

**Σχολικά προγράμματα πρόληψης και αντιμετώπισης του άγχους και της αγχώδους
διαταραχής με βάση τη γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία**

**School programs for the prevention and treatment of anxiety and anxiety disorder
based on cognitive-behavioral therapy**

Αικατερίνη Δερμεντζή, Ψυχολόγος, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, aikaterini.dermentzi@gmail.com

Aikaterini Dermentzi, Psychologist, University of Ioannina, aikaterini.dermentzi@gmail.com

Abstract: Schools can be considered a place to provide mental health services to children and adolescents. Within the school environment, children showing early symptoms of anxiety could be identified and early intervention and prevention programs could be initiated before symptoms worsen or develop into disorders. This article attempts to highlight the effectiveness of school programs based on cognitive-behavioral therapy for the prevention and treatment of anxiety and the disorders it causes. The implementation of two cognitive-behavioral therapy programs aimed at preventing and treating anxiety disorders in children aged 5 to 12 years in Australian and USA schools are also presented and their assessment tools and their effectiveness are analyzed.

Keywords: Cognitive-behavioral therapy, anxiety, school programs

Περίληψη: Τα σχολεία θεωρούνται ως μια πολλά υποσχόμενη δίοδος για την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε παιδιά και εφήβους. Μέσα στο σχολικό πλαίσιο θα μπορούσαν να εντοπιστούν παιδιά που παρουσιάζουν πρώιμα συμπτώματα άγχους και να εφαρμοστούν προγράμματα έγκαιρης παρέμβασης και πρόληψης, πριν επιδεινωθούν τα συμπτώματα ή εξελιχθούν σε διαταραχές. Το παρόν άρθρο επιχειρεί να αναδείξει μέσα από έρευνες την αποτελεσματικότητα σχολικών προγραμμάτων που βασίζονται στην εφαρμογή της γνωστικής-συμπεριφορικής θεραπείας με στόχο την πρόληψη και την αντιμετώπιση του άγχους και των διαταραχών που αυτό προκαλεί. Παρουσιάζεται, επίσης, η εφαρμογή δύο προγραμμάτων γνωστικής-συμπεριφορικής θεραπείας με στόχο την πρόληψη και την αντιμετώπιση του άγχους και της αγχώδους διαταραχής σε παιδιά ηλικίας 5 έως 12 ετών σε σχολεία της Αυστραλίας και των ΗΠΑ και αναλύονται τα εργαλεία αξιολόγησής τους και η αποτελεσματικότητά τους.

Λέξεις κλειδιά: Γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία, άγχος, σχολικά προγράμματα

Εισαγωγή

Το σχολείο θα μπορούσε να αποτελέσει ένα ιδανικό πλαίσιο για την ενίσχυση της ψυχικής υγείας των παιδιών και των εφήβων, μέσω της παροχής των κατάλληλων υπηρεσιών. Θα μπορούσε να εφαρμόσει προγράμματα πρόληψης, αλλά και έγκαιρης παρέμβασης σε παιδιά

που παρουσιάζουν πρώιμα συμπτώματα άγχους, προτού αυτά εξελιχθούν σε αγχώδεις διαταραχές (Ruocco et al., 2016). Επιπλέον, επειδή οι υπηρεσίες στον σχολικό χώρο προσφέρονται χωρίς να επιβαρύνονται οικονομικά οι οικογένειες, περιορίζονται τα εμπόδια στην πρόσβαση λόγω οικονομικών δυσκολιών. Υπό το πρίσμα του κοινωνικού στίγματος που σχετίζεται με τη φροντίδα ψυχικής υγείας, το σχολείο μπορεί, επίσης, να προωθήσει πιο θετικές στάσεις απέναντι στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, ειδικά όταν προσφέρονται μεταξύ άλλων εκπαιδευτικών και συμβουλευτικών υπηρεσιών (Herzig-Anderson et al., 2012).

Επιπρόσθετα, τα σχολεία είναι δυνατό να αποτελέσουν ένα ιδανικό περιβάλλον για την αντιμετώπιση του άγχους και των αγχώδων διαταραχών, καθώς εκεί υπάρχουν άφθονες ευκαιρίες, για να βοηθηθούν οι μαθητές σε καταστάσεις που δημιουργούνται στον σχολικό χώρο και τους προκαλούν άγχος. Συγκεκριμένα, οι ασκήσεις έκθεσης θα μπορούσαν να εστιάσουν σε εξετάσεις και τεστ για παιδιά και εφήβους με γενικευμένη αγχώδη διαταραχή. Οι μαθητές που χαρακτηρίζονται από κοινωνικό άγχος μπορεί να βοηθηθούν να αντιμετωπίσουν την αρνητική αξιολόγηση, τους φόβους που σχετίζονται με τη δημόσια ομιλία, τις επιδόσεις στα μαθήματα, και τη συναναστροφή με συνομηλίκους. Επιπλέον, συνομηλικοί και δάσκαλοι μπορούν να βοηθήσουν στην έκθεση σε καταστάσεις που προκαλούν φόβο. Συμπερασματικά, όλοι αυτοί οι παράγοντες δείχνουν ότι τα σχολεία είναι πλεονεκτικά περιβάλλοντα για την εφαρμογή τέτοιων παρεμβάσεων (Herzig-Anderson et al., 2012).

