

Θεωρίες άγχους: Μία κριτική ανασκόπηση

Σταυρούλα Μητρούση¹, Αντώνιος Τραυλός², Ευμορφία Κούκια³, Σοφία Ζυγά⁴

1. Ψυχολόγος, MSc, PhD(c), Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου
2. Αναπληρωτής Καθηγητής, Τμήμα Οργάνωσης και Διαχείρισης Αθλητισμού, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου
3. Επίκουρος Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών
4. Επίκουρος Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Επίκουρος Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τα τελευταία χρόνια διαπιστώνεται αυξανόμενο το ενδιαφέρον για τη μελέτη του φαινομένου του στρες. Η μελέτη του στρες είναι δικαιολογημένη, καθώς συνδέεται με την εκδήλωση συμπτωμάτων/ενδείξεων σε οργανικό και ψυχολογικό επίπεδο. Σε ό,τι αφορά το πρώτο, συνήθως εκδηλώνονται ήπια ή σοβαρά ψυχοσωματικά προβλήματα. Σε ό,τι αφορά στο ψυχολογικό επίπεδο, το στρες επηρεάζει τη συμπεριφορά (αυξημένη ανησυχία και ευερεθιστότητα), τις συναισθηματικές αντιδράσεις αυξημένο άγχος, συναισθηματικές μεταπτώσεις, τη γνωστική λειτουργικότητα (δυσκολία συγκέντρωσης) και την κοινωνική συμπεριφορά (απόσυρση, περιορισμό των κοινωνικών σχέσεων). Στο συγκεκριμένο άρθρο γίνεται αναφορά στον ορισμό του στρες, στη θεωρητική προσέγγιση του στρες και κριτική ανασκόπηση των κυριότερων θεωριών του στρες.

Λέξεις- κλειδιά: στρες, θεωρίες, προσέγγιση, υγεία.

ΘΕΩΡΙΕΣ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ

Ορισμός άγχους

Ο άγχος ορίζεται (Μάνος, 1997) η δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση που περιλαμβάνει αισθήματα τάσης, φόβου ή ακόμη και τρόμου σαν απάντηση σε κίνδυνο του οποίου η πηγή είναι σε μεγάλο βαθμό άγνωστη ή μη αναγνωρίσιμη. Το άγχος είναι μια κοινή αντίδραση που σε κάποιο βαθμό απαντάται στους περισσότερους ανθρώπους με τη μορφή της υπερβολικής αντίδρασης σε ήπια στρεσογόνα γεγονότα.

Το άγχος θεωρείται ένα σύνθετο συναίσθημα που συναντάται αργότερα στην ανάπτυξη του ατόμου και κάνει την εμφάνιση του χωρίς σαφή ή σημαντική για τη ζωή απειλή. Η κινητοποίηση του άγχους περιλαμβάνει πολλές παραμέτρους που έχουν να κάνουν με τη συνολική ψυχική ζωή (συνειδητή και μη), τη σχέση με τον εαυτό και με τους άλλους, το σύστημα αξιών, τον τρόπο ερμηνείας των πραγμάτων, τις απαιτήσεις του κοινωνικού περιβάλλοντος και τη δυνατότητα ανταπόκρισης σε αυτές, αλλά και με ποικίλους βιολογικούς παράγοντες. Το άγχος είναι, μέχρι ενός σημείου, φυσιολογικό και χρήσιμο στοιχείο της ανθρώπινης προσωπικότητας. Με αυτό, οι σωματικές και πνευματικές επιδόσεις αυξάνονται και ενδυναμώνονται (Barlow, 2000). Σε φυσιολογικό βαθμό αποτελεί την ψυχολογική ετοιμότητα προς επαγρύπνηση και προετοιμασία του ατόμου για να δράσει εφόσον μια κατάσταση απειλεί την ψυχοσωματική συγκρότησή του. Σε υπερβολικό βαθμό, όμως, το άγχος αποτελεί νοσηρή εκδήλωση, χαρακτηριστική διαταραχή της προσαρμοστικής ικανότητας του ανθρώπου.

Πολύ συχνά το άγχος συγχέεται με το στρες και το φόβο και είναι πιθανό να θεωρηθούν ως όμοιες έννοιες, ενώ στην πραγματικότητα δεν είναι. Ο φόβος ορίζεται ως συναίσθημα πολύ στενά συνδεδεμένο με το στρες, που αφορά σε μια ρεαλιστική μάλλον, παρά προσδιοριστή όπως το άγχος, εντύπωση απειλής και ανησυχίας, απέναντι, ακριβώς, σε έναν πραγματικό κίνδυνο (Παλαιολόγου, 2001). Έτσι το άγχος πρέπει να διακριθεί από το φόβο, στον οποίο το άτομο αντιλαμβάνεται τον κίνδυνο, αναγνωρίζει δηλαδή την πηγή του φόβου του, προετοιμάζει τη δράση του και κατεργάζεται ενδόμυχα τις συνέπειές της, σύμφωνα με τις αρχές της θεωρίας του Cannon. Το άγχος αντίθετα δεν έχει συγκεκριμένο αντικείμενο. Αναφέρεται σε αόριστη απειλή, σε μελλοντικό και αναμενόμενο κίνδυνο τον οποίο το άτομο δεν γνωρίζει και συνεπώς η προετοιμασία του για δράση είναι αδύνατη.

