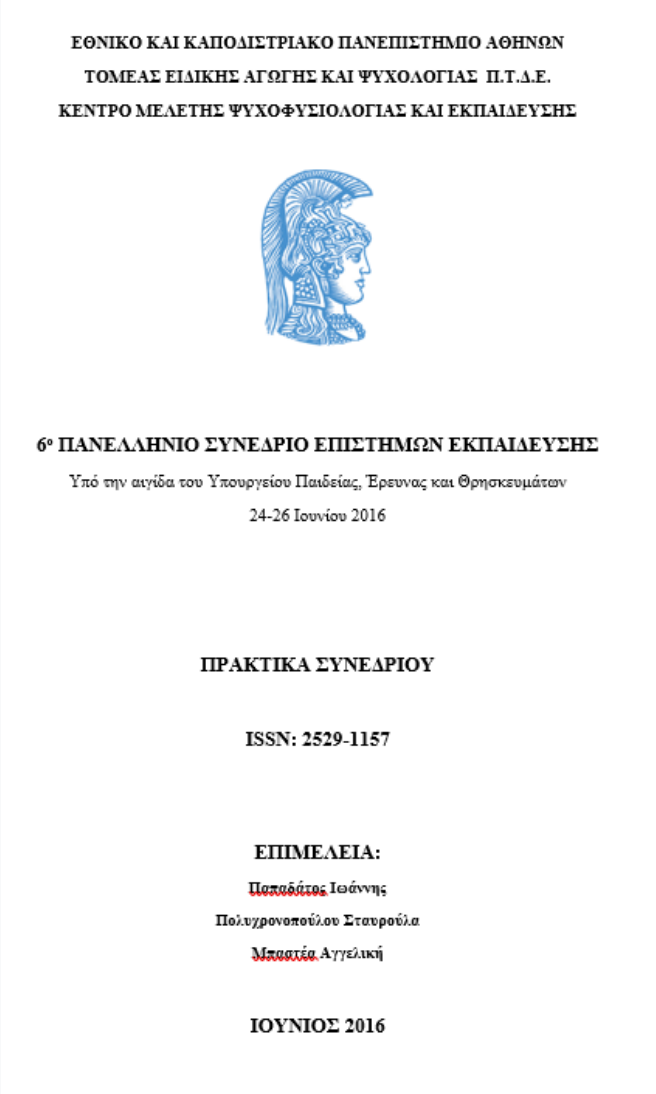
ePublishing
ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗΣ NATIONAL DOCUMENTATION CENTRE

Πανελλήνιο Συνέδριο Επιστημών Εκπαίδευσης

Τόμ. 2016, Αρ. 1

Πρακτικά 6ου Συνεδρίου



ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
ΤΟΜΕΑΣ ΕΙΔΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ Π.Τ.Δ.Ε.
ΚΕΝΤΡΟ ΜΕΛΕΤΗΣ ΨΥΧΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

6ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ
Υπό την αιγίδα του Υπουργείου Παιδείας, Έρευνας και Θρησκευμάτων
24-26 Ιουνίου 2016

ΠΡΑΚΤΙΚΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

ISSN: 2529-1157

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ:
Παπαδάτος Ιωάννης
Πολυχρονοπούλου Σταυρούλα
Μπαστέα Αγγελική

ΙΟΥΝΙΟΣ 2016

Διερεύνηση διαφυλικών διαφορών ως προς την εκδήλωση αγχωδών διαταραχών σε μαθητές της Ε' και Στ' Δημοτικού

Βασίλειος Καρτέρης, Αλέξανδρος-Σταμάτιος Αντωνίου

doi: 10.12681/edusc.874

Βιβλιογραφική αναφορά:

Καρτέρης Β., & Αντωνίου Α.-Σ. (2017). Διερεύνηση διαφυλικών διαφορών ως προς την εκδήλωση αγχωδών διαταραχών σε μαθητές της Ε' και Στ' Δημοτικού. *Πανελλήνιο Συνέδριο Επιστημών Εκπαίδευσης*, *2016*(1), 395–409. https://doi.org/10.12681/edusc.874

https://epublishing.ekt.gr | **e-Εκδότης:** EKT | **Πρόσβαση:** 17/01/2026 18:20:50

https://epublishing.ekt.gr | **e-Εκδότης:** ΕΚΤ | **Πρόσβαση:** 17/01/2026 18:20:50

Διερεύνηση διαφυλικών διαφορών ως προς την εκδήλωση αγχωδών διαταραχών σε μαθητές της Ε΄ & Στ΄ Δημοτικού

Βασίλειος Καρτέρης, Ειδικός Παιδαγωγός – Εκπαιδευτικός Α'βάθμιας Εκπ/σης,

baskar90alc@gmail.com

Αλέξανδρος-Σταμάτιος Αντωνίου, Επίκ. Καθηγητής Π.Τ.Δ.Ε.- ΕΚΠΑ,

as_antoniou@primedu.uoa.gr

Περίληψη

Οι αγχώδεις διαταραχές αποτελούν τις πιο συχνές ψυχικές διαταραχές στην παιδική ηλικία και επηρεάζουν δυσμενώς τη λειτουργικότητα των παιδιών σε διάφορους σημαντικούς τομείς της ζωής του. Σύμφωνα με τη σύγχρονη διεθνή έρευνα, τα κορίτσια φαίνεται να παρουσιάζονται πιο επιρρεπή στην εκδήλωση κάποιας αγχώδους διαταραχής. Η παρούσα έρευνα διεξήχθη σε δείγμα 461 μαθητών των τάξεων Ε΄ και Στ΄ Δημοτικού σε αστικές και ημιαστικές περιοχές της Ελλάδας και επιβεβαίωσε τα ευρήματα αντίστοιχων διεθνών μελετών. Ειδικότερα, βρέθηκε ότι το φύλο επηρεάζει σημαντικά την εμφάνιση ειδικής φοβίας (φόβος σωματικού τραυματισμού), γενικευμένης αγχώδους διαταραχής, πανικού-αγοραφοβίας, κοινωνικής φοβίας και άγχους αποχωρισμού. Χαρακτηριστικά, τα κορίτσια φάνηκε να εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα άγχους σε διάφορα γεγονότα στη ζωή τους. Έχει φανεί ότι η έγκαιρη ανίχνευση και η πρώιμη παρέμβαση, παράλληλα με την ενίσχυση της συμβουλευτικής γονέων συμβάλλουν σημαντικά στην ομαλή ψυχοσωματική ανάπτυξη των παιδιών με αγχώδεις διαταραχές.