1. Εννοιολογικοί ορισμοί

1.1. Άγχος - Αγχώδεις διαταραχές

Το άγχος αποτελεί μια συναισθηματική κατάσταση που σχετίζεται με την αίσθηση του κινδύνου και θέτει το άτομο σε ετοιμότητα για την αντιμετώπισή του. Μας βοηθά να διακρίνουμε τους κινδύνους και να κινητοποιηθούμε προκειμένου να τους ξεπεράσουμε. Όταν, όμως, το άγχος γίνεται δυσανάλογο με το ερέθισμα που το προκαλεί, χάνει τον λειτουργικό του χαρακτήρα και εμποδίζει το άτομο να αντιμετωπίσει τις καταστάσεις με φυσιολογικό τρόπο. Σ' αυτήν την περίπτωση μπορεί να σχετίζεται με κάποια μορφή αγχώδους διαταραχής (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2006). Σύμφωνα με το DSM-5 οι αγχώδεις διαταραχές αποτελούν αναπτυξιακά δυσανάλογους και υπερβολικούς φόβους, οι οποίοι χαρακτηρίζονται από διάρκεια και περιλαμβάνουν τις ακόλουθες κατηγορίες: Διαταραχή Άγχους Αποχωρισμού, Επιλεκτική Βωβότητα, Ειδική φοβία, Κοινωνική φοβία, Διαταραχή Πανικού, Αγοραφοβία, Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή (American Psychiatric Association, DSM-5, 2015).

Η εμφάνιση του άγχους και των διαταραχών του σχετίζεται άμεσα με την ικανότητα του παιδιού να διαχειρίζεται τις καθημερινές του δραστηριότητες, όπως η σχολική προσαρμογή και οι διαπροσωπικές σχέσεις. Οι αγχώδεις διαταραχές είναι η πιο διαδεδομένη παιδική ψυχική ασθένεια και συνήθως συνοδεύονται από δυσλειτουργία σε πολλαπλούς τομείς, συμπεριλαμβανομένων της κοινωνικής, της συναισθηματικής και της οικογενειακής λειτουργικότητας (Barrett, et al., 1996). Για παράδειγμα, τα κοινωνικά ελλείμματα σε παιδιά με

αγχώδεις διαταραχές περιλαμβάνουν δυσκολία έναρξης αλληλεπιδράσεων με άλλους, χαμηλότερη αυτοεκτίμηση και μικρότερο βαθμό διεκδίκησης. Αυτά τα παιδιά τείνουν να έχουν λιγότερους φίλους και βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο θυματοποίησης από συνομηλίκους. Τα αγχώδη παιδιά παρουσιάζουν μικρότερο αντιληπτικό έλεγχο στις συναισθηματικές και σωματικές τους αντιδράσεις σε στρεσογόνους παράγοντες (Watson et al., 2014).

1.2. Γνωστική - Συμπεριφορική Θεραπεία

Η γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία (ΓΣΘ) προέκυψε από την ένωση της γνωστικής και της συμπεριφορικής. Αποτελεί το σημείο σύγκλισης των απόψεων του Α. Ellis, ο οποίος υπήρξε εκφραστής της λογικο-συναισθηματικής θεραπείας, και του Α. Beck, ο οποίος θεωρείται ο «πατέρας» της γνωστικής θεραπείας. Στόχος της είναι η εξάλειψη των αποκλίσεων συμπεριφοράς καθώς και η ελάττωση της ψυχολογικής έντασης του ατόμου μέσω της αλλαγής των γνωστικών διαδικασιών. Η γνωστική-συμπεριφορική προσέγγιση στηρίζεται στο τρίπτυχο Σκέψη - Συναισθήμα - Συμπεριφορά και υποστηρίζει ότι τα συναισθήματα που βιώνει το άτομο και η συμπεριφορά που εκδηλώνει είναι αποτέλεσμα του τρόπου με τον οποίο σκέφτεται και αντιλαμβάνεται τον κόσμο. Ο πυρήνας αυτής της θεραπείας είναι η αναδόμηση του τρόπου σκέψης του ατόμου, γεγονός που στη συνέχεια θα επιφέρει αλλαγές στο συναισθήμα και στη συμπεριφορά του (Ζαφειροπούλου, 2004, Ψύλλου, 2014).

Η γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία μπορεί να είναι είτε ατομική είτε ομαδική. Μπορεί να εφαρμοστεί με τη μορφή ενός συγκεκριμένου προγράμματος και να έχει είτε θεραπευτικό είτε προληπτικό χαρακτήρα. Ομαδικά προγράμματα ΓΣΘ που απευθύνονται σε παιδιά και εφήβους μπορούν κάλλιστα να εφαρμοστούν στο σχολείο. Η επιλογή της γνωστικής-συμπεριφορικής θεραπείας για ομαδικές προληπτικές ή θεραπευτικές παρεμβάσεις στο σχολείο είναι ιδανική και αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι: α) είναι σύντομης διάρκειας και ολοκληρώνεται σε 10-15 συνεδρίες, β) έχει χαρακτήρα εκπαιδευτικό, καθώς διδάσκει ορθολογιστικές δεξιότητες αυτοβοήθειας και αυτορρύθμισης, γ) είναι οργανωμένη και χρησιμοποιεί πλήθος τεχνικών και μεθόδων καθώς και τη μαιευτική μέθοδο με σαφείς και συγκεκριμένες ερωτήσεις, δ) έχει μακροπρόθεσμα αποτελέσματα, ε) αναπτύσσει ένα κλίμα συνεργασίας όπου οι συμμετέχοντες έχουν ενεργητικό ρόλο και στ) προωθεί την εργασία στο σπίτι, προκειμένου τα παιδιά να εξασκηθούν στις δεξιότητες που έχουν μάθει (Newman, 2017, Ψύλλου, 2014).

2. Ερευνητικά δεδομένα στον χώρο του σχολείου

Η γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία (ΓΣΘ) σε παιδιά και σε εφήβους έχει αποδειχθεί ότι έχει υψηλή αποτελεσματικότητα στη μείωση της συμπτωματολογίας του άγχους και της αγχώδους διαταραχής. Σύμφωνα με τη μετα-ανάλυση των Werner-Seidler et al. (2017), η ΓΣΘ αποτελεί τη βάση του 84% των προγραμμάτων αντιμετώπισης του άγχους παιδιών και εφήβων που έλαβαν χώρα σε σχολικά περιβάλλοντα. Και σε ατομικό και σε ομαδικό επίπεδο η ΓΣΘ μπορεί να εφαρμοστεί ως ένα σταθερό, ειδικά σχεδιασμένο σχολικό πρόγραμμα, το οποίο να

εξυπηρετεί θεραπευτικούς ή προληπτικούς σκοπούς. Η ομαδική παρέμβαση θεωρείται χρήσιμη για την αντιμετώπιση των κοινωνικών ελλειμμάτων των παιδιών με άγχος παρέχοντας ενίσχυση, ομαλοποίηση και ευκαιρίες για άσκηση κοινωνικών αλληλεπιδράσεων (Liber et al. 2008; Watson, et al. 2014; Werner-Seidler et al., 2017).

