

β.β.β. οδύκη

**ΕΡΕΥΝΑ ΤΩΝ ΠΡΟΣΦΕΡΟΜΕΝΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΣΕ
ΑΓΟΡΑΦΟΒΙΚΟΥΣ ΣΤΟ ΝΟΜΟ ΑΤΤΙΚΗΣ - Η ΣΧΕΣΗ ΤΟΥ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΜΕ ΤΟΝ ΑΓΟΡΑΦΟΒΙΚΟ
ΑΣΘΕΝΗ ΚΑΙ ΤΗ ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΟΜΑΔΑ**

Από:
**ΠΑΠΑΜΑΝΟΥΣΑΚΗ ΚΑΤΕΡΙΝΑ
ΠΕΓΙΟΥ ΜΑΡΙΑ**

Υπεύθυνος Εκπαιδευτικός
Γιαννικάκης Ηλίας, Ph.D.
Καθηγητής Ψυχολογίας



Πτυχιακή Εργασία που υποβλήθηκε στο Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας του Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Πάτρας, για τη λήψη πτυχίου στην Κοινωνική Εργασία.

ΠΑΤΡΑ, Οκτώβριος 1998

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	254F
----------------------	------

Copyright by
Παπαμανουσάκη Κατερίνα
Πέγιου Μαρία,
1998

ΕΡΕΥΝΑ ΤΩΝ ΠΡΟΣΦΕΡΟΜΕΝΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΣΕ

ΑΓΟΡΑΦΟΒΙΚΟΥΣ ΣΤΟ ΝΟΜΟ ΑΤΤΙΚΗΣ - Η ΣΧΕΣΗ ΤΟΥ

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΜΕ ΤΟΝ ΑΓΟΡΑΦΟΒΙΚΟ


ΑΣΘΕΝΗ ΚΑΙ ΤΗ ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΟΜΑΔΑ

Εγκρίνεται - Υπογραφές

Γιαννικάκης Ηλίας, Ph.D.

Καθηγητής Ψυχολογίας

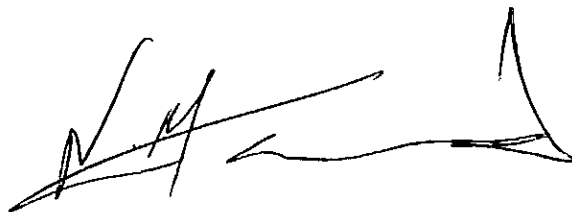
Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας



Μακρής Νικόλαος, Ph.D.

Επιστημονικός Συνεργάτης -

Καθηγητής Ψυχολογίας



Μοσχοπούλου Ελένη

Εργαστηριακή Συνεργάτης -

Κοινωνική Λειτουργός

Οκτώβριος 1998

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τον υπεύθυνο καθηγητή της πτυχιακής, καθηγητή ψυχολογίας, κο Γιαννικάκη Η., Ph. D., για τη συνεργασία, τη βοήθεια και την υποστήριξη του στη μελέτη αυτή.

Επίσης, ευχαριστούμε την καθηγήτρια Κοινωνικής Εργασίας, κα Τζόνσον - Τουρνά Α., Ph. D., για την πολύτιμη βοήθειά της στη συγκέντρωση έντυπου υλικού που μας έστειλε από το Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας της Σχολής Υπηρεσιών Υγείας (School of Healthhand Human Services) του Πανεπιστημίου του Hampshire.

Ευχαριστούμε την κοινωνική λειτουργό - ψυχολόγο, κα Παπαθανασοπούλου Ε., για τις πληροφορίες που μας έδωσε σχετικά με το θέμα μας.

Τέλος, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τους κοινωνικούς λειτουργούς των Κέντρων Ψυχικής Υγείας, των Ψυχιατρικών Νοσοκομείων και των Ψυχιατρικών Τμημάτων των Γενικών Νοσοκομείων του Ν. Αττικής που μας βοήθησαν για την πραγματοποίηση της έρευνας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σύμφωνα με την Αμερικάνικη Ψυχιατρική Ένωση (American Psychiatric Association), Αγοραφοβία είναι ο φόβος του ατόμου να βρίσκεται σε μέρη ή καταστάσεις από τις οποίες η φυγή πιθανόν είναι δύσκολη ή η βοήθεια δεν είναι διαθέσιμη, σε περίπτωση κρίσης πανικού ή συμπτωμάτων πανικού (π.χ. φόβος μιας ξαφνικής κρίσης λιποθυμίας ή ξαφνικής κρίσης ιλίγγου).

Η μελέτη επικεντρώνεται στη διερεύνηση των Κέντρων Ψυχικής Υγιεινής, των Ψυχιατρικών Νοσοκομείων και των Ψυχιατρικών Τμημάτων των Γενικών Νοσοκομείων του Ν. Αττικής που παρέχουν βοήθεια σε αγοραφοβικούς ασθενείς, στο είδος της βοήθειας που προσφέρεται από τις Υπηρεσίες αυτές, καθώς και στο ρόλο του κοινωνικού λειτουργού σχετικά με το αγοραφοβικό άτομο και τη διεπιστημονική ομάδα.

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στα Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής, στα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία και στα Γενικά Νοσοκομεία του Νομού Αττικής. Η μελέτη είναι διερευνητική με δομημένη συνέντευξη. Το δείγμα της μελέτης προέρχεται από 16 Υπηρεσίες του Νομού Αττικής. Τα ερωτηματολόγια απευθύνθηκαν σε έναν κοινωνικό λειτουργό από κάθε Υπηρεσία. Ο κατάλογος των ερωτήσεων περιελάμβανε ανοιχτές ερωτήσεις, γιατί θέλαμε να δώσουμε την ελευθερία στον ερωτώμενο να εκφράσει τις απόψεις του. Και επίσης γιατί θέλαμε να πάρουμε απαντήσεις που να έχουν άμεση σχέση με το ερευνώμενο θέμα. Η συνέντευξη προτιμήθηκε σαν μέσο συλλογής πληροφοριών γιατί θα μας έδινε τη δυνατότητα να διευκρινίσουμε ορισμένα σημεία που πιθανόν δεν θα ήταν κατανοητά από τον πληθυσμό του δείγματος.

Όσον αφορά τον πρώτο στόχο προέκυψε από την έρευνα ότι υπάρχουν Υπηρεσίες στον Νομό Αττικής που να εξυπηρετούν άτομα με Αγοραφοβική Διαταραχή (Ο κατάλογος των Υπηρεσιών φαίνεται στο Παράρτημα Β'). Οι περισσότερες Υπηρεσίες που δεν προσφέρουν βοήθεια σε αγοραφοβικούς, δεν παραπέμπουν τα περιστατικά σε άλλες Υπηρεσίες. Επίσης, προέκυψε ότι οι ασθενείς που παραπέμπονται

απευθύνονται στη Μονάδα Θεραπείας Συμπεριφοράς, στα Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής και στα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία.

Στον δεύτερο στόχο τα αποτελέσματα έδειξαν ότι για την αντιμετώπιση της Αγοραφοβικής Διαταραχής εφαρμόζονται προγράμματα συμπεριφοριστικής θεραπείας. Σημαντική συχνότητα είχαν οι απαντήσεις των κοινωνικών λειτουργών που είτε δεν γνώριζαν τα προγράμματα είτε υποστήριζαν ότι δεν υπάρχουν συγκεκριμένης κατεύθυνσης προγράμματα.

Σχετικά με τον τρίτο στόχο προέκυψε ότι η Κοινωνική Υπηρεσία ασχολείται με την αντιμετώπιση αγοραφοβικών ασθενών. Επίσης, σε ορισμένες Υπηρεσίες ο κοινωνικός λειτουργός δεν ασχολείται με περιστατικά Αγοραφοβίας λόγω της έλλειψης προσωπικού και κατά συνέπεια ελεύθερου χρόνου, γνώσεων και εμπειριών και λόγω της εμπλοκής των ψυχιάτρων και των ψυχολόγων με τέτοιας κατηγορίας περιστατικά.

Επίσης σχετικά με τον τέταρτο στόχο φάνηκε ότι ο κοινωνικός λειτουργός αναφορικά με τον ασθενή ασχολείται με τη θεραπεία του ασθενούς και της οικογένειάς του, τη λήψη ιστορικού, τη διάγνωση, καθώς και την επαγγελματική και οικονομική αποκατάσταση του ασθενούς. Ο κοινωνικός λειτουργός μετέχει στη διεπιστημονική ομάδα στις περισσότερες Υπηρεσίες της μελέτης. Ο ρόλος στην ομάδα αυτή είναι να αξιολογεί τη πορεία θεραπείας του ασθενούς και της οικογένειάς του, να συμμετέχει στη διάγνωση, να παρουσιάζει το ιστορικό του ασθενούς, να αναφέρει τη πορεία της οικονομικής και επαγγελματικής αποκατάστασης του ασθενούς, καθώς και να παραπέμπει το περιστατικό στη διεπιστημονική ομάδα. Στη ομάδα αυτή μαζί με τον κοινωνικό λειτουργό συμμετέχουν ο ψυχίατρος, ο ψυχολόγος, ο νοσηλεύτης, ο εργασιοθεραπευτής και ο επισκέπτης υγείας.

Και στον πέμπτο στόχο φάνηκε ότι τα εφόδια του κοινωνικού λειτουργού για τη δουλειά του με τον αγοραφοβικό ασθενή και για τη συμμετοχή του στη διεπιστημονική ομάδα είναι οι γνώσεις του από τις

σπουδές του στη Τριτοβάθμια Εκπαίδευση και η εξειδίκευση σε θέματα ψυχιατρικής κατεύθυνσης.

- Γίνεται φανερό από τη μελέτη ότι είναι αναγκαία τα ακόλουθα:
 - ⇒ Αναβάθμιση των προγραμμάτων σπουδών
 - ⇒ Οργάνωση προγραμμάτων μεταπτυχιακών σπουδών
 - ⇒ Έκδοση ενημερωτικού φυλλαδίου για τις Υπηρεσίες που εφαρμόζουν προγράμματα θεραπείας για αγοραφοβικούς ασθενείς
 - ⇒ Συντονισμός και συνεργασία μεταξύ των Υπηρεσιών της μελέτης
 - ⇒ Ενημέρωση των κοινωνικών λειτουργών για τα προγράμματα θεραπείας που εφαρμόζονται στο χώρο εργασίας τους για την αντιμετώπιση της Αγοραφοβικής Διαταραχής
 - ⇒ Πρόσληψη κοινωνικών λειτουργών στις Ψυχιατρικές Υπηρεσίες της μελέτης
 - ⇒ Διεκδίκηση του ρόλου του κοινωνικού λειτουργού στο χώρο εργασίας του μέσα από την επαγγελματική κατάρτιση και συνέπεια του. Η αλλαγή του τρόπου οργάνωσης των Υπηρεσιών θα συμβάλλει σημαντικά στη καθιέρωση του ρόλου του και θα του δώσει τη δυνατότητα να ασχοληθεί με αγοραφοβικούς ασθενείς ανεξάρτητα από τη συγκατάθεση του ψυχιάτρου ή του ψυχολόγου της εκάστοτε Υπηρεσίας.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	IV
ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ	V
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	VII
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	VIII
ΠΙΝΑΚΕΣ ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΩΝ	XI

Κεφάλαιο I

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το Πρόβλημα	1
Σκοπός Μελέτης	2
Ορισμοί Όρων	3

Κεφάλαιο II

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΑΛΛΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ ΚΑΙ ΣΧΕΤΙΚΩΝ ΣΥΓΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

A.

Ορισμός Αγοραφοβίας - Ιστορική Αναδρομή	8
Επιδημιολογία	9
Πρόγνωση Αγοραφοβίας	10
Έναρξη Αγοραφοβίας	14
Εδραίωση Αγοραφοβίας	15
Υποτροπή Αγοραφοβίας	16

B.

Συμπτώματα Διαταραχής	19
Προσωπικότητα Αγοραφοβικού Ασθενή	21
Οικογενειακό Περιβάλλον	25

Γ.

Διαγνωστικά Κριτήρια Αγοραφοβίας	26
Μέθοδοι Εκτίμησης Αγοραφοβίας	27

Δ.	
Αίτια Αγοραφοβίας	37
Αιτιολογικά Μοντέλα	46
Ε.	
Θεραπεία Αγοραφοβικής Διαταραχής	59
Στρατηγικές Αντιμετώπισης Αγχους από τον Αγοραφοβικό Ασθενή.	73
ΣΤ.	
Διαφορική Διάγνωση Αγοραφοβίας	77
Διαταραχή Αγοραφοβίας με Πανικό	79

Κεφάλαιο III

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Είδος Έρευνας	85
Σκοπός της Έρευνας - Ερωτήματα	85
Δείγμα	86
Τρόπος Συλλογής των Πληροφοριών - Συνέντευξη	88
Πλαίσιο Αναφοράς	88
Τρόπος Ανάλυσης Πληροφοριών	88
Τρόπος Παρουσίασης του Υπόλοιπου της Μελέτης	89

Κεφάλαιο IV

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	90
--------------	----

Κεφάλαιο V

ΠΕΡΙΛΗΨΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ

I. Πέριληψη	101
II. Συμπεράσματα	103
III. Εισηγήσεις	107

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

Α' Ερωτηματολόγιο	112
Β' Κλινικά Παραδείγματα Αγοραφοβικών Ασθενών	116
Γ' Κατάλογος Υπηρεσιών Θεραπείας της Αγοραφοβικής Διαταραχής	124
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	126

ΠΙΝΑΚΕΣ ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΩΝ

	Πίνακας	Σελίδα
1.	Χρόνια υπηρεσίας	91
2.	Εκπαίδευση	91
3.	Μετεκπαίδευση	92
4.	Εξυπηρετούνται αγοραφοβικοί ασθενείς στην Υπηρεσία σας;	92
5.	Αν δεν εξυπηρετούνται από την Υπηρεσία σας, τα περιστατικά παραπέμπονται στην αρμόδια Υπηρεσία;	93
6.	Σε ποια Υπηρεσία γίνεται η παραπομπή των αγοραφοβικών ασθενών;	93
7.	Τι είδους προγράμματα υπάρχουν για την αντιμετώπιση αγοραφοβικών ασθενών;	94
8.	Ασχολείται η κοινωνική Υπηρεσία με περιστατικά αγοραφοβικών ασθενών;	95
9.	Γιατί ο κοινωνικός λειτουργός δεν ασχολείται με περιστατικά Αγοραφοβίας;	95
10.	Αν δεν ασχολείται η Κοινωνική Υπηρεσία, ποιες είναι οι ειδικότητες που ασχολούνται με αγοραφοβικά περιστατικά;	96
11.	Ποιος είναι ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στην αντιμετώπιση αγοραφοβικών ασθενών;	96
12.	Λειτουργεί διεπιστημονική ομάδα για την αντιμετώπιση αγοραφοβικών ασθενών;	97
13.	Ειδικότητες που αποτελούν την διεπιστημονική ομάδα	97
14.	Μετέχει ο κοινωνικός λειτουργός στη διεπιστημονική ομάδα;	98
15.	Με ποιόν τρόπο ο κοινωνικός λειτουργός μετέχει στη	98

διεπιστημονική ομάδα;

- | | |
|--|-----|
| 16. Ποια είναι τα εφόδια/δεξιότητες του κοινωνικού λειτουργού για τη συμμετοχή του στη διεπιστημονική ομάδα; | 99 |
| 17. Ποια είναι τα εφόδια/δεξιότητες του κοινωνικού λειτουργού για την αντιμετώπιση αγοραφοβικών ασθενών; | 100 |

Κεφάλαιο I

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

α. Το Πρόβλημα

Σε μία εποχή που χαρακτηρίζεται από έναν έντονο ρυθμό ζωής, η δυσκολία του ατόμου να αντεπεξέλθει στις ποικίλες και ολοένα αυξανόμενες απαιτήσεις της ζωής αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα της προσωπικής του εξέλιξης. Η δυσκολία αυτή δυσχεραίνει τη λειτουργία τόσο του ατόμου όσο και της οικογένειάς του.

Δεν είναι επομένως παράλογο όπως υποστηρίζει και ο Μπουλουγούρης (1992) ότι οι αγχώδεις διαταραχές είναι ίσως οι πιο συχνά ανευρισκόμενες διαταραχές στο γενικό πληθυσμό. Ο Μάνος (1992) αναφέρει ότι σύμφωνα με σχετικές μελέτες υπολογίζεται ότι ένα ποσοστό μεταξύ 2% και 4% του γενικού πληθυσμού παρουσιάζει σε κάποια στιγμή της ζωής του κάποια αγχώδη διαταραχή.

Σύμφωνα με το D.S.M-III-R (1987), οι φοβικές διαταραχές διακρίνονται σε τρεις τύπους: Αγοραφοβία (η πιο κοινή και σοβαρή μορφή), Κοινωνική Φοβία και Απλή Φοβία. Ειδικότερα, η Απλή Φοβία είναι η πιο συχνή αγχώδης διαταραχή στο γενικό πληθυσμό, ενώ η Αγοραφοβία, όπως αναφέρει ο Μπουλουγούρης (1992), είναι η συχνότερη μορφή φοβίας στο σύνολο των φοβικών ασθενών που ζητούν θεραπεία και φθάνει στο ποσοστό του 60%.

Αυτή η πραγματικότητα καθιστά την Αγοραφοβία ένα θέμα ιδιαίτερης σημασίας που χρειάζεται άμεση παρέμβαση.

Σύμφωνα με τον ορισμό της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Ένωσης (Γ. Μπουλουγούρης, 1994), η Αγοραφοβία είναι ο έντονος φόβος και η αποφυγή του ατόμου να βρίσκεται μόνο του ή σε δημόσια μέρη, όπου η φυγή ίσως να είναι δύσκολη ή η βοήθεια να μην είναι διαθέσιμη.

Ο Μουζακίτης (1988) αναφέρει ότι υπάρχει ομοφωνία μεταξύ ψυχιάτρων και άλλων ειδικοτήτων που ασχολούνται άμεσα ή έμμεσα με το ψυχιατρικό πρόβλημα του ατόμου πως η συνεργασία μεταξύ της θεραπευτικής ομάδας εγγυάται δυνατότητα πιο αποτελεσματικής παρέμβασης.

Η δυσκολία στην ανεύρεση άρθρων και συγγραμμάτων που να σχετίζονται με την Αγοραφοβική Διαταραχή στην ελληνική βιβλιογραφία, δημιούργησε την ανάγκη να βρεθεί το κατάλληλο υλικό από τη ξένη βιβλιογραφία. Η έλλειψη ενός καταλόγου των Υπηρεσιών στον νομό Αττικής που προσφέρουν βοήθεια σε αγοραφοβικούς ασθενείς, επίσης δημιούργησε την ανάγκη για διερεύνηση των Υπηρεσιών αυτών στην ευρύτερη περιοχή του λεκανοπεδίου Αττικής. Και τέλος, η έλλειψη υλικού για τα προγράμματα θεραπείας των αγοραφοβικών ασθενών και για τον ρόλο του κοινωνικού λειτουργού στις Υπηρεσίες που εξυπηρετούν άτομα με Αγοραφοβική Διαταραχή στο Νομό Αττικής αποτέλεσε μία εξίσου σοβαρή αιτία με τις προηγούμενες, έτσι ώστε η μελέτη να κινηθεί προς αυτή την κατεύθυνση.

β. Σκοπός της Μελέτης

Σκοπός της μελέτης αυτής είναι να διερευνηθεί ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού σε Υπηρεσίες που προσφέρουν βοήθεια σε αγοραφοβικούς ασθενείς, που, όπως αναφέρθηκε παραπάνω, καλύπτουν το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων με φοβική διαταραχή που ζητούν θεραπεία.