Λέξεις-κλειδιά: αγχώδεις διαταραχές, φύλο, παιδική ηλικία, διαφυλικές διαφορές

Abstract

Anxiety disorders are the most frequent psychiatric disorders in children and affect adversely their functioning in various, important sectors of their life. According to the literature, girls are more prone to develop an anxiety disorder. A recent survey, conducted on 461 students in 5th and 6th grades of Greek Primary Schools from urban and semi-urban areas, confirmed the findings of the previous literature.It was found that gender significantly influences the appearance of specific phobia (physical injury fears), generalized anxiety disorder, panic-agoraphobia, social phobia and separation anxiety. Specifically, it was found that girls experienced more stress to various events in their lives as compared to boys.It is

evident that early identification and intervention, together with the strengthening of parents will facilitate the psychosomatic development of children with anxiety disorders.

Keywords: anxiety disorders, gender, childhood, gender differences

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η εκτίμηση ενός ερεθίσματος ως απειλή οδηγεί ορισμένα άτομα στην εκδήλωση άγχους, έντασης και φόβου (Lazarus&Folkman, 1984). Το παιδί που εμφανίζει αρκετά συχνά έντονο άγχος για συγκεκριμένες ή μη καταστάσεις και σημαντική λειτουργική έκπτωση εξαιτίας αυτού σε τομείς, όπως η σχολική επίδοση, η συναισθηματική ανάπτυξη, η αλληλεπίδρασή του με το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον, διαγιγνώσκεται συνήθως με κάποια αγχώδη διαταραχή (Breinholst, Esbjorn, Reinholdt-Dunne, &Stallard, 2012. Riedford, 2010).

Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, οι αγχώδεις διαταραχές κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας αποτελούν την πιο κοινή ψυχιατρική διαταραχή και συνδέονται με ελλείμματα στην πνευματική, κοινωνική και ακαδημαϊκή εξέλιξη και με προβλήματα στη σωματική υγεία (Legerstee, Garnefski, Jellesma, Verhulst, &Utens, 2010). Η συχνότητα εμφάνισής τους σύμφωνα με επιδημιολογικές μελέτες σε μεγάλο δείγμα παιδιών εκτιμώνται σε ποσοστά που κυμαίνονται μεταξύ του 10% έως 20% (Breinholstetal., 2012. Keeley&Storch 2009. Kendalletal., 2010).

Σχετικά με τη συννοσηρότητα, το ένα τρίτο των παιδιών με αγχώδεις διαταραχές εμφανίζουν τα κριτήρια για δύο ή και περισσότερες αγχώδεις διαταραχές, ενώ υπάρχει πολύ μεγάλο ποσοστό συννοσηρότητας και με άλλες ψυχιατρικές ασθένειες που αγγίζει περίπου το 40% (Vallance&Garralda, 2008). Συγκεκριμένα, είναι πολύ συχνή η συνύπαρξη με διαταραχές, όπως ΔΕΠ-Υ, εναντιωματική-προκλητική διαταραχή (Riedford, 2010), κατάθλιψη, εθισμός σε ουσίες ή ακόμη και εκδήλωση αυτοκτονικών τάσεων (Breinholstetal., 2012).

Οι αγχώδεις διαταραχές στην παιδική ηλικία έχουν ταξινομηθεί από το DSM-IV-TR (APA, 2004) με βάση ορισμένα κριτήρια και συμπτώματα που πρέπει να ανιχνευθούν σε ένα παιδί, ώστε να διαγνωστεί με κάποια αγχώδη διαταραχή. Έτσι, έχει καταγραφεί: το Άγχος Αποχωρισμού, η Γενικευμένη Αγχώδη Διαταραχή, η Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή, η Κοινωνική Φοβία, η Κρίση Πανικού-Αγοραφοβία, η Ειδική Φοβία και το Μετατραυματικό Στρες. Το κοινό γνώρισμά τους είναι η εκδήλωση συγκεκριμένων, ποικίλων συμπτωμάτων, τα οποία είναι ψυχοσωματικά (πονοκέφαλοι, γαστρεντερικά προβλήματα, μειωμένη συγκέντρωση στο σχολείο), γνωστικά (αγχώδεις σκέψεις) και συμπεριφορικού χαρακτήρα (αποφυγή καταστάσεων στην προσωπική και κοινωνική ζωή) (Alfano, Ginsburg&Kingery, 2007.Keeley&Storch, 2009. Vallance&Garralda, 2008).

Η συχνότητα και η ένταση των συμπτωμάτων, καθώς και το αναπτυξιακό επίπεδο ενός παιδιού βοηθούν στην έγκυρη διάγνωση αυτών των διαταραχών (Riedford, 2010). Ωστόσο,

επειδή βρίσκεται σε συνεχείς αναπτυξιακές αλλαγές, υπάρχει περίπτωση ορισμένες διαταραχές να μετεξελιχθούν σε σχέση με την αρχική διάγνωση. Αυτό συμβαίνει διότι οι γνωστικές ικανότητες του παιδιού αναπτύσσονται σταδιακά, με αποτέλεσμα να αναγνωρίζει και να κατανοεί τους κινδύνους με διαφορετικό τρόπο, καθώς επίσης μαθαίνει να τους αντιμετωπίζει (Keeley&Storch, 2009). Για παράδειγμα, στην προσχολική ηλικία μπορεί να διαγνωστεί με άγχος αποχωρισμού και στην εφηβική αυτό να μετεξελιχθεί σε κοινωνική φοβία (Kendalletal., 2010).

ΑΓΧΩΔΕΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟ ΦΥΛΟ

Μολονότι δεν συμφωνούν όλες οι έρευνες, η εκδήλωση άγχους παρατηρείται σε μεγαλύτερη συχνότητα και σε υψηλότερα επίπεδα στα κορίτσια σε σχέση με τα αγόρια (Riedford, 2010). Σε επιδημιολογική έρευνα με δείγμα 1420 παιδιών για τον επιπολασμό διαφόρων ψυχικών διαταραχών φάνηκε ότι τα κορίτσια εμφανίζουν πιο συχνά αγχώδεις διαταραχές (Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler, &Angold, 2003). Αντίθετα, σε μια τετράχρονης διάρκειας έρευνα αντίστοιχου ενδιαφέροντος σε δείγμα 3042 παιδιών δεν φάνηκε να υπάρχουν διαφυλικές διαφορές στις αγχώδεις διαταραχές (Merikangas, He, Brody, Fisher, Bourdon, &Koretz, 2010).