Οι περισσότερες έρευνες για το άγχος της παιδικής ηλικίας επικεντρώθηκαν στην αξιολόγηση των οφελών από σχολικά προγράμματα έγκαιρης παρέμβασης και πρόληψης σε παιδιά που φοιτούσαν στις τελευταίες τάξεις του δημοτικού και στο γυμνάσιο (Dadds et al., 1997), με στοιχεία που δείχνουν την αποτελεσματικότητα των ομαδικών προγραμμάτων (Barrett et al., 2001). Οι Mifsud και Rapee (2005) αξιολόγησαν ένα πρόγραμμα παρέμβασης στο σχολείο σε δείγμα 91 παιδιών από την Αυστραλία, ηλικίας 8–11 ετών, με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό υπόβαθρο. Οι μαθητές που επιλέχθηκαν να συμμετάσχουν αξιολογήθηκαν με την Κλίμακα Εκδηλωμένου Άγχους (Revised Manifest Anxiety Scale) και με μια κλίμακα μέτρησης άγχους αυτοαναφοράς. Οι ομάδες συνοδεύονταν από έναν σχολικό σύμβουλο και έναν έμπειρο κοινωνικό λειτουργό (Herzig-Anderson, 2012).

Η παρέμβαση στηρίχθηκε στη ΓΣΘ και ονομάστηκε Cool Kids Program: School Version. Αποτελούνταν από οκτώ συνεδρίες παιδιών και δύο συνεδρίες ενημέρωσης γονέων (Ruocco et al., 2016). Οι συνεδρίες εστίαζαν στα βασικά συστατικά της ΓΣΘ, όπως η γνωστική αναδιάρθρωση και η βαθμιαία έκθεση σε καταστάσεις που προκαλούν άγχος. Επιπλέον, το Cool Kids περιελάμβανε συνεδρίες σχετικές με τη διεκδίκηση, την αντιμετώπιση του εκφοβισμού και τις κοινωνικές δεξιότητες. Η διάρκεια τους ήταν περίπου μία ώρα και διεξάγονταν κατά τη διάρκεια του σχολικού ωραρίου σε ομάδες των οκτώ έως δέκα παιδιών. Οι δύο ενημερωτικές συνεδρίες γονέων περιελάμβαναν στρατηγικές γονικής μέριμνας (Herzig-Anderson, 2012). Τα αποτελέσματα από τη μελέτη έδειξαν ότι τα παιδιά που συμμετείχαν στο πρόγραμμα παρουσίασαν σημαντικά μεγαλύτερη μείωση των συμπτωμάτων άγχους σε σύγκριση με εκείνα που βρίσκονταν στη λίστα αναμονής και δεν είχαν δεχτεί ακόμα την παρέμβαση. Οι διαφορές στα αποτελέσματα διατηρήθηκαν τέσσερις μήνες μετά απ' αυτή (Ruocco et al., 2016).

Επιπρόσθετα, τα στοιχεία από κλινικές δοκιμές έχουν δείξει ότι οι παρεμβάσεις ΓΣΘ με στόχο την πρόληψη του άγχους και της αγχώδους διαταραχής στην πρώιμη παιδική ηλικία εμφανίζουν σημαντικά αποτελέσματα. Δύο αυστραλιανές μελέτες παρέχουν πολλά στοιχεία για τα οφέλη ενός προγράμματος καθολικής πρόληψης για το άγχος με βάση τη ΓΣΘ που εφαρμόστηκε σε όλα τα παιδιά μιας σχολικής τάξης, ηλικίας 4-7 ετών (Anticich et al., 2013). Στόχος του προγράμματος ήταν οι καθολικές παρεμβάσεις σε όλα τα παιδιά, ανεξάρτητα αν παρουσιάζουν ή όχι συμπτώματα. Το πρόγραμμα ονομάστηκε Fun Friends και περιελάμβανε 10 εβδομαδιαίες συνεδρίες για τα παιδιά και 3 ενημερωτικές συνεδρίες για τους γονείς τους. Παρόμοια με άλλα πρωτόκολλα ΓΣΘ για μικρά παιδιά, το περιεχόμενο του προγράμματος διδάχθηκε απευθείας στα παιδιά χρησιμοποιώντας δραστηριότητες που βασίζονται στο παιχνίδι (Ruocco et al., 2016).

Τέλος, η μελέτη των Monga, et al., (2015) εξέτασε την αποτελεσματικότητα ενός ομαδικού προγράμματος ΓΣΘ που ονομάζεται Taming Sneaky Fears, το οποίο αναπτύχθηκε ειδικά για

παιδιά ηλικίας 5-7 ετών. Το πρόγραμμα περιελάμβανε 12 εβδομαδιαίες συνεδρίες που παρακολουθούσαν τα παιδιά μαζί με τους γονείς τους και συνεδρίες που παρακολουθούσαν οι γονείς τους χωριστά. Σύμφωνα με τα πρωτόκολλα ΓΣΘ που έχουν σχεδιαστεί για μικρά παιδιά, το πρόγραμμα χρησιμοποιούσε μαριονέτες, χειροτεχνίες, παιχνίδια και ιστορίες, για να διδάξει στα παιδιά βασικές δεξιότητες. Οι γονείς διδάχτηκαν πώς να εξασκούν αυτές τις δεξιότητες με τα παιδιά τους. Στο τέλος του προγράμματος τα παιδιά παρουσίασαν σημαντική μείωση στα συμπτώματα άγχους και αυτά τα οφέλη διατηρήθηκαν μετά από 12μηνη παρακολούθηση. Αυτά τα αποτελέσματα υποδηλώνουν ότι η διδασκαλία δεξιοτήτων διαχείρισης άγχους απευθείας στα μικρά παιδιά βελτιώνει το αποτέλεσμα της θεραπείας τους (Monga et al., 2009, 2015).

