέτωπος με την απειλή της πανδημίας του COVID-19. Ο στόχος της παρούσας συστηματικής ανασκόπησης είναι να αναδείξει το πως επηρέασε η πανδημία την ψυχολογική υγεία των παιδιών, των εφήβων και των νεαρών ενηλίκων, ιδιαίτερα εκείνων που βίωναν αγχώδη συμπτώματα ή είχαν διαγνωστεί με αγχώδεις διαταραχές. Γι' αυτό το λόγο, αναζητήθηκαν μελέτες μέσω των ηλεκτρονικών βάσεων ερευνητικών άρθρων, όπως στο Google Scholar, στο SCOPUS, στο Pubmed, στο PsychInfo και στο EMBASE με ημερομηνία μέχρι τις 8 Μαΐου 2020. Από ένα μεγάλο δείγμα ερευνών (n=2294), συμπεριλήφθηκαν μόνο 13, οι οποίες ανέφεραν αγχώδη συμπτωματολογία. Η αλλαγή που επήλθε στην καθημερινότητα των ανθρώπων εξαιτίας του COVID-19 ήταν τεράστια. Με τους περιορισμούς και την εξ' αποστάσεως εκπαίδευση και εργασία, οι φοιτητές, οι μαθητές και οι εργαζόμενοι εμφάνισαν αγχώδη συμπτώματα σχετικά με την εξέλιξη της κατάστασης. Επίσης, οι οικογένειες με παιδιά που είχαν Ειδικές Εκπαιδευτικές Ανάγκες και Αναπηρία αντιμετώπιζαν μια καινούρια πραγματικότητα, εξαιτίας της καραντίνας. Ακόμη, άτομα που είχαν διαγνωστεί με αγχώδεις διαταραχές παρουσίασαν επιδείνωση στην συμπτωματολογία τους. Από την άλλη μεριά, η τεχνολογία, τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης και τα μέσα μαζικής ενημέρωσης κλήθηκαν να παίξουν σημαντικό ρόλο κατά την διάρκεια αυτής της περιόδου. Η ψυχολογική επίδραση του COVID-19 αποτελεί ένα νέο ερευνητικό πεδίο που θα αναπτυχθεί με ταχείς ρυθμούς στο μέλλον.

Λέξεις κλειδιά: COVID-19, αγχώδεις διαταραχές, παιδιά, έφηβοι

ABSTRACT

Psychosocial consequences of COVID -19 in children and adolescents with emphasis on anxiety disorders: a systematic review

Since December 2019 the world is facing the threat of COVID-19 pandemic. This systematic review aim to highlight how the pandemic affected the psychological health of children, adolescents and young adults, especially those who mentioned anxiety symptoms or they were already diagnosed with anxiety disorders. Therefore, studies were searched through databases, such as Google Scholar, SCOPUS, Pubmed, PsychInfo and EMBASE up to date May 8, 2020. From the large sample of the studies (n=2294), only 13 were included, reporting anxiety symptomatology. Huge changes in peoples' everyday lives were noted, because of COVID-19. Students and workers mentioned anxiety symptoms, due to restrictions and distance learning and working. Families with children with Special Education Needs and Disabilities faced a completely new reality due to quarantine. In addition, people who had been diagnosed with anxiety disorders reported deterioration of their symptomatology. On the other hand, social media, mass media and technology were called to play an important role during this period. The psychological impact of COVID-19 is a new research field that will grow rapidly in the future.

Keywords: COVID-19, anxiety disorders, children, adolescents

Πίνακας 1: Δημογραφικά χαρακτηριστικά των επιλέξιμων ερευνών

First author (year)	Region, country	Language	Study period	Study design	Sample size	Percentage of males	Age range	Selection of sample
Cao W (2020)	Hubei province, China	English	NR	Cross-sectional study	7143	30.35%	Undergraduates of Changzhi medical college	Cluster sampling
Jiao WY (2020)	Shaanxi Province, China	English	25 January-8 February 2020	Cross-sectional study	320	44.3 %	3-18	NR
Oosterhoff B et al.(2020)	United States of America	English	29-30 March 2020	Cross-sectional study	657	22.7% non-binary (4.9%)	13-18	Social media platforms (Facebook, Instagram, Twitter, Reddit)
Zhou SJ (2020)	China	English	8-15 March 2020	Cross-sectional study	8079	46.5%	12-18	Online survey through the Wenjuanxing platform
Davis C (2020)	Singapore	English	NR	Qualitative research	NR	NR	9-16	Singapore hospital
Asbury K (2020)	United Kingdom	English	22 March 2020- 1 April 2020	Qualitative research	241 parents of children with Special Educational Needs and Disabilities	NR	NR	Research networks, special schools and online platforms