Η παραπάνω φαινομενική διαφορά ενδεχομένως να οφείλεται στο γεγονός ότι η συχνότητα στο γενικό πληθυσμό στην παιδική ηλικία είναι περίπου στα ίδια επίπεδα, ενώ η αναλογία γίνεται περίπου 2:1 έως 3:1 (κορίτσια:αγόρια) κατά την εφηβική ηλικία (Rockhill, Kodish, DiBattisto, Macias, Varley, &Ryan, 2010). Τα κορίτσια βιώνουν πιο συχνά την πρόκληση άγχους και δυσκολεύονται ιδιαίτερα να ελέγξουν τα αρνητικά συναισθήματα που τους προκαλεί σε σχέση με τα αγόρια (Bender, Reinholdt-Dunne, Esbjorn, &Pons, 2012).

Ωστόσο, ως προς την πρόωρη εμφάνιση των αγχωδών διαταραχών, οι περισσότερες έρευνες δείχνουν τα κορίτσια να υπερέχουν σε σχέση με τα αγόρια, με τα πρώτα σημάδια να πρωτοεμφανίζονται στην ηλικία των έξι ετών και να αυξάνονται μεταξύ του ηλικιακού φάσματος οκτώ έως δέκα ετών (DelaBarra, Vicente, Saldivia, &Melipillan, 2014. Lewinsohn, Peer, Gotlib, Seeley, &Allen, 1998). Σχετικά με το διαγνωστικό προφίλ ενός ατόμου με αγχώδη διαταραχή βρέθηκε στην έρευνα των Kendallκαι συνεργατών (2010), ότι το φύλο δεν επηρεάζει σημαντικά την κλινική εικόνα του παιδιού, ούτε τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων.

Ειδική Φοβία και διαφυλικές διαφορές

Σύμφωνα με το DSM-IV-TR (APA, 2004) το άτομο με Ειδική Φοβία εμφανίζει έκδηλο και επίμονο φόβο, ο οποίος είναι υπερβολικός, παράλογος και ανεξήγητος και προκαλείται από την παρουσία ή την πρόβλεψη εμφάνισης ενός ειδικού αντικειμένου ή ειδικής κατάστασης (όπως αεροπορικά ταξίδια, ύψη, ζώα, ένεση κλπ.). Η έκθεση στο φοβικό ερέθισμα προκαλεί σχεδόν πάντα πρόκληση άγχους, που μπορεί να συνοδευτεί και από εμφάνιση πανικού (Vallance&Garralda, 2008). Η ύπαρξη των συμπτωμάτων παρατηρείται τουλάχιστον για έξι μήνες δημιουργώντας έκπτωση στη λειτουργικότητα του παιδιού και τα οποία δεν εξηγούνται καλύτερα από άλλη ψυχική διαταραχή (όπως ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, διαταραχή άγχους αποχωρισμού κλπ.) (APA, 2004), ενώ ως ηλικία έναρξης προτείνονται τα 5 έτη και άνω (Vallance&Garralda, 2008).

Η συχνότητα της ειδικής φοβίας στον παιδικό πληθυσμό δεν είναι σε όλες τις έρευνες ίδια. Σύμφωνα με τους Vallance και Garralda (2008), το 2%-4% των παιδιών εμφανίζουν κάποια ειδική φοβία με την αναλογία κορίτσια/αγόρια να μην εμφανίζει αξιοσημείωτες διαφορές. Σε άλλες πηγές αναφέρεται η συχνότητα στο γενικό πληθυσμό στο 5%-10% και σε κλινικό δείγμα παιδιών με αγχώδεις διαταραχές περίπου στο 15%, με τα κορίτσια εδώ να εμφανίζουν περισσότερες φοβίες (Keeley&Storch, 2009. May, Rudy, Davis, &Matson, 2013). Γενικά, και τα ευρήματα παλαιότερων ερευνών συμφωνούσαν στο ότι τα κορίτσια αντιμετωπίζουν πιο συχνά φοβίες (Muris, Schmidt, & Merckelbach, 1999. Ollendick, King, & Frary, 1989).

Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή και διαφυλικές διαφορές

Τα βασικά χαρακτηριστικά ενός ατόμου με Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή σύμφωνα με το DSM-IV-TR είναι η εμφάνιση Ιδεοληψιών και Ψυχαναγκασμών. Οι Ιδεοληψίες αφορούν επαναλαμβανόμενες και επίμονες σκέψεις, παρορμήσεις ή εικόνες, οι οποίες βιώνονται ως παρείσακτες και προκαλούν άγχος, ανησυχία ή ενόχληση (APA, 2004). Ο φόβος για μόλυνση, η ανάγκη για συμμετρία, ακρίβεια και ευταξία, οι ανησυχίες για ηθική και θρησκευτική συμπεριφορά, η ενασχόληση με συγκεκριμένους αριθμούς που έχουν κάποιο νόημα γι' αυτούς, αποτελούν κάποιες από τις εμμονές/ ιδεοληψίες του (Keeley&Storch, 2009. Rockilletal., 2010). Ο φόβος ότι θα συμβεί ένα καταστροφικό γεγονός στην οικογένεια αποτελεί την πιο συχνή εμμονή τους (AACAP, 2012).