3. Εφαρμογή προγραμμάτων ΓΣΘ σε σχολεία και τρόποι αξιολόγησης

3.1. Get Lost Mr Scary

Το Get Lost Mr Scary είναι ένα πρόγραμμα ΓΣΘ πρώιμης παρέμβασης για παιδιά ηλικίας 5-7 ετών που παρουσιάζουν μέτρια έως αυξημένα επίπεδα άγχους. Έχει ως στόχο τη βελτίωση των συμπτωμάτων προτού αυτά γίνουν δύσκολα στη διαχείριση και μόνιμα. Το Get Lost Mr Scary είναι μια σύντομη παρέμβαση που αποτελείται από επτά εβδομαδιαίες παιδικές συνεδρίες με διάρκεια περίπου μίας ώρας. Η συμμετοχή των γονέων θεωρείται κρίσιμη και ως εκ τούτου όλοι οι γονείς ενθαρρύνονται να παρακολουθήσουν τρεις ξεχωριστές συνεδρίες γονέων. Τα προβλήματα άγχους που αντιμετωπίζονται στο πρόγραμμα περιλαμβάνουν φόβους για σωματικούς τραυματισμούς (π.χ. σκύλους, αράχνες, καταιγίδες και σκοτάδι), κοινωνικούς φόβους (π.χ. συμμετοχή με άλλα παιδιά σε δραστηριότητες και συνάντηση με άγνωστα άτομα) και το άγχος αποχωρισμού (Ruocco et al., 2016). Ο εντοπισμός αυτών των προβλημάτων είναι σύμφωνος με την έρευνα που έχει δείξει ότι τέτοια προβλήματα είναι κοινά σε μικρά παιδιά ηλικίας 5-7 ετών (Nauta et al., 2004).

Με βάση τα πρωτόκολλα της ΓΣΘ γι' αυτήν την ηλικιακή ομάδα, το πρόγραμμα ενσωματώνει αρχές και στρατηγικές βασισμένες στο παιχνίδι. Το παιχνίδι θεωρείται εκπαιδευτικό εργαλείο, καθώς χρησιμοποιείται για τη διευκόλυνση της αλλαγής, δίνοντας στο παιδί πολλές ευκαιρίες για μοντελοποίηση και κατάκτηση νέων δεξιοτήτων. Μαριονέτες, χαρακτήρες παντομίμας, μικροσκοπικά παιχνίδια, ρίμες, παιχνίδια ρόλων και βιβλιο-θεραπεία χρησιμοποιούνται για τη διδασκαλία στρατηγικών και δεξιοτήτων. Τα μικροσκοπικά παιχνίδια χρησιμοποιούνται για τη μοντελοποίηση σεναρίων που είναι παρόμοια με την εμπειρία του παιδιού (π.χ. φόβος να κάνει νέους φίλους) και στρατηγικές αντιμετώπισης μαθαίνονται μέσα από παιχνίδια ρόλων. Το κλείσιμο της συνεδρίας επιτυγχάνεται μέσω τελετουργίας όπου τα παιδιά στέλνουν τον Mr Scary (τον Κύριο Φόβο) και την Ms Worry (την Κυρία Στενοχώρια) μακριά. Επιπλέον, διαμορφώνονται γνωστικές στρατηγικές όπως η διάκριση μεταξύ χρήσιμης και άχρηστης σκέψης. Για παράδειγμα, χρησιμοποιώντας μπαλόνια ως «φυσαλίδες σκέψης» τα παιδιά μαθαίνουν να συνδέουν τα πράσινα μπαλόνια με τη χρήσιμη σκέψη, τα οποία μπορούν να «κρατήσουν», και τα λευκά μπαλόνια με την άχρηστη σκέψη, τα οποία μπορούν να «αφήσουν».

Το πρόγραμμα Get Lost Mr Scary έχει μερικά μοναδικά χαρακτηριστικά, επειδή πολλές από τις δεξιότητες που εξασκεί στοχεύουν σε σχολικά προβλήματα. Τα παιδιά έχουν την ευκαιρία να μάθουν δεξιότητες σε καταστάσεις της πραγματικής ζωής (π.χ. αποχωρισμός από τους γονείς και ομιλία στην τάξη). Μπορούν να εξασκηθούν σε νέες δεξιότητες αντιμετώπισης σε ρεαλιστικό πλαίσιο με οικείους δασκάλους και συνομηλίκους. Όλα αυτά κάνουν την παρέμβαση στο σχολείο πιο αποδεκτή τόσο από τα παιδιά όσο και από τους γονείς τους. Κατά την περίοδο της μελέτης, συνολικά στο πρόγραμμα συμμετείχαν 134 παιδιά από 23 δημοτικά σχολεία στο Σίδνεϊ της Αυστραλίας (Ruocco et al., 2016).

Όλοι οι γονείς και οι δάσκαλοι που συμφώνησαν να συμμετάσχουν στην αξιολόγηση συμπλήρωσαν έναν αριθμό ερωτηματολογίων σχεδιασμένων για τη μέτρηση του άγχους και της συμπεριφοράς των παιδιών πριν και μετά την παρέμβαση. Τα ερωτηματολόγια χορηγήθηκαν στο σχολείο από τον σχολικό σύμβουλο ο οποίος ήταν και ο κύριος συντονιστής του προγράμματος. Οι γονείς συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια στην πρώτη και στην έβδομη συνεδρία, ενώ οι δάσκαλοι τα συμπλήρωσαν ανεξάρτητα, αλλά συνέπιπταν με τα σημεία αξιολόγησης των γονέων. Επιπλέον, οι γονείς συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο άγχους στις 8 εβδομάδες και στους 12 μήνες μετά το πέρας του προγράμματος, ώστε να συγκεντρωθούν πληροφορίες σχετικά με τα μακροπρόθεσμα οφέλη του. Τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν ήταν τα ακόλουθα:

1. Το SCAS-P είναι ένα ερωτηματολόγιο 38 στοιχείων για την αξιολόγηση των συμπτωμάτων άγχους των παιδιών όπως τα αντιλαμβάνονται οι γονείς. Οι γονείς κλήθηκαν να βαθμολογήσουν πόσο συχνά εμφανίζεται ένα σύμπτωμα από 0 (ποτέ) έως 3 (πάντα).
2. Η λίστα ελέγχου συμπεριφοράς παιδιών και η φόρμα αναφοράς δασκάλου (CBCL–TRF). Τα ερωτηματολόγια σχολικής ηλικίας CBCL–TRF σχεδιάστηκαν για να αξιολογούν μια σειρά από συμπτώματα συμπεριφοράς του παιδιού όπως αυτά γίνονται αντιληπτά από τους γονείς ή τους δασκάλους. Τα στοιχεία βαθμολογούνται σε κλίμακα τριών βαθμών από 0 (δεν ισχύει) έως 3 (πολύ αληθές). Μια βαθμολογία T πάνω από 63 βρίσκεται στο κλινικό εύρος.
3. Η Λίστα Ελέγχου Διαμεσολαβητή περιέχει μια λίστα με τους στόχους του προγράμματος για καθεμία από τις οκτώ συνεδρίες που περιγράφονται στο εγχειρίδιο του διαμεσολαβητή. Μετά από κάθε συνεδρία, ο σχολικός σύμβουλος, ο οποίος ήταν ο κύριος συντονιστής, έπρεπε να ελέγξει τον βαθμό επίτευξης για καθέναν από τους στόχους της συνεδρίας. Αυτό χρησιμοποιήθηκε για την αξιολόγηση της ακεραιότητας του προγράμματος.
4. Σχόλια γονέων και συντονιστών: Μετά την παρέμβαση, οι γονείς και οι συντονιστές απάντησαν σε τρεις ανοιχτές ερωτήσεις εκφράζοντας τις απόψεις τους. Οι ερωτήσεις αφορούσαν σχόλια σχετικά με (α) τι τους άρεσε περισσότερο στο πρόγραμμα, (β) τι τους άρεσε λιγότερο και (γ) τυχόν προτάσεις βελτίωσης. Επιπλέον, οι αντιλήψεις των γονέων για τα οφέλη μετρήθηκαν με ερωτήσεις ανοιχτού τύπου σχετικά με το αν είχαν παρατηρήσει οποιοσδήποτε αλλαγές συμπεριφοράς στο παιδί τους και, αν ναι, να δώσουν παραδείγματα και να δηλώσουν εάν πιστεύουν ότι οι αλλαγές οφείλονται στη συμμετοχή στο πρόγραμμα.
5. Στατιστική ανάλυση και έλεγχος δεδομένων: Όλες οι αναλύσεις διεξήχθησαν με το IBM SPSS Statistics 22. Η προκαταρκτική εξέταση της κατανομής καθεμιάς από τις συνεχείς

μεταβλητές (SCAS-P, CBCL, TRF) αποκάλυψε ότι όλες οι μεταβλητές έδειξαν θετική ασυμμετρία.

6. Ποιοτική ανάλυση: Τα δεδομένα από την ανατροφοδότηση γονέων και συντονιστή αναλύθηκαν χρησιμοποιώντας μια προσέγγιση ανάλυσης περιεχομένου (Ruocco et al., 2016).

Η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας του Get Lost Mr Scary έδειξε ότι τα παιδιά που ακολούθησαν το πρόγραμμα παρουσίασαν σημαντική μείωση των συμπτωμάτων άγχους μετά από παρέμβαση 7 εβδομάδων, με τα αποτελέσματα να διατηρούνται και μετά από παρακολούθηση στις 8 εβδομάδες και στους 12 μήνες (Ruocco et al., 2016). Οι μειώσεις στις βαθμολογίες των συμπτωμάτων του άγχους μετά την παρέμβαση, έδειξαν ότι ορισμένα παιδιά μπόρεσαν να μετακινηθούν από το κλινικό εύρος άγχους στο φυσιολογικό (IG: 27,8%, WG + I: 33,3%), αρκετά από το κλινικό στο υποκλινικό (IG: 13,8%, WG + I: 40,0%) και άλλα από το υποκλινικό στο φυσιολογικό εύρος (IG: 38,5%, WG + I: 60%).

Επίσης, οι βαθμολογίες εσωτερίκευσης και εξωτερίκευσης της συμπεριφοράς, σύμφωνα με τις αναφορές των δασκάλων (CBCL, TRF), μειώθηκαν κάτω από το T 63 που αποτελεί το κλινικό όριο ή και κάτω από 60, ευρισκόμενες στο φυσιολογικό εύρος. Οι βελτιώσεις μετά την παρέμβαση στις αξιολογήσεις των εκπαιδευτικών για τη συμπεριφορά των παιδιών είναι συνεπείς με μια παρόμοια ομαδική μελέτη για την εφαρμογή ΓΣΘ το σχολείο που διεξήχθη από τους Mifsud and Rapee (2005) σε μεγαλύτερα παιδιά άνω των οκτώ ετών.

Μια σημαντική απόδειξη για την αποτελεσματικότητα και την κοινωνική εγκυρότητα του προγράμματος προήλθε από τα θετικά σχόλια των γονέων και των συντονιστών. Σημαντικό τόσο για τους γονείς όσο και για τους συντονιστές ήταν ότι τα παιδιά διασκέδασαν. Οι γονείς είχαν θετικές αντιλήψεις για την πρόοδο των παιδιών τους και ανέφεραν ότι το πρόγραμμα είχε συμβάλει στη βελτίωση της ικανότητας των παιδιών να διαχειρίζονται και να εκφράζουν τα συναισθήματά τους και να διακρίνουν τις χρήσιμες από τις μη βοηθητικές σκέψεις (Ruocco et al., 2016).