Οι επιμέρους στόχοι της μελέτης είναι:

(α) η διερεύνηση των Κέντρων Ψυχικής Υγείας, Ψυχιατρικών Νοσοκομείων και Ψυχιατρικών Τμημάτων Γενικών Νοσοκομείων, που προσφέρουν βοήθεια σε ασθενείς με Αγοραφοβία στο νομό Αττικής,

(β) η μελέτη των θεραπευτικών προγραμμάτων που εφαρμόζονται στις ανωτέρω Υπηρεσίες για την αντιμετώπιση των αγοραφοβικών περιστατικών,

(γ) η έρευνα του ρόλου του Κοινωνικού Λειτουργού στις Υπηρεσίες αυτές αναφορικά με τον ασθενή και τη διεπιστημονική ομάδα,

(δ) η μελέτη των επιστημονικών δεξιοτήτων του κοινωνικού λειτουργού για την συνεργασία του με την διεπιστημονική ομάδα και τη δουλειά του με τον αγοραφοβικό ασθενή,

(ε) η ενημέρωση των κοινωνικών λειτουργών και των υπολοίπων ειδικοτήτων, που ασχολούνται με την ψυχική υγεία i) για τις Υπηρεσίες που υπάρχουν στο νομό Αττικής και απευθύνονται σε αγοραφοβικούς ασθενείς, ii) για τα προγράμματα θεραπείας που εφαρμόζονται στις Υπηρεσίες αυτές και iii) για το ρόλο του κοινωνικού λειτουργού σε αυτές τις Υπηρεσίες σχετικά με το άτομο και τη θεραπευτική ομάδα.

γ. Ορισμοί Όρων

• Κοινωνική Φοβία

Είναι ' ο φόβος ταπείνωσης ή αμηχανίας σε κοινωνικές καταστάσεις' (N. Μάνος, Θεσ/νίκη, 1988, σελ. 233)

• Κατάθλιψη

Το άτομο εκδηλώνει υπερβολική (πέραν του φυσιολογικού) ευαισθησία σε δυσάρεστα γεγονότα, χαρακτηρίζεται, κύρια, από

μελαγχολία και κατάθλιψη (π.χ. υπερβολική ευαισθησία σε θάνατο συγγενικών προσώπων)' (Ρ. Καλούρη - Αντωνοπούλου, Αθήνα, 1994, σελ. 186).

• Σχιζοφρένεια

Είναι 'ένα σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από έντονη αλλοίωση της εσωτερικής και εξωτερικής πραγματικότητας, στην οποία το άτομο απαντά με τρόπους που βλάπτουν τη ζωή του (Ν. Μάνος, Θεσ/νίκη, 1988, σελ. 138).

• Σχολική Φοβία

Είναι 'το ψυχο-νευρωσικό σύνδρομο που παρουσιάζεται σε παιδιά που νιώθουν φοβικά συναισθήματα για το σχολείο' (Ι. Ν. Παρασκευόπουλος, Αθήνα, 1985, σελ. 155).

• Διαταραχή Προσωπικότητας

Είναι 'η διαταραχή εκείνη κατά την οποία τα στοιχεία προσωπικότητας του ατόμου είναι τόσο δυσπροσαρμοστικά και δύσκαμπτα, που προκαλούν είτε σημαντική έκπτωση της λειτουργικότητας, είτε υποκειμενική έντονη ενόχληση' (Ν. Μάνος, Θεσ/νίκη, 1988, σελ. 192).

• Αγχώδης Νεύρωση

Είναι 'μία κατάσταση αδιάλειπτης ανησυχίας που δε σχετίζεται με μια συγκεκριμένη απειλή, αλλά είναι ένας μόνιμος και διάχυτος φόβος που εκδηλώνεται κάτω από οποιοσδήποτε συνθήκες και επηρεάζει κάθε ενέργεια του ατόμου (Ι. Ν. Παρασκευόπουλος, Αθήνα, 1988, σελ. 15)•

• Αποπροσωποποίηση

Είναι 'μια διαταραχή της αντίληψης, που συνίσταται σε μεταβολή στη συνηθισμένη αίσθηση πραγματικότητας του ατόμου αναφορικά με τον εαυτό του (Ν. Μάνος, Θεσ/νίκη, 1988, σελ. 263).

• Αποσυνειδητοποίηση ή Αποπραγματοποίηση

Είναι 'η διαταραχή της αντίληψης που συνίσταται σε μεταβολή της συνηθισμένης αίσθησης πραγματικότητας του ατόμου αναφορικά με το περιβάλλον του' (Ν. Μάνος, Θεσ/νίκη, 1988, σελ. 263).

• Φοβία

Είναι ο έντονος φόβος μπροστά σε ορισμένα ερεθίσματα - καταστάσεις, ο οποίος όμως φόβος δεν προέρχεται από πραγματική αιτία (Ι. Ν. Παρασκευόπουλος, Αθήνα, 1988, σελ. 15).

• Ιδεοψυχαναγκαστική Νεύρωση

Είναι 'οι έμμονες ιδέες και η επίμονη επανάληψη, κατά τρόπο τελετουργικό, μιας σειράς στερεοτυπικών ενεργειών' (Ι. Ν. Παρασκευόπουλος, Αθήνα, 1988, σελ.17).

• Νεύρωση

Είναι 'ελαφριάς μορφής ψυχιατρική διαταραχή που κύριο χαρακτηριστικό της είναι το υπερβολικό άγχος, μια διαρκής έντονη εσωτερική ανησυχία' (Ι. Ν. Παρασκευόπουλος, Αθήνα, 1988, σελ. 14).

• Φόβος

Είναι 'η δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση που δημιουργείται ως απάντηση σε εξωτερικό πραγματικό κίνδυνο ή απειλή, που γίνεται αντιληπτός (-η) συνειδητά' (Ν. Μάνος, Θεσ/νίκη, 1988, σελ. 222).

• Άγχος

Είναι 'η δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση, που περιλαμβάνει αισθήματα έντασης, φόβου, ή και τρόμου, σαν σε κίνδυνο του οποίου η πηγή είναι σε μεγάλο βαθμό άγνωστη, ή μη αναγνωρίσιμη (Ν. Μάνος, Θεσ/νίκη, 1988, σελ. 222).

• Ειδική Φοβία

Είναι 'ο φόβος συγκεκριμένων αντικειμένων ή καταστάσεων' (Ν. Μάνος, Θεσ/νίκη, 1988, σελ. 234).

• Υστερική Νεύρωση

Είναι 'η εκδήλωση σοβαρών σωματικών συμπτωμάτων χωρίς να υπάρχει αντίστοιχη οργανική βλάβη' (Ι. Ν. Παρασκευόπουλος, Αθήνα, 1988, σελ. 17).

• Παλινδρόμηση

Είναι 'η επιστροφή του ατόμου σε προγενέστερα στάδια ψυχοσεξουαλικής ανάπτυξης' (Ν. Μάνος, Θεσ/νίκη, 1988, σελ. 66).

• Εκλογίκευση

Είναι 'οι λογικοφανείς δικαιολογίες που υιοθετεί το άτομο για μια αποτυχία, απογοήτευση ή απρεπή συμπεριφορά' (Ι. Ν. Παρασκευόπουλος, Αθήνα, 1988, σελ. 50).

• Οργανικό Σύνδρομο

Είναι 'μίας μορφή διαταραχή που οφείλεται σε συγκεκριμένο οργανικό παράγοντα' (Ν. Μάνος, Θεσ/νίκη, 1988, σελ. 384).

• Εξάρτηση

Είναι 'εκείνη η συμπεριφορά κατά την οποία το άτομο παραχωρεί την ευθύνη του στους άλλους ανθρώπους' (N. Μάνος, Θεσ/νίκη, 1988, σελ. 321).

• Αποσύνδεση

Είναι 'ο αποχωρισμός του ατόμου από τον εαυτό του ή/και από το περιβάλλον (N. Μαρμάζη Αθήνα, 1983, σελ. 122).

• Παραίσθηση

Είναι 'εκείνη η διαταραχή της αντίληψης κατά την οποία το άτομο παρερμηνεύει αισθητηριακά ερεθίσματα' (N. Μάνος, Θεσ/νίκη, 1988, σελ. 123).

• Ψυχοσεξουαλική ωριμότητα

Είναι 'η επιτυχημένη ολοκλήρωση της βιολογικής, ψυχολογικής και κοινωνικής ανάπτυξης του ανθρώπου, βασισμένη στη θεωρία του S. Freud' (N. Μάνος, Θεσ/νίκη, 1988, σελ. 72).

• Αρρωστοφοβία

Είναι 'ο παθολογικός φόβος του ατόμου μήπως προσβληθεί από ασθένειες' (Benedetti A., 'Hypochondriasis and illness Phobia in Panic Agoraphobic Patients', 1997, σελ. 124-131).

• Διαταραχή Πανικού

Είναι 'ένα έντονο σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από διακριτά επεισόδια προσβολών πανικού - κρίσεις υπερβολικού άγχους (δυσφορίας) και φόβου - που συνοδεύονται από μια ποικιλία σωματικών συμπτωμάτων (που είναι η σωματική έκφραση του άγχους) (N. Μάνος, Θεσ/νίκη, 1988, σελ. 226).

Κεφάλαιο II

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΑΛΛΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ ΚΑΙ ΣΥΓΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

A.

Ορισμός - Ιστορική Αναδρομή

Σύμφωνα με τον Γ. Μπουλουγούρη (1994), η Αγοραφοβία , που λέγεται και αγοραφοβικό σύνδρομο είναι μια χρόνια κατάσταση αναπηρίας του ατόμου και αυτό γιατί το άτομο, όταν πρέπει να αντιμετωπίσει κάποιες καταστάσεις, κάνει αλλεπάλληλες αποφυγές, παγιδεύεται μέσα σ' αυτές, περιορίζει τις δραστηριότητες του, κλείνεται στο σπίτι του και για να λειτουργήσει έστω σε κάποιο βαθμό, εξαρτάται από την παρουσία των άλλων.

Όπως οι Kaplan και Sadock (1986), ο μνημειώδης φόβος του Samuel Johnson για το θάνατο ή η έκκληση του Purgier το 1974 να απαλλαγεί από τα καθήκοντά του ως ένορκος γιατί εμφανίστηκε "σχεδόν λιπόθυμος ... σε όλα τα συνωστισμένα μέρη", όπως το βρίσκουμε στο "The Trial of Jhon Horne Tooke for High Treason", δείχνει ότι οι φοβίες ήταν πάντα ένα μέρος της ανθρώπινης εμπειρίας. Διαμέσω των αιώνων θεωρούνταν σαν προσωπικές εκκεντρικότητες και παρόλη την αναφορά τους στα γραπτά του Ιπποκράτη και στη "θεραπεία της μελαγχολίας" του Burton, οι φοβίες δε θεωρούνταν γενικότερα σαν ένα θέμα που έχριζε κλινικού ενδιαφέροντος μέχρι τα μέσα του 19ου αιώνα. Σε εκείνο το σημείο το φαινόμενο άρχιζε να ενδιαφέρει τους κλινικούς. Άνθρωποι σαν τον Westfall και Legrand du Saullie, οι οποίοι και οι δύο εξέδωσαν μελέτες για την Αγοραφοβία, άνοιξαν το δρόμο για περαιτέρω μελετητές που συνέθεσαν

μεγάλες λίστες φοβιών, ονομάζοντας την κάθε μια με ελληνίζοντες ή λατινίζοντες όρους ανάλογα με τη φοβία. Π.χ. raptophobia (αυτός που φοβάται τα πάντα), belonophobia (αυτός που φοβάται τις βελόνες).

Η ιδιοφυΐα στην ταξινόμηση που αντανακλάται σε αυτή τη λόγια ονοματολογία δεν αντιστοιχούσε μια αντίστοιχη ευκολία στην κλινική ταξινόμηση όλου του φάσματος των νευρωτικών συμπτωμάτων. Τα νευρωτικά συμπτώματα με πιθανόν την εξαίρεση των πιο δραματικών υστερικών φαινομένων, τους προηγούμενους αιώνες είχαν διαφύγει της προσοχής των κλινικών, των οποίων η προσοχή ήταν πάντα επικεντρωμένη στις κύριες ανωμαλίες των ψυχώσεων. Τα νευρολογικά ενδιαφέροντα του Charcot και των μαθητών του, τους οδήγησαν σε μια εξαντλητική μελέτη της Υστερίας, και η ανάπτυξη της έννοιας της νευρασθένειας από τον Beard μεταξύ 1870 και 1880 εγκαινίασαν μια νέα κλινική οντότητα στο χώρο των νευρώσεων. Ο Pierre Janet ήταν ο πρώτος όμως που προσπάθησε να φτιάξει ένα κατανοητό σύστημα ταξινόμησης των νευρωτικών διαταραχών, όπου ανήκει και η Αγοραφοβία (Kaplan J, Sadock J, 1986).

Όπως αναφέρει ο Γ. Μπουλουγούρης (1994), στη Αγοραφοβία έχουν δοθεί διάφορες ονομασίες. Ο Freud την αποκαλούσε "αγχώδη υστερία", ο Klein "Φοβική αγχώδη κατάσταση" ο Roth "φοβικό - αγχώδες και με αποπροσωποποίηση σύνδρομο". Η Dr. Elizabeth Bey Janand (1985) αναφέρει ότι το 1885 η Αγοραφοβία εγκρίθηκε από τον Henry Maudsley ως ξεχωριστό σύνδρομο.

Επιδημιολογία

Σύμφωνα με το DSM III-R (1987), η ηλικία έναρξης της Αγοραφοβίας ποικίλει, αλλά η διαταραχή συνηθέστερα αρχίζει σε ηλικία

20 - 40 ετών. Η Elizabeth Bey Janand (1985) αναφέρει ότι στην ηλικία μεταξύ 18 και 30 ετών φτάνει στο σοβαρότερο σημείο της. Η Αγοραφοβία είναι περισσότερο συχνή στις γυναίκες παρά στους άνδρες. Υπάρχουν αποδείξεις, σύμφωνα με το American Journal of Psychiatry, ότι η ηλικία έναρξης είναι σημαντικά νωρίτερα στους άνδρες (24 - 25 ετών) απ' ότι στις γυναίκες (28,5 ετών).

Ο Μπουλουγούρης (1994) αναφέρει ότι η εκδήλωση της Αγοραφοβίας δεν έχει σχέση με την κοινωνική τάξη, την εκπαίδευση, το επάγγελμα και τον αριθμό των παιδιών που έχει το άτομο. Παρόλο που δεν έχουν γίνει πολλές διαπολιτισμικές μελέτες πάνω στην εκδήλωση της Αγοραφοβίας, εντούτοις δε φαίνεται να υπάρχουν διαφορές ούτε ανάμεσα σε φυλές και πολιτισμούς, ούτε και μεταξύ αστικού και αγροτικού πληθυσμού.

Πρόγνωση της Αγοραφοβίας

Η κλινική εμπειρία αποδεικνύει ότι οι φοβίες τείνουν να είναι χρόνιες σε όλες τις μορφές φοβίας με συχνή επανάληψη των συμπτωμάτων εκείνων που αντιστέκονται στην θεραπεία (H. J. Karlian, J. Sadock, 1985).

Τα φοβικά συμπτώματα της Αγοραφοβίας είναι δύσκολο να χειρισθούν και μπορεί να γίνουν το αίτιο που θα οδηγήσει τον ασθενή σε μία σοβαρά περιορισμένη ζωή για πολλά χρόνια. Οι Eggera και Coleman σε ένα σύνολο 19 ασθενών, που βρισκόταν σε φάση αποκατάστασης (follow up) για 23 χρόνια κατά μέσο όρο, βρέθηκαν 12 ασθενείς χωρίς να παρουσιάζουν καμία αλλαγή και μόνο ένας ασθενής ελευθερώθηκε ολοκληρωτικά από τα συμπτώματα της Αγοραφοβίας. Σε μία άλλη συγκριτική έρευνα, ο Terhune ανέφερε ότι από τους 86 ασθενείς που

βρισκόταν σε φάση αποκατάστασης για χρόνια, το 67% αυτών είχαν απαλλαγεί από τα συμπτώματα της αγοραφοβικής διαταραχής, το 24% είχε βελτιωθεί σημαντικά και μόνο το 9% έδειξε μικρή ή καμία αλλαγή της κατάστασης του (H. J. Karlan, B. J. Sadock, 1985).

Το γεγονός ότι ορισμένα άτομα μπορεί να αναπτύξουν την Αγοραφοβία, αλλά η ίδια η Αγοραφοβία ως φοβική διαταραχή μπορεί εξαφανισθεί αυθόρμητα περιπλέκει τη λήψη μιας σοβαρής απόφασης τόσο για την εδραίωση όσο και για την κλινική πορεία της διαταραχής. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι οι 'αυθόρμητες' θεραπείες είναι λιγότερο πιθανόν να συμβούν σε ασθενείς που εμφανίζουν φοβικά συμπτώματα για ένα χρονικό διάστημα μεγαλύτερο από έναν χρόνο (H. J. Karlan, B. J. Sadock, 1985).

Το πρότυπο προσαρμογής του κάθε ατόμου είναι καθοριστικής σημασίας για την ανάπτυξη ψυχοπαθολογικής προσωπικότητας. Η διαδικασία του αποχωρισμού του παιδιού από την μητέρα επηρεάζει σημαντικά την διαμόρφωση της προσωπικότητας του ατόμου, η οποία αποτελεί παράγοντα προδιάθεσης για την ανάπτυξη Αγοραφοβίας στην ενήλικη ζωή (A. Mathews, M. Gelder, D. Jonston, 1981).

Η δύσκολη προσαρμογή του παιδιού δημιουργείται από την επίμονη προειδοποίηση των υπερπροστατευτικών γονιών για τους κινδύνους του εξωτερικού κόσμου από την εμμονή τους για την υποθετική σωματική ή/και συναισθηματική αδυναμία του παιδιού που το κάνει ευάλωτο στους κινδύνους, από την ανάγκη του αγοραφοβικού γονιού να κρατάει το παιδί στο σπίτι για να νοιώθει ο ίδιος ασφάλεια και από τον φόβο εγκατάλειψης ή τις οικογενειακές συγκρούσεις που το κάνουν να νοιώθει ανασφάλεια έξω από το σπίτι (A. Mathews, M. Gelder, D. Jonston, 1981).

Η συνεχής επαφή και προσοχή που οι υπερπροστατευτικοί γονείς δείχνουν στο παιδί, το εφοδιάζουν με μία αυτοεικόνα ενός αγαπητού και αξιόλογου ατόμου. Ενώ ο συνεχής περιορισμός της εξερευνητικής

διάθεσης του παιδιού του παρέχει μία αδύναμη ή/και εύθραυστη αυτοεικόνα μέσα στα όρια ενός απειλητικού και εχθρικού κόσμου. Έχοντας το άτομο αυτή την συγκρουόμενη αυτοεικόνα φροντίζει να δημιουργήσει μία άκαμπτη στάση κατά του εαυτού του. Συνεπώς, είναι πιθανόν να συγκρίνει την ιδέα να είναι αγαπητό και 'διαφορετικό' μαζί με την ιδέα να είναι αγαπητό και να του αξίζει πολλή προσοχή (A. Mathews, M. Gelder, D. Jonston, 1981).

Με την συγκρότηση της στάσης απέναντι στη πραγματικότητα το άτομο πρέπει να προσπαθήσει να ενώσει τις συγκρουόμενες πλευρές. Το άτομο πρέπει να αποφασίσει για το δίλημμα: πώς να βρει μία ισορροπία ανάμεσα στην ανάγκη για ελευθερία και ανεξαρτησία που είναι συνυφασμένη με την μοναξιά και την ανάγκη για προστασία που προϋποθέτει την εξάρτηση από τους άλλους. Η ισορροπία επιτυγχάνεται με την δημιουργία και την διατήρηση του ελέγχου στις διαπροσωπικές σχέσεις, ώστε το άτομο ταυτόχρονα να επιτύχει την απόκτηση προστασίας και η διατήρηση της αίσθησης ελευθερίας και ανεξαρτησίας (A. Mathews, M. Gelder, D. Jonston, 1981).