Οι Ψυχαναγκασμοί αφορούν επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές ή νοερές πράξεις (σαν τελετουργίες) με σκοπό να μειωθεί το άγχος, που προκαλεί μια ιδεοληψία ή να αποτραπεί κάποιο γεγονός, χωρίς βέβαια να συνδέονται ρεαλιστικά όλα αυτά με το γεγονός πρόκλησής του (APA, 2004). Καταναγκασμοί όπως, τελετουργικοί καθαρισμοί χεριών και απολύμανσης, συχνή εξομολόγηση και προσευχή, μέτρημα, επαναλήψεις, συχνοί έλεγχοι, ευθυγράμμιση αντικειμένων και συμπεριφορές ρουτίνας είναι οι πιο συχνοί (Masi, Mucci, Nicoletta, Bertini,

Milantoni, &Arcangeli, 2005). Το συχνό πλύσιμο των χεριών και οι επαναλαμβανόμενοι έλεγχοι είναι από τους πιο συχνούς ψυχαναγκασμούς (AACAP, 2012). Παρόλο που οι τελετουργίες βοηθούν στην προσωρινή καταστολή του άγχους, δεν συμβάλλουν στην μακροπρόθεσμη ανακούφιση εξαιτίας της επίμονης και επαναλαμβανόμενης φύσης αυτών των σκέψεων και εικόνων (Keeley&Storch, 2009).

Η υψηλή συχνότητα της διαταραχής δεν ήταν εμφανής μέχρι την πρώτη επιδημιολογική έρευνα που διεξήχθη μόλις πριν είκοσι χρόνια, εντοπίζοντας αυτή την «κρυμμένη» διαταραχή (AACAP, 2012). Επιδημιολογικές μελέτες έχουν εκτιμήσει τον επιπολασμό της συγκεκριμένης διαταραχής σε ποσοστό που κυμαίνεται μεταξύ 0,1% έως 4% (Futh, Simonds, &Micalic, 2012. Moreso, Hernandez-Martinez, Arija, &CanalsSans, 2013). Στην Αμερική αποτελεί την τέταρτη πιο συχνή παιδιατρική ψυχιατρική νόσο, ενώ οι μισοί ενήλικες με Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή είχαν συμπτώματα ήδη από την παιδική ηλικία (Nakatani, Krebs, Micali, Turner, Heymanv &Mataix-Cols, 2011). Μάλιστα ως προς την πρόωρη εμφάνιση της διαταραχής έχει υποστηριχθεί η αναλογία αγόρια/κορίτσια είναι 3:2, με τα περισσότερα αγόρια να εμφανίζουν τη διαταραχή σε πολύ μικρή ηλικία (Gelleretal., 1998. Nakatanietal., 2011) και με κύρια συμπτώματα τους καταναγκασμούς και όχι τις ιδεοληψίες (Storchetal., 2007). Ωστόσο, σε έρευνα των Moresoetal. (2013), δεν εντοπίστηκε κάποια συσχέτιση μεταξύ της διαταραχής και του φύλου.

Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή και διαφυλικές διαφορές

Σύμφωνα με το DSM-IV-TR (APA, 2004), η Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή εμφανίζεται κυρίως σε παιδιά προεφηβικής ηλικίας με κυριότερο σύμπτωμα τη συνεχή παρουσία υπερβολικού άγχους και ανησυχίας για μια σειρά γεγονότων ή δραστηριοτήτων. Η έντονη και αδικαιολόγητη αυτή ανησυχία μπορεί να σχετίζεται με μελλοντικά γεγονότα, με την υγεία των δικών τους προσώπων, με τις εξελίξεις στον κόσμο, τη σχολική τους επίδοση, καθώς και την εμφάνισή τους (Storchetal., 2007. Vallance&Garralda, 2008). Η ανησυχία για την υγεία τους ή για τα σημαντικά άτομα από τον περίγυρό τους εμφανίζεται στις έρευνες ως η πλέον χαρακτηριστική ένδειξη για τη διάγνωση της διαταραχής (Layne, Bernat, Victor, &Bernstein, 2009).

Επιδημιολογικές μελέτες έχουν εκτιμήσει τον επιπολασμό της συγκεκριμένης διαταραχής σε ποσοστό που κυμαίνεται από 2,7% (Topolski et al.,1997.Vallance&Garralda, 2008) έως 10% στον παιδικό πληθυσμό, με την αναλογία κοριτσιών/αγοριών άλλοτε να εμφανίζεται υπέρ των κοριτσιών (DelaBarraetal., 2014) και άλλοτε να παραμένει η ίδια (Vallance&Garralda, 2008). Ως χρόνος έναρξης προσδιορίζονται τα 8,5 έτη, αν και θεωρείται κυρίως διαταραχή της προεφηβικής και εφηβικής ηλικία (Vallance&Garralda, 2008). Στην

έρευνα των Topolskietal. (1997) αναδείχθηκε ότι υπάρχει μία σημαντική διαφορά μεταξύ των αγοριών και των κοριτσιών στον αριθμό των συμπτωμάτων που εμφανίζουν, με τα κορίτσια να εμφανίζουν περισσότερα.

Διαταραχή Πανικού- Αγοραφοβία και διαφυλικές διαφορές

Στο DSM-IV-TR (APA, 2004) συναντάμε δύο κατηγορίες: τη Διαταραχή Πανικού με αγοραφοβία και τη Διαταραχή Πανικού χωρίς Αγοραφοβία. Το κυριότερο χαρακτηριστικό στη Διαταραχή Πανικού είναι η ανεξέλεγκτη εμφάνιση σοβαρού άγχους (πανικού) χωρίς συγκεκριμένη αγχογόνα κατάσταση. Το παιδί με αυτή τη διαταραχή αισθάνεται ότι θα βρεθεί και μελλοντικά σε κατάσταση πανικού με σημαντικές συνέπειες, όπως δυσκολία στην αναπνοή, χάσιμο ελέγχου/ της ζωής του/ της συνείδησης της πραγματικότητας ή να πάθει ακόμη και καρδιακή προσβολή και γι' αυτό αλλάζει τη συμπεριφορά του (AACAP, 2012. Doerfler, Connor, Volungis&Toscano, 2007) εκδηλώνοντας ατονία και αδυναμία (Keeley&Storch, 2009).

Η κρίση πανικού συνοδεύεται από πολλαπλά σωματικά συμπτώματα, όπως στομαχόπονος, πονοκέφαλος, πόνος στο στήθος (Rockhilletal., 2010. Vallance&Garralda, 2008), ταχυκαρδίες, τρέμουλο, «κόψιμο» ανάσας, ναυτίες, ζαλάδες, εφίδρωση (Doerfleretal., 2007). Η επιθυμία αποφυγής αυτών των δυσάρεστων συναισθημάτων και φόβων οδηγεί τελικά στην αγοραφοβία, δηλαδή στο υπερβολικό άγχος σε δημόσιους χώρους (Rockhilletal., 2010). Επισημαίνεται ότι η αγοραφοβία δεν θεωρείται ξεχωριστή διαταραχή αλλά εντάσσεται στα πλαίσια της Διαταραχής Πανικού (Doerfleretal., 2007).