Young Minds report (2020)	United Kingdom	English	20-25 March 2020	Cross-sectional study	2111 (1,294 had received mental health services during the last three months because they were experiencing ongoing psychological difficulties)	NR	13-25	Social media and Charity mail lists (SurveGizmo)
Arënlju A (2020)	Kosovo	English	First week of the pandemic	Cross-sectional study	158	78.5 %	17-37	Non-randomized sample of students of the University of Prishtina, using online google form
Wang C (2020)	China	English	31 January 2020- 2 February 2020	Cross-sectional study	1210	32.7 %	12-59	Snowball sampling approach
Gao J (2020)	China	English	31 January 2020-2 February 2020	Cross-sectional study	4827	32.3 %	18-85	Online survey though Wenjuanxing platform
Kong X (2020)	Wuhan, China	English	23 February 2020-13 March 2020	Cross-sectional study	144	48.6%	15-87	An online survey through platforms by using questionnaires ('SurveyStar', Changsha Ranxing Science and Technology, Shanghai, China) at admission of Hospital
LI S (2020)	Shaanxi Province, China	English (Chinese)	6-8 February 2020	Cross-sectional study	396	50.3 %	8-18	Network questionnaire method (WeChat)
Colizzi M (2020)	Verona, Italy	English	20 March 2020	case-report	1	NR	16	NR

Πίνακας 2: Αποτελέσματα και κύρια ευρήματα των επιλέξιμων ερευνών

First author (year)	Ascertainment and/or association with the COVID-19 pandemic	Sample size	Outcomes, way/questionnaires they were measured	Statistical analysis	Main findings
Cao W (2020)	Covid-19 outbreak	7143	Questionnaire packet that inquired demographic information, including gender, region, place of residence, and source of parental income, notions and measures regarding COVID-19 and importance of social support, 7-item Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7)	Univariate analysis (Nonparametric test) to highlight the relation between the characteristics of the sample and the anxiety level, variables which were statistically significant were monitored and included in multivariate logistic regression analyses, the results of the strengths of associations were demonstrated by the odds ratio (OR) with a 95% confidence interval (CI). Spearman's correlation coefficient, r , for relation between COVID-19-related stressors, including stressors related to economic situation and daily-life, as well as stressors related to setbacks regarding academic life, and anxiety level, a two-tailed $p < .05$ was considered statistically significant	24.9% of college students were affected by anxiety because of the COVID-19 outbreak, of these students, 0.9% suffered from severe anxiety, and 21.3% suffered from mild anxiety
Jiao WY (2020)	Covid-19 outbreak	320	Online questionnaire which aim to highlight the consequences of current epidemics on the behavior and the emotions of children, incorporated the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)	Standard statistical methods	Most common psychological and behavioral problems among 320 children and adolescents aged 3-18 were clinginess, distraction, irritability, and

			criteria commonly used for a cross-cultural assessment of anxiety disorders, including depression		fear of asking questions about the epidemic
Oosterhoff B et al.(2020)	Covid-19 outbreak	657	Self report questionnaire, short fixed-form 8-item Patient-Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS) anxiety scale, short fixed-form 8-item PROMIS depression scale, the Interpersonal Needs Questionnaire (adapted), demographic variables	Means, standard deviations, and bivariate correlations among study variables, multiple regression analyses accounting for adolescent age, gender, race, ethnicity, financial strain, and parents' education were conducted, four multiple regressions testing these associations accounting for age, gender, race, ethnicity, financial strain and parents' education	Most youth were engaging in social distancing a lot (26.9%) or a great deal (56.6%), with fewer youth engaging in social distancing a somewhat (13.0%) or a little (3.5%). No evidence of an association between social distancing and any indicator of mental or social health
Zhou SJ (2020)	Covid-19 outbreak	8079	Self-made questionnaire, Patient Health Questionnaire (PHQ-9), Chinese version of the Generalized Anxiety Disorder scale (GAD-7)	Chi-squared tests were used to analyze categorical variables, scores for COVID-19 awareness, protective and control measures and projections of the COVID-19 trend is similar to the normal distribution and an independent-samples t test used to highlight the differences between the groups with and without symptoms of depression, same method was used to highlight the differences between the groups with and without symptoms	The prevalence of anxiety and depressive symptoms in high and middle school students of China was 43.7% and 37.4%, respectively, the prevalence of comorbid anxiety and depressive symptoms among the students was 31.3% , the percentage of depressive symptoms among students in cities was lower than that in rural areas (37.7% versus 47.5%), as was the percentage of anxiety symptoms (32.5% versus