Συμπτώματα του άγχους

Όταν το άτομο βρίσκεται σε κατάσταση άγχους είναι πιθανό να εκδηλώσει ορισμένα συμπτώματα, τα οποία κατηγοριοποιούνται σε Ψυχολογικά και Σωματικά συμπτώματα.

Ο Μ. Μαδιανός, στο βιβλίο του «Κλινική Ψυχιατρική» (2003), αναφέρει ότι στα ψυχολογικά συμπτώματα ανήκουν: η ανησυχία και η ανυπομονησία, το αίσθημα απροσδιόριστου φόβου και αγωνίας, η νευρική κατάσταση, η διάσπαση της προσοχής, η δυσκολία στη συγκέντρωση και το αίσθημα μειωμένης αντιληπτικής ικανότητας.

Στα σωματικά συμπτώματα συγκαταλέγονται: η δύσπνοια, το αίσθημα πνιγμού, το αίσθημα "κόμπου στο λαιμό", ο πόνος στο στήθος, η δυσκαταποσία, το αίσθημα παλμών, τα κρύα χέρια, η λιποθυμική τάση, η ξηροστομία, η ανορεξία, η ναυτία, ο ίλιγγος, τα κοιλιακά άλγη, η μυϊκή τάση, η κινητική ανησυχία, ο τρόμος, η αδυναμία, η ζάλη, οι εφιδρώσεις, η συχνουρία και η κεφαλαλγία τάσης.

ΘΕΩΡΙΕΣ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ

Ψυχαναλυτική θεωρία

Ο Freud ήταν εκείνος, που πρώτος εισηγήθηκε τον κρίσιμο ρόλο, που παίζει το άγχος στο σχηματισμό νευρωτικών και ψυχοσωματικών καταστάσεων. Για εκείνον, το άγχος ήταν «το θεμελιακό φαινόμενο και το κεντρικό πρόβλημα της νεύρωσης». Κατέληξε στην άποψη, ότι η κατανόηση του άγχους ήταν «το πιο δύσκολο καθήκον, που τέθηκε μπροστά μας», ένα καθήκον, που η λύση του απαιτούσε «τη σύσταση των σωστών αφηρημένων ιδεών και την εφαρμογή τους στο ακατέργαστο υλικό των παρατηρήσεων, ώστε να φέρουμε τάξη και διαύγεια σ' αυτό» (Spielberger, 1982). Το άγχος λειτουργεί ως «σήμα» ότι το Εγώ απειλείται (Freud, 1926), και γι' αυτό έχει τη δυνατότητα να θέσει σε λειτουργία τους μηχανισμούς άμυνας. Υπάρχουν διάφορα είδη άγχους. Ένα είδος είναι το ηθικό άγχος το οποίο δημιουργείται από τις απαιτήσεις του Υπερεγώ και τις παραβιάσεις των εσωτερικοποιημένων γονεϊκών αξιών. Παρόμοιο είναι το νευρωτικό άγχος, το οποίο προκαλείται από τις πραγματικές ή φανταστικές συγκρούσεις με τους γονείς (ή άλλες μορφές που ασκούν έλεγχο επί των παρορμήσεών μας). Το άγχος αυτό συνδέεται με τις εμπειρίες από σκληρούς ή αδιάφορους γονείς και το φόβο ότι δεν είναι δυνατό να ελεγχθούν οι εσωτερικές παρορμήσεις. Διαφορετικό είναι το άγχος που δημιουργείται από την επιδίωξη αντιτιθέμενων στόχων, και το οποίο έχει να κάνει με την αντίληψη της πραγματικότητας (Hall & Lindzey, 1985, Weiner, 1985). Αυτό ονομάζεται άγχος της πραγματικότητας (Κωσταρίδου-Ευκλείδη, 1995).

Φαινομενολογικά μοντέλα

Τα φαινομενολογικά μοντέλα-και ειδικά οι ανθρωπιστικές/επικεντρωμένες στον πελάτη προσεγγίσεις και ο υπαρξισμός-είναι κάτι περισσότερο από θεωρίες της προσωπικότητας και της ψυχολογικής προσαρμογής. Αυτά τα μοντέλα συχνά θεωρούνται φιλοσοφίες ζωής ή κατευθυντήριες αρχές, με βάση τις οποίες ζει ένας άνθρωπος τη ζωή του. Ο ανθρω-

πισμός και ο υπαρξισμός είναι φαινομενολογικές θεωρίες, με δεδομένο ότι σε αυτές η κεντρική έννοια είναι η προσωπική εμπειρία του ατόμου ή του πελάτη.