Αν και η κρίση πανικού αρχικά εθεωρείτο ως αποκλειστική διαταραχή των ενηλίκων, πρόσφατες έρευνες έδειξαν ότι και άτομα στην παιδική και εφηβική ηλικία βιώνουν παρόμοιες εμπειρίες (Doerfleretal., 2007). Αν και δεν υπάρχουν εκτενείς επιδημιολογικές μελέτες για αυτή την παιδική διαταραχή, τα περιορισμένα στοιχεία υποδεικνύουν συχνότητα που κυμαίνεται από 1% έως 5% (Keeley&Storch, 2009), ενώ το ποσοστό αυξάνεται σε 10-15% σε κλινικό δείγμα παιδιών και εφήβων (Doerfleretal., 2007. Vallance&Garralda, 2008). Σχετικά με την αναλογία κοριτσιών/αγοριών φαίνεται σε κάποιες μελέτες να κυμαίνεται περίπου στα ίδια ποσοστά (Vallance&Garralda, 2008), ενώ σε άλλες προκύπτει ότι συναντάται περισσότερο στα κορίτσια (Doerfleretal., 2007).

Κοινωνική Φοβία και διαφυλικές διαφορές

Βασικό χαρακτηριστικό της Κοινωνικής Φοβίας είναι η εμφάνιση έκδηλου και επίμονου φόβου ενός ατόμου, όταν πρόκειται να εμπλακεί σε κοινωνικές καταστάσεις, να εμφανιστεί μπροστά σε κοινό ή άγνωστους ανθρώπους. Στο DSM-IV-TR (APA, 2004) αναφέρεται ότι το άτομο φοβάται ότι θα δράσει με τέτοιο τρόπο ώστε θα φανερωθεί το άγχος του και οι συνακόλουθες επιπτώσεις, με αποτέλεσμα να ταπεινωθεί ή να βρεθεί σε αμηχανία. Συγκεκριμένα, όταν εμφανίζεται μια φοβική κατάσταση, ακολουθούν συμπτώματα όπως εφίδρωση, αυξημένοι καρδιακοί παλμοί, κλάματα, νευρικότητα, αδρανοποίηση και αποφυγή κοινωνικών συναναστροφών με άγνωστους ανθρώπους κυρίως για τα μικρότερα παιδιά (Vallance&Garralda, 2008).

Είναι ανάμεσα στις πιο κοινές διαταραχές άγχους στην παιδική ηλικία με το ποσοστό να κυμαίνεται από 1% έως 7%. (Alkozei, Cooper, &Creswell, 2014. DelaBarraetal., 2014. Keeley&Storch, 2009. Vallance&Garralda, 2008) και με ηλικία πρώτης εμφάνισης να ορίζεται το διάστημα 11-15 ετών (Scharfstein, Alfano, Beidel&Wong, 2011). Η αναλογία κοριτσιών/αγοριών δείχνει τα πρώτα να προηγούνται (Vallance&Garralda, 2008), με τα κορίτσια μάλιστα να εμφανίζουν από περισσότερα μέχρι πολύ περισσότερα συμπτώματα (Topolski et al.,1997). Σχετικά με το διαγνωστικό προφίλ ενός ατόμου με τη συγκεκριμένη διαταραχή, σύμφωνα με πρόσφατη έρευνα φαίνεται τόσο τα αγόρια όσο και τα κορίτσια να αντιμετωπίζουν τις ίδιες δυσκολίες στην ανάπτυξη φιλικών και κοινωνικών σχέσεων (Scharfstein etal., 2011).

Διαταραχή άγχους αποχωρισμού και διαφυλικές διαφορές

Η διαταραχή άγχους αποχωρισμού χαρακτηρίζεται από επίμονο, υπερβολικό και αναπτυξιακά ακατάλληλο φόβο ενός παιδιού όταν πρόκειται να φύγει από το σπίτι ή να αποχωριστεί οικεία πρόσωπα με τα οποία είναι προσκολλημένο ή να μείνει μακριά από το σπίτι του ή να κοιμηθεί μόνο του χωρίς όμως να αναμένεται τέτοια συμπεριφορά στην ηλικία που βρίσκεται (Allen, Lavallee, Herren, Ruhe&Schneider, 2010. Vallance&Garralda, 2008). Μάλιστα αυτή η ασυνήθιστη συμπεριφορά προκαλεί μη λειτουργική συμπεριφορά, όπως άρνηση να πάει σχολείο (Ehrenreich, Santucci, &Weiner, 2008). Αυτό μπορεί να οφείλεται και στην επίμονη ανησυχία ότι κάτι κακό θα συμβεί στο ίδιο ή στο πρόσωπο προσκόλλησης εάν συμβεί ο αποχωρισμός.

Επίσης, εμφανίζουν στρεσογόνες συμπεριφορές όπως κλάμα, ξεσπάσματα θυμού (Allenetal., 2010), προβλήματα στον ύπνο τους (εφιάλτες) και σωματικές ενοχλήσεις (π.χ. κεφαλαλγίες, στομαχικοί πόνοι, ναυτία ή έμετοι) (Keeley&Storch, 2009). Ως κριτήριο πρώτης εκδήλωσης αναφέρεται η ηλικία πριν τα έξι έτη, ενώ μπορεί να συμβεί σε

οποιαδήποτε ηλικία, αλλά κυρίως πριν την προεφηβική ηλικία, και περίπου στα 7 (Vallance&Garralda, 2008) με 8 έτη (Allenetal., 2010).

Η συχνότητα εμφάνισης της διαταραχής άγχους αποχωρισμού κυμαίνεται περίπου από 2% έως 4% (Shear, Jin, Ruscio, Walters&Kessler, 2006.Vallance&Garralda, 2008), ενώ σύμφωνα με πιο πρόσφατες έρευνες, το ποσοστό βρίσκεται μεταξύ του 4,1% και 5,1%. (Brand, Wilhelm, Kossowsky, Holsboer-Trachsler, & Schneider, 2011. DelaBarraetal., 2014). Η αναλογία κοριτσιών/αγοριών συναντάται άλλοτε με τα κορίτσια να προηγούνται (Vallance&Garralda, 2008. DelaBarraetal., 2014), ενώ στην έρευνα των Allenetal. (2010) δεν φάνηκε το φύλο να παίζει κάποιο ρόλο ως προς την αναλογία. Ωστόσο, στη συγκεκριμένη έρευνα φάνηκε ότι τα κορίτσια παρουσιάζουν πιο συχνά άρνηση να πάνε στο σχολείο σε σχέση με τα αγόρια.