				<p>of anxiety, logistic regression was used to enlighten the predictors of anxiety and depression symptoms, with versus without symptoms of depression and with versus without symptoms of anxiety represent dichotomous dependent variables, the level of significance was set at 0.05 (two-sided)</p>	<p>40.4%), the percentage of male students with anxiety and depressive symptoms was lower than that of female students (41.7 versus 45.5%, 36.2% versus 38.4%), anxiety and depressive symptoms differed between grades, with increasing grade (from junior grade one to three and from senior grade one to three). The percentage of students with anxiety and depressive symptoms increased. COVID-19 awareness, protective and control measures and projections of the COVID-19 trend were higher among students without anxiety and depressive symptoms than in the students with anxiety and depressive symptoms. Hubei region was a risk factor for anxiety and depression</p>
Davis C (2020)	Confirmed and suspected covid-19 pediatric patients with eating disorders	NR	NR	NR	<p>Task-shifting, teamwork, awareness of the mental health impact and increased use of technology is critical in continuing to provide ongoing care to patients with eating disorders and their families in the</p>

					context of COVID-19 and Singapore's public health response
Asbury K (2020)	Covid-19 outbreak	241 parents of children with Special Educational Needs and Disabilities	Free response question. An exploratory, inductive content analysis was undertaken, to develop a codebook made up of 48 codes: Anxiety, Distress, Fear, Low mood, Stress, Boredom, Overwhelmed, Anger, Positive emotions, No/low impact, Lonely, Frustration, Uncertainty, Always together, Food, Concern for child's future, Loss of specialist support, Total responsibility, Communication, Self-efficacy, Competing responsibilities, Changes in routine, Finance, Loss of community, School input, Under pressure, Anxiety (C), Fear (C), No/low impact (C), Stress (C), Low mood (C), Frustration (C), Distress (C), Confusion (C), Challenging behaviour (C), Positive emotions (C), Boredom (C), Behaviour change (C), Sleep (C), Change in routine (C), Awareness (C), Understanding (C), Friends (C), Food (C), Communication (C),	Moderate to strong intercoder agreement for most of the 48 codes applied to the data. Fleiss' kappa measures the level of agreement over and above chance with 0 suggesting that agreement is no better than chance and 1 indicating perfect agreement	The data presented suggest that children with SENDs and their families are likely to be at greater risk of experiencing poor mental health, and to be under substantially greater pressure, than less vulnerable families during COVID-19

			Motivation (C), Loss of community (C), School input (C)		
Young Minds report (2020)	Covid-19 outbreak	2111 (1,294 had received mental health support in the last three months and were experiencing ongoing mental health difficulties)	Online self report questionnaire	NR	32% agreed that their mental health worsened, 51% agreed that their mental health worsened a bit, 9% agreed that there were no alterations to their mental health, 6% said that their mental health got a bit better, 1% said that their mental health got a lot better, Many reported increased anxiety, problems with sleep, panic attacks or more frequent urges to self-harm among those who already self-harmed
Arënlju A (2020)	Covid-19 outbreak	158	Kessler 10 Distress Scale (K10)	Chi square test	50.6% of students are in a range of no psychological distress, 24.7% report a mild psychological distress, 13.3% report moderate psychological distress and 11.4% report severe psychological distress
Wang C (2020)	Covid-19 outbreak	1210	Online questionnaire including demographic data, physical symptoms in the past 14 days, contact history with COVID-19 in the past 14 days, knowledge and concerns about COVID-	linear regressions to estimate the univariate relations between social and demographic characteristics, health status and health service utilization variables, history of contacts	53.8% of respondents reported moderate or severe psychological impact of outbreak; 16.5% of respondents mentioned moderate to severe symptoms of depression; 28.8% of