Τα φαινομενολογικά μοντέλα απορρίπτουν την αιτιοκρατική θεώρηση της ανθρώπινης φύσης. Η συμπεριφορά δεν λογίζεται ούτε ως προϊόν των ανεξέλεγκτων ασυνείδητων ενορμήσεων και βιολογικών ενστίκτων, ούτε ως αποτέλεσμα περιβαλλοντικών συνεξαρτήσεων ενίσχυσης. Το άτομο είναι υπεύθυνο να κάνει τις επιλογές του σχετικά με το πώς θα συμπεριφερθεί και θα βιώσει τον κόσμο. Η προσωποκεντρική θεωρία είναι ένα παράδειγμα αυτής της θεωρητικής προσέγγισης.

Η προσωποκεντρική (ή πελατοκεντρική) θεωρία. Αυτό το θεωρητικό ρεύμα προέκυψε από την εξέλιξη της προσέγγισης του Carl Rogers (1942, 1951, 1961) για την ατομική ψυχοθεραπεία. Η πρωταρχική θέση της θεωρίας αυτής είναι ότι οι άνθρωποι έχουν την εγγενή ικανότητα να ενεργοποιούν το δυναμικό τους. Με δεδομένο ότι το δυναμικό κάθε ατόμου είναι μοναδικό, δίνεται πρωταρχική σημασία στην εμπειρία του και στις αντιλήψεις του για τη ζωή. Ο εγγενής αυτοκαθορισμός είναι εμφανής κιάλας από τις πρώτες φάσεις της ανάπτυξης. Η έννοια του εαυτού, η αυτοαντίληψη, αναπτύσσεται όταν το άτομο διαφοροποιεί το φυσικό του εαυτό από το περιβάλλον. Μέσω της συνεχούς αλληλεπίδρασης με τους άλλους, ο κοινωνικός εαυτός αναπτύσσεται και συμβάλλει στη δημιουργία της έννοιας του εαυτού. Η έννοια του εαυτού αναφέρεται στην οργανωμένη και σταθερή εικόνα του εαυτού.

Σε αντιστοιχία με την ανάπτυξη της έννοιας του εαυτού προκύπτει η ανάγκη για θετική εκτίμηση. Η ανάγκη για αυτήν μπορεί να ικανοποιηθεί μόνο όταν το άτομο νιώσει την αναγνώριση και την αποδοχή εκ μέρους των άλλων. Η αναγνώριση από μέρους των άλλων σημαντικών για το άτομο προσώπων συχνά γίνεται υπό όρους, αφού το πρόσωπο που την παρέχει αναμένει να καλύπτουν κάποιες προϋποθέσεις προτού προσφέρει την αναγνώριση αυτή. Αν δεν υπάρχουν περιορισμοί και η αναγνώριση προσφέρεται χωρίς όρους, το παιδί κατορθώνει να αντιμετωπίζει τον εαυτό του με θετικό τρόπο. Αυτό όμως συμβαίνει σπάνια. Τις περισσότερες φορές το παιδί βάζει σε κατώτερη μοίρα τις προσωπικές του αξίες προκειμένου να αποκτήσει την υπό όρους αναγνώριση, δημιουργώντας έτσι συνθήκες αυτοαξίας. Η αυτοαξία γίνεται στη συνέχεια ιδιαίτερα σημαντική, για να καλυφθούν οι απαιτήσεις που έθεσαν προηγουμένως τα πρόσωπα που προσφέρουν αναγνώριση.

Αν οι συνθήκες αξιότητας είναι υπερβολικά περιοριστικές, το άτομο αρνείται κάποιες πλευρές της εμπειρίας του και έτσι παρεμποδίζεται η αυτοπραγμάτωση. Στην περίπτωση που οι συνθήκες αξίας δεν είναι πολύ περιοριστικές και το πρόσωπο μπορεί να συνεχίσει να βιώνει την εμπειρία της δικής του αναγνώρισης και σεβασμού, το άτομο μπορεί να αναπτύξει μια ευέλικτη έννοια του εαυτού.

Αν οι νέες εμπειρίες έρχονται σε μεγάλη ασυμφωνία με την έννοια του εαυτού, η ισορροπία της έννοιας του εαυτού διαταράσσεται. Στην περίπτωση αυτή το αποτέλεσμα μπορεί να είναι η εκδήλωση άγχους ή η αποδιοργάνωση της δομής του εαυτού. Αν η εμπειρία και η έννοια του εαυτού διαφέρουν σε μεγάλο βαθμό, είναι πιθανό να εμφανιστεί αμυντική συμπεριφορά, όπως η εκλογίκευση, η φαντασίωση και η προβολή. Αυτό καταλήγει σε μια ανικανότητα αυτοπραγμάτωσης η οποία είναι βασισμένη στην υιοθέτηση των αξιών των άλλων, αντί να βασίζεται στην εγγενή διαδικασία αξιών (Καλαντζή-Αζίζι, Α., & Αναγνωστόπουλος, Φ., 1999).