Διαταραχή του Στρες μετά από τραυματικό γεγονός και διαφυλικές διαφορές

Η Διαταραχή του Στρες μετά από Τραυματικό Γεγονός δεν αποτελεί μία από τις κοινές αγχώδεις διαταραχές που εντοπίζεται στην παιδική ηλικία. Στο DSM-IV-TR (APA, 2004) αναφέρεται ότι το άτομο έχει εκτεθεί σε ένα τραυματικό γεγονός, στο οποίο υπήρξε πραγματικός ή επαπειλούμενος θάνατος ή σοβαρός τραυματισμός ή απειλή σωματικής ακεραιότητας του εαυτού ή άλλων με το παιδί να αντιδρά με έντονο φόβο ή/και με αποδιοργανωμένη ή διεγερτική συμπεριφορά. Το τραυματικό γεγονός επαναβιώνεται επίμονα με επαναλαμβανόμενες, παρείσακτες και ενοχλητικές ανακλήσεις, με συνεχή ενοχλητικά όνειρα, μέσα από παραισθήσεις, ψευδαισθήσεις ή αποσυνδετικά επεισόδια επαναβιώσεων (flashbacks), με έντονη ψυχική ενόχληση και σωματικές ενοχλήσεις σε ό,τι σκέφτεται ή βλέπει και θυμίζει το τραυματικό γεγονός (Trickey, Siddaway, Stedman, Serpell&Field, 2012).

Αν και δεν υπάρχουν εκτενείς επιδημιολογικές μελέτες για το παιδικό μετατραυματικό στρες, στοιχεία βασισμένα σε διαφορετικές περιπτώσεις υποδεικνύουν συχνότητα που κυμαίνεται από 1% έως 14% (Keeley&Storch, 2009) Στη βιβλιογραφική ανασκόπηση των Alisicetal. (2014), όπου μελετήθηκε πλήθος περιπτώσεων παιδιών που είχαν εμπλακεί άμεσα ή έμμεσα σε κάποιο τραυματικό γεγονός βρέθηκε ότι το 15,9% εμφάνισε τη συγκεκριμένη διαταραχή. Σχετικά με το φύλο βρέθηκε τα κορίτσια να είναι πιο ευάλωτα στην εμφάνιση μετατραυματικού στρες σε σχέση με τα αγόρια.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Δείγμα

Το δείγμα της έρευνας αποτελούσαν 461 μαθητές, από τους οποίους 218 (47,3%) ήταν αγόρια και 243 (52,7%) κορίτσια. Ως προς την τάξη φοίτησης, οι 227 μαθητές/τριες (49,2%) πήγαιναν στην Ε΄ τάξη δημοτικού, ενώ οι 234 (50,8%) ήταν μαθητές/τριες της ΣΤ΄ τάξης. Τέλος, οι 234 των μαθητών/τριών (50,8%) κατοικούσαν στην Αθήνα, ενώ οι 227 (49,2%) κατοικούσαν στο Αγρίνιο. Η συντριπτική πλειοψηφία των μαθητών δήλωσε ως τόπο γέννησης την Ελλάδα (98%).

Μέσα συλλογής δεδομένων

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα αποτελείτο από:

Έναν πίνακα με κλειστού τύπου ερωτήσεις για τα κοινωνικοοικονομικά δεδομένα των μαθητών/τριών και της οικογένειάς τους (π.χ. φύλο) και την ελληνική προσαρμογή του «SpenceChildren'sAnxietyScale (SCAS)» (Spence 1998), το οποίο είναι κατάλληλο να διακρίνει τα διαφορετικά είδη αγχωδών διαταραχών στον γενικό πληθυσμό παιδιών ηλικίας 8-12 ετών. Το SCAS εκτιμά συμπτώματα, που σχετίζονται με το Άγχος Αποχωρισμού, την Κοινωνική Φοβία, την Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή, την Κρίση Πανικού-Αγοραφοβία, την Ειδική Φοβία και τη Γενικευμένη Αγχώδη Διαταραχή. Περιλαμβάνει 44 ερωτήσεις κλειστού τύπου και αξιολογείται σε τετράβαθμη κλίμακα Likert: *«Ποτέ», «Μερικές φορές», «Συχνά», «Πολύ συχνά»* και μία ανοικτού τύπου. Από αυτές, οι 38 αφορούν συγκεκριμένα συμπτώματα άγχους και οι υπόλοιπες 6 έχουν σκοπό να μειώσουν την ενδεχόμενη τάση να απαντούν αρνητικά οι συμμετέχοντες και γι' αυτό δεν υπολογίζονται στη στατιστική ανάλυση.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Τα δεδομένα της έρευνας υποβλήθηκαν σε μονοπαραγοντικές και πολυπαραγοντικές αναλύσεις, προκειμένου να μελετηθεί η συσχέτιση όλων των επιμέρους μεταβλητών του SCASμε το φύλο. Συγκεκριμένα στον Πίνακα 1 παρατηρείται ότι οι παράγοντες «Άγχος Αποχωρισμού», «Κοινωνική Φοβία» και «Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή» εξαρτώνται από τη μεταβλητή φύλο και η σχέση αυτή βρέθηκε σημαντική σε επίπεδο σημαντικότητας 1%. Αναλυτικότερα, εκτιμήθηκε ότι τα κορίτσια σε σχέση με τα αγόρια έχουν υψηλότερα ποσοστά άγχους και στους τρεις παράγοντες.