Οι καταστάσεις εκείνες που αναπαριστούν το προαναφερόμενο δίλημμα είναι είτε μία πιθανή απώλεια της προστασίας (π.χ. χωρισμός από συναισθηματική σχέση) είτε μία πιθανή απώλεια της αίσθησης ελευθερίας και ανεξαρτησίας (π.χ. η σχέση με έναν "ελεγκτικό" παρτενέρ ή με ένα παρτενέρ που αποφεύγει τον έλεγχο) (A. Mathews, M. Gelder, D. Jonston, 1981).

Η ισορροπία που επιτεύχθηκε μπορεί να καταστραφεί πλην των δύο παραπάνω γενικών καταστάσεων, με την εδραίωση ενός ψυχοπαθολογικού προτύπου προσαρμογής. Το πρότυπο αυτό προσαρμογής οδηγεί στη δημιουργία εξαρτημένων ατόμων, που πιθανώς έχουν μία προδιάθεση για την ανάπτυξη Αγοραφοβίας (A. Mathews, M. Gelder, D. Jonston, 1981).

Ο Martin Roth (1996) αναφέρει ότι τα αρχικά σημεία της νευρωτικής διαταραχής σε ενήλικες θα πρέπει να αναζητηθούν στα συναισθήματα και τις συγκρούσεις που γεννήθηκαν κατά την διάρκεια των αρχικών χρόνων ζωής του ατόμου. Ο Klein έχει ερμηνεύσει τα δεδομένα του σε συμφωνία με την άποψη ότι η ενήλικη Αγοραφοβία παρουσιάζει υποτροπίαση και ένταση από άγχος που πρωτοεκδηλώθηκε στη παιδική ηλικία με τη μορφή **Σχολικής Φοβίας**.

Στις πιο πρόσφατες έρευνες δεν βρέθηκαν σημαντικές διαφορές στο ιστορικό του παιδικού αποχωρισμού μεταξύ ενηλίκων αγοραφοβικών και απλών φοβικών ασθενών. Μία άλλη μελέτη ανέφερε μία υψηλότερη ένδειξη σχολικής φοβίας στη παιδική ηλικία σε αγοραφοβικούς από ό,τι σε ασθενείς με διαταραχή πανικού χωρίς Αγοραφοβία (M. Roth, 1996).

Οι Harper και Roth βρήκαν ότι το 60% των αγοραφοβικών ασθενών τους είχαν ιστορικό φοβίας στη παιδική ηλικία σε σύγκριση με τα αντικείμενα ελέγχου της έρευνας. Παρ' όλα αυτά όμως, όπως έδειξε και ο Snaith, από αυτά τα συμπτώματα τα περισσότερα είναι με την μορφή μεταβατικών φόβων συγκεκριμένων αντικειμένων ή καταστάσεων (π.χ. σκοτάδι, κέραιους, ζώα, ύψη και νερό), που διαφέρουν από τις φοβίες της ενήλικης ζωής. Τα συμπτώματα αυτά είναι προσωρινά και βραχύχρονα και σπανίως ξανασυμβαίνουν μεταξύ αγοραφοβικών στην ενήλικη ζωή (M. Roth, 1996).

Η Σχολική Φοβία παρουσιάζει μικρή ομοιότητα με την ενήλικη Αγοραφοβία. Η Σχολική Φοβία σπανίως πηγάζει από τον φόβο απομάκρυνσής από την ασφάλεια του σπιτιού. Είναι μία προσωρινή διαταραχή που έχει να κάνει με την παιδική ηλικία όταν ξεκινάει πριν την ηλικία των 11 ετών. Μόνο ένα μικρό ποσοστό παιδιών των οποίων η φοβία ξεκινάει στην ηλικία μεταξύ 11-14 ετών βρίσκεται σε κίνδυνο ανάπτυξης μίας τυπικής φοβίας στην ενήλικη ζωή. Σοβαρά συμπτώματα αγοραφοβίας είναι σπάνια στη παιδική ηλικία. Είναι παρόντα σε ποσοστό

μικρότερο του 2% στο σύνολο 135 αγοραφοβικών σε μία αρχική συγκριτική μελέτη (M. Roth, 1996).

Το αποτέλεσμα της Σχολικής Φοβίας στη πρώτη δεκαετία της ζωής είναι σε συμφωνία με την μεταβατική φύση των περισσότερων νευρωτικών διαταραχών στη παιδική ηλικία και έχει χαμηλή προγνωστική αξία για την ανάπτυξη νεύρωσης στην ενήλικη ζωή (M. Roth, 1996).

Έναρξη της Αγοραφοβίας

Η Αγοραφοβία συνήθως εκδηλώνεται μετά από κάποια σημαντικά γεγονότα που συνέβησαν στη ζωή του ατόμου, π.χ. πένθος, κύηση, γάμος κλπ. Η έναρξη της Αγοραφοβίας μπορεί να γίνει αιφνίδια, ή να γίνει σιγά σιγά και τελικά να καταλήξει να γίνει μία χρόνια κατάσταση αναπηρίας. Η ουσιαστική αναπηρία του αγοραφοβικού αρχίζει την έναρξη των συμπτωμάτων (Gelder, 1985).

Υποστηρίζεται ότι η μεγαλύτερη αναλογία των αγοραφοβικών συνδέει την εγκατάσταση της αποφυγής διαφόρων καταστάσεων με κάποια προσβολή πανικού που είχε προηγηθεί. Ο πανικός γίνεται τόσο έντονος, που αναγκάζει τον ασθενή να παραμείνει στο ίδιο σημείο για μερικά λεπτά μέχρι να ελαττωθεί η ανησυχία. Ύστερα απ' αυτό μπορεί το άτομο να καταφύγει σε ένα ασφαλές μέρος - σ' ένα φίλο ή σε κάποιο γνωστό σπίτι.

Όταν ο ασθενής ξεπεράσει την κρίση του πανικού, είναι φυσικό να διστάζει να γυρίσει ξανά στον τόπο που έπαθε την κρίση (Cassano, 1997).

Ο πανικός μπορεί να κρατήσει από λίγα μόνο λεπτά έως αρκετές ώρες, υπάρχει περίπτωση να περάσουν πολλοί μήνες μέχρι να εμφανιστεί άλλο ένα τέτοιο επεισόδιο. Ύστερα από επεισόδια πανικού, μπορεί ο

ασθενής να ζήσει φυσιολογικά για ένα ορισμένο χρονικό διάστημα και αυτή η διαδοχή των κρίσεων πανικού μπορεί να παρακινήσουν τον ασθενή να συμβουλευθεί ένα γιατρό, που δε θα βρει τίποτα το μη φυσιολογικό εκτός από κάποια σημάδια ανησυχίας. Τελικά, ο πάσχων από Αγοραφοβία θα αρχίσει να αποφεύγει ορισμένες καταστάσεις που του προκαλούν φόβο και οι οποίες θα μπορούσαν να επιταχύνουν κρίσεις πανικού. (Cassano, 1997).

Μερικοί ασθενείς δυσκολεύονται για δεκαετίες να κυκλοφορήσουν μόνοι τους, αλλά καταφέρνουν επιδέξια το άγχος αρχίζει να φεύγει από τον έλεγχό τους και να αυξάνει τόσο πολύ σε κάποιες καταστάσεις, ώστε αρχίζουν να αναζητούν θεραπεία (Barlow, 1996).

Εδραίωση της Αγοραφοβίας

Η σύγχυση και ο φόβος είναι τα αίτια που επεκτείνουν την ευαισθητοποίηση στον αγοραφοβικό ασθενή και την διατηρούν σε σοβαρό επίπεδο. Η σύγχυση κάνει τον ασθενή να αναρωτιέται σε συνθήκες έντασης "Τί μου συμβαίνει; Γιατί είμαι έτσι;". Το ευαισθητοποιημένο άτομο προσπαθεί να πολεμήσει την σύγχυση που έχει και να γίνει όπως ήταν πριν. Στην προσπάθειά του να βρει τον χαμένο εαυτό του, διακατέχεται από συναισθήματα έντονης πίεσης και μεγάλης αγωνίας, που τον κάνουν περισσότερο ευαισθητοποιημένο. Η αποτυχημένη προσπάθειά του να ξεφύγει από τον λαβύρινθο της αναστάτωσης του, τον κάνουν να αισθάνεται ανίκανος να ασχοληθεί με οποιαδήποτε δυσκολία (π.χ. στρεσογόνα οικογενειακά προβλήματα) και με οποιαδήποτε πόνο που προκαλείται από την ασθένειά του. Ο αγοραφοβικός διακατέχεται από συναισθήματα φόβου για τον φόβο που αισθάνεται (ο φόβος για τον φόβο). Η πίεση της σύγχυσης και του φόβου προστίθεται συνεχώς στην

ευαισθητοποίηση διατηρώντας τα νευρικά συμπτώματα με αποτέλεσμα ο παθών να παραμένει νευρωσικά ασθενής (Dr. Claire Weekes, 1976).

Η ευαισθητοποίηση, η σύγχυση και ο φόβος αποτελούν τις τρεις κύριες παγίδες που οδήγησαν την πλειοψηφία των νευρωσικών ασθενών στην διαταραχή της Αγοραφοβίας. Η ανάπτυξη της Αγοραφοβίας - φόβος να αφήσει κανείς την προστασία του σπιτιού - ήταν μία λογική συνέπεια των τριών προηγούμενων συναισθηματικών καταστάσεων (Dr. Claire Weekes, 1976).

Υποτροπή Αγοραφοβίας

Καταστάσεις υποτροπής συμβαίνουν συχνά στην Αγοραφοβία .

Οι ασθενείς που ακολουθούν ορισμένη θεραπεία πιστεύουν ότι οι υποτροπές θα έπρεπε να συμβαίνουν με μικρότερη συχνότητα και με μικρότερη ένταση. Όμως, η χειρότερη υποτροπή μπορεί να συμβεί πριν την έναρξη της θεραπευτικής αγωγής. Επίσης, ορισμένες υποτροπές συμβαίνουν, χωρίς να είναι αναμενόμενες, και όταν η θεραπεία και τα αποτελέσματα αυτής φαίνονται να έχουν σταθεροποιηθεί (Dr. Claire Weekes, 1976).

Σε μία κατάσταση υποτροπής μπορεί να συμβεί μία εκπληκτικά γρήγορη επιστροφή όλων των νευρωσικών συμπτωμάτων της Αγοραφοβίας. Το νευρωτικό άτομο μπορεί να αισθάνεται όμορφα την μία μέρα και άσχημα την επόμενη μέρα. Αυτό συμβαίνει γιατί ο αγοραφοβικός ασθενής προσπαθεί να δοκιμάσει τον εαυτό του επιδιώκοντας να επιτύχει τα ίδια αποτελέσματα με την προηγούμενη ημέρα. Όταν όμως ο ασθενής δοκιμάζει τον εαυτό του, η αποτυχία της προσπάθειας του φέρει μία αίσθηση ματαιώσης και η σκέψη της επόμενης δοκιμασίας δημιουργεί σ' αυτόν υπερένταση. Παραδείγματος χάριν, ο ασθενής που λέει 'Πήγα στο

τρένο μόνος μου και δεν πανικοβλήθηκα και δεν έχω πανικοβληθεί για δύο εβδομάδες', είναι ακόμη ευαισθητοποιημένος στον πανικό και τον αντιπαθεί τόσο πολύ που μετράει τις μέρες από τότε που τον ένωσε για τελευταία φορά. Ενώ ο ασθενής που λέει 'Πήγα στο τρένο μόνος μου σήμερα και είχα αισθανθεί τρεις φορές πανικό, αλλά σκέφτηκα να κάνω ό,τι μου ερχόταν στο μυαλό χωρίς να φύγω από το τρένο' είναι σε έναν καλύτερο δρόμο να θεραπευτεί από ασθενή που δεν χάρηκε γιατί δεν είχε αισθανθεί πανικό (Dr. Claire Weekes, 1976).

Η πιο ανησυχητική υποτροπή είναι η επιστροφή του πανικού, μήνες, ακόμη και χρόνια μετά από την τελευταία του εμφάνιση σύμφωνα με την πεποίθηση του ασθενούς. Μια τέτοια υποτροπή υπενθυμίζει στον ασθενή ό,τι πίστευε ότι είχε ξεχάσει. Ο ασθενής, χωρίς να έχει τον απαραίτητο χρόνο να θυμηθεί ό,τι θα έπρεπε να κάνει για να αντιμετωπίσει τον φόβο, που προέρχεται από την επανεμφάνιση πανικού, κάνει λανθασμένη κίνηση να υποχωρήσει και να προσπαθεί να ξεφύγει από την φοβική κατάσταση (Dr. Claire Weekes, 1976).

Η επιστροφή του πανικού είναι ένα σχεδόν αναπόσπαστο τμήμα της θεραπείας και μπορεί να αποτελέσει για τον ασθενή μία ευκαιρία για να εξασκηθεί στον χειρισμό του μία φορά ακόμη. Ο θεραπευτής πρέπει να προϊδεάσει τον ασθενή για τις μελλοντικές επιδρομές πανικού και να του εξηγήσει ότι μολονότι μία κρίση πανικού μπορεί να τον σοκάρει, δεν θα έπρεπε να την αφήσει να τον σοκάρει σε τέτοιο βαθμό που να απομακρύνεται από την κατάσταση, που του προκάλεσε τον πανικό. Ο ασθενής θα πρέπει να καταλάβει ότι η υπερένταση και η πίεση τον έχουν ευαισθητοποιήσει, καθώς και ότι η ανάμνηση που σχετίζεται με τον ήχο, την όραση και την όσφρηση μπορεί να προκαλέσει τον πανικό αντανακλαστικά (Dr. Claire Weekes, 1976).

Εμπειρίες συναισθηματικής έκρηξης όπως ένα ξαφνικό συναίσθημα διάλυσης, καταστροφής, θανάτου, αναστάτωσης ή μη πραγματικής

υποβολής μπορεί να εμφανισθούν οποιαδήποτε στιγμή - ίσως σε μία συζήτηση που ο ασθενής αισθάνεται καλά και έχει ξεχάσει την ασθένεια του. Ο ασθενής πρέπει να μάθει να βλέπει αυτές τις παράξενες στιγμές σαν αναλαμπές (flashbacks) και να περιμένει ήρεμα να περάσουν. Αν δεν τις επιτρέπει να τον επηρεάσουν θα είναι για τον ίδιο προσωρινά δυσάρεστες ή παράξενες αναλαμπές της μνήμης, που οι περισσότεροι από εμάς έχουμε ορισμένες φορές (Dr. Claire Weekes, 1976).

Πολλοί ρωτάνε αν πρέπει να έχουν πάντοτε υποτροπές . Οι υποτροπές έρχονται όταν ο ασθενής τις φοβάται. Όταν δεν υπάρχει πια φόβος, η υποτροπή γίνεται πιο ήπια και δεν είναι κάτι περισσότερο από μία άσχημη ανάμνηση του παρελθόντος και μία εμπειρία που ο ασθενής είχε την ευχαρίστηση να την ξεπεράσει (Dr. Claire Weekes, 1976).

Είναι σημαντικό για τον ασθενή να υπολογίσει την σπουδαιότητα της συνήθειας, γιατί η συνήθεια αποτελεί μεγάλο μέρος της ασθένειας του. Ο φόβος αυτού ή εκείνου είναι θέμα συνήθειας. Όταν ο ασθενής εκτιμήσει το νόημα της συνήθειας, θα κατανοήσει τον λόγο εμφάνισης των υποτροπών και τον λόγο που η πρόοδος στη θεραπεία περιλαμβάνει τόσες πολλές υποτροπές στις παλιές συνήθειες (Dr. Claire Weekes, 1976).

B.

Συμπτώματα

Τα συμπτώματα της διαταραχής της Αγοραφοβίας γενικά αναπτύσσονται απότομα μέσα σε λίγες μέρες ή μέσα σε μία περίοδο εβδομάδων μετά από ένα προσωπικό τραύμα, μία απώλεια όπως είναι το πένθος, ή ένα απειλητικό για τη ζωή γεγονός (Μπουλουγούρης, 1994).

Στις περισσότερες περιπτώσεις, το πρώτο σύμπτωμα που παρουσιάζει το άτομο είναι πανικός όταν βρίσκεται σε δημόσιο χώρο από όπου η εύκολη υποχώρηση σε ασφαλές μέρος είναι αδύνατη. Για παράδειγμα, το άτομο μπορεί να έχει μία κρίση πανικού σ' ένα μαγαζί με κόσμο.

Ο πανικός πυροδοτεί νέα σωματικά συμπτώματα. Έτσι, το άτομο μπορεί να νιώσει αρρυθμία, ταχυκαρδία, αποπροσωποποίηση ή απομάκρυνση από την πραγματικότητα, απώλεια ελέγχου των σφικτήρων της κύστης ή του εντέρου. Επίσης, ανεπάρκεια αναπνοής, αδυναμία στα άκρα, ζαλάδα, φόβος, ξηροστομία & αισθήματα λιποθυμίας και έντονο άγχος προεξέχουν (Cassano, 1997).

Συμπτώματα όπως τα παραπάνω σημειώθηκαν και κατά το παρελθόν και το άτομο μπορεί να κατέχεται από το φόβο της επανεμφάνισής τους. Σε άλλες περιπτώσεις το άτομο ποτέ δεν εμφάνισε τα συμπτώματα αυτά, αλλά παρόλα αυτά φοβάται ότι το σύμπτωμα 'θα μπορούσε' να εμφανισθεί και να το καταστήσει ανίκανο ή να το ενοχλήσει εξαιρετικά (Μπουλουγούρης, 1994).

Κύριο σύμπτωμά του αγοραφοβικού είναι ο φόβος να βγει έξω. Θέλει να μείνει στο σπίτι του, δε ρισκινδυνεύει να βγεί έξω από αυτό, κι αυτό διότι υπάρχουν ερεθίσματα, όπως δρόμοι, πλήθος κ.λ.π., που προκαλούν φόβο (Μπουλουγούρης, 1994).

Το ότι θέλει να μένει στο σπίτι του μπορεί, κατά μία άποψη, να σημαίνει ότι ο φόβος του ξεκινά από την απουσία οικειότητας και ασφάλειας στους χώρους εκτός σπιτιού. Μια άλλη άποψη υποστηρίζει ότι το άτομο φοβάται να βγει έξω, επειδή κάποια εσωδεκτικά ερεθίσματα πυροδοτούν τα σωματικά συμπτώματα που αναφέρθηκαν παραπάνω, τα οποία το άτομο δραματοποιεί (Amering, 1997).

Εκτός από το φόβο να βγει έξω, ο ασθενής χαρακτηρίζεται από φόβο μήπως τον δούν, φόβο να γδυθεί, φόβο να επιδοθεί σε σεξουαλική πράξη, φόβο μήπως πάθει κρίση τρέλας. Επίσης, υπάρχει πάντα παρών ένας φόβος μήπως προκαλέσει την προσοχή του πλήθους. Ο φόβος του να βρεθεί αβοήθητος του προκαλεί ιδιαίτερη ντροπή και ταπείνωση. Μαζί με αυτούς τους φόβους, ορισμένοι ασθενείς παρουσιάζουν και Κλειστοφοβία. Νιώθουν πανικό όταν βρίσκονται σε περιορισμένους ή άδειους χώρους. Η συνύπαρξη και των δύο ειδών φοβίας σε ένα άτομο είναι πολύ συχνή.

Άλλα συμπτώματα που είναι κοινά ανάμεσα σε αγοραφοβικούς ασθενείς είναι η κατάθλιψη (το 50% των ασθενών έχει και κατάθλιψη) και οι έμμονες σκέψεις (Gelder, 1985).