Γνωσιακά μοντέλα

Οι Hoehn-Saric και McLeod (1988) και ο Freeman (1990) περιγράφουν το άγχος ως μια παγκοσμίως γνωστή εμπειρία, η οποία λειτουργεί σα μηχανισμός προειδοποίησης (ασφάλειας). Ο μηχανισμός αυτός εκπέμπει προειδοποιητικά σήματα σε καταστάσεις κινδύνου που έχουν σχέση με αβεβαιότητα, ενώ φαίνεται να δυσλειτουργεί σ' έναν αριθμό περιπτώσεων, όπως όταν: (α) το άγχος είναι υπερβολικά έντονο, (β) διαρκεί πέρα από την έκθεση σε κάποιο κίνδυνο, (γ) παρουσιάζεται σε καταστάσεις οι οποίες αντικειμενικά δεν εμπεριέχουν κίνδυνο ή απειλή, ή (δ) παρουσιάζεται χωρίς κανέναν ιδιαίτερο λόγο.

Μετά τις θεωρίες των Lazarus (1966) και Bandura (1977), το γνωσιακό μοντέλο του Aaron Tim Beck (Beck & Emery, 1985) παρουσιάζεται ως ένα καλά επεξεργασμένο μοντέλο του κλινικού άγχους (Clark & Beck, 1988). Το μοντέλο αυτό υποστηρίζει ότι υφίσταται μια σχέση μεταξύ συναισθημάτων και σκέψης στις διαταραχές του άγχους, οι οποίες ορίζονται πρωταρχικά ως διαταραχές της σκέψης (Blackburn & Davidson, 1990). Η έμφαση σ' αυτό το μοντέλο τοποθετείται στον τρόπο με τον οποίο ερμηνεύονται γεγονότα και καταστάσεις από τους ανθρώπους, παρά στα ίδια τα γεγονότα. Αυτές οι ερμηνείες δημιουργούν με τη σειρά τους έναν αριθμό αρνητικών συναισθημάτων (π.χ. άγχος, θυμό, θλίψη) που στην περίπτωση του κλινικού άγχους χαρακτηρίζονται από: (α) μη ρεαλισμό, (β) υπερεκτίμηση της πιθανότητας παρουσίασης και του βαθμού δραμότητας των άσχημων καταστάσεων, και (γ) υποεκτίμηση των υπάρχοντων τρόπων αντιμετώπισης των καταστάσεων ή των τρόπων επίλυσης (Clark & Beck, 1988).

Οι Clark και Beck (1988) παρουσιάζουν ένα πρόγραμμα άγχους (anxiety program) το οποίο τίθεται σε λειτουργία αυτόματα από τη στιγμή που μια κατάσταση εκλαμβάνεται ως επικίνδυνη. Το πρόγραμμα αυτό θεωρείται ως εξέλιξη ενός πρωτόγονου μηχανισμού του ανθρώπου που σκοπό έχει να τον προστατέψει από κινδύνους. Έτσι παρατηρούνται οργανικές, συμπεριφοριστικές και γνωσιακές αλλαγές: (α) στο αυτόνομο νευρικό σύστημα (ΑΝΣ) με την προετοιμασία για φυγή ή επίθεση, (β) στην αναστολή της παρούσας συμπε-



ριφοράς και στην αντικατάστασή της από κάποια άλλη η οποία είναι συνήθως λιγότερο αποτελεσματική, και (γ) σε μια συνεχή εξέταση του περιβάλλοντος για άλλους κινδύνους ή απειλές. Με την πάροδο του χρόνου, αυτή η συμπεριφορά αποκτά το νόημα του ότι οι γνωσιακές λειτουργίες δίνουν μεγαλύτερη έμφαση στην ανίχνευση πληροφοριών για πιθανούς κινδύνους και αυτή η έμφαση συμβάλλει έτσι ώστε πληροφορίες που είναι αντίθετες με την ύπαρξη (ή πιθανή ύπαρξη κινδύνου) να μην παρατηρούνται ή να μην λαμβάνονται υπόψη. Οι Clark και Beck παρατηρούν ότι, στην πρωτόγονη εποχή, το πρόγραμμα άγχους θα βοηθούσε, όπως και στη σημερινή εποχή, στην προστασία του ατόμου από πραγματικούς κινδύνους. Ωστόσο, όταν ο κίνδυνος δεν είναι πραγματικός (δηλαδή δεν απειλεί τη ζωή του ατόμου) αλλά μια λανθασμένη ερμηνεία μιας κατάστασης ή κάποιας υπερβολικής εκτίμησης ως προς το μέγεθος του κινδύνου, το πρόγραμμα για την αντιμετώπιση του άγχους είναι ακατάλληλο. Επιπλέον, τα συμπτώματα του άγχους εκλαμβάνονται ως περαιτέρω απειλές, οδηγώντας σε μια σειρά από φαύλους κύκλους οι οποίοι διατηρούν και ενισχύουν την ένταση του άγχους.

Το γνωσιακό μοντέλο του άγχους από τους Blackburn και Davidson (1990) αποτελείται από τρία μέρη: το ερέθισμα (stimulus), τη μεσολάβηση (mediation) και την αντίδραση (response). Η μεσολάβηση μεταξύ ενός ερεθίσματος (που μπορεί να είναι μια κατάσταση, σκέψη, ανάμνηση κ.λπ.) και μιας αντίδρασης (άγχος, συμπτώματα ANΣ κ.ά.) αντιπροσωπεύει το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης των εν ενεργεία γνωσιακών σχημάτων και διαδικασιών με τις αυτόματες σκέψεις.