			19, precautionary measures against COVID-19 in the past 14 days, additional information required with respect to COVID-19, Event Scale-Revised (IES-R), Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21)	variables, awareness and worry variables, protective measure variables, additional information regarding health variables, and the IES-S score as well as the subscales of the DASS. All tests were two-tailed, with a significance level of $p < 0.05$. Statistical analysis was performed using SPSS Statistic 21.0	respondents reported moderate to severe anxiety symptoms and 8.1% reported moderate to severe stress levels
Gao J (2020)	Covid-19 outbreak	4827	The Chinese version of WHO-Five Well-Being Index (WHO-5), Chinese version of generalized anxiety disorder scale (GAD-7), social media exposure (SME) through self report questions, demographic variables	The χ^2 /trend tests were used to highlight the percentage of anxiety, depression and combination of depression and anxiety respectively to categorical variables including covariates and social media exposure. Logistic regression analyses were used to highlight the association between the percentage of anxiety, depression and combination of depression and anxiety and SME after controlling for covariates. We calculated the adjusted ORs and their 95% confidence intervals (CIs) of independent variables for frailty. The STATA version 13.0 program (StataCorp LP., College Station, TX, USA) was used to carry out all analyses	The percentages of anxiety, depression and combination of depression and anxiety (CDA) was 48.3% (95%CI: 46.9%-49.7%), 22.6 (95%CI:21.4%-23.8%) and 19.4% (95%CI:18.3%-20.6%) during COVID-19 outbreak in Wuhan, China. More than 80% (95%CI:80.9%-83.1%) of respondents mentioned often exposure to social media (SME). After controlling for covariates, often SME was positively related with high odds of anxiety symptoms (OR=1.72, 95%CI:1.31-2.26) and CDA (OR = 1.91, 95%CI: 1.52-2.41) compared with less SME, percentage of frequently SME among men (78.4%,

					95% CI: 76.3%-80.3%) was lower than among women (83.8%, 95%CI: 82.4%-85.0%), the percentage of often SME among younger people (aged <30 years) was higher than among older people (aged 41- years). Respondents with low education (high school and middle school) had lower percentage of often SME than who with high education (college and master). Respondents who are students or retired had higher percentage of often SME
Kong X (2020)	Covid-19 positive	144	Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Chinese version, The 12-item Perceived Social Support Scale (PSSS) translated into Chinese, demographic variables	Means and percentages were estimated, Categorical variables were analyzed using the Pearson's chi-square test or Fisher's exact test, Continuous variables were analyzed using non-paired Student t test or one-way analysis of variance (ANOVA), Multivariate regression analysis was used to highlight factors associated with anxiety and depression. Differences between groups were assumed to be significant when the P-	Of the 144 respondents, 34.72% and 28.47% patients with COVID-19 had symptoms of depression or anxiety, respectively. The bivariate associations showed that if social support was less, it was correlated with more anxious ($r=-0.196$, $p<0.05$) and depressive($r=-0.360$, $p<0.05$) symptoms among patients with COVID-19, anxiety and depression scores were particularly higher in those who are older (age > 50) and low-educated

				value was < 0.05., using SPSS Statistic 19.0 (IMB)	
LI S (2020)	Covid-19 outbreak	396	Online questionnaire including general information and Child Anxiety Disorder Screening (SCARED)	The t test and x2 test were used for comparison between groups, binary logistic regression	The total score of SCARED of 396 students was 16.44 ± 12.30 , 87 cases (22.0%) were scored by SCARED ≥ 25 points, and 309 cases (78.0%) were scored less than 25 points. Two differences in somatic / panic, generalized anxiety, dissociative anxiety, social horror and school horror scores and the average of total scores between groups were statistically significant ($t = 13.156, 19.524, 10.381, 13.964, 7.325, 23.371, P < 0.001$), Two-level logistic regression analysis showed that girls (OR = 2.258, 95% CI: 1.370 ~ 3.721, $P < 0.001$), think that you are at risk (OR = 1.978, 95% CI: 1.185 ~ 3.301, $P = 0.009$) is the home interval during the epidemic
Colizzi M (2020)	Negative for covid-19	1	Basic assesment in Accident & Emergency Department of the Integrated University Hospital of Verona, physical examination, neuropsychiatric evaluation (clinical	NR	Symptom exacerbation of a Severe and Persistent Somatic Symptom Disorder (SSD), triggered by the fear of having COVID-19