Ένα άλλο χαρακτηριστικό που βοηθά στη διάγνωση της Αγοραφοβίας είναι η μη ύπαρξη των παρακάτω συμπτωμάτων : φόβος αίματος, αράχνης, κεραυνού και ακαθαρσίας. Αυτά είναι καταστάσεις που οι αγοραφοβικοί δεν φοβούνται, άγνωστο γιατί, απλώς είναι ένα δεδομένο που έχει διαπιστωθεί από έρευνες που έχουν γίνει σε αγοραφοβικούς με τη συμπλήρωση ερωτηματολογίου για φοβίες (Benedetti, 1997).

Είναι δυνατόν μαζί με την Αγοραφοβία να συνυπάρχουν και κοινωνικοί φόβοι -αν και δεν είναι το κύριο και πρωταρχικό σύμπτωμα. Ο φόβος να μιλήσουν σε δημόσιο χώρο είναι το ίδιο συχνός τόσο σε άτομα με Κοινωνική Φοβία όσο και στους αγοραφοβικούς (Μπουλουγούρης, 1994).

Η σχέση ανάμεσα στη διαταραχή Αγοραφοβίας και στην Αρρωστοφοβία έχει πρόσφατα συγκεντρώσει το ενδιαφέρον ερευνητών και κλινικών. Ο φόβος και / ή πεποίθηση ότι μπορεί το άτομο να έχει επηρεαστεί από κάποια σωματική ασθένεια έχει παρατηρηθεί σαν σύμπτωμα σε 25% - 60% των ασθενών με διαταραχή Αγοραφοβίας (Benedetti, 1997).

Όλα τα παραπάνω συμπτώματα πρέπει να διαρκούν περισσότερο από ένα χρόνο. Ένα άτομο έχει Αγοραφοβία, όταν τα συμπτώματα αυτά το εμποδίζουν να αντεπεξέλθει στους ρόλους και τις ευθύνες που έχει αναλάβει. Η πορεία των συμπτωμάτων μπορεί μεν να έχει διακυμάνσεις, αλλά ποτέ δεν παρατηρείται πλήρης υποχώρησή τους. Απαξ και καθιερωθούν τα αγοραφοβικά συμπτώματα, τείνουν να αυξομειώνονται συνέχεια.

Μέσα σε ορισμένο μήνα, οι αγοραφοβικοί μπορούν να ποικίλουν από το να είναι ολοκληρωτικά κλεισμένοι στο σπίτι μέχρι το να είναι σχεδόν ασυμπτωματικοί. Για χρόνια το 20% - 30% αναφέρει ότι έχουν περιόδους πλήρους μείωσης. Σταθερή αποκατάσταση χωρίς ενεργή θεραπεία είναι απίθανη. Πρέπει να γίνει σαφές ότι συχνά ο αγοραφοβικός έχει και άλλα προβλήματα, όπως γενικευμένο άγχος, κατάθλιψη, διαπροσωπικά προβλήματα και χαρακτηριστικές διαταραχές και ότι αυτές οι δυσκολίες προδιαθέτουν στην ανάπτυξη της Αγοραφοβίας και αλληλεπιδρούν με τα αγοραφοβικά συμπτώματα (Janard, 1985).

Προσωπικότητα Αγοραφοβικού Ασθενή

Άμεσο αποτέλεσμα του αγοραφοβικού συνδρόμου είναι η σταδιακά περιορισμένη ζωή, όπου αποφεύγονται καταστάσεις που πυροδοτούν τα συμπτώματα αυτά. Οι καταστάσεις που περισσότερο συχνά αποφεύγονται από άτομα με Αγοραφοβία είναι να βρίσκονται μαζί με πλήθος, να είναι σε

δρόμους με κίνηση ή σε πολυκαταστήματα, να περνάνε τούνελ, γέφυρες ή να χρησιμοποιούν ασανσέρ ή δημόσιες συγκοινωνίες. Επίσης, οι αγοραφοβικοί μπορεί να επιμένουν να τους κάνουν παρέα τα μέλη της οικογένειας ή ένας φίλος, όταν φεύγουν από το σπίτι (McNally, 1987).

Ο αγοραφοβικός αποφεύγει διάφορες καταστάσεις, επειδή φοβάται ότι θα λιποθυμήσει και θα χάσει τον έλεγχό του. Πολλές φορές πιστεύει ότι ο φόβος αυτός είναι πέρα από τον εαυτό του και έτσι θεωρεί καλύτερο το να αποφεύγει επώδυνες καταστάσεις. Οι αγοραφοβικοί περιγράφουν τον εαυτό τους ως άτομα ανίκανα, εκτός αν έχουν μαζί τους ένα οικείο πρόσωπο που θα τους προστατεύει. Δεν κάνουν προσπάθειες να αντιμετωπίσουν τη μοναξιά. Ο αγοραφοβικός δε θέλει να αισθάνεται παγιδευμένος και επιδιώκει να έχει άμεσες διεξόδους αποφυγής. Έτσι, προσπαθεί συνεχώς να αποφεύγει καταστάσεις 'περιορισμού' και 'μοναξιάς' για να μην αισθανθεί άγχος. Άλλωστε, ο υπαρξιακός φόβος του αγοραφοβικού, ο φόβος ότι είναι μόνος μέσα στον κόσμο και ο 'φόβος του φόβου', μήπως τον πιάσει πανικός, όταν απομακρύνεται από ζώνες ασφαλείας, χαρακτηρίζουν κάθε αγοραφοβικό (Janand, 1985).

Εάν πρέπει οπωσδήποτε να αντιμετωπίσει μία τέτοια κατάσταση (π.χ. να μείνει μόνος στο σπίτι, να περιμένει στην ουρά σε καταστήματα), τότε καταφεύγει σε διασπαστικές σκέψεις, ώστε να μετριάσει το άγχος του, χωρίς να κάνει καμία προσπάθεια να καταλάβει τη φύση του ή να μάθει πώς να το αντέχει ή, ακόμη, να το γελοιοποιήσει (Janand, 1985).

Σαν αντίδραση στην υπερευαισθησία τους στη μοναξιά, οι άνθρωποι με Αγοραφοβία υιοθετούν 'υπερεξαρτημένες' συμπεριφορές, οι οποίες χαρακτηρίζουν το σύνδρομο. Υπάρχει μία ανικανότητα να δημιουργήσουν σχέσεις, οι οποίες χαρακτηρίζονται από άγχος για επαρκή φροντίδα και για την πιθανότητα να τους αφήσουν μόνους. Ο Bowlby (1973) έχει αναφερθεί σ' αυτό σαν 'αγχώδη προσκόλληση'. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα η εξάρτηση από τους άλλους να γίνεται πλέον συνήθεια και κατόπιν να

είναι πολύ δύσκολο να αποθαρρυνθεί. Τυπικό παράδειγμα είναι ο σύζυγος που ανησυχεί για την υγεία της γυναίκας του, δείχνει μεγάλη φροντίδα γι'αυτήν και την παροτρύνει να παραμένει μέσα στο σπίτι, με αποτέλεσμα η εξάρτησή της από αυτόν να αυξάνει.

Μάλιστα, συχνά το ίδιο το περιβάλλον ενθαρρύνει έναν αγοραφοβικό να εξαρτηθεί από αυτό, χωρίς να το συνειδητοποιεί πάντοτε, κι έτσι το πρόβλημα διαιωνίζεται (Janand, 1985).

Οι αγοραφοβικοί βαθμολογούν πολύ ψηλά τον εαυτό τους, όταν τους δίνονται ερωτηματολόγια φόβου, όπως οι κλίμακες άγχους του Hamilton. Στο ερωτηματολόγιο προσωπικότητας (MMPI) διαπιστώνεται ότι υπερέχει η διάσταση του νευρωτισμού. Υψηλότερος νευρωτισμός σχετίζεται λογικά με περισσότερο σοβαρή αγοραφοβική συμπτωματολογία (Chambless, 1977).

Σε Ολλανδικές και Αμερικάνικες έρευνες, οι πελάτες που ήταν περισσότερο σοβαρά αγοραφοβικοί βρέθηκαν να έχουν περισσότερη κατάθλιψη, πιθανώς εκφράζοντας τις συνέπειες του περιορισμένου τρόπου ζωής (Chambless, Emmelkamp, 1975).

Λόγω της έλλειψης κοινωνικής επαφής και της ανικανότητάς τους, οι αγοραφοβικοί χαρακτηρίζονται από συναισθήματα κατωτερότητας και προσωπικής ανεπάρκειας. Η γνωσιακή δομή του αγοραφοβικού χαρακτηρίζεται από μειωμένη εμπιστοσύνη στον εαυτό του. Η ικανότητα για τη δημιουργία ανεξάρτητων αποφάσεων είναι επίσης ανεπαρκής, ενώ συναισθηματική εξάρτηση έχει επισημανθεί σε διάφορες έρευνες σαν ένα προεξέχον χαρακτηριστικό της προσωπικότητας.

Πιο πρόσφατες περιγραφές του ασθενή με διαταραχή Αγοραφοβίας, επίσης, τον χαρακτηρίζουν σαν 'κάποιον που αναστατώνεται εύκολα από γεγονότα και που τείνει να χάνει την υποκειμενικότητά του αυτές τις στιγμές ... μοιάζει να υστερεί σε κοινωνική εμπιστοσύνη ... δείχνει κάποια τάση να γίνεται δραματικός κάτω από το άγχος'(Cassano, 1997).

Επιπλέον, ένα άλλο χαρακτηριστικό των αγοραφοβικών είναι η τάση να υπερβάλλουν ως προς το κόστος και την πιθανότητα δυσάρεστων γεγονότων. Ερμηνεύουν ασαφείς πληροφορίες για φυσιολογική αφύπνιση σχετίζοντας τη μνήμη τους με πληροφορίες σχετικές με κίνδυνο. Οι Butler και Mathews (1983) πρότειναν ότι η υπερεκτίμηση της πιθανότητας κινδύνου από αγοραφοβικά άτομα μπορεί να οφείλεται εν μέρει στην ευκολία με την οποία επανακτούν αναμνήσεις σχετικές με τον κίνδυνο. Πράγματι, οι Tversky και Kahneman βρήκαν ότι τα άτομα κρίνουν την πιθανότητα ενός γεγονότος στη βάση του, εάν προηγούμενα παραδείγματα ενός τέτοιου γεγονότος έρχονται πρόθυμα στο μυαλό (Barlow, 1996).

Σύμφωνα με αυτή την υπόθεση, οι Johnson και Tversky (1983) βρήκαν ότι οι αγοραφοβικοί αύξησαν τις εκτιμήσεις τους για τη συχνότητα μίας ευρείας ποικιλίας απειλητικών γεγονότων, μετά την ανάγνωση ενός τραγικού άρθρου στην εφημερίδα, που προκάλούσε δυσφορία.

Γνωσιακά, οι αγοραφοβικοί συγκεντρώνονται σε έμμονες καταστροφικές σκέψεις, όπως 'θα τρελαθώ... θα χάσω τον έλεγχο' κλπ. Ενώ είναι συχνά παρούσα μία απαιτητική, χειριστική και παιδική συμπεριφορά.

Παρόλα αυτά, όπως φαίνεται σε πρόσφατες μελέτες, σπάνια αυτοί οι ασθενείς έχουν μειωμένη ικανότητα για εργασία (6%) και οι γάμοι τους παραμένουν άθικτη παρά τα σεξουαλικά προβλήματα που ανακύπτουν από την ψυχρότητα ή άλλα συμπτώματα ψυχοσεξουαλικής ανωριμότητας (Bird J., Harrison Q., 1987).

Ο Reich και άλλοι έχουν αναφέρει ότι η πρόοδος στους αγοραφοβικούς ασθενείς συνοδεύεται από σημαντική βελτίωση στα προσωπικά μέτρα, όπως είναι η συναισθηματική ενδυνάμωση, προσωπική ανεξαρτησία και κοινωνική εμπιστοσύνη.

Οικογενειακό Περιβάλλον

Οι περισσότεροι αγοραφοβικοί ζουν με τις οικογένειές τους. Όσο αυξάνονται οι περιορισμοί τους, τόσο περισσότερο η οικογένεια αρχίζει να εμπλέκεται. Περισσότερες γυναίκες από άνδρες πάσχουν από Αγοραφοβία κι έτσι το σύνθημα βάρος το έχουν οι σύζυγοι (άνδρες). Οι αγοραφοβικοί μπορεί να χρειάζονται ένα συνοδό για να πηγαίνουν ή να γυρίζουν από τη δουλειά τους ή αλλιώς πρέπει να σταματήσουν να δουλεύουν. Ο σύζυγος και τα παιδιά πρέπει να κάνουν τα ψώνια. Περιορίζονται οι κοινωνικές δραστηριότητες κι έτσι το άτομο απομονώνεται. Εάν το άτομο έχει άγχος ακόμα και μέσα στο σπίτι, τότε χρειάζεται μία συνεχή συντροφιά. Μια γυναίκα είχε κανονίσει τη ζωή της τόσο «φοβισμένα», ώστε ποτέ δεν είχε μείνει μόνη της στο σπίτι πάνω από πέντε λεπτά για δεκαέξι (16) ολόκληρα χρόνια γάμου (Janand, 1985).

Διάφοροι ερευνητές έχουν περιγράψει τους οικογενειακούς δεσμούς των αγοραφοβικών ασθενών σαν σχετικά δυνατούς και σταθερούς. Σε πρόσφατες μελέτες τα αγοραφοβικά υποκείμενα κρίθηκαν να έχουν συνδεδεμένο οικογενειακό υπόβαθρο, αλλά σε τελευταία μελέτη βρέθηκε ότι θετοί γονείς, θετά αδέρφια, υιοθετημένα αδέρφια και άλλες ανωμαλίες ήταν συχνές στις οικογένειες των αγοραφοβικών.

Στο δείγμα της Εθνικής Έρευνας Αγοραφοβικών, το 36,7% των αντικειμένων περιέγραψαν τις μητέρες τους σαν υπερπροστατευτικές - ιδιαίτερα αντικείμενα θηλυκού γένους έδωσαν τέτοιο χαρακτηρισμό των μητέρων τους. Το 43% από της μητέρες θεωρούνταν υπεραγχώδεις και το 11,2% απορριπτικές. Περίπου το 40% των αντικειμένων περιέγραψαν τον πατέρα τους σαν αυστηρό και το $\frac{1}{3}$ τους θεωρούσαν ότι δεν έχουν τρυφερότητα (Cassano, 1997).

Γ.

Διαγνωστικά Κριτήρια της Αγοραφοβίας

Σύμφωνα με το DSM-IV, τα διαγνωστικά κριτήρια της Αγοραφοβίας είναι:

A. Άγχος για την ύπαρξη σε μέρη ή καταστάσεις, απ' όπου η φυγή είναι δύσκολή (ή ντροπιαστική) ή ίσως δεν υπάρχει βοήθεια διαθέσιμη σε περίπτωση που κάποιος έχει ξαφνική προδιάθεση για κρίση πανικού ή συμπτώματα πανικού. Οι αγοραφοβικοί φόβοι τυπικά αφορούν περιπτώσεις που περιλαμβάνουν το να είναι το άτομο μόνο του έξω από το σπίτι, το να είναι σε πλήθος ή το να στέκεται στην ουρά, το να είναι σε γέφυρα και το να ταξιδεύει με δημόσιες συγκοινωνίες.

Σημείωση: Υπάρχει περίπτωση για διάγνωση Ειδικής Φοβίας, αν η αποφυγή περιορίζεται σε μία ή λίγες συγκεκριμένες περιπτώσεις, ή Κοινωνικής Φοβίας, αν η αποφυγή περιορίζεται σε κοινωνικές καταστάσεις.

B. Οι καταστάσεις αποφεύγονται (π.χ. τα ταξίδια περιορίζονται) ή αλλιώς υπομένονται με έντονη δυσφορία ή με άγχος για πιθανή κρίση πανικού ή συμπτώματα πανικού, ή τα άτομα απαιτούν την παρουσία συντροφιάς.

Γ. Το άγχος ή η φοβική αποφυγή δεν οφείλεται σε άλλη διαταραχή, όπως Κοινωνική Φοβία (η αποφυγή περιορίζεται σε κοινωνικές καταστάσεις λόγω φόβου ή υπότροπής), Ειδική Φοβία (η αποφυγή περιορίζεται σε μια μοναδική κατάσταση, όπως ασανσέρ), Ιδεοληπτική Ψυχαναγκαστική διαταραχή (π.χ. αποφυγή της σκόνης με την εμμονή μόλυνσης), Μετατραυματική αγχώδη διαταραχή (π.χ. αποφυγή ερεθίσματος που σχετίζεται μ' ένα έντονο αγχώδη παράγοντα), ή

Διαταραχή Άγχους Αποχωρισμού (π.χ. αποφυγή του να απομονώνεται το άτομο από το σπίτι ή από τους συγγενείς).

Μέθοδοι Εκτίμησης της Αγοραφοβίας

Σε μία ανάλυση του συναισθήματος σ' Haug έδειξε ότι ο φόβος αποτελείται από το τι οι άνθρωποι λένε, αισθάνονται και νομίζουν, τι κάνουν και γιατί αρνούνται να αντιδράσουν φυσιολογικά. Στην Αγοραφοβία τα τρία προηγούμενα χαρακτηριστικά έχουν συμπυκνωθεί και έχουν μετρηθεί με διάφορους τρόπους, που περιλαμβάνουν εκτιμήσεις της κατάστασης του ασθενούς, εκτιμήσεις της κατάστασης από τον ίδιο, αντικειμενική εξέταση της αντίδρασης του ασθενούς σε μία φοβική κατάσταση, ημερολόγια για τον χρόνο που ξοδεύει ο ασθενής έξω από το σπίτι και εξέταση των φυσιολογικών αντιδράσεων σε πραγματικές ή υποκατάστατες παραλλαγές των φοβικών καταστάσεων (A. M. Mathews, M. G. Gelder, D. W. Johnston, 1981).

A. Ψυχιατρικές Κλίμακες Εκτιμήσεις

Η ευρύτερα χρησιμοποιημένη μέθοδος αξιολόγησης της Αγοραφοβίας είναι η εμπειρική εκτίμηση της κατάστασης του ασθενούς με ψυχιατρική ασθένεια. Αυτή η τεχνική παρουσιάστηκε από τους Gelder και Marks (1966). Ένας ικανός ψυχίατρος χρησιμοποιώντας μία μη δομημένη συνέντευξη προσπάθησε να ανακαλύψει την έκταση των αγοραφοβικών δυσκολιών του ασθενούς, τις αιτίες που αποφεύγει ορισμένες καταστάσεις, τα συναισθήματα του όταν βρισκόταν σε φοβικές καταστάσεις και τις απόψεις του για το τί θα έκανε αν δεν φοβότανε. Οι ασθενείς είχαν εκτιμηθεί σε μία κλίμακα με βαθμούς 1-5 (ο βαθμός 5 ήταν ο μέγιστος σοβαρός) σε σχέση με μία σειρά συγκεκριμένων καταστάσεων,

από τις οποίες η μία χαρακτηρίζονταν σαν κυρίως φοβική κατάσταση και οι υπόλοιπες τέσσερις σαν λιγότερο φοβικές καταστάσεις. Για παράδειγμα, η βασική φοβική κατάσταση μπορεί να ήταν η μετακίνηση με τα λεωφορεία και οι λιγότερο βασικές μπορεί να ήταν το περπάτημα σε πολυσύχναστους δρόμους, η είσοδος σε σούπερ μάρκετς, η επίσκεψη σε κινηματογράφο και η επίσκεψη σε κομμωτήριο. Η αξιοπιστία αυτών των εκτιμήσεων εκτιμήθηκε από τον συσχετισμό των εκτιμήσεων από ανεξάρτητους αξιολογητές με τις εκτιμήσεις των θεραπευτών των ασθενών. Το αποτέλεσμα της αξιοπιστίας ήταν περίπου στο 8, που είναι ικανοποιητικό (A. M. Mathews, M. G. Gelder, D. W. Johnston, 1981).