SCAS-GR	Άγχος Αποχωρισμού	Κοινωνική Φοβία	Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή
Φύλο	13,031** (0,000)	11,206** (0,001)	7,920** (0,005)

**p<0.01

Πίνακας 1. Συσχέτιση παραγόντων κλίμακας SCAS-GRμε το φύλο (n=461)

Για να εντοπιστεί η επίδραση του φύλου στους παράγοντες του SCAS πραγματοποιήθηκε ανάλυση παλινδρόμησης. Τα αποτελέσματα, όπως φαίνονται στον Πίνακα 2, έδειξαν ότι τα αγόρια εμφανίζουν μικρότερο άγχος σχεδόν σε όλα τα επίπεδα και συγκεκριμένα στους δείκτες: Άγχος Αποχωρισμού, Κοινωνική Φοβία, Άγχος Πανικού-Αγοραφοβία, Ειδική Φοβία αλλά και Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή σε σχέση με τα κορίτσια. Η Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή δεν φάνηκε να εξαρτάται από το φύλο.

Πίνακας 2. Εκτίμηση πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης για την επίδραση του φύλου στους παράγοντες του SCAS

Μεταβλητής	**Άγχος Αποχωρ.**	**Κοινωνική Φοβία**	**Ιδεοψυχα-ναγκαστική Διαταραχή**	**Πανικός-Αγοραφοβία**	**Ειδική Φοβία**	**Γενικευμ. Αγχώδης Διαταραχή**
Σταθερός όρος	4,014** (21,64)	6,135** (16,19)	7,035** (19,50)	4,017** (13,15)	4,238** (19,54)	5,798** (27,64)
Φύλο	-1,305** (-4.26)	1,581** (-4,80)	-	0,980** (-2,80)	1,310** (-5,14)	-1,551** (-5,83)

*p< 0.05, **p<0.01

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας επιβεβαίωσαν τα δεδομένα προγενέστερων μελετών καθώς βρέθηκε σημαντική η συσχέτιση του φύλου με συγκεκριμένες κατηγορίες αγχωδών διαταραχών. Συγκεκριμένα, φάνηκε ότι τα κορίτσια είναι πιο επιρρεπή στην εμφάνιση Άγχους Αποχωρισμού, Κοινωνικής Φοβίας, Γενικευμένης Αγχώδους Διαταραχής, Ειδικής Φοβίας και Άγχος Πανικού- Αγοραφοβία σε σχέση με τα αγόρια. Αυτό επιβεβαιώνεται από συναφείς έρευνες του εξωτερικού (Bernstein, Borchardt, &Perwien, 1996. Spence, 1997. Spence, 1998. Riedford, 2010) και από την έρευνα των Mellon&Moutavelis (2007) που πραγματοποιήθηκε στην Ελλάδα. Επίσης, δεν φάνηκε να υπάρχει κάποια συσχέτιση της Ιδεοψυχαναγκαστικής Διαταραχής ως προς το φύλο, εύρημα το οποίο έχει επισημανθεί τόσο από την Spence (1997), όταν κατασκεύασε το ψυχομετρικό αυτό εργαλείο όσο και από τους Mellon&Moutavelis (2007).

Τα αποτελέσματα για το Άγχος Αποχωρισμού επιβεβαιώνονται και από την έρευνα που διεξήγαγαν οι Topolskietal. (1997), όπου μελετήθηκαν το Άγχος Αποχωρισμού και η Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή ως προς το φύλο και συμπέραναν ότι στην ηλικιακή ομάδα 11-13 ετών τα κορίτσια διαφοροποιούνται ως προς τα ποσοστά εμφάνισης της πρώτης διαταραχής σε σχέση με τα αγόρια. Τα ευρήματα της συγκεκριμένης έρευνας για τη Γενικευμένη-Υπεραγχώδη Διαταραχή δεν συμπίπτουν με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας καθώς βρέθηκε ότι δεν υπάρχει σημαντική διαφορά.

Είναι σαφές ότι τα κορίτσια εμφανίζουν πιο συχνά και σε μεγαλύτερο βαθμό άγχος σε διάφορα γεγονότα στη ζωή τους. Η δημιουργία προγραμμάτων έγκυρης ανίχνευσης και πρώιμης παρέμβασης, καθώς επίσης και η ενίσχυση διαφόρων προγραμμάτων συμβουλευτικής γονέων θα δημιουργήσουν τις προϋποθέσεις για την ομαλή ψυχοσωματική ανάπτυξη παιδιών που αντιμετωπίζουν αγχώδεις διαταραχές. Άλλωστε, τα αποτελέσματα συναφών ερευνών μαρτυρούν ότι ο γονεϊκός παράγοντας (αρνητικό οικογενειακό περιβάλλον) επιδρούν σημαντικά στην ανάπτυξη και διατήρηση του παιδικού άγχους (Breinholst et al., 2012).

Βιβλιογραφικές παραπομπές

Alfano, C. A., Ginsburg, G. S., &Kingery, J. N. (2007). Sleeprelated problems among children and adolescents with anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 46,* 224−232.

Alisic, E. et al. (2014). Rates of post-traumatic stress disorder in trauma-exposed children and adolescents: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry, 204,* 335–340.

Alkozei, A., Cooper, P. J., &Creswell, C. (2014). Emotional reasoning and anxiety sensitivity: Associations with social anxiety disorder in childhood. *Journal of Affective Disorders, 152-154,* 219–228.

Allen, J. L., Lavallee, K. L., Herren, C., Ruhe, K., & Schneider, S. (2010). DSM-IV criteria for childhood separation anxiety disorder: Informant, age, and sex differences. *Journal of Anxiety Disorders, 24,* 946–952.

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (2012). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 51*(1), 98−113.

American Psychiatric Association (2004). *ΔιαγνωστικάΚριτήρια DSM-IV-TR* (Μετφρ.-Επιμ.: Κ. Γκοτζαμάνης). Αθήνα: ΙατρικέςΕκδόσειςΛίτσας.

Bender, P. K., Reinholdt-Dunne, M. L., Esbjorn, B. H., & Pons, F. (2012). Emotion dysregulation and anxiety in children and adolescents: Gender differences, *Personality and Individual Differences, 53*(3), 284–288.

Bernstein, G. A., Borchardt, C. M. & Perwien, A. R. (1996). Anxiety Disorders in Children and Adolescents: A Review of the Past 10 Years. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 35(9), 1110-1119.

doi: http://dx.doi.org/10.1097/00004583-199609000-00008

Brand, S., Wilhelm, F. H., Kossowsky, J., Holsboer- Trachsler, E., & Schneider, S. (2011). Children suffering from separation anxiety disorder (SAD) show increased HPA axis activity compared to healthy controls. *Journal of Psychiatric Research, 45,* 452- 459.