Σύμφωνα με τους Blackburn και Davidson (1990), ο αρνητικός τρόπος με τον οποίο ένα άτομο αντιλαμβάνεται ή σκέφτεται για τον εαυτό του, τον κόσμο και το μέλλον ορίζει την αγχογενή γνωστική τριάδα (anxiogenic cognitive triad), βάσει της οποίας τα άτομα με άγχος θεωρούν:

- τον εαυτό τους ευάλωτο (στο άγχος, στην κατάθλιψη, παρουσιάζουν έλλειψη αυτοπεποίθησης, αποφυγή και αυξημένη εξάρτηση)
- τον κόσμο απειλητικό (συμπτώματα ANΣ, παραγμένος ύπνος, έλλειψη αυθορμητισμού και χαμηλή αυτοσυγκέντρωση) και
- το μέλλον απρόβλεπτο (συνεχής επαγρύπνηση).

Η θεραπεία του άγχους βάσει της γνωσιακής θεωρίας, επικεντρώνει την προσοχή της στην ανακάλυψη των αυτόματων αρνητικών σκέψεων, στην αναγνώριση των πιθανών συνεπειών και στην προσπάθεια αντικατάστασης αυτών των σκέψεων με άλλες, περισσότερο λειτουργικές (ρεαλιστικές, λογικές) σκέψεις (Beck, 1976). Μετά

από αυτή τη διαδικασία, χρειάζεται η κατάλληλη επεξεργασία και αξιολόγηση έτσι ώστε να καθοριστεί η ορθότητα των καινούργιων σκέψεων (Καλπάκογλου, 1998).

Η Βιολογική Προσέγγιση

Στη βιολογική προσέγγιση του Hans Selye (1950, 1956, 1975), το άγχος γίνεται αντιληπτό ως φυσιολογική αντίδραση του οργανισμού, η ένταση της οποίας εξαρτάται εξ ολοκλήρου από την ένταση των ερεθισμάτων (τόσο με την έννοια του υπερβολικού ερεθισμού όσο και με την έννοια της αισθητηριακής αποστέρσης). Εν προκειμένω το άγχος γίνεται αντιληπτό ως δύναμη ή δυνάμεις που υπάρχουν έξω από το άτομο και που ασκούν πίεση. Το άγχος εδώ βασίζεται στη μέτρηση της έντασης των εξωτερικών ερεθισμάτων, στην εκτίμηση του βαθμού πίεσης που ασκούν τα διάφορα γεγονότα της ζωής. Το μοντέλο αυτό μοιάζει με εκείνο που χρησιμοποιούν οι μηχανικοί για να περιγράψουν μια κατάσταση στην οποία μία δύναμη (φορτίο) δρα σε ένα φυσικό αντικείμενο προκαλώντας ένταση σε αυτό. Σε μια τέτοια αντίληψη του άγχους δεν υπάρχει καθόλου χώρος για ατομικές διαφορές και ιδιαίτερα για την ιδιοσυγκρασία, καθότι το άγχος θεωρείται ή ορίζεται ως καθαρά εξωτερικός παράγοντας, ως κατάσταση που καθορίζεται εξ ολοκλήρου από την ένταση των εξωτερικών στρεσογόνων ερεθισμάτων ή συνθηκών (από το πόσο πιεστικές είναι για τον οργανισμό κάποιες καταστάσεις). Σε αυτή την προσέγγιση δεν έχει σημασία αν η κατάσταση είναι ευχάριστη ή δυσάρεστη. Το σημαντικό είναι η ένταση της απαίτησης για προσαρμογή στις συνθήκες του περιβάλλοντος.

Ο Selye ανέπτυξε το μοντέλο της αντίδρασης του ατόμου στα στρεσογόνα ερεθίσματα, γνωστό ως «Σύνδρομο Γενικής Προσαρμογής» (General Adaptation Syndrome-GAS), το οποίο αναγνωρίζει τρεις φάσεις αντίδρασης, και συγκεκριμένα:

- την αντίδραση συναγερμού
- το στάδιο αντίστασης
- το στάδιο εξάντλησης.

Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο, η πιο κοινή αντίδραση προσαρμογής του οργανισμού, όταν εκτίθεται σε μια απειλή, είναι η αντίδραση πάλης/φυγής. Ο οργανισμός προκειμένου να προετοιμαστεί για μια τέτοια αντίδραση τροποποιεί κάποιες φυσιολογικές λειτουργίες του, με στόχο να αυξήσει την ενέργεια που είναι διαθέσιμη για έκτακτες περιστάσεις. Εάν η αντίδραση πάλης ή φυγής του οργανισμού επιτευχθεί, ο οργανισμός ανακτά την ισορροπία του. Στην αντίθετη περίπτωση, ο οργανισμός δεν παραιτείται, αλλά συνεχίζει την προσπάθεια μέχρι να επιτύχει ή να εξαντληθεί (στάδιο αντίστασης). Στην περίπτωση που ο οργανισμός δεν καταφέρει να αντιμετωπίσει την απειλή, τότε εισέρχεται στο τρίτο στάδιο (το στάδιο της εξάντλησης) όπου



είναι πλέον εμφανή τα σημάδια εξάντλησης του οργανισμού, λόγω της παρατεταμένης κατάστασης υπερδιέγερσης του (Αντωνίου, 2002).