Οι Watson και Marks (1971) απέκτησαν διαφορετικές εκτιμήσεις του φόβου και της αποφυγής μετά από μία παρόμοια ψυχιατρική συνέντευξη. Αναγνώρισαν την απροθυμία πολλών αξιολογητών να περιορισθούν σε μία κλίμακα από το 1-5 και τροποποίησαν την κλίμακα από 0-8. Η αξιοπιστία των εκτιμήσεων αυτών ήταν πάλι 8, όταν οι εκτιμήσεις των αξιολογητών συγκρίθηκαν με τις εκτιμήσεις των θεραπευτών των ασθενών. Αυτές οι εκτιμήσεις έχουν χρησιμοποιηθεί εκτεταμένα από επόμενες μετρήσεις και έχει βρεθεί ότι οι εκτιμήσεις για τον φόβο και την αποφυγή πράγματι είναι αντίστοιχες. Για αυτόν τον λόγο, πολλοί που χρησιμοποιούν τις κλίμακες τις έχουν συνδυάσει για να δώσουν μία τιμή για τον φόβο και την αποφυγή (A. M. Mathews, M. G. Gelder, D. W. Johnston, 1981).

Οι ψυχιατρικές κλίμακες αξιολόγησης είναι εύκολες στην χρήση τους, παίρνουν λίγο χρόνο και είναι αξιόπιστες. Είναι ευαίσθητες στις επιδράσεις της θεραπείας και αντιστοιχούν σε ένα ικανοποιητικό σημείο με πιο αντικειμενικά μέτρα της αγοραφοβικής συμπεριφοράς. Επίσης, επιτρέπουν μία πιο σύνθετη αντίληψη, όπως είναι η ανικανότητα που παράγεται από την Αγοραφοβία, να μετατρέπεται σε μία σημαντική αριθμητική αξία. Όμως οι κλίμακες αξιολόγησης δεν μπορούν να

χρησιμοποιηθούν ως έγκυρες μετρήσεις συγκεκριμένων πλευρών του φόβου, όπως είναι π.χ. η αποφυγή ή το υποκειμενικό ή το σωματικό άγχος, γιατί είναι πιθανόν τέτοιες μετρήσεις να αλληλοεπηρεαστούν, όταν ο ίδιος εκτιμητής κάνει μία σειρά από κρίσεις για τον ασθενή. Συνεπώς, οι κλίμακες αξιολόγησης αυτού του είδους δεν είναι επαρκή μέτρα για όλες τις πλευρές του βαθμού ή της ποσότητας της αλλαγής στους φόβους (A. M. Mathews, M. G. Gelder, D. W. Johnston, 1981).

B. Εκτίμηση του Ασθενούς από τον Ίδιο

Σε πολλές μελέτες για την Αγοραφοβία, οι ασθενείς αξιολόγησαν την φοβική τους συμπεριφορά και τις δυσκολίες που αντιμετώπισαν με κλίμακες παρόμοιες με εκείνες που χρησιμοποίησαν ανεξάρτητοι αξιολογητές και οι εκτιμήσεις τους ήταν αντίστοιχες με εκείνες των ανεξάρτητων αξιολογητών. Μία εναλλαγή υπάρχει σε διάφορα ερωτηματολόγια φόβου που έχουν αναπτυχθεί (π.χ. Marks και Herst, 1970) και που προσπαθούν να μετρήσουν τον φόβο του ασθενούς σε διάφορες δύσκολες περιπτώσεις. Οι Marks και Mathews (1979) χρησιμοποίησαν την εκτεταμένη εμπειρία τους για να φτιάξουν ένα ερωτηματολόγιο αυτού του τύπου. Με αυτήν την μέτρηση οι ασθενείς αξιολογούν την αποφυγή τους από τις δικές τους φοβικές καταστάσεις σε μία κλίμακα από 0-8 και από τις 15 φοβικές καταστάσεις που περιέχονται στο ερωτηματολόγιο. Οι καταστάσεις αυτές προέρχονταν πρωτίστως από την μελέτη ανάλυσης παραγόντων των Hallam και Hafner και παρέχουν μετρήσεις της Αγοραφοβίας και του φόβου τραυματισμού και των κοινωνικών καταστάσεων (A. M. Mathews, M. G. Gelder, D. W. Johnston, 1981).

Το ερωτηματολόγιο επίσης μετράει μία σύνδεση του άγχους και της κατάθλιψης και δίνει μία γενική εκτίμηση της ανικανότητας που προέρχεται από την φοβία. Οι Marks και Mathews ανέφεραν ότι το ερωτηματολόγιο έχει αξιόπιστα αποτελέσματα τουλάχιστον στον βαθμό 8 της κλίμακας, όταν η χρονική απόσταση ανάμεσα στην εξέταση και την επανεξέταση είναι μία εβδομάδα και ότι είναι ευαίσθητο σε αλλαγές που ακολουθούν την συμπεριφοριστική θεραπεία (A. M. Mathews, M. G. Gelder, D. W. Johnston, 1981).

Γ. Συμπεριφοριστικός Έλεγχος

Ο πιο δημοφιλής έλεγχος συμπεριφοράς αποφυγής (BAT) είναι αυτός στον οποίο το υποκείμενο προσπαθεί να αντιμετωπίσει μία ιεραρχία προοδευτικά αυξανόμενων φοβικών καταστάσεων, που περιλαμβάνουν ολοένα και μεγαλύτερο βαθμό επαφής με το φοβικό αντικείμενο. Με αυτόν τον τρόπο είναι εύκολο να καταγραφεί ο αριθμός των αντικειμένων που ολοκληρώθηκαν πριν και μετά την θεραπεία και να γίνει μία άμεση μέτρηση της φοβικής συμπεριφοράς. Επίσης, μετρήσεις της υποκειμενικής κατάστασης και της φυσιολογικής αφύπνισης μπορεί να γίνουν κατά την διάρκεια του συμπεριφοριστικού ελέγχου, έτσι ώστε και τα τρία συστατικά του φόβου να μπορούν να μετρηθούν πριν και μετά την θεραπεία και να εκτιμηθούν οι αλλαγές (A. M. Mathews, M. G. Gelder, D. W. Johnston, 1981).

Οι περισσότερες ερευνητικές ομάδες που μελετούν την Αγοραφοβία έχουν προσπαθήσει κάποια μορφή συμπεριφοριστικού ελέγχου, αλλά δεν έχει επινοηθεί καμία τελείως ικανοποιητική μέθοδος. Οι ασθενείς φοβούνται διαφορετικά πράγματα, και ακόμα και αν φοβούνται συνηθισμένες καταστάσεις, μπορεί να μην συμφωνούν στην κατάταξη των

καταστάσεων αυτών ανάλογα με τον φόβο. Επιπλέον, οι φοβικές καταστάσεις είναι σύνθετες και δεν μπορούν να ελεγχθούν εύκολα, έτσι ώστε η εξέταση αυτών των φόβων είναι χρονοβόρα και επιρρεπής σε λάθη (A. M. Mathews, M. G. Gelder, D. W. Johnston, 1981).

Ο Emmelkamp και οι συνεργάτες του βάσισαν την μέτρηση της συμπεριφοράς στον χρόνο που οι ασθενείς ήταν μακριά από ένα ασφαλές μέρος. Ζήτησαν από τον ασθενή να παραμείνει έξω από το σπίτι του ή το νοσοκομείο για όσο χρόνο αισθανότανε άνετα και ήρεμα. Αυτός ο χρόνος λαμβάνονταν σαν την μέτρηση του φόβου. Η μέτρηση έχει αποδειχθεί ευαίσθητη στα αποτελέσματα της θεραπείας. Όμως η μέτρηση έχει δύο μειονεκτήματα. Πρώτον, ο χρόνος μακριά από το σπίτι ή το νοσοκομείο δεν είναι η ουσία στην Αγοραφοβία, γιατί όσο περισσότερο μένει μακριά από το σπίτι ή το νοσοκομείο, τόσο περισσότερο μπορεί να αναμένεται να απομακρυνθεί από εκεί και πιο πιθανό είναι να συμμετέχει σε δύσκολες και απαιτητικές καταστάσεις. Και δεύτερον, ο ασθενής καθοδηγείται να 'μείνει έξω μέχρι να αρχίσει να αισθάνεται άβολα και τότε να επιστρέψει αμέσως'. Αυτές οι οδηγίες είναι απατηλά απλές.

Είναι πολύ πιθανό ότι πολλοί ασθενείς είναι σε ένταση και αισθάνονται άβολα τον περισσότερο καιρό και είναι πιθανό να αισθάνονται έτσι πριν φύγουν από το σπίτι ή το νοσοκομείο για το τεστ συμπεριφοράς. Γι' αυτό πρέπει αναπόφευκτα να πάρουν μία απόφαση για το επίπεδο της έντασης ή της δυσφορίας, που είναι αποδεκτό στον εαυτό τους και τον θεραπευτή. Τέτοια κρίση μπορεί να αλλάξει εύκολα από τα χαρακτηριστικά της κατάστασης και κάθε αλλαγή που παρατηρείται μετά την θεραπεία θα μπορούσε να αντανakλά όχι μόνο την μείωση της φοβικής αποφυγής, αλλά και αλλαγή της κρίσης των ασθενών για το τι είναι προετοιμασμένοι να δεχθούν πριν χαρακτηρίσουν ό,τι νοιώθουν σαν ένταση. Πρέπει επίσης να σημειωθεί ότι ο τύπος μέτρησης δεν επιτρέπει μετρήσεις των αλλαγών της υποκειμενικής κατάστασης των ασθενών από

την στιγμή που το άγχος απουσιάζει ή τουλάχιστον ο ασθενής είναι υποχρεωμένος να ισχυρισθεί κάτι τέτοιο (A. M. Mathews, M. G. Gelder, D. W. Johnston, 1981).

Η διαδικασία που υιοθετείται στον πιο δημοφιλή έλεγχο συμπεριφοράς (BAT) είναι η ακόλουθη: Πριν από την θεραπεία αποκτήθηκε μία ιεραρχία των φοβικών καταστάσεων για κάθε ασθενή. Η ιεραρχία δημιουργήθηκε ρωτώντας κάθε ασθενή να περιγράψει μία κατάσταση που ένιωθε τελείως άνετα και μία κατάσταση που ήταν η πιο δύσκολη που μπορούσε να φανταστεί. Στην συνέχεια, του ζητήθηκε να χωρίσει την χρονική απόσταση ανάμεσα στις δύο καταστάσεις και να περιγράψει μία τρίτη, που κατείχε την κεντρική θέση στη διάσταση του φόβου. Έπειτα, ανέφερε και άλλες καταστάσεις δύσκολες που ήταν κοντά στις δύο πρώτες ή στην τρίτη, που ήταν σε βαθμό δυσκολίας κεντρικά μεταξύ των δύο πρώτων. Με τον τρόπο αυτό δημιουργήθηκε μία ιεραρχία 15 αντικείμενων. Ο ασθενής διαβεβαίωσε ότι τα 15 αντικείμενα που βρέθηκαν ήταν με σειρά δυσκολίας και δεν είχαν παραληφθεί σημαντικές πλευρές του φόβου του. Αν όντως είχαν παραληφθεί, γινόταν προσπάθεια να αντικατασταθεί ένα από τα υπάρχοντα αντικείμενα με ένα άλλο παρόμοιας δυσκολίας, αλλά να μετράει κάποια άλλη πλευρά του φόβου. Η ιεραρχία αυτή στη συνέχεια χρησιμοποιούτανε σαν βάση για την δημιουργία ενός συγκεκριμένου τεστ συμπεριφοράς στις καταστάσεις που είχε περιγράψει ο ασθενής (A. M. Mathews, M. G. Gelder, D. W. Johnston, 1981).

Ζητήθηκε από τον ασθενή να ονομάσει το ποιο δύσκολο αντικείμενο στην ιεραρχία για το οποίο ο ασθενής ένιωθε ικανός να προσπαθήσει. Το τεστ συμπεριφοράς τερματιζόταν, όταν ο ασθενής ή δεν κατόρθωνε να χειριστεί το άγχος που του προκαλούσε ένα αντικείμενο, μεγαλύτερης δυσκολίας από εκείνο που ήδη είχε ολοκληρώσει, ή αρνιότανε να δοκιμάσει τον εαυτό του σε ένα αντικείμενο με μεγαλύτερο βαθμό

δυσκολίας στην κλίμακα ιεραρχίας. Έπειτα, ο ασθενής αξιολογούσε το άγχος που ένιωσε σε μία κλίμακα από 0-10. Μετά την θεραπεία ο ασθενής επανεξεταζόταν στο ίδιο αντικείμενο που εξετάστηκε πριν την θεραπεία για να εκτιμηθούν οι αλλαγές που πιθανόν είχαν συμβεί (A. M. Mathews, M. G. Gelder, D. W. Johnston, 1981).

Το πλεονέκτημα αυτού του τύπου τεστ συμπεριφοράς είναι ότι μετράει διάφορες πλευρές από το πρόβλημα του ασθενή με έναν τρόπο όσο πιο ρεαλιστικό γίνεται. Είναι ένα τεστ άμεσο με το τι οι ασθενείς μπορούν και δεν μπορούν να κάνουν και με το τι αισθάνονται στις φοβικές καταστάσεις. Το πιο σημαντικό μειονέκτημα αυτού του τεστ συμπεριφοράς είναι ότι η σύγκριση των αποτελεσμάτων διαφορετικών υποκειμένων είναι δύσκολη λόγω των ιδιογραφικών μετρήσεων. Επιπλέον, η εγκυρότητα της μέτρησης εξαρτάται από την επάρκεια του αρχικού καθορισμού της ιεραρχίας. Σε περιπτώσεις που οι επιλεγμένες φοβικές καταστάσεις δεν απέχουν ομοιόμορφα σε μία κλίμακα ίσων αποστάσεων, τα αποτελέσματα της θεραπείας μπορεί να διαστρεβλωθούν σοβαρά. Έχει όμως διαπιστωθεί ότι ο προσεκτικός σχεδιασμός οδηγεί σε ιεραρχίες που παρέχουν μία ακριβή ένδειξη της προόδου του ασθενή και ότι τα τεστ συμπεριφοράς, που βασίζονται σε αυτές τις ιεραρχίες αντιστοιχούν σε μεγάλο βαθμό με άλλες μορφές μέτρησης της φοβικής συμπεριφοράς (A. M. Mathews, M. G. Gelder, D. W. Johnston, 1981).

Όλα τα τεστ συμπεριφοράς που έχουν περιγραφεί μετράνε τί μπορούν να κάνουν οι ασθενείς. Είναι όμως εξίσου σημαντικό να μετρηθεί τί κάνει ο ασθενής κάθε μέρα. Ένα αντιπροσωπευτικό μέτρο μπορεί να αποκτηθεί ζητώντας από τους ασθενείς να κρατούν ημερολόγια των καθημερινών τους δραστηριοτήτων. Τέτοιες απλές μετρήσεις δεν έχουν χρησιμοποιηθεί στη μελέτη της Αγοραφοβίας. Δεν έχει επίσης συμφωνηθεί πώς μπορούν να αντληθούν στοιχεία από τα ημερολόγια των ασθενών. Η εγκυρότητα αυτής της μέτρησης μπορεί να βελτιωθεί, αν ο χρόνος που

αφιερώνεται στη δουλειά ή στις κοινωνικές επισκέψεις εξαιρείται, γιατί οι τελευταίες είναι λιγότερο τρομακτικές στον ασθενή και μπορεί να μην αποτελούν έγκυρες μετρήσεις της Αγοραφοβίας. Οι ίδιες κριτικές που ισχύουν για το τεστ συμπεριφοράς του Emmelkamp ισχύουν και για αυτόν τον τύπο μέτρησης. Αν και ο χρόνος που ο αγοραφοβικός βρίσκεται έξω από το σπίτι είναι μία αντιστοιχία με τα κεντρικά προβλήματα του ασθενούς, συχνά αντιπροσωπεύει μια λογική μέτρησης της αγοραφοβίας. Επίσης, τα στοιχεία αυτού του τύπου μέτρησης είναι ενδεικτικά των αποτελεσμάτων της θεραπείας εκείνης, που μειώνει τον φόβο και την αποφυγή του αγοραφοβικού με αποτέλεσμα ο ασθενής να μένει περισσότερο χρόνο εκτός σπιτιού (A. M. Mathews, M. G. Gelder, D. W. Johnston, 1981).

Δ. Ψυχοφυσιολογική Μέτρηση

Οι τεχνικές και τα αποτελέσματα των ψυχοφυσιολογικών μεθόδων έχουν σκιαγραφηθεί από τον Epstein. Βρέθηκε ότι υποκείμενα με συγκεκριμένους φόβους δείχνουν αυξημένη φυσιολογική αντίδραση όταν εκτίθενται στο φοβικό αντικείμενο και ότι ο βαθμός αφύπνισης έχει θετική σχέση με την φοβερότητα του αντικειμένου. Φαίνεται ότι αυτά τα ευρήματα σχετίζονται και με την Αγοραφοβία, αν και οι σχετικές μέθοδοι έχουν χρησιμοποιηθεί σπάνια στις κλινικές μελέτες. Οι περισσότερες έρευνες έχουν χρησιμοποιήσει έκθεση σε φοβικές σκέψεις ή πιο σπάνια λεκτικές περιγραφές φοβικών καταστάσεων. Υπάρχουν πειστικά στοιχεία ότι η αυξανόμενη αυτόνομη αφύπνιση σχετίζεται με την φοβική σκέψη στους αγοραφοβικούς ασθενείς (A. M. Mathews, M. G. Gelder, D. W. Johnston, 1981).

Η ψυχοφυσιολογική αφύπνιση έχει αποδειχθεί λιγότερο ικανοποιητική σαν μέσο εκτίμησης του αποτελέσματος. Οι Marks, Μπουλουγούρης και Marset (1971) έδειξαν ότι η κατακλυσμική θεραπεία σε συνδυασμό με τη διαδικασία αποευσθητοποίησης οδήγησε σε μειωμένη, αυτόνομη ευκαμψία. Συγκρίνοντας τις δύο θεραπείες και την θεραπεία ελέγχου, ο Gelder και άλλοι δεν βρήκαν διαφορές σχετικά με την επίδραση των δύο διαδικασιών στην φυσιολογική ευκαμψία, αν και άλλες μη φυσιολογικές έρευνες έδειξαν ότι οι θεραπείες συμπεριφοράς ήταν περισσότερο αποτελεσματικές. Ομοίως, ο Mathews και άλλοι (1976) δεν βρήκαν διαφορετική επίδραση των διάφορων θεραπειών συμπεριφοράς στη φυσιολογική ευκαμψία, αλλά στην έρευνα τους αυτή οι θεραπείες ήταν το ίδιο αποτελεσματικές σε μία ευρεία ποικιλία μη φυσιολογικών μετρήσεων. Σχεδόν όλες οι μελέτες δείχνουν ότι η ευαισθησία στη φοβική σκέψη μειώνεται μετά την θεραπεία, αλλά δεν μπορεί να συμπεράνει κανείς αν αυτή η μείωση είναι αποτέλεσμα της θεραπείας ή της επαναλαμβανόμενης εξέτασης ή ακόμα και του περάσματος του χρόνου. Σχεδόν όλες οι μελέτες έχουν επικεντρωθεί στη φυσιολογική ευαισθησία σε φανταστικές εκδοχές της φοβικής κατάστασης. Τέτοιας μορφής ευαισθησία μπορεί να έχει περιορισμένη εγκυρότητα σαν μέτρο της αληθινής φυσιολογικής ευαισθησίας στις πραγματικές φοβικές καταστάσεις και μπορεί να επηρεασθεί από θεραπείες που δεν επηρεάζουν την ευαισθησία σε πραγματικές καταστάσεις. Επίσης, αυτές οι ψυχοφυσιολογικές εκτιμήσεις είναι χρονοβόρες και προκαλούν άγχος σε πολλούς ασθενείς. Γι' αυτούς τους λόγους θεωρείται ότι δεν χρειάζεται να δοθεί προτεραιότητα στις ψυχοφυσιολογικές εκτιμήσεις για την αξιολόγηση των ασθενών. Αυτό βέβαια δεν σημαίνει ότι οι εκτιμήσεις αυτές με καλύτερες τεχνικές δεν θα αποδειχθούν μεγαλύτερης αξίας στο μέλλον (A. M. Mathews, M. G. Gelder, D. W. Johnston, 1981).