Breinholst, S., Esbjorn, B. H., Reinholdt-Dunne, M. L., & Stallard, P. (2012). CBT for the treatment of child anxiety disorders: A review of why parental involvement has not enhanced outcomes. *Journal of Anxiety Disorders, 26,* 416-424.

Costello, E. J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G., &Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry, 60,* 837-844.

De la Barra, F. et al. (2014). Separation anxiety, social phobia and generalized anxiety disorders in the chilean epidemiological study of children and adolescents. *Child & Adolescent Behavior, 2*(3), 2-7.

Doerfler, L. A., Connor, D. F., Volungis, A. M., & Toscano, P. F. (2007). Panic disorder in clinically referred children and adolescents. *Child Psychiatry of Human Development, 38*, 57-71. doi 10.1007/s10578-006-0042-5

Ehrenreich, J. T., Santucci, L. C., & Weiner C. L. (2008). Separation anxiety disorder in youth: Phenomenology, assessment, and treatment. *Psicologia Conductual, 16*(3), 389–412.

Futh, A., Simonds L. M., & Micalic, N. (2012). Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: Parental understanding, accommodation, coping and distress. *Journal of Anxiety Disorders, 26,* 624-632.

Geller, D. et al. (1998). Is juvenile obsessive compulsive disorder a developmental subtype of the disorder? A review of the pediatric literature. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 37,* 420-427.

Keeley, M. L., & Storch, E. A. (2009). Anxiety disorders in youth. *Journal of Pediatric Nursing, 24*(1), 26-40.

Kendall, P. C. et al. (2010). Clinical characteristics of anxiety disordered youth. *Journal of Anxiety Disorders, 24,* 360-365.

Layne, A. E., Bernat, D. H., Victor, A. M., & Berstein, G. A. (2009). Generalized anxiety disorder in a nonclinical sample of children: Symptom presentation and predictors of impairment. *Journal of Anxiety Disorders, 23,* 283–289.

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

Legerstee, J. S., Garnefski, N., Jellesma, F. C., Verhulst, F. C., & Utens, E. M. (2010). Cognitive coping and childhood anxiety disorders. *European Child & Adolescent Psychiatry, 19,* 143–150.

Lewinsohn, M., Peer M., Gotlib, I. H., Seeley, J. R., & Allen, N. B. (1998). Gender differences in anxiety disorders and anxiety symptoms in adolescents. *Journal of Abnormal Psychology, 107*(1), 109-117.

Masi, G., Mucci, M., Nicoletta, B., Bertini, N., Milantoni, L., & Arcangeli, F. (2005). A naturalistic study of referred children and adolescents with obsessive–compulsive disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 41,* 1431−1438.

May, A. C., Rudy, B. M., Davis, T. E., & Matson J. L. (2013). Evidence-based behavioral treatment of dog phobia with young children: Two case examples. *Behavior Modification, 37*(1), 143–160.

Mellon, R. C., & Moutavelis, A. G. (2007). Structure, developmental course, and correlates of children's anxiety disorder-related behavior in a Hellenic community sample. *Journal of Anxiety Disorders, 21,* 1–21.doi:10.1016/j.janxdis.2006.03.008

Merikangas, K. R., He, J. P., Brody, D., Fisher, P. W., Bourdon, K., & Koretz, D. S. (2010). Prevalence and treatment of mental disorders among US children in the 2001-2004. *NHANES. Pediatrics, 125,* 75-81.

Moreso, N. V., Hernandez-Martinez, C., Arija Val, V., & Canals Sans, J. (2013). Socio-demographic and psychopathological risk factors in obsessive-compulsive disorder: Epidemiologic study of school population. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 13*, 118−126.

Muris, P., Schmidt, H., & Merckelbach, H. (1999). The structure of specific phobia symptoms among children and adolescents. *Behaviour Research and Therapy, 37*, 863-868.

Nakatani, E., Krebs, G., Micali, N., Turner, C., Heyman, I., & Mataix-Cols, D., (2011). Children with very early onset obsessive-compulsive disorder: clinical features and treatment outcome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 52*(12), 1261–1268.

Ollendick, T. H., King, N. J., & Frary, R. B. (1989). Fears in children and adolescents: Reliability and generalizability across gender, age, and nationality. *BehaviourResearch and Therapy, 27*, 19-26.

Riedford, K. (2010). Recognizing anxiety disorders in children and adolescents. *The Journal for Nurse Practitioners, 6*(9), 727-728.

Rockhill, C., Kodish, I., DiBattisto, C., Macias, M., Varley, C., & Ryan, S. (2010). Anxiety disorders in children and adolescents. *Current Problems Pediatric and Adolescent Health Care, 40*, 66-99.

Scharfstein, L., Alfano, C., Beidel, D., & Wong, N. (2011). Children with generalized anxiety disorder do not have peer problems, just fewer friends. *Child Psychiatry and Human Development, 42*, 712-723.

Shear, K., Jin, R., Ruscio, A. M., Walters, E.E., & Kessler, R. C. (2006). Prevalence and correlates of estimated DSM-IV child and adult separation anxiety disorder in the national comorbidity survey replication. *American Journal of Psychiatry, 163*,1074-1083.

Spence, S. H. (1998). A measure of anxiety symptoms among children. *Behaviour Research and Therapy, 36*, 545-566.

Spence, S. H. (1997). Structure of anxiety symptoms among children: A confirmatory factor-analytic study. *Journal of Abnormal Psychology, 106*(2), 280-297.

Storch, E. A. et al. (2007). Family accommodation in pediatric obsessive–compulsive disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 36*, 207-216.

Topolski, T. D. et al. (1997). Genetic and environmental influences on child reports of manifest anxiety and symptoms of separation anxiety and overanxious disorders: A community- based twin study. *Behavior Genetics, 27*(1), 15-28.

Trickey, D., Siddaway, A. P., Stedman, R. M., Serpell, L., & Field, A. P. (2012). A meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in children andadolescents. *Clinical Psychology ReviewVolume, 32*(2), 122–138.

Vallance, A., & Garralda, E. (2008). Anxiety disorders in children and adolescents. *ClinicalSyndromes*, *7*(8), 325-330.