Παρόμοιες προσεγγίσεις παρουσιάζονται από τους Elliot και Eisendorfer (1982), τον Weick (1970) και άλλους. Μερικοί μάλιστα μιλούν για την ύπαρξη αντικειμενικών, καθολικών στρεσογόνων παραγόντων (αναφερόμενοι στις τραυματικές, κρίσιμες ή ακραίες αλλαγές της ζωής, όπως είναι, για παράδειγμα, μια μεγάλη καταστροφή, ο πόλεμος, ο θάνατος, κ.λπ.) που προκαλούν άγχος, ανεξάρτητα από την αντίληψη, την ηλικία, το φύλο, την κοινωνική κατάσταση ή τάξη, την εκπαίδευση κ.λπ. των ατόμων (Aldwin, Levenson, Spiro, & Bosse, 1989, Freedy, Kilpatrick, & Resnick, 1993, Pellegrini, 1990). Η προσέγγιση των κρίσιμων γεγονότων ζωής, αν και έχει εν μέρει τροποποιηθεί, δέχθηκε αρκετή κριτική, κυρίως λόγω των μονοδιάστατων αντικειμενικών της παραδοχών. Οι διάφορες κλίμακες κρίσιμων γεγονότων ζωής χαρακτηρίστηκαν ως απλοϊκές και μονοδιάστατες, με χαμηλούς δείκτες εγκυρότητας. Καμιά από αυτές, για παράδειγμα, δεν δίνει έγκυρα στοιχεία για την πρόβλεψη της ψυχοσωματικής κατάστασης του ατόμου στο μέλλον (Dohrenwend & Dohrenwend, 1974). Μερικοί από τους βασικότερους παράγοντες που θεωρείται ότι αγνοούνται εντελώς στην προσέγγιση των κρίσιμων γεγονότων ζωής είναι οι εξής:

1. Οι διαμεσολαβητικοί παράγοντες που σχετίζονται με την υποκειμενική αντίληψη (π.χ. ενός ατόμου με την νοητική καθυστέρηση), την προσωπικότητα και τις ατομικές διαφορές γενικότερα.

2. Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, όπως η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, η οικονομική κατάσταση, το επάγγελμα κ.ά.

3. Η αναδρομική επίδραση της μνήμης στις επαναληπτικές έρευνες (Mongee, 1982).

4. Οι αμφισημίες όσον αφορά το τι επιδρά σε τι (π.χ. δυσκολίες στην ξεκάθαρη διαφοροποίηση μεταξύ ενός στρεσογόνου γεγονότος ζωής και του παρατηρήσιμου υποτιθέμενου αποτελέσματός του. Για παράδειγμα, το διαζύγιο θεωρείται αιτιατός παράγοντας για την ανάπτυξη της κατάθλιψης, αλλά η κατάθλιψη σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να είναι παράγοντας που συμβάλλει στην επιδείνωση της κατάστασης όσον αφορά το διαζύγιο.

5. Οι παράγοντες που σχετίζονται με την κοινωνικοοικονομική διαστρωμάτωση και εθνικότητα (ταξικές και εθνικές διαφορές) όσον αφορά την επιλογή του δείγματος και την ανάλυση των δεδομένων (οι Dohrenwend και Dohrenwend [1969], για παράδειγμα, παρουσίασαν δεδομένα που υποστηρίζουν ότι υπάρχει κάποια σχέση μεταξύ της τάξης και της εθνικότητας των ατόμων και του τρόπου με τον οποίο βιώνουν τα κρίσιμα γεγονότα ζωής).

Μερικοί ερευνητές, ασκώντας κριτική στην προσέγγιση των κρίσιμων γεγονότων ζωής, εστίασαν την προσοχή τους στα καθημερινά στρεσογόνα μικρογεγονότα ζωής των ατόμων (daily hassles) και στις αλληλεπιδράσεις τους με τα πράγματα και τους άλλους (DeLongis και συν., 1988, Lazarus, 1984). Η προσέγγιση των καθημερινών στρεσογόνων μικρογεγονότων, αν και αύξησε το βαθμό εγκυρότητας των χρησιμοποιούμενων κλιμάκων μέτρησης του στρες (Kanner και συν., 1981, Zika & Chamberlain, 1987), δεν έλυσε πολλά από τα προβλήματα που αναφέρθηκαν πιο πάνω (Βασιλάκη Ε., Τριλίβα Σ., & Μπεζεβέγκης Η., 2001).