Έχει βρεθεί ότι πολλά από τα μέτρα που χρησιμοποιούνται για την μέτρηση της Αγοραφοβίας σχετίζονται μεταξύ τους σε μεγάλο βαθμό και έτσι είναι απίθανο να προσφέρουν ανεξάρτητες πληροφορίες για την αξιολόγηση του αποτελέσματος. Η συνδυαστική χρησιμοποίηση τους όμως μπορεί να αυξήσει την αξιοπιστία της εκτίμησης (Mathews και άλλοι, 1976). Στην μελέτη των Mathews και άλλων, η μοναδική άμεση μέτρηση της Αγοραφοβίας ήταν η ψυχοφυσιολογική αξιολόγηση, που ήταν ανεξάρτητη από τις ψυχιατρικές εκτιμήσεις και το τεστ συμπεριφοράς. Αυτή η μέτρηση έχει κάπως περιορισμένη εγκυρότητα σαν μέτρηση της Αγοραφοβίας (A. M. Mathews, M. G. Gelder, D. W. Johnston, 1981).

Για μία αποτελεσματική έρευνα στην Αγοραφοβία προτείνεται ένας μικρός, αλλά ικανοποιητικός αριθμός τεστ που θα αποτελείται από διαφορετικές εκτιμήσεις αξιολογητών για τον ασθενή σε κλίμακες αξιολόγησης συγκεκριμένης φοβικής συμπεριφοράς και από αξιολόγηση της ανικανότητας του ασθενούς από την εκτίμηση του εαυτού του ίδιου του ασθενούς και από τις μετρήσεις που προέρχονται από τις καθημερινές δραστηριότητες του ασθενούς (A. M. Mathews, M. G. Gelder, D. W. Johnston, 1981).

Δ.

Αίτια της Αγοραφοβίας

A. Βιολογικοί Παράγοντες

Οι Harper και Roth (1962) ανέφεραν ένα ποσοστό νεύρωσης 33% στις οικογένειες των φοβικών, ενώ οι Burns και Thorpe (1977) βρήκαν συγκρινόμενες αναλογίες και για τα αδέρφια (35%) και για τις μητέρες (28%), αλλά για τους πατέρες οι αναλογίες ήταν μικρότερες (13%). Επίσης, σε μία έρευνα των Solyom, Beck, Solyom & Hugel (1974) βρέθηκε ποσοστό νεύρωσης οποιασδήποτε μορφής 55% σε μητέρες, αλλά 24% σε πατέρες, ενώ στην ομάδα ελέγχου των εθελοντών της έρευνας το ποσοστό νεύρωσης ήταν 13% και 9% αντίστοιχα. Η περίπτωση ανάπτυξης φοβιών ανάμεσα σε γονείς αγοραφοβικών ασθενών βρέθηκε να είναι μικρότερη με ποσοστό 31% στις μητέρες και μόνο 6% στους πατέρες. Ο Buglian και οι άλλοι (1977) έδωσε χαμηλότερα ποσοστά, καθώς διαπίστωσε ότι μόνο το 28% των μητέρων και το 17% των πατέρων είχαν νευρωτικές διαταραχές οποιαδήποτε μορφής. Το γεγονός ότι οι 4 στους 60 γονείς (7%) αναφέρουν την ανάπτυξη φοβικής διαταραχής είναι ακόμα περισσότερο εντυπωσιακό (A. M. Mathews, M. G. Gelder, D. W. Johnston, 1981).

Με βάση τις προηγούμενες έρευνες συμπεραίνεται ότι δεν υπάρχουν αποδείξεις για αυξανόμενη επικράτηση φοβικών ή άλλων ψυχιατρικών ασθενειών ανάμεσα στους γονείς αγοραφοβικών. Τα στοιχεία που προέκυψαν από τις σχετικές έρευνες, δεν στηρίζουν την πιθανότητα για σημαντική γενετική επιρροή στην Αγοραφοβία και τα ευρήματα που τυγχάνουν ιδιαίτερης σημασίας, μοιάζουν περισσότερο υπεύθυνα για μία περιβαλλοντική εξήγηση (A. M. Mathews, M. G. Gelder, D. W. Johnston, 1981).

Μία σύγκριση μονοζυγωτικών και διζυγωτικών διδύμων είναι η πιο ευρέως αποδεκτή μέθοδος για να εκτιμηθεί η έκταση των γενετικών επιρροών. Ο Tongersen (1979) σε μία έρευνα τέτοιου είδους που έκανε, συμπεριέλαβε 11 δίδυμα ζευγάρια (με το ένα μέρος του ζευγαριού να παρουσιάζει μία καθαρή διαταραχή) ανάμεσα στα 99 ζευγάρια μονοζυγωτικών και διζυγωτικών διδύμων που μελέτησε. Ο Tongersen ανέλυσε τα αποτελέσματα του ερωτηματολογίου, με περιεχόμενο τον φόβο, που προέκυψαν από αυτήν την ομάδα και μπόρεσε να αντλήσει παράγοντες που αντιδρούσαν στους φόβους των αγοραφοβικών (ταξίδια, μαγαζιά, πλήθη κ.ά.), στον φόβο για τα μικρά ζώα, στον φόβο τραυματισμού ή για κοινωνικές καταστάσεις και στον φόβο για φυσικούς κινδύνους (π.χ. πυρκαγιά, ύψη).

Αν οι γενετικές επιδράσεις ήταν σημαντικές, οι αναλογίες ανάμεσα σε παράγοντες με μονοζυγωτικά δίδυμα ζευγάρια θα ήταν μεγαλύτερες από τις αναλογίες σε παράγοντες με διζυγωτικά δίδυμα ζευγάρια. Στην πραγματικότητα όμως, οι αναλογίες ήταν μεγαλύτερες στην περίπτωση των μονοζυγωτικών ζευγαριών για όλους τους φόβους, πλην όμως αυτών που σχετίζονταν με την Αγοραφοβία. Τα στοιχεία για άμεσο γενετικό προσδιορισμό της αγοραφοβίας παραμένουν αδύναμα (A. M. Mathews, M. G. Gelder, D. W. Johnston, 1981).

Μολαταύτα υπάρχει μία άλλη σειρά στοιχείων που προτείνει μία έμμεση γενετική επιρροή που μεσιτεύεται από παράγοντες γενικής προσωπικότητας όπως είναι ο νευρωτισμός. Οι αγοραφοβικοί εμφανίζονται να έχουν υψηλότερες βαθμολογίες σχετικά με τον νευρωτισμό από ό,τι οι ασθενείς με φοβίες ζώων. Επίσης, τα νευρωτικά αποτελέσματα που προέρχονται από την Eysenck Personality Inventory (Απογραφή Προσωπικότητας) συμφωνούν περισσότερο με τα μονοζυγωτικά δίδυμα. Επομένως, θα ήταν δυνατόν να ισχυρισθεί ότι ο νευρωτισμός ή το υψηλό άγχος αντιπροσωπεύει έναν παράγοντα

προδιάθεσης, που δεν σχετίζεται με την Αγοραφοβία. Αν αυτό είναι όντως πραγματικό, θα πρέπει να βρεθούν άλλες αιτίες που οδηγούν ορισμένα ευάλωτα άτομα να αναπτύσσουν Αγοραφοβία και άλλα όχι (A. M. Mathews, M. G. Gelder, D. W. Johnston, 1981).

Τα υψηλά επίπεδα νευρωτισμού και γενικού άγχους που εντοπίζονται στους αγοραφοβικούς ασθενείς σχετίζονται με παρόμοια υψηλά επίπεδα αυτόνομης δραστηριότητας. Οι αγοραφοβικοί μοιάζουν περισσότερο σε ασθενείς με γενικευμένο άγχος από ότι σε ασθενείς με συγκεκριμένες φοβίες. Οι κοινοί παράγοντες της αυτόνομης υπερδραστηριότητας και του έντονου άγχους υποδεικνύουν ότι η Αγχώδης Νεύρωση και η Αγοραφοβία έχουν κοινή βιολογική βάση.

Ο Hallam (1978) συμπεριέλαβε προς όφελος της ταξινομημένης Αγοραφοβίας περισσότερο στάδια άγχους παρά στάδια φοβίας, αν και τα στάδια αυτά στηριζότανε σε περιγραφικές παρά σε αιτιολογικές βάσεις. Ο Hallam ανέφερε την αποτυχία να βρεθούν ήπιες μορφές Αγοραφοβίας που κατανέμεται στον πληθυσμό με έναν τρόπο παρόμοιο των συγκεκριμένων φόβων και την μερική κάλυψη ανάμεσα στα συμπτώματα του γενικού άγχους και τα συμπτώματα Αγοραφοβίας σε έναν πληθυσμό ασθενών. Αυτά τα στοιχεία βέβαια δεν λαμβάνονταν υπόψιν τους την φυσική ιστορία του αγοραφοβικού συνδρόμου (A. M. Mathews, M. G. Gelder, D. W. Johnston, 1981).

Η Αγοραφοβία συχνά συνοδεύεται από γενικευμένο άγχος, αλλά από την στιγμή που έχει αναπτυχθεί η φοβική αποφυγή, δεν εμφανίζεται να επιστρέφει στο στάδιο του γενικευμένου άγχους. Μπορεί η Αγοραφοβία και το γενικευμένο άγχος να έχουν αρχικά ορισμένα κοινά σημεία, αλλά στη συνέχεια άλλοι παράγοντες καθορίζουν την ανάπτυξη ή όχι μιας σταθερής φοβικής αποφυγής (A. M. Mathews, M. G. Gelder, D. W. Johnston, 1981).

B. Προσωπικότητα

Οι αγοραφοβικοί βρέθηκε να είναι περισσότερο εξαρτημένοι από ό,τι οι άλλοι φοβικοί ασθενείς. Μέχρι όμως οι μηχανισμοί εξάρτησης να κατανοηθούν με μεγαλύτερη σαφήνεια, το σχετικό εύρημα δεν είναι ιδιαίτερα βοηθητικό. Μία πιο χρήσιμη αντιστοιχία έχει αναφερθεί από τους Emmelkamp και Cohenkettens (1975), ανάμεσα στην εξωτερική τοποθέτηση ελέγχου και τους βαθμούς φοβικού άγχους στους αγοραφοβικούς. Αυτές οι αντιστοιχίες προτείνουν την πιθανότητα μερικά άτομα να αντιδρούν στο έντονο άγχος με εξωτερική διάθεση και να εμφανίζουν αντιδράσεις αποφυγής, ενώ άλλα να αντιδρούν με εσωτερική διάθεση και να γίνονται αγοραφοβικοί ασθενείς. Όμως ένα τέτοιο συμπέρασμα πρέπει να παραμείνει θεωρητικό μέχρι τα αποτελέσματα του ελέγχου του άγχους μπορεί να αποδειχθούν ότι είναι αίτια και όχι μία συνέπεια της Αγοραφοβίας (A. M. Mathews, M. G. Gelder, D. W. Johnston, 1981).

Μέχρι τώρα η πιο επιτυχημένη υπόθεση για την προσωπικότητα του αγοραφοβικού είναι ότι οι αγοραφοβικοί ασθενείς δείχνουν δύο μορφές συμπεριφοράς: εξάρτηση από τους άλλους ανθρώπους και τάση να χρησιμοποιούν την αποφυγή σαν μέθοδο αντιμετώπισης δύσκολων καταστάσεων. Ενώ ο Adrews (1966) αναγνώρισε την αναγκαιότητα να ερευνηθεί αυτές τις μορφές συμπεριφοράς του αγοραφοβικού αντικειμενικά, δεν μπορούσε να τις υποστηρίξει, αν και οι κλινικοί είχαν την ίδια με αυτόν γνώμη. Ο Wolpe (1958) παραθέτει καθώς περιγράφει έναν αγοραφοβικό:

«Ένα μοναχοπαίδι κατά την παιδική του ηλικία είχε υπερπροστατευθεί από την μητέρα της, που επέμενε συνεχώς να την προσέχει. Δεν της επιτρεπόταν να κάνει τίποτα για τον εαυτό της, της απαγορευόταν να παίζει παιχνίδια για να μην τραυματισθεί και στο τελευταίο έτος της φοίτησης της στο Λύκειο συνοδευόταν στο και από το

σχολείο από την μητέρα της που της κρατούσε πάντοτε τα βιβλία της» (A. M. Mathews, M. G. Gelder, D. W. Johnston, 1981).

Ο Andrews επεσήμανε ότι εξαιτίας αυτού του βαθμού υπερπροστατευτικότητας, το άτομο μαθαίνει να εξαρτάται από τους άλλους παρουσιάζοντας με αυτόν τον τρόπο μία προδιάθεση να αναπτύξει φοβική αποφυγή αργότερα. Αυτή η ιδέα προκαλεί το ερώτημα πόσοι άνθρωποι δέχονται τον ίδιο βαθμό υπερπροστασίας, αλλά δεν αναπτύσσουν εξάρτηση ή φοβίες (A. M. Mathews, M. G. Gelder, D. W. Johnston, 1981).

Ο Snaith (1968) σύγκρινε φοβικούς και αγοραφοβικούς ασθενείς και δεν βρήκε διαφορές μεταξύ τους στον βαθμό υπερπροστασίας. Η Shafar (1968) συμπέρανε ότι τα προβλήματα εξάρτησης ήταν παρόντα στο 38% των αγοραφοβικών της ασθενών. Σε όλες αυτές τις μελέτες, η έλλειψη αντικειμενικών οργάνων μέτρησης κάνει επικίνδυνη την διεξαγωγή οριστικών συμπερασμάτων (A. M. Mathews, M. G. Gelder, D. W. Johnston, 1981).

Ο Solyom και άλλοι (1974-1976) έκαναν δύο προσπάθειες να εξετάσουν την ίδια ερώτηση. Στην πρώτη προσπάθεια, οι συγγραφείς ανέφεραν ότι η μητρική υπερπροστασία ήταν αντιληπτή στις συνεντεύξεις με αγοραφοβικούς συχνότερα από ό,τι σε συνεντεύξεις με τα αντικείμενα ελέγχου. Η διαφορά όμως (44% έναντι 28%) δεν έφθασε σ'έναν αποδεκτό βαθμό στατιστικής σημασίας. Στη δεύτερη προσπάθεια, οι συγγραφείς μέτρησαν τον βαθμό υπερβολικής επαφής και ανησυχίας των μητέρων προς τα παιδιά τους και ανέφεραν ότι η ομάδα των μητέρων των αγοραφοβικών ασθενών είχε σημαντικά υψηλότερους βαθμούς μητρικής επαφής και ανησυχίας σε σχέση με την ομάδα ελέγχου, που ήταν μία υποομάδα φυσιολογικών μητέρων με υπερπροστατευτική στάση (A. M. Mathews, M. G. Gelder, D. W. Johnston, 1981).

Ο Parker (1979) κάνοντας μία έρευνα σχετική με τον βαθμό υπερπροστατευτικότητας των γονιών των αγοραφοβικών ασθενών, ανέφερε ότι οι φοβικοί ασθενείς είχαν γονείς που νοιαζόντουσαν λιγότερο και ήταν περισσότερο υπερπροστατευτικοί. Ενώ οι αγοραφοβικοί ασθενείς συγκριτικά με τους υπόλοιπους φοβικούς ασθενείς είχαν λιγότερη υπερπροστασία.

Παρά τις αντιθέσεις που προκύπτουν από τις σχετικές έρευνες που έχουν γίνει για τον βαθμό εξάρτησης των αγοραφοβικών ασθενών και τον βαθμό υπερπροστατευτικότητας των γονιών τους, τα αποτελέσματα της Διεθνούς Έρευνας με δείγματα αγοραφοβικών (N.S.A) είναι περισσότερο ξεκάθαρα. Σύμφωνα με την σχετική έρευνα, προκύπτει ότι το 36,7% των αγοραφοβικών περιέγραψαν τις μητέρες τους ως υπερπροστατευτικές. Οι γυναίκες συγκέντρωσαν το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος που έδωσαν μία τέτοια απάντηση. Το 43% από τις μητέρες περιγράφηκαν ως υπερπροστατευτικές και υπεραγχωτικές, ενώ το 11,2% από αυτές περιγράφηκαν ως απορριπτικές. Περίπου το 40% του δείγματος των αγοραφοβικών περιέγραψαν τους πατέρες τους ως αυστηρούς και το $\frac{1}{3}$ ως μη στοργικούς (M. Roth, 1996).

Γ. Οικογενειακό Περιβάλλον

Πολλές έρευνες έχουν γίνει σχετικά με τα χαρακτηριστικά της οικογένειας καταγωγής ή αργότερα της έγγαμης ζωής των αγοραφοβικών ασθενών. Στην έρευνα του Webster (1953) προέκυψε ότι οι σχέσεις των αγοραφοβικών με τους πατέρες τους ήταν σημαντικά περισσότερο ασταθείς συγκριτικά με τους νευρωτικά αγχωτικούς και υστερικούς ασθενείς. Η πατρική παρουσία ήταν λιγότερο ικανοποιητική στην οικογένεια των αγοραφοβικών ασθενών είτε λόγω της δικής του ψυχοπαθολογίας είτε λόγω της απουσίας του από το σπίτι για μεγάλο

χρονικό διάστημα (π.χ. πωλητής που ταξιδεύει συχνά, ναυτικός κ.α.). Σύμφωνα με την θεωρία του Bowlby (1973) για την σύνδεση, η απουσία του γονιού, όπως και ο θάνατος ενός γονιού, οδηγεί το παιδί σε μια κατάσταση 'αγχώδους εξάρτησης', όπως είναι η Αγοραφοβική Διαταραχή (Card Lidemann, 1989).

Σε αρχικές συγκριτικές μελέτες βρέθηκε ότι οι αγοραφοβικοί ασθενείς ζούσαν σε ένα πιο κοντινό και δεμένο οικογενειακό περιβάλλον. Αλλά οι συγκριτικές μελέτες που έγιναν αργότερα έδειξαν ότι η παρουσία θετών γονιών, ετεροθαλών αδελφών και υιοθετημένων παιδιών ήταν καταστάσεις που εμφανίζονταν περισσότερο στις οικογένειες των αγοραφοβικών ασθενών (Martin Roth, 1996).

Ο Webster (1953) ανέφερε ότι οι σύζυγοι των αγοραφοβικών ασθενών ήταν περισσότερο εσωστρεφείς, ασταθείς ή ανίκανοι συγκριτικά με τους/τις συζύγους των νευρωτικά αγχωτικών ή υστερικών ασθενών (C. Lidemann, 1989). Επίσης, ο Buglass και άλλοι (1977) ανέφεραν ότι οι σύζυγοι θεωρούσαν τις συζύγους τους ως λιγότερο δραστήριες και δυναμικές και ότι το ζευγάρι είχε διαφορετικές απόψεις για κοινές ανησυχίες. Όμως, οι αναλογίες για παράγοντες όπως η αυτοεπιβεβαίωση και η αμοιβαία τρυφερότητα, ήταν παρόμοιες για τους ασθενείς και τα αντικείμενα ελέγχου. Δεν υπήρχαν αποδείξεις για 'συμβιβαστική ένωση'. Οι ελεγχόμενοι σύντροφοι έμοιαζαν μεταξύ τους στη συμπεριφορά πιο έντονα από ό,τι οι σύντροφοι στην φοβική ομάδα. Οι συγγραφείς συμπέραναν ότι το οικογενειακό περιβάλλον των δύο ομάδων ήταν αυστηρά παρόμοιο και δεν βρήκαν υποστήριξη στην πρόταση ότι υπάρχει ξεχωριστή κατηγορία 'αγοραφοβικού' γάμου (A. M. Mathews, M. G. Gelder, D. W. Johnston, 1981).