			interview, Wechsler intelligence scale for children-fourth edition (WISC-IV), Self-Administrated Psychiatric Scales for Children and Adolescents (SAFA)		
--	--	--	---	--	--

Πίνακας 3: Κύρια ευρήματα σχετικά με το άγχος

First author (year)	Sample size	Main findings regarding anxiety disorders
Cao W (2020)	7143	<p>Living in the same house with parents had an important effect on anxiety, such that students living by themselves had increased odds of anxiety symptoms ($P < .05$), since gender and region had no important impact on anxiety ($P > .05$), students from rural areas (1.02%) with parents without a consolidated income (1.09%), not living in the same house with parents (1.13%) and having a relative or a contact infected with COVID-19 (2.56%), were more likely to be have severe anxiety ($P < .001$). Living in cities, in contrast to rural regions (OR = .810, 95% CI = .709 - .925), the stability of students' family income (OR = 0.726, 95% CI = .645 - .817) and living in the same house with parents (OR = .752, 95% CI = .596 - .950) were helpful factors regarding anxiety.</p> <p>Having a relative or a contact infected with COVID-19 was a hazardous factor for developing anxiety symptoms (OR = 3.007, 95% CI = 2.377 - 3.804). Worry about the economic influences of the epidemic were positively related to the levels of anxiety in college students ($r = .327$, $P < .001$). Worry about academic delays ($r = .315$, $P < .001$) and the influence of the epidemic on daily-life ($r = .316$, $P < .001$) were also moderately and positively correlated with the level of anxiety, negative association between social support and anxiety symptoms of college students during the COVID-19 outbreak. ($r = -.151$, $P < .001$)</p>
Jiao WY (2020)	320	<p>Children in the younger age group (3-6 years) were more likely than older children to manifest symptoms, such as clinginess and fear that family members could contract the infection ($P = .002$). Children aged 6 to 18 years were more likely to show inattention ($P = .049$) and persistent inquiry ($P = .003$). Clinging, inattention, and irritability were the most severe psychological conditions demonstrated by the children in all age groups, the rates of fear, anxiety and other emotions were higher in children residing in highly epidemic areas, the differences between areas identified by different levels of epidemic risk were not statistically significant</p>
Oosterhoff B et al.(2020)	657	<p>Youth who were social distancing because they did not want to personally get sick or because they wanted to avoid judgment reported greater anxiety symptoms. Those who were social distancing because they would have otherwise preferred to stay home reported less anxiety symptoms</p>
Zhou SJ (2020)	8079	<p>The percentage of mild anxiety symptoms was 27.0%, and that of moderate anxiety symptoms was 7.4%, anxiety symptoms ranged from 34.1 to 50.0% from March 8 to March 15, 2020, anxious or on edge, feeling nervous (53.6%), being concerned too much about different things (47.3%), becoming easily disturbed or irritable (47.0%)</p>