Η θεωρία του Spielberger

Αν και η διάκριση ανάμεσα στο παροδικό άγχος και στο άγχος ως χαρακτηριστικό προσωπικότητας ξεκίνησε να αναδύεται κατά τη δεκαετία του 1950, ο Spielberger (1966b) ήταν αυτός που διαμόρφωσε τη θεωρία του παροδικού και μόνιμου άγχους. Σύμφωνα με τον Spielberger, το παροδικό άγχος (state anxiety) αναφέρεται στην ύπαρξή της ή άμεση συναισθηματική κατάσταση που χαρακτηρίζεται από ανησυχία και ένταση. Το άγχος ως χαρακτηριστικό προσωπικότητας (trait anxiety) αναφέρεται στην προδιάθεση να αντιλαμβάνεται κανείς συγκεκριμένες καταστάσεις ως απειλητικές και να αντιδρά σε αυτές με ποικίλα επίπεδα παροδικού άγχους. Χρησιμοποιώντας τα λόγια του Spielberger (1966b), το παροδικό άγχος χαρακτηρίζεται από υποκειμενικά, αντιληπτά συναισθήματα ανησυχίας και έντασης, συνοδευόμενα ή συσχετιζόμενα με την ενεργοποίηση ή διέγερση του Αυτόνομου Νευρικού Συστήματος. Το μόνιμο άγχος είναι μια αποκτημένη συμπεριφορική προδιάθεση που κάνει το άτομο να αντιλαμβάνεται ένα σύνολο αντικειμενικά μη απειλητικών καταστάσεων ως απειλητικές και να αντιδρά σε αυτές με άγχος δυσανάλογο στην ένταση σε σχέση με το μέγεθος του αντικειμενικού κινδύνου. Τα άτομα που χαρακτηρίζονται από υψηλό δομικό άγχος είτε αντιλαμβάνονται περισσότερες καταστάσεις ως απειλητικές και αντιδρούν στις απειλητικές καταστάσεις με υψηλότερα επίπεδα παροδικού άγχους κατάστασης είτε και τα δύο ανωτέρω.

Η θεωρία του Spielberger (1972a) για το μόνιμο και παροδικό άγχος βασίζεται στις παρακάτω υποθέσεις:

1. Τα εσωτερικά ή εξωτερικά ερεθίσματα για ένα άτομο που γίνονται αντιληπτά ως απειλητικά προκαλούν αντιδράσεις παροδικού άγχους. Μέσω των αισθητηριακών και γνωστικών μηχανισμών ανατροφοδότησης τα υψηλά επίπεδα παροδικού άγχους βιώνονται ως δυσάρεστα.

2. Όσο μεγαλύτερη είναι η ένταση της απειλής που γίνεται αντιληπτή, τόσο πιο έντονη είναι η αντίδραση παροδικού άγχους.

3. Όσο μεγαλύτερης διάρκειας είναι η απειλή που το άτομο βιώνει, τόσο πιο μόνιμη είναι η αντίδραση παροδικού άγχους.

4. Σε σύγκριση με τα άτομα που συγκεντρώνουν χαμηλό επίπεδο μόνιμου άγχους, τα άτομα με υψηλό επίπεδο



δο μόνιμου άγχους, αντιλαμβάνονται περισσότερες καταστάσεις ως απειλητικές, απαντούν με πιο έντονες αντιδράσεις παροδικού άγχους ή και τα δύο. Οι καταστάσεις που ενέχουν τον κίνδυνο αποτυχίας ή απειλής της αυτοεκτίμησης είναι περισσότερο πιθανό να αποτελέσουν πηγές απειλής απ' ό,τι είναι οι καταστάσεις που μπορούν να απειλήσουν τη φυσική υγεία.

5. Τα υψηλά επίπεδα παροδικού άγχους εμπεριέχουν τέτοια ώθηση ώστε να εκ-δηλώνονται στη συμπεριφορά ή να κινητοποιούν τους ψυχολογικούς μηχανισμούς που έχουν υπάρξει ικανοί κατά το παρελθόν στη μείωση του παροδικού άγχους.

6. Η συχνή εμφάνιση στρεσογόνων καταστάσεων μπορεί να οδηγήσει το άτομο στην ανάπτυξη συγκεκριμένων ψυχολογικών μηχανισμών άμυνας με στόχο τη μείωση του παροδικού άγχους.

Βάσει της θεωρίας γίνεται ξεκάθαρο ότι έμφαση πρέπει να δοθεί στο ερέθισμα που προκαλεί παροδικό άγχος, στις γνωστικές διαδικασίες που ερμηνεύουν το ερέθισμα ως απειλητικό και στις συμπεριφορές που εκδηλώνονται σε απάντηση στην αντιλαμβανόμενη απειλή (Martens, R. & συν, 1990).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Aldwin, C. M., Levenson, M. R., Spiro, A., & Bosse, R. (1989). Does Emotional-ity Predict Stress? Findings From the Normative Aging Study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 618-624.

Αττωνίου, Α. Σ. (2002). Ζώντας με στρες. Αθήνα: Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioural change. *Psychological review*, 84, 191-215.

Barlow (2000). Ψυχολογία και Παθολογική Συμπεριφορά: Μια σύνθετη Βιοψυχοκοινωνική Προσέγγιση. Α' τόμος. Αθήνα: Έλλην.