Αυτό το τελευταίο συμπέρασμα είναι μερικής σημασίας γιατί υπάρχει μία κοινή κλινική εντύπωση ότι τα συμπτώματα των αγοραφοβικών μπορεί να παράγονται ή να διατηρούνται από τα χαρακτηριστικά της συζυγικής

σχέσης. Η άποψη αυτή μοιάζει να έχει υιοθετηθεί από τους Hafner (1977) και Milton & Hafner (1979) που πιστεύουν ότι η συζυγική μη ικανοποίηση πριν την θεραπεία σχετίζεται με μία μειωμένη θεραπευτική αντίδραση. Συνεπώς μία αιτιολογική σχέση πρέπει να υπάρχει ανάμεσα στη συζυγική κατάσταση και την Αγοραφοβία (A. M. Mathews, M. G. Gelder, D. W. Johnston, 1981).

Ο Levendusky προσέγγισε το θέμα με μία διαφορετική τεχνική μελετώντας πόσο κοντά γεωγραφικά οι αγοραφοβικοί ασθενείς ζούνε στην οικογένειες καταγωγής τους. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι οι αγοραφοβικοί ασθενείς ζούσαν κοντά στους γονείς τους μετά τον γάμο τους (C. Lidemann, 1989).

Οι σχέσεις των αγοραφοβικών με τα παιδιά τους έχουν συγκεντρώσει το λιγότερο ενδιαφέρον των ερευνητών. Σε μία έρευνα των Burns και Thorpe (1977) αναφέρεται ότι μόνο το 5% των αγοραφοβικών γονιών είχαν συναισθήματα ενοχής για την συμπεριφορά προς τα παιδιά τους λόγω της αγοραφοβικής τους κατάστασης. Όταν αναφέρονται τέτοια συναισθήματα ενοχής οι αγοραφοβικοί γονείς δηλώνουν την ανησυχία τους για την στέρηση φυσιολογικών εμπειριών της παιδικής ηλικίας, που επιβάλλουν στα παιδιά τους (C. Lidemann, 1989).

Σύμφωνα με τον Berg (1976), οι αγοραφοβικοί γονείς και κυρίως οι μητέρες, συμβάλλουν σημαντικά στην ανάπτυξη της σχολικής φοβίας στα παιδιά τους. Οι κόρες των αγοραφοβικών μητέρων ήταν περισσότερο πιθανόν να επηρεασθούν από ότι ήταν πιθανόν να επηρεασθούν οι γιοι τους. Καθώς η Σχολική Φοβία σχετίζεται με τέτοιους φόβους, όπως είναι το ταξίδι ή η είσοδος σε μαγαζιά, είναι λογικό κανείς να αναρωτηθεί αν ο Berg με αυτά τα δεδομένα δεν τεκμηριώνει την εμφάνιση μιας 'πρώιμης Αγοραφοβίας' στα παιδιά των αγοραφοβικών γονιών. Αν επίσης δεν τεκμηριώνει ότι μία σημαντική εστία για προληπτικές προσπάθειες σχετικά

με την ανάπτυξη της Αγοραφοβίας είναι τα παιδιά του Δημοτικού Σχολείου των αγοραφοβικών ασθενών (C. Lidemann, 1989).

Έρευνα έχει δείξει ότι η κατάθλιψη στις γυναίκες αυξάνει καθώς ο αριθμός των νεαρών παιδιών αυξάνεται (Brown, 1975). Επειδή οι αγοραφοβικοί εμφανίζουν συμπτώματα κατάθλιψης, κανείς περιμένει να υπάρχει παρόμοια σχέση μεταξύ ψυχοπαθολογικής κατάστασης και οικογενειακού μεγέθους. Αντίθετα ο Chambles βρήκε σημαντικές αρνητικές σχέσεις ανάμεσα στον αριθμό των παιδιών (ηλικίας κάτω των 14 ετών) και την Αγοραφοβία των γονιών τους. Μέχρι έναν ορισμένο βαθμό οι αγοραφοβικοί με περισσότερα παιδιά είχαν χαμηλότερη συχνότητα κρίσεων πανικού, χαμηλότερο επίπεδο άγχους και κατάθλιψης. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι το εύρος της οικογένειας των αγοραφοβικών ήταν από 0 έως 3 παιδιά. Βασιζόμενος κάποιος στην κλινική εμπειρία, θα μπορούσε να υποθέσει ότι το παιδί παίζει έναν προστατευτικό ρόλο μέσα στην οικογένεια γιατί δεν αφήνει τον αγοραφοβικό γονιό του μόνο του στο σπίτι και έτσι τα συμπτώματα του ασθενούς δεν είναι τόσο έντονα. Έχει παρατηρηθεί ότι οι αγοραφοβικές μητέρες ζητούν θεραπεία μόλις το παιδί τους δεν είναι πια διαθέσιμο (π.χ. όταν το παιδί πηγαίνει για σπουδές) να εξαρτηθούν από αυτό. Οντως φαίνεται ότι αυτό το παιδί και όχι ο σύζυγος είναι η πρώτη ανθρώπινη μορφή σύνδεσης στη ζωή της αγοραφοβικής γυναίκας (C. Lidemann, 1989).

Δ. Γεγονότα Ζωής και Άγχους

Οι περισσότεροι αγοραφοβικοί αναφέρουν μία ξαφνική έναρξη των συμπτωμάτων τους, συνήθως με την μορφή οξέος επεισοδίου άγχους ή μιας κρίσης πανικού. Έχει προταθεί από τον Snaith (1968) ότι η έναρξη και η ένταση της Αγοραφοβίας σχετίζονται με αιτιολογικό τρόπο με

αλλαγές στις διαπροσωπικές σχέσεις του αγοραφοβικού ή με το άγχος που του δημιουργεί το περιβάλλον του. Ο Solyom και άλλοι (1974) ανέλυσαν τον τύπο του γεγονότος ή του άγχους που βιώνεται την στιγμή της έναρξης και κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι αγοραφοβικοί είχαν βιώσει σε υπερβολικό βαθμό συγκριτικά με άλλους φοβικούς μία σοβαρή ασθένεια, ή τον θάνατο ενός συγγενή (ή φίλου), ή κρίσεις, ή άλλες δυσκολίες (A. M. Mathews, M. G. Gelder, D. W. Johnston, 1981).

Ο Buglass και άλλοι (1977) έκαναν μία έρευνα για τα γεγονότα της ζωής που πιθανόν σχετίζονται με την έναρξη της Αγοραφοβίας από τους 30 ασθενείς της έρευνας μπορούσαν να θυμηθούν τρομακτικά γεγονότα την στιγμή της έρευνας και μόνο τα δύο από τα τρομακτικά γεγονότα της έρευνας συνέβησαν σε φοβικές καταστάσεις. Τα αρνητικά αυτά στοιχεία της έρευνας πρέπει να μελετηθούν με προσοχή γιατί οι ασθενείς ρωτήθηκαν να θυμηθούν γεγονότα που είχαν συμβεί αρκετά χρόνια πριν από την στιγμή της συνέντευξης. Παρ' όλα αυτά, οι ασθενείς μπορούσαν να θυμηθούν εντάσεις την στιγμή της έναρξης της Αγοραφοβίας. Τελικά, οι 15 από τους 30 ασθενείς μπορούσαν να θυμηθούν μία ή περισσότερες τέτοιες και μόνο οι 8 από τους 30 δεν μπορούσαν να θυμηθούν κανένα άγχος ή αγχώδες γεγονός του παρελθόντος (A. M. Mathews, M. G. Gelder, D. W. Johnston, 1981).

Αιτιολογικά Μοντέλα

A. Ψυχοδυναμική Θεωρία

Οι ψυχαναλυτές ήταν οι πρώτοι που προσπάθησαν να ολοκληρώσουν μία θεωρητική βάση για τις φοβίες και οι ιδέες του Φρόιντ αποτελούν το βασικότερο κομμάτι αυτής της βάσης. Ο Freud (1909/1925)

στο έργο του 'Ανάλυση μίας φοβίας σε ένα 5χρονο αγόρι' περιέγραψε πως ο μικρός Hans είδε ένα άλογο να πέφτει και στη συνέχεια ανέπτυξε τον φόβο ότι όλα τα άλογα θα έπεφταν και θα τον δάγκωναν. Ο Freud υπέθεσε ότι τα άλογα δεν αποτελούσαν τους πραγματικούς φόβους του αγοριού, αλλά συμβόλιζαν τον πατέρα του Hans, ενώ ο φόβος του δαγκώματος από τα άλογα συμβόλιζε την απειλή του ευνουχισμού. Αυτή η κάπως περίεργη άποψη του Freud δέχθηκε τις επικρίσεις και επιθέσεις των άλλων επιστημόνων τόσο για το περιεχόμενο όσο και για την επιστημονική της ανεπάρκεια. Το σημαντικό χαρακτηριστικό της θεωρίας του Freud είναι η ιδέα ότι η αυθεκτική πηγή του φόβου έχει αντικατασταθεί από ένα εναλλακτικό υποκείμενο, που αντιπροσωπεύει την αυθεντική πηγή συμβολικά και που δεν επιτρέπει στο άτομο να αναγνωρίσει το δυσάρεστο στρεσογόνο γεγονός. Έτσι η φοβική αποφυγή υπηρετεί τις ψυχολογικές ανάγκες του ασθενούς, ενώ το πραγματικό κίνητρο κρύβεται στο υποσυνείδητο εξαιτίας των μηχανισμών μεταβίβασης και άρνησης του ασθενούς (A. M. Mathews, M. G. Gelder, D. W. Johnston, 1981).

Στην περίπτωση της Αγοραφοβίας, τα πραγματικά κίνητρα του ασθενούς είναι σεξουαλικά, επιθετικά και ανάγκες εξάρτησης που σχετίζονται με την παλινδρόμηση σ' ένα προγενέστερο στάδιο ανάπτυξης. Ο Fenichel (1966) περιέγραψε μία περίπτωση με τον ακόλουθο τρόπο:

«Οι κρίσεις άγχους μίας αγοραφοβικής ασθενούς είχαν τον υποσυνείδητο και καθοριστικής σημασίας σκοπό να την κάνουν να φαίνεται αδύναμη και αβοήθητη στους περαστικούς. Η ανάλυση έδειξε ότι το υποσυνείδητο κίνητρο της επιδεξιμανίας της ήταν τα συναισθήματα βαθιάς εχθρότητας που είχε για την μητέρα της και που στην συνέχεια στράφηκαν προς τον ίδιο τον εαυτό της. 'Όλοι με κοιτούν' το άγχος της φαινόταν να ισχυρίζεται, 'η μητέρα μου με άφησε να έρθω στον κόσμο σ'

αυτή την αβοήθητη κατάσταση χωρίς να δίνει δεκάρα'» (A. M. Mathews, M. G. Gelder, D. W. Johnston, 1981).

Ο Arieti (1979) υποστήριξε ότι οι φοβίες δεν εμφανίζονται μέσα από την μετατόπιση, αλλά είναι ένας τρόπος για να γίνονται συγκεκριμένες οι άθικτες ανησυχίες του ασθενούς. Υποστήριξε ότι η ανάπτυξη μίας φοβίας αφορά την μεταφορά του άγχους από διαπροσωπικές σχέσεις σε φόβους για συγκεκριμένες καταστάσεις. Έτσι ένα γενικό άγχος μειώνεται σε έναν οριστικό συγκεκριμένο φόβο και μεταμορφώνεται σε κάτι που είναι απειλητικό για το άτομο με έναν φυσικό παρά με έναν σωματικό τρόπο. Ακόμη και αν γίνει δεκτό ότι τα φοβικά συμπτώματα δεν έχουν άλλες έννοιες και συσχετισμούς για ορισμένους ασθενείς, μπορεί να θεωρηθούν ότι είναι δευτερεύοντα γεγονότα (ή αντιδράσεις) ή ιδέες που έχουν τα άτομα για το άγχος που βιώνουν. Το γεγονός ότι οι ψυχοδυναμικοί συγγραφείς σπάνια συμπεριλαμβάνουν τέτοιες εναλλακτικές εξηγήσεις και ότι οι προσπάθειές τους για να κατανοήσουν την ανάγκη για αντικειμενικές αποδείξεις απέτυχαν, κάνει δύσκολο τον συσχετισμό των θεωριών τους με την μελέτη των φοβιών (A. M. Mathews, M. G. Gelder, D. W. Johnston, 1981).

Παρά τις πολλές αποτυχίες των ψυχοδυναμικών θεωριών για την αιτιολογική προέλευση των φοβιών, ο Freud ήταν ο πρώτος που περιέγραψε μερικά σημαντικά χαρακτηριστικά της Αγοραφοβίας. Ο Freud (1919/1940) επεσήμανε ότι 'συχνά βρίσκουμε την ανάμνηση μιας κατάστασης πανικού και αυτό που στην πραγματικότητα ο ασθενής φοβάται είναι η επανάληψη μίας τέτοιας κρίσης κάτω από αυτές τις ειδικές συνθήκες, τις οποίες ο ασθενής πιστεύει ότι δεν μπορεί να ξεφύγει' (A. M. Mathews, M. G. Gelder, D. W. Johnston, 1981).

Η άποψη ότι τα άτομα που υποφέρουν από Αγοραφοβία στην πραγματικότητα υποφέρουν από κάποιο λάθος που συνέβη στον γάμο τους μοιάζει να διαφοροποιείται σχετικά με το θέμα της υποσυνείδητης

κινητοποίησης (Milton και Hafner, 1979). Σύμφωνα με αυτήν την άποψη, η αγοραφοβική συμπεριφορά είναι το μέσο εκείνο μέσω του οποίου εξωτερικεύεται ή αντιμετωπίζεται μία ανικανοποίητη συζυγική σχέση. Για παράδειγμα η κατάσταση μίας αγοραφοβικής ασθενούς περιγράφεται από τους Miller και Hafner με τον ακόλουθο τρόπο:

«Η ασθενής πριν την θεραπεία αποζημιωνόταν μερικώς για την έλλειψη αρμονίας και τρυφερότητας μέσα στο γάμο της και για την ανησυχία της για πιθανή διάλυση του γάμου της λόγω της αγοραφοβικής της διαταραχής. Έτσι έγινε πολύ εξαρτημένη από τον σύζυγό της, ο οποίος ένιωθε υποχρεωμένος να την στηρίξει. Η στάση του συζύγου επέτρεψε στην ασθενή να νιώσει ότι ο γάμος της ήταν ασφαλής. Αλλά μόλις μειώθηκε η αγοραφοβική και εξαρτημένη συμπεριφορά της, η 'υποχρεωτική' βάση του γάμου αποδυναμώθηκε και ο σύζυγος έφυγε για να βρει πιο ικανοποιητική σύντροφο».

Η άποψη ότι η Αγοραφοβία είναι έτσι κατασκευασμένη ώστε να ικανοποιεί τις ανάγκες του διαταραγμένου γάμου μοιάζει με αναγκαία. Είναι τελείως πιθανό η πορεία του φοβικού άγχους που ήδη έχει ξεκινήσει, να επηρεασθεί θετικά ή αρνητικά από τους ανθρώπους που βρίσκονται κοντά στον ασθενή. Αν λοιπόν ο σύζυγος της αγοραφοβικής ασθενούς είναι αρκετά ικανοποιημένος, μπορεί να είναι αρνητικός ή αδιάφορος σε προσπάθειες θεραπείας απειλητικές για την προσωπική του ηρεμία (A. M. Mathews, M. G. Gelder, D. W. Johnston, 1981).

B. Θεωρία Μάθησης

Σαν μία αντίδραση ενάντια στις μη ικανοποιητικές απόψεις των ψυχαναλυτικών διατυπώσεων έχουν προβάλλει εναλλακτικές εξηγήσεις βασισμένες στις 'υπό συνθήκη' καταστάσεις. Σύμφωνα με αυτές τις

εξηγήσεις, οι φοβίες θεωρούνται αντιδράσεις αποφυγής και δεν γίνονται διαχωρισμοί ανάμεσα σε συγκεκριμένες φοβίες, κοινωνικές φοβίες και Αγοραφοβία . Ο συνδυασμός περιβαλλοντικού ερεθίσματος είτε με την επίκληση επίμονου φόβου είτε με την επαναλαμβανόμενη επίκληση ελαφρύ φόβου υποστηρίζεται ότι παράγει μία 'υπό συνθήκη' αντίδραση φόβου στο ουδέτερο εξωτερικό ερέθισμα. Σε αναλογία με την μάθηση της αντίδρασης αποφυγής στα ζώα, η επακόλουθη φοβική αποφυγή θα αναμενόταν να διατηρήσει ένα υψηλό επίπεδο φόβου (A. M. Mathews, M. G. Gelder, D. W. Johnston, 1981).

Παρά το γεγονός ότι η θεωρία αποφυγής έχει δεχθεί επικρίσεις, η θέση της για τις φοβίες έχει συνεχίσει να δέχεται υποστήριξη. Πρόσφατη μελέτη (Levis και Boyd, 1979) προτείνει ότι ορισμένοι τύποι ερεθισμάτων μπορεί να παρατείνουν τον φόβο σημαντικά. Επίσης ο Eysenck (1976) τόνισε την πιθανότητα ότι κάποιιοι άλλοι παράμετροι μπορεί να οδηγήσουν σε αύξηση του φόβου. Και οι Öhman, Fredrikson και Hagdahl (1978) έχουν αναφέρει μία σειρά πειραμάτων που δείχνουν ότι οι οργανισμοί μοιάζουν να είναι εξαρχής προετοιμασμένοι να αντιδράσουν με φόβο σε συγκεκριμένα βιολογικά ερεθίσματα. Έτσι μία αυτόνομη αντίδραση σ' αυτά τα ερεθίσματα μπορεί να αποκτηθεί εύκολα και εξαφανίζεται με μεγάλη δυσκολία (A. M. Mathews, M. G. Gelder, D. W. Johnston, 1981).

Όσον αφορά την Αγοραφοβία , είναι δύσκολο να κατανοηθεί πώς οι 'κατά συνθήκη' διατυπώσεις μπορεί να είναι σχετικές με την αιτιολογία. Οι αγοραφοβικοί δεν μπορούν, κατά κανόνα, να θυμηθούν κανένα γεγονός που τους προκάλεσε έντονο φόβο ή επαναλαμβανόμενα φοβικά γεγονότα που συνέβησαν σε συνθήκες που απέφευγαν αργότερα. Ανέφεραν όμως ότι η στιγμή, που για πρώτη φορά αισθάνθηκαν έντονο άγχος, έμοιαζε να ήταν ξαφνική. Αν και αυτή η αντίθεση είναι ευάλωτη στη διαφωνία ότι οι άνθρωποι δεν μπορούν πάντοτε να αποδώσουν σωστά τη συμπεριφορά τους στο πραγματικό ελεγχόμενο ερέθισμα, θα πρέπει να τεθεί υπό

αμφισβήτηση η άποψη ότι η κλασική κατάσταση (συνθήκη) είναι ο πρωταρχικός αιτιολογικός παράγοντας (A. M. Mathews, M. G. Gelder, D. W. Johnston, 1981).

Εναλλακτικές απόψεις, που προτάθηκαν από τον Rachman (1977), όπως το γονεϊκό μοντέλο και άλλες μορφές υποκατάστατης μάθησης, είναι ανεφάρμοστες διότι δεν υπάρχουν αποδείξεις ότι οι αγοραφοβικοί έχουν δεχθεί τέτοιες επιρροές. Εκτιμήσεις της παρουσίας φόβων (όχι μόνο Αγοραφοβίας) ανάμεσα σε γονείς αγοραφοβικών διαφέρουν από 1 στους 3 μέχρι 1 στους 15, ενώ πολλοί αγοραφοβικοί μοιάζουν να μην έχουν συναντήσει άλλο άτομο με παρόμοια προβλήματα. Όμως τα πιθανά στοιχεία εξάρτησης κρατούν ανοιχτή την πιθανότητα ότι μία πιο γενικευμένη μορφή μάθησης θα ήταν σχετική σε σύγκριση με μία γενική στρατηγική συμπεριφοράς αποφυγής και εξάρτησης (A. M. Mathews, M. G. Gelder, D. W. Johnston, 1981).