Davis C (2020)	NR	For patients with underlying anxiety, especially those with health anxieties and contamination fears that are commonly seen in eating disorders, the situation regarding COVID-19 has fueled a worsening of their health-related fears and phobias. While the provision of evidence-based information about COVID-19 on mainstream media and social media plays an important role in managing “coronaphobia”, more research is urgently needed to understand the psychosocial fall-out from COVID-19 and evidence-based approaches to manage these issues
Asbury K (2020)	241 parents of children with Special Educational Needs and Disabilities	The data suggests that more parents than children have experienced increased anxiety (44% vs 25%), although it is important to note that this is parent-reported data, and stress (12% vs 5%) but frequencies for parent-reported fear, distress and low mood were similar for parents and children. The level of worry many SEND families report appears to be substantial and serious, and supporting these families in ways that will help to alleviate or reduce their anxiety should be a priority for education, health and social care professionals
Young Minds report (2020)	2111 (1,294 had received mental health services during the last three months and were facing ongoing mental health difficulties)	Many participants were extremely anxious about the health of their relatives, and about harming those around them by unintentionally spreading the virus. Some people of younger age, including some with Obsessive Compulsive Disorder, mentioned a compulsion with hygiene and a need to remain clean. Many young people who were either key workers themselves, or whose relatives were key workers (for example, working in a supermarket), were very anxious about the virus spreading in their workplace
Arënlju A (2020)	158	Data and participants were grouped according to their coping behavior, first group included those talking to someone (online or at home) and second one with those watching movies and who spent time online, no significant difference among the groups $\chi^2(2, n=131) = 5.5, p=.064$, in terms of distress participants were grouped to those with no psychological distress, those with mild distress and third group with those having moderate and severe psychological stress, a trend with a higher percentage of respondents with moderate and/or severe psychological distress for those reporting coping by spending time on social networks/internet or by watching movies compared to respondents that reported to have been talking to someone at home or online
Wang C (2020)	1210	For the anxiety subscale, 770 (63.6%) were viewed to have a normal score (score: 0-6), 91 (7.5%) were considered to face mild anxiety symptoms (score: 7-9); 247 (20.4%) were considered to face moderate anxiety symptoms (score: 10-14) and 102 (8.4%) were thought to deal with severe and extremely severe anxiety symptoms (score: 15-42). Regarding the stress subscale, 821 (67.9%) were thought to have a normal score (score: 0-10); 292 (24.1%) were considered to face mild stress (score: 11-18); 66 (5.5%) were considered to deal with moderate stress (score: 19-26); and 31 (2.6%) were viewed to experience severe and extremely severe stress (score: 27-42)
Gao J (2020)	4827	Multivariate analyses resulted in that the adjusted odds of anxiety were higher among people aged 31-40 years (OR = 1.63, 95%CI: 1.06-2.51) compared with people aged 20 years and lower among participants with college (OR = 0.40, 95%CI: 0.30-0.53) and master (OR = 0.31, 95%CI: 0.22-0.44) education than people with middle school. The adjusted odds of anxiety symptoms among unmarried respondents (OR = 0.80, 95%CI: 0.66-0.96) was lower than among married ones. Respondents from other regions had no higher adjusted odds (OR = 0.49, 95%CI: 0.33-0.71) than those from Hubei area. The adjusted odds of anxiety symptoms were higher among those with good/general/poor SRH (OR = 1.77, 95%CI: 1.41-2.21) compared with people with excellent SRH. Often SME can increase the adjusted odds (OR = 1.72, 95% CI: 1.31-2.26) of anxiety symptoms compared with less SME after adjusting all covariates

Kong X (2020)	144	Concerning the patients' anxiety percentages, it was found that 17.36%, 12.5% and 4.86% appeared to have mild, moderate and severe anxiety, respectively, Social support ($r = -0.165$, $p < 0.05$) and other support ($r = -0.230$, $p < 0.05$) were particularly negative correlated with anxiety symptoms, patients with lower oxygen saturation had increased anxiety score, The multiple linear regression analysis showed that, age ($\beta = 0.074$, $p = 0.003$), gender ($\beta = 1.446$, $p = 0.034$), oxygen saturation ($\beta = -2.140$, $p = 0.049$), and social support ($\beta = -1.545$, $p = 0.017$) were correlated with anxiety symptoms for COVID-19 patients, female, and patients who are at an older age, with lower oxygen saturation and less social support would likely to present increased anxiety.
LI S (2020)	396	Univariate analysis found that among students with SCARED ≥ 25 , girls had 57 (28.9%), significantly higher than 30 (15.1%) boys ($P < 0.001$), 60 people who consider themselves at risk of contracting COVID-19 (27.0%), significantly higher than the 27 who thought they were not in danger (15.5%) ($P = 0.006$). Logistic regression analysis found that girls had significantly higher anxiety than boys, and girls are prone to anxiety. The risk is 2.258 times higher than boys (OR = 2.258, 95% CI: 1.370 ~ 3.721, $P < 0.001$)
Colizzi M (2020)	1	NR