3.2. Building Confidence Program

Το Building Confidence Program (Πρόγραμμα Οικοδόμησης Εμπιστοσύνης) εφαρμόστηκε σε 40 παιδιά, 5-12 ετών, με αγχώδεις διαταραχές, τα οποία φοιτούσαν σε 2 δημοτικά σχολεία σε μητροπολιτική περιοχή στις δυτικές Η.Π.Α. Οι ψυχολόγοι εργάστηκαν παράλληλα με τις οικογένειες των παιδιών και τους δασκάλους και το προσωπικό του σχολείου και αξιοποίησαν τη γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία. Ο ψυχολόγος του κάθε σχολείου αξιολόγησε εάν το παιδί ήταν δυνητικά κατάλληλο για τη συμμετοχή στο πρόγραμμα. Κοινωνική φοβία (SP; n=21; 52,5%) και αγχώδης διαταραχή αποχωρισμού (SAD; n=21; 52,5%) ήταν οι πιο συχνές διαταραχές που αντιπροσωπεύονταν στο δείγμα, ενώ η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή (GAD; n=15; 37,5%) ήταν η λιγότερο κοινή. Δεκατέσσερα παιδιά, το (35%), πληρούσαν τα κριτήρια για περισσότερες από μία αγχώδεις διαταραχές.

Το πρόγραμμα Building Confidence περιείχε πολλές ενότητες: ενότητα των παιδιών, των γονέων, του δασκάλου και της σχολικής νοσοκόμας. Τα παιδιά μπορούσαν να συμμετάσχουν

το ελάχιστο σε μία και το μέγιστο σε δεκαέξι 60λεπτες συνεδρίες την εβδομάδα. Η συμμετοχή των φροντιστών των παιδιών ενθαρρύνονταν, αλλά δεν απαιτούνταν.

Πολλές δεξιότητες διδάχθηκαν στα παιδιά για την αντιμετώπιση του άγχους, όπως αναγνώριση, επίγνωση των σκέψεων τους, θετική αυτο-ομιλία και έκθεση. Μόλις κατακτήθηκαν οι δεξιότητες μέσω της πρακτικής εξάσκησης και των παιχνιδιών ρόλων, τα παιδιά μαζί με τους ψυχολόγους δημιούργησαν μια ιεραρχία στην οποία κατατάσσονταν οι καταστάσεις που τους προκαλούσαν άγχος σε ανιούσα κλίμακα, από τις λιγότερο οδυνηρές μέχρι τις πιο οδυνηρές. Τα παιδιά δούλευαν ανεβαίνοντας στην ιεραρχία και ανταμείβονταν κάθε φορά που επιχειρούσαν δραστηριότητες αυξανόμενης δυσκολίας (π.χ. εργασίες έκθεσης). Στους γονείς εφαρμόζονταν μια ενότητα ψυχικής εκπαίδευσης και μια ενότητα επικεντρωμένη στην προώθηση της αυτονομίας των παιδιών μέσω επιλογών και αυτοβοήθειας. Τους δόθηκε, ακόμη, μια συμπληρωματική ενότητα για βοήθεια στο σπίτι η οποία κάλυπτε δεξιότητες υποστήριξης της επικοινωνίας, όπως ενεργητική ακρόαση και επιλεκτική προσοχή, ανταμοιβές, οικογενειακούς ρόλους, χρόνο ομιλίας και παιχνιδιού, οικοδόμηση φιλιών (Chiu et al., 2013).

Για την αξιολόγηση του προγράμματος αξιοποιήθηκαν ανεξάρτητοι εκπαιδευμένοι αξιολογητές (έξι διδακτορικοί φοιτητές με ειδίκευση στην κλινική ή σχολική ψυχολογία). Ως εργαλεία αξιολόγησης χρησιμοποιήθηκαν:

1. Το Πρόγραμμα Συνεντεύξεων για τις Αγχώδεις Διαταραχές, σύμφωνα με το DSM-IV, για παιδιά και γονείς (ADIS C/P; Child and Parent Versions). Το ADIS-C/P είναι μια ημι-δομημένη συνέντευξη που αξιολογεί το κύριο άγχος της παιδικής ηλικίας.
2. Η κλίμακα «The Clinical Global Impressions (CGI)-Improvement Scale», η οποία παρέχει μια παγκόσμια βαθμολογία βελτίωσης συμπτωμάτων άγχους που κυμαίνεται από 1 (ολοκληρώθηκε πλήρως) έως 8 (είναι πολύ χειρότερα). Ο αξιολογητής συγκρίνει την πρόσφατη αξιολόγηση με την αξιολόγηση πριν από τη θεραπεία. Οι αξιολογήσεις CGI-I βασίστηκαν στη συνέντευξη του αξιολογητή (π.χ. στο ADIS), αλλά και στο άλλο υλικό αξιολόγησης (π.χ. στα ερωτηματολόγια). Ο ίδιος αξιολογητής διεξήγαγε την αξιολόγηση πριν και μετά την εφαρμογή του προγράμματος.
3. Μέτρα αυτοαναφοράς: Τα παιδιά συμπλήρωσαν την Πολυδιάστατη Κλίμακα Άγχους για Παιδιά (MASC), μια κλίμακα 39 στοιχείων με ισχυρές ψυχομετρικές ιδιότητες. Τα 39 στοιχεία μετρώνται με μια κλίμακα Likert που κυμαίνεται από 1 (ποτέ αληθινό) έως 4 (συχνά αληθινό). Μια παράλληλη έκδοση του MASC χορηγήθηκε και στους γονείς. Οι αξιολογήσεις στη λήξη της θεραπείας και μετά απ' αυτήν ήταν 0,86 και 0,89, αντίστοιχα, για το παιδικό MASC και 0,88 και 0,91, για το MASC των γονέων (Bernstein, et al., 2005; Chiu et al., 2013).