Βασιλάκη, Ε., Τριλιβα, Σ., & Μπεζεβέγκης, Η. (2001). Το στρες, το άγχος και η αντιμετώπισή τους. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. International Universities Press, New York. Paperback edition by Penguin Books, London.

Beck, A.T., & Emery, G. (with Greenberg, R.) (1985). *Anxiety disorders and phobias*. Basic Books, New York.

Blackburn, I., & Davidson, K. (1990). *Cognitive therapy for depression and anxiety*. Blackwell Scientific Publications, Oxford.

Clark, D. M., Beck, A. T. (1988). *Cognitive Approaches*. In C. G. Last & M. Hersen (eds), *Handbook of Anxiety Disorders*, Pergamon Press, Oxford.

DeLongis, A., Folkman, S., & Lazarus, R.S. (1988). The Impact of Daily Stress on Health and Mood: Psychological and Social Resources as Mediators. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 486-495., 19

Dohrenwend, B. S., & Dohrenwend, B. P. (Eds.) (1974). *Stressful Life*. New York: Wiley.

Dohrenwend, B. S., & Dohrenwend, B. S. (1969). *Social Status and Psychological Disorder*. New York: Wiley Interscience.

Elliot, G.R., & Eisdorfer, C. (1982). *Stress and Human Health*. New York: Springer.

Freedy, J. R., Kilpatrick, D. G., & Resnick, H.S. (1993). Natural Disasters and Mental Health: Theory, Assessment, and Intervention. *Journal of Social Behavior and Personality*, 8, 49-103.

Freeman, A., Pretzer, J., Fleming, B., Simon, K.M. (1990). *Clinical applications of cognitive therapy*, Plenum, New York.

Freud, S. (1926/1959). Inhibitions, symptoms and anxiety. In Sigmund Freud, 1856-1939: The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud (Vol.14) (pp.117-140). London: Hogarth Press.

Hall, C. S., & Lindzey, G. (1985). *Introduction to theories of personality*. New York: Wiley.

Hoehn-Saric, R., & McLeod, D.R. (1988). Panic and Generalized Anxiety Disorders. In C.G. Last & M. Hersen (eds), *Handbook of Anxiety Disorders*, Pergamon Press, Oxford.

Καλαντζή-Αζίζι, Α., & Αναγνωστόπουλος, Φ. (επιμ.) (1999). *Εισαγωγή στην Κλινική Ψυχολογία*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα

Καλπάκογλου, Θ. (1998). *Άγχος και Πανικός. Γνωσιακή θεωρία και θεραπεία. Β' έκδοση*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Kanner, D. H., Coyne, F., Schaefer, R., & Lazarus, R. S. (1981). Comparison of Two Modes of Stress Measurement: Daily Hassles and Uplifts Versus Major Life Events. *Journal of Behavioural Medicine*, 4, 1-39.

Κωσταρίδου-Ευκλείδη, Α. (1995). *Ψυχολογία Κινήτρων*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. McGraw Hill, New York.

Lazarus, R. S. (1984). Puzzles in the Study of Daily Hassles. *Journal of Behavioural Medicine*, 4, 1-39.

Μαδιανός, Μ. (2003). *Κλινική Ψυχιατρική*. Αθήνα: Καστανιώτη.

Μάνος, Ν. (1997). *Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.

Martens, R., Vealey, R. S. & Burton, D. (1990). *Competitive anxiety in sport*. Champaign, IL: Human Kinetics.

Παλαιολόγου, Α. Μ. (2001). *Προσανατολισμοί Κλινικής Ψυχολογίας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Pellegrini, D. S. (1990). Psychological Risk and Protective Factors in Child-hood. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 11, 201-209.

Rogers, C. R. (1942). *Counseling and psychotherapy: Newer concepts in practice*. Boston: Houghton Mifflin.

Rogers, C. R. (1951). *Client - centered therapy: Its current practice, implications and theory*. Boston: Houghton Mifflin.

Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person*. Boston: Houghton Mifflin.

Selye, H. (1950). *Stress*. Montreal: Acta.

Selye, H. (1956). *The Stress of Life*. New York: McGraw-Hill.

Selye, H. (1975). *Stress Without Distress*. New York: New American Library

Spielberger, C.D. (1966b). Theory and research on anxiety. In C. D. Spielberger (Ed.), *Anxiety and behavior* (pp. 3-20). New York: Academic Press.

Spielberger, C.D. (1972a). Anxiety as an emotional state. In C.D. Spielberger (Ed.), *Anxiety: Current trends in theory and research* (Vol. 1, pp.23-49). New York: Academic Press.

Spielberger, C. (1982). *Άγχος, Stress και πώς να το καταπολεμήσετε*. Αθήνα: Ψυχογιός.

Weick, K. E. (1970). The "ess" in Stress. Some Conceptual and Methodological Problems. Στο J. E. McGrath (Ed.), *Social and Psychological Factors in Stress*. New York: Holt, Rinehart & Winston.

Weiner, B. (1985). *Human motivation*. New York: Springer-Verlag.

Zika, S., & Chamberlain, K. C. (1987). Relation of Hassles and Personality to Subjective Well Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 155-162.