Ορισμένοι συγγραφείς επεσήμαναν ότι η εμπειρία μιας κρίσης πανικού (είτε εμφανίζεται από το στενό οικογενειακό περιβάλλον είτε όχι) μπορεί να λειτουργήσει η ίδια σαν ένα τραυματικό ερέθισμα. Η φοβική συμπεριφορά του ασθενούς που ακολουθεί είναι μία προσπάθεια του ασθενούς να αποφύγει την πιθανότητα άλλης κρίσης. Συνθήκες όπου οι ασθενείς νοιώθουν να προστατεύονται από μία πιθανή κρίση πανικού ή τα αποτελέσματα της γίνονται πηγές ασφαλείας (π.χ. η παρουσία γνωστών και οικείων ανθρώπων) (A. M. Mathews, M. G. Gelder, D. W. Johnston, 1981).

Γ. Βιολογικές Θεωρίες

Τα ευρήματα ότι οι αγοραφοβικοί δείχνουν ένα υψηλό επίπεδο αυτόνομης αφύπνισης και μία ασυνήθιστα αργή αναλογία εθισμού χρησιμοποιήθηκαν από τους Lader και Mathews (1968) για να στηρίξουν

ένα βιολογικό μοντέλο. Προτάθηκε ότι αν δεν υπάρχει αρκετός χρόνος για να εξαλειφθεί η αντίδραση σ' ένα ερέθισμα πριν εμφανισθεί ένα νέο ερέθισμα, θα μπορούσε να συμβεί μία βαθμιαία αύξηση της αυτόνομης αντίδρασης. Αν υποθεθεί ότι μία τέτοια αύξηση προκαλούσε μία κρίση πανικού θα φαινόταν ότι οι αγοραφοβικοί ασθενείς ήταν ευάλωτοι (A. M. Mathews, M. G. Gelder, D. W. Johnston, 1981).

Αναφορικά με το ερώτημα γιατί οι κρίσεις άγχους εμφανίζονται συχνότερα σε πλήθη και μαγαζιά ή άλλα δημόσια μέρη, υποστηρίζεται ότι οι καταστάσεις χαρακτηρίζονται από μία σχετικά υψηλή επιμονή και περιπλοκότητα κοινωνικών και άλλων ερεθισμάτων. Τα χαρακτηριστικά αυτών των ερεθισμάτων έχουν στην πραγματικότητα αξιολογηθεί ότι προκαλούν φόβο. Από την στιγμή που η πρώτη βαθμίδα της κλίμακας έχει ξεπεραστεί και η βαθμιαία κλιμάκωση της αφύπνισης βιώνεται σαν κρίση πανικού, μαθησιακοί και γνωστικοί παράγοντες μπορεί να αυξήσουν τον κίνδυνο της επανάληψης σε παρόμοιες καταστάσεις (A. M. Mathews, M. G. Gelder, D. W. Johnston, 1981).

Δ. Γνωσιακές Θεωρίες

Οι Goldstein και Chambless (1978) έχουν δώσει έμφαση στην πιθανότητα ότι ο τρόπος που οι ασθενείς καταλαβαίνουν την εμπειρία του άγχους τους καθορίζει σημαντικά την συμπεριφορά αποφυγής τους. Αυτοί οι συγγραφείς επανεξετάζοντας την Αγοραφοβία συμφώνησαν ότι οι κρίσεις πανικού είναι πιθανόν να ακολουθήσουν το αυξανόμενο άγχος. Αλλά πρόσθεσαν και άλλα δύο σημαντικά στοιχεία που αφορούν την Αγοραφοβία. Πρώτον, ότι οι αγοραφοβικοί ασθενείς δεν είναι σίγουροι, είναι γενικά φοβισμένοι άνθρωποι που θεωρούν τους εαυτούς τους ανίκανους να λειτουργήσουν ανεξάρτητα και δεύτερον, ότι είναι ανίκανοι

να κάνουν ακριβείς συσχετισμούς ανάμεσα στα συναισθήματά τους και στα γεγονότα που τα προκαλούν. Αν αυτά τα στοιχεία πράγματι υπάρχουν, οι διαπροσωπικές συγκρούσεις (π.χ. να θέλει να φύγει κάποιος από μία σχέση, αλλά να φοβάται να το κάνει) θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε μία κρίση πανικού (A. M. Mathews, M. G. Gelder, D. W. Johnston, 1981).

Αποτυχία του ατόμου να αναγνωρίσει την σχέση που υπάρχει ανάμεσα στο άγχος που βιώνεται και στη διαμάχη που το προκαλεί μπορεί να οδηγήσει το άτομο σε παρερμηνεία της κρίσης σαν ένα δείγμα αρρώστιας, παραλόγου ή κάποιας άλλης καταστροφής. Επιπρόσθετα, η απαραίτητη εξάρτηση, η έλλειψη σιγουριάς και ο φόβος μπορεί να οδηγήσει το άτομο σε άλλους για βοήθεια και έτσι να διαιωνίσει την σχέση που προκάλεσε το αρχικό άγχος (A. M. Mathews, M. G. Gelder, D. W. Johnston, 1981).

Αν και αυτό το μοντέλο είναι εφευρετικό, μπορεί να κριθεί σε διάφορα στάδια. Οι υποθετικές καταστάσεις δεν έχουν εδραιωθεί από καμία μελέτη στη πρόσφατη προσωπικότητα των αγοραφοβικών. Πραγματικά ακόμη και η εξάρτηση έχει αποδειχθεί δύσκολη να αιτιολογηθεί. Ακόμη, τίποτα δεν λέγεται για να εξηγήσει γιατί οι αγοραφοβικοί αισθάνονται άγχος όταν βγαίνουν από το σπίτι και όταν πηγαίνουν σε δημόσια μέρη παρά όταν μένουν στο σπίτι, όπου έχουν την ίδια πιθανότητα να εκτεθούν σε μία συγκρουσιακή σχέση. Παρ' όλα αυτά προβλήματα, το μοντέλο είναι συμβιβάσιμο με άλλες εξηγήσεις και θα μπορούσε να βοηθήσει να μετατραπούν κάποιες από τις λιγότερο ακριβείς ψυχοδυναμικές θεωρίες (A. M. Mathews, M. G. Gelder, D. W. Johnston, 1981).

Μία άλλη γνωσιακή άποψη, που διατυπώθηκε από τους Beck και Rush (1975), είναι ότι ενώ οι αγοραφοβικοί βιώνουν επαναλαμβανόμενες γνώσεις σχετικές με συγκεκριμένο φόβο τους, το περιεχόμενο αυτών των

γνώσεων είναι εκείνο που καθορίζει τις διαφορές στη συμπεριφορά τους. Οι αγχώδεις νευρωτικοί βιώνουν γνώσεις σχετικές με κινδύνους που αποφεύγονται λιγότερο εύκολα και όχι άμεσα συσχετισμένες με συγκεκριμένες καταστάσεις (π.χ. θάνατος, ασθένεια και κοινωνική απόρριψη). Οι φοβικοί αντιθέτως έχουν γνώσεις σχετικές με καταστάσεις εξωτερικές, που μπορούν να τις αποφύγουν (A. M. Mathews, M. G. Gelder, D. W. Johnston, 1981).

Αν και οι Beck και Rush δεν αναφέρθηκαν συγκεκριμένα στην Αγοραφοβία, οι αγοραφοβικοί φαίνεται να μοιράζονται τις περισσότερες γνώσεις που αποδίδονται από τους συγγραφείς στους αγχώδεις νευρωτικούς. Όμως ένας χρήσιμος διαχωρισμός είναι ακόμη δυνατός από την στιγμή που οι αγοραφοβικοί κάνουν έναν γνωστικό δεσμό ανάμεσα σε αυτές τις ιδέες και στις καταστάσεις που αποφεύγουν. Υπάρχει δυστυχώς έλλειψη στοιχείων σχετικά με το αν τέτοιες γνώσεις προκαλούν άγχος και συμπεριφορά αποφυγής ή αν είναι δευτερεύουσες στην παρατήρηση των συναισθημάτων των ασθενών και της συμπεριφοράς τους από τους ίδιους. Είναι δύσκολο να βρεθούν τρόποι για να δοκιμασθεί αυτός ο διαχωρισμός, παρά μόνο τρόποι για να αλλάξουν οι γνώσεις άμεσα και να δοκιμασθούν οι μέθοδοι σαν νέα μορφή θεραπείας της Αγοραφοβίας (A. M. Mathews, M. G. Gelder, D. W. Johnston, 1981).

E. Ένα Συνολικό Θεωρητικό Μοντέλο

Μέχρι τώρα τα διάφορα μοντέλα και θεωρίες έχουν αναφερθεί χωριστά. Τώρα η πιθανότητα μιας συνολικής θεώρησης μπορεί να εξετασθεί (A. Mathews, M. Gelder, D. Johnson, 1981).

Τα βασικά ευρήματα που προκύπτουν από την κλινική έρευνα και παρατήρηση και που μπορούν να διευθετηθούν μέσα σε ένα τέτοιο συνολικό μοντέλο, μπορούν να αναφερθούν περιληπτικά ως εξής:

1. Δεν υπάρχουν αποδείξεις ότι η Αγοραφοβία κληρονομείται, αν και τα χαρακτηριστικά φόβου και άγχους, που υπάρχουν σε υψηλό βαθμό στην Αγοραφοβία, μπορεί να έχουν γενετική βάση.

2. Δεν έχουν βρεθεί πειστικές αποδείξεις για το είδος των τραυματικών γεγονότων, αλλά η Αγοραφοβία συχνά ξεκινάει σε περιβάλλον άγχους που προέρχεται από το παρελθόν.

3. Υπάρχει μία ομοιότητα ανάμεσα στην Αγοραφοβία και την **Αγχώδη Νεύρωση** σχετικά με την αυτονομία και τις απόψεις για την συμπτωματολογία.

4. Το γενικευμένο άγχος και η Αγοραφοβία εμφανίζονται να διαφέρουν ως προς α) την επιλεκτικότητα των αγχωδών αντιδράσεων β) την συμπεριφορά αποφυγής και εξάρτησης από τους άλλους και γ) την απόδοση σε εξωτερικά ερεθίσματα.

5. Η αγοραφοβική αποφυγή μόλις εδραιωθεί επιμένει παρά τις διαφοροποιήσεις με την διάθεση, υποβάλλοντας επιπρόσθετους τροφοδοτικούς παράγοντες (π.χ. κοινωνική μάθηση ή άλλες γνωσιακές διαδικασίες) (A. M. Mathews, M. G. Gelder, D. W. Johnston, 1981).

Τα τέσσερα πρώτα συμπεράσματα σχετίζονται με την φάση της έναρξης της Αγοραφοβίας. Σύμφωνα με το συνολικό θεωρητικό μοντέλο, υπάρχουν τουλάχιστον τρεις γενικοί παράγοντες που παίζουν πόλο στην προδιάθεση των ατόμων να αναπτύξουν Αγοραφοβία. Ο πρώτος παράγοντας είναι το οικογενειακό περιβάλλον, που αμφισβητείται περισσότερο. Είναι πιθανόν όμως ότι η αστάθεια, η υπερπροστασία και η γονεϊκή φροντίδα αυξάνουν την πιθανότητα μεταγενέστερης εξάρτησης ή συμπεριφοράς αποφυγής (A. M. Mathews, M. G. Gelder, D. W. Johnston, 1981).

Σε συνδυασμό με το οικογενειακό περιβάλλον οι 'μη συγκεκριμένοι' παράγοντες άγχους μοιάζουν να είναι η πιο πιθανή αιτία του σταδίου του γενικευμένου άγχους, οι οποίοι έχει αποδειχθεί ότι είναι ο άμεσος

πρόδρομος της Αγοραφοβίας. Η υψηλή παρουσία συμπτωμάτων άγχους που προηγούνται της ανάπτυξης της Αγοραφοβίας ενισχύουν την άποψη ότι σ' αυτό το στάδιο υπάρχει μικρός ή καθόλου διαχωρισμός ανάμεσα στο φυσικό της Αγοραφοβίας και της Αγχώδους Νεύρωσης (A. M. Mathews, M. G. Gelder, D. W. Johnston, 1981).

Το κρίσιμο γεγονός που έχει υποδειχθεί για να εξηγήσει την ανάπτυξη της συμπεριφοράς της φοβικής αποφυγής είναι να συμβεί ένα οξύ επεισόδιο άγχους έξω από το σπίτι, που βιώνεται σαν κρίση πανικού. Αυτή η κρίση υποτίθεται ότι είναι το προϊόν του αυξανόμενου γενικού άγχους και της έκθεσης στα περιβαλλοντικά ερεθίσματα. Προφανώς, υπάρχουν και άλλες εναλλακτικές εξηγήσεις για την πρώτη κρίση πανικού. Τέτοιες είναι μία μη αναγνωρισμένη ακόμη παθολογική κατάσταση, οι γνωσιακές διαδικασίες (π.χ. σκέψεις που αυξάνουν το άγχος) και η συμβολική σημασία της κατάστασης του ασθενούς (A. M. Mathews, M. G. Gelder, D. W. Johnston, 1981).

Οποιαδήποτε και να είναι η αιτία της πρώτης εμπειρίας οξέος άγχους, μοιάζει να είναι σημαντική για την καθοδήγηση των ασθενών προς ένα αγοραφοβικό μοντέλο συμπεριφοράς. Δύο επιπρόσθετοι παράγοντες θεωρούνται ότι παίζουν έναν σημαντικό ρόλο στην καθοδήγηση αυτή. Ο πρώτος παράγοντας αναφέρεται στη συνηθισμένη συμπεριφορά του ασθενούς σε φοβικές καταστάσεις και ειδικά αναφέρεται σε αυτήν όταν είναι συμπεριφορά αποφυγής και εξάρτησης από άλλους και δεν χαρακτηρίζεται από ενεργητική αντιμετώπιση των φοβικών καταστάσεων από το άτομο και εμπιστοσύνη στον ίδιο του τον εαυτό. Θεωρείται πιθανό ότι αυτή η τάση ενεργοποιείται από την εμπειρία του πανικού (A. M. Mathews, M. G. Gelder, D. W. Johnston, 1981).

Άλλοι πιστεύουν ότι ο κοινωνικός ρόλος εξάρτησης που αναμένεται από τις γυναίκες είναι σύμφωνος με την επικράτηση γυναικών ανάμεσα στους αγοραφοβικούς ασθενείς (Goldstein-Foder, 1974). Η απουσία

στοιχείων δεν επιτρέπει μία εκτίμηση αυτής της πρότασης, αλλά το παρόν μοντέλο δεν παρέχει καμία άλλη εξήγηση της ανισότητας των δύο φύλων (A. M. Mathews, M. G. Gelder, D. W. Johnston, 1981).

Ο δεύτερος παράγοντας τείνει τους ασθενείς προς ένα μοντέλο φοβικής αποφυγής, που η έντονη κρίση πανικού αποδίδεται σε εξωτερικό ερέθισμα (π.χ. πλήθος και δρόμοι). Είναι πιθανό για το άτομο να αποδώσει την κρίση πανικού σε παράγοντες άλλους από το άμεσο περιβάλλον, όπως είναι η ανησυχία και το άγχος (A. M. Mathews, M. G. Gelder, D. W. Johnston, 1981).

Το συνολικό θεωρητικό μοντέλο δεν υποδεικνύει τους παράγοντες που παίζουν ρόλο στη διατήρηση της φοβικής συμπεριφοράς από την στιγμή που έχει ξεκινήσει, παρά το γεγονός ότι αυτοί οι παράγοντες μπορεί να είναι το ίδιο ή και περισσότερο σημαντικοί από τα γεγονότα που οδηγούν στην έναρξη της. Αυτοί μπορούν να χωρισθούν σε δύο κατηγορίες: **(1)** επιδράσεις που αποθαρρύνουν τον ασθενή να βγει από το σπίτι και να αντιμετωπίσει καταστάσεις που του προκαλούν φόβο και **(2)** άλλοι παράγοντες που ενισχύουν θετικά την αποφυγή ή την διαμονή του ατόμου στο σπίτι. Στην πρώτη κατηγορία, ο σημαντικός ρόλος που παίζει ο φόβος της πρόκλησης μιας επόμενης κρίσης άγχους εντυπωσιάζει κάθε κλινικό που ακούει το τι λένε οι ασθενείς για τα προβλήματά τους (A. M. Mathews, M. G. Gelder, D. W. Johnston, 1981).

Είτε παίζουν είτε όχι οι σκέψεις καταστροφής ρόλο στην αιτιολογία, οι σκέψεις ότι η κρίση μπορεί να ξανασυμβεί και ο φόβος μιας συχνότερης κρίσης, της απώλειας ελέγχου σε δημόσιο χώρο, μιας πιθανής φυσικής ασθένειας ή ακόμη και του θανάτου είναι συχνές και αγχογόνες. Επιπλέον είναι πιθανό ότι τέτοιες φοβικές σκέψεις εδραιώνουν έναν τύπο ανατροφοδότησης, στον οποίο το προσδοκώμενο άγχος βοηθάει να προκαλέσει τα συμπτώματα που το άτομο φοβάται και που

επιβεβαιώνουν τις φοβικές σκέψεις (A. M. Mathews, M. G. Gelder, D. W. Johnston, 1981).

Είναι πιθανό μία δευτερεύουσα διαδικασία να βεβαιώνει ότι οι αυτόνομες αντιδράσεις που ενεργοποιούνται, προκαλούνται από τα μέρη εκείνα που σχετίζονται με πρόσφατες κρίσεις πανικού και είναι πιθανό να ερμηνευθούν σαν επικίνδυνα σημάδια που πρέπει να αποφύγει το άτομο. Αντιθέτως καταστάσεις όπου ο ασθενής δεν έχει βιώσει ποτέ κρίση πανικού, μπορεί να λειτουργούν σαν σημάδια ασφαλείας. Καθώς η κατανόηση των ειδικών για αυτές τις γνωσιακές μαθησιακές διαδικασίες αυξάνεται, οι ειδικοί ελπίζουν να γίνουν πιο ακριβείς οι εξηγήσεις για τον τρόπο που το φοβικό άγχος εξαπλώνεται μερικές φορές σταδιακά και περιορίζει τις δραστηριότητες του ατόμου, ενώ επικεντρώνεται σε εξωτερικές καταστάσεις (A. M. Mathews, M. G. Gelder, D. W. Johnston, 1981).

Παράγοντες που θεωρούνται ότι διαδραματίζουν ρόλο στη θετική ενδυνάμωση της φοβικής συμπεριφοράς, θα μπορούσαν επίσης να αποτελούν μέρος τέτοιας εξήγησης. Οι ασθενείς μπορεί να υιοθετήσουν έναν 'ρόλο' αρρώστου' και να αποσπάσουν συμπάθεια και υποστήριξη από τους φίλους και την οικογένειά τους. Μόλις εδραιωθεί ένα τέτοιο μοντέλο, ο ασθενής μπορεί εύκολα να εγκλωβιστεί σε μία 'συμπεριφορά-παγίδα', όπου βραχύχρονα οφέλη από την συμπάθεια και την απαλλαγή από δραστηριότητες που προκαλούν άγχος, κάνουν προοδευτικά δύσκολο το γεγονός της απελευθέρωσης του εαυτού του από την εξάρτηση από τους άλλους. Μακροπρόθεσμα, η προσαρμογή στον τρόπο ζωής, που είναι αναγκαία για τον συμβιβασμό των συζύγων ασθενών, μπορεί να επιφέρει μία κατάσταση αδράνειας. Έτσι η μελλοντική διακοπή που συνδέεται με την επιστροφή σε μία φυσιολογική κατάσταση μπορεί να οδηγήσει στην αποδοχή της φοβίας από την οικογένεια του ασθενούς (A. M. Mathews, M. G. Gelder, D. W. Johnston, 1