Οι φροντιστές των παιδιών συμπλήρωσαν τη «Λίστα Ελέγχου Συμπεριφοράς Παιδιών» (Child Behavior Checklist – CBCL), ένα ευρέως χρησιμοποιούμενο τυποποιημένο εργαλείο 118 ενοτήτων που μετρά τα συμπτώματα σε ένα ευρύ φάσμα κλινικών προβλημάτων, με κλίμακα βαθμολογίας από 0 (δεν ισχύει) έως 2 (είναι συχνό). Το CBCL είναι ένα μέτρο ψυχοπαθολογίας, που διευκολύνει τις συγκρίσεις των παρόντων αποτελεσμάτων με άλλες μελέτες για το παιδικό άγχος (Chiu et al., 2013).

Τα ευρήματα έδειξαν ότι το Building Confidence Program μπορεί να είναι αποτελεσματικό για την αντιμετώπιση της αγχώδους διαταραχής σε παιδιά δημοτικού. Τα παιδιά που έλαβαν μέρος βίωσαν αισθητά μεγαλύτερη μείωση των συμπτωμάτων άγχους σε σύγκριση με τα παιδιά που βρίσκονταν στη λίστα αναμονής και δεν είχαν ακόμα λάβει την παρέμβαση. Τα παιδιά αυτά ήταν, επίσης, πιο πιθανό να είναι ελεύθερα διάγνωσης αγχώδους διαταραχής, σύμφωνα με τις αξιολογήσεις των αξιολογητών, κατά τη διάρκεια του προγράμματος, αλλά και μετά απ' αυτό.

Συγκεκριμένα, το 95% των παιδιών που συμμετείχαν έδειξαν θετική ανταπόκριση στο πρόγραμμα και στο τέλος αυτού ήταν απαλλαγμένα από οποιαδήποτε διάγνωση διαταραχής άγχους. Το ποσοστό διαγνωστικής ύφεσης σ' αυτήν τη μελέτη υπερέβη το τυπικό εύρος ύφεσης (50%-80%) που παρατηρήθηκε σε προηγούμενες δοκιμές αποτελεσματικότητας της ΓΣΘ σε παιδικές αγχώδεις διαταραχές που διεξήχθησαν σε εργαστήρια. Συνολικά, τα αποτελέσματα παρείχαν στοιχεία υπέρ της μεγάλης αποτελεσματικότητας του σχολικού προγράμματος (Chiu et al., 2013).

Συμπεράσματα

Η εφαρμογή της ΓΣΘ σε σχολικά προγράμματα για την αντιμετώπιση του άγχους και της αγχώδους διαταραχής είναι μια πολλά υποσχόμενη οδός για την παροχή της απαραίτητης παρέμβασης σε παιδιά και εφήβους που το έχουν ανάγκη. Θα πρέπει να εξεταστεί η εισαγωγή τέτοιων προγραμμάτων στο σχολικό περιβάλλον ως διαδικασία πολλαπλών σταδίων, από την ένταξη του προγράμματος και τη διατήρηση της παρέμβασης, έως τη θεσμική αλλαγή. Επιπλέον, απαιτείται περαιτέρω έρευνα για την ενσωμάτωση των προγραμμάτων στη σχολική κουλτούρα και τη μεγιστοποίηση των υπαρχόντων πόρων που είναι απαραίτητοι για την ενίσχυση της βιωσιμότητας των σχολικών παρεμβάσεων για τις αγχώδεις διαταραχές (Herzig-Anderson, 2012).

Επιπρόσθετα, υπάρχει έλλειψη ερευνητικών μελετών που να προσδιορίζουν την κατάλληλη ηλικία ή το επίπεδο άγχους που αποτελεί το κατάλληλο σημείο έναρξης προγραμμάτων ΓΣΘ έγκαιρης παρέμβασης στα σχολεία (Ruocco et al., 2016), καθώς και μελέτες για την ανάγκη της συμμετοχής των γονέων σ' αυτά τα προγράμματα. Χρειάζεται να γίνουν έρευνες αποτελεσματικότητας μεγάλης κλίμακας που να αξιολογούν την εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης που να είναι ενσωματωμένες στο σχολικό σύστημα προκειμένου να εντοπιστούν οι πιο επιτυχημένοι τρόποι για την ανάπτυξή τους (Werner-Seidler et al., 2017).

Τα τελευταία χρόνια η χρήση της εικονικής πραγματικότητας (VR) για τη θεραπεία του άγχους κερδίζει δημοτικότητα. Η εικονική πραγματικότητα μπορεί να είναι ιδιαίτερα χρήσιμη για άτομα που φοβούνται τις εκθέσεις in vivo ή για καταστάσεις στις οποίες οι εκθέσεις in vivo δεν είναι πρακτικές. Η μετα-ανάλυση των Powers and Emmelkamp (2008) έδειξε ότι σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου, η ομάδα που εκτέθηκε στην εικονική πραγματικότητα παρουσίασε καλύτερα αποτελέσματα. Αντίθετα, μια ξεχωριστή μετα-ανάλυση των Huang et al. (2018) σε φοιτητές διαπίστωσε μέτριες επιδράσεις στα συμπτώματα άγχους. Αξίζει να

σημειωθεί ότι οι προκλήσεις έκθεσης θεωρούνται ενεργό συστατικό της γνωστικής-συμπεριφορικής θεραπείας για το άγχος (Zaboski and Romaker, 2021). Γι' αυτό και απαιτείται περαιτέρω έρευνα στον τομέα της χρήσης της εικονικής πραγματικότητας.

Βιβλιογραφικές αναφορές

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders DSM-5* (5th edition). Washington DC: American Psychiatric Association Publishing.
- Anticich, S. A. J., Barrett, P. M., Silverman, W., Lacherez, P., & Gillies, R. (2013). The prevention of childhood anxiety and promotion of resilience among preschool-aged children: A universal school based trial. *Advances in School Mental Health Promotion*, 6, 93–121. doi:10.1080/1754730X.2013.784616
- Barrett, P. M., Duffy, A. L., Dadds, M. R., & Rapee, R. M. (2001). Cognitive-behavioral treatment of anxiety disorders in children: Long-term (6-year) follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 135–141. doi:10.1037/0022-006X.69.1.135
- Barrett, P.M, Rapee, M. R. & Dadds, R.M. (1996) Family Treatment of Childhood Anxiety: A Controlled Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(2), 333 – 342. doi: 10.1037//0022-006x.64.2.333
- Bernstein, G.A., Layne, A.E., Egan, E.A. & Tennison, D.M. (2005). School-Based Interventions for Anxious Children. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44:11, 1118-1127 doi:10.1097/01.chi.0000177323.40005.a1
- Chiu, A.W., Langer, D.A., McLeod, B.D., Har, K., Drahota, A., Galla, B.M., Jacobs, J., Ifekwunigwe, M.J. & Wood, J.J. (2013). Effectiveness of Modular CBT for Child Anxiety in Elementary Schools. *School Psychology Quarterly*, Vol. 28, No, 2. 141-15.
- Dadds, M. R., Spence, S. H., Holland, D. E., Barrett, P. M., & Laurens, K. R. (1997). Prevention and early intervention for anxiety disorders: A controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 627–635. doi:10.1037/0022-006X.65.4.627
- Zaboski, B.A. & Romaker, E.K. (2021): Using Cognitive-Behavioral Therapy with Exposure for Anxious Students with Classroom Accommodations. *Journal of College Student Psychotherapy*. doi: 10.1080/87568225.2021.1961110
- Ζαφειροπούλου, Μ. (2004). Παρεμβάσεις Γνωσιακού - Συμπεριφοριστικού τύπου στο σχολείο. Στο Α. Καλαντζή - Αζίζι & Μ. Ζαφειροπούλου (επιστημονική επιμέλεια) *Προσαρμογή στο σχολείο, πρόληψη και αντιμετώπιση δυσκολιών* (σελ. 26-50). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Herzig-Anderson, K., Colognori, D., Fox, J.K., Stewart, C.E., Warner, C.M. (2012). School-Based Anxiety Treatments for Children and Adolescents. *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am* 21: 655– 668. doi.org/10.1016/j.chc.2012.05.006

- Huang, J., Nigatu, Y. T., Smail-Crevier, R., Zhang, X., & Wang, J. (2018). Interventions for common mental health problems among university and college students: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Psychiatric Research*, 107, 1–10. doi:10.1016/j.jpsychires.2018.09.018
- Κάκουρος, Ε. & Μανιαδάκη, Κ. (2006). *Ψυχοπαθολογία παιδιών και εφήβων: Αναπτυξιακή Προσέγγιση*. Αθήνα: Τυπωθήτω- Γ. Δαρδανός.
- Liber, J. M., Van Widenfelt, B. M., Utens, E. M. W. J., Ferdinand, R. F., Van der Leeden, A. J. M., Van Gastel, W., Treffers, P.D.A. (2008). No differences between group versus individual treatment of childhood anxiety disorders in a randomized clinical trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49: 886–893. doi: 10.1111/j.1469-7610.2008.01877.x.
- Mifsud, C. & Rapee, R.M. (2005). Early intervention for childhood anxiety in a school setting: outcomes for an economically disadvantaged population. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 44:996–1004. doi: 10.1097/01.chi.0000173294.13441.87
- Monga, S., Rosenbloom, B. N., Tanha, A., Owens, M., & Young, A. (2015). Comparison of child–parent and parent-only cognitive-behavioral therapy programs for anxious children aged 5–7 years: Short- and long-term outcomes. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 54, 138–146. doi:10.1016/j.jaac.2014.10.008
- Monga, S., Young, A., & Owens, M. (2009). Evaluating a cognitive behavioral therapy group program for anxious five to seven year old children: a pilot study. *Depression and anxiety*, 26:243–250.
- Nauta, M. H., Scholing, A., Rapee, R. M., Abbott, M., Spence, S. H., & Waters, A. (2004). A parent-report measure of children’s anxiety: Psychometric properties and comparison with child-report in a clinic and normal sample. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 813–839. doi:10.1016/S0005-7967(03)00200-6
- Newman, C.F. (2017). *Βασικά στοιχεία επάρκειας στη Γνωστική-Συμπεριφορική Θεραπεία. Η ανάπτυξη ενός αποτελεσματικού και ικανού θεραπευτή της γνωστικής-συμπεριφορικής προσέγγισης*. Αθήνα: Gutenberg.
- Powers, M. B., & Emmelkamp, P. M. G. (2008). Virtual reality exposure therapy for anxiety disorders: A meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(3), 561–569. doi:10.1016/j.janxdis.2007.04.006
- Ruocco, S., Gordon, J. & McLean, L.A. (2016): Effectiveness of a school-based early intervention CBT group programme for children with anxiety aged 5–7 years. *Advances in School Mental Health Promotion*. doi: 10.1080/1754730X.2015.1110495
- Ψύλλου, Α. (2014). «ΤΑ ΦΙΛΑΡΑΚΙΑ» Σχεδιασμός, Κατασκευή, Εφαρμογή κι Αξιολόγηση Ενός Ψυχοεκπαιδευτικού Προγράμματος για την συναισθηματική ανθεκτικότητα των παιδιών

του Δημοτικού Σχολείου. Διδακτορική διατριβή. Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας. Σχολή Επιστημών του Ανθρώπου. Παιδαγωγικό Τμήμα Προσχολικής Εκπαίδευσης. Βόλος.

- Watson, C.C., Rich, B.A., Sanchez, L., O'Brien, K., Alvord, M.K. (2014). Preliminary Study of Resilience-Based Group Therapy for Improving the Functioning of Anxious Children. *Child Youth Care Forum*, 43:269–286. doi: 10.1007/s10566-013-9238-6
- Werner-Seidler, A., Perry, Y., Calear, A.L., Newby, J.M., Christensen, H. (2017). School-based depression and anxiety prevention programs for young people: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review* 51 (2017), 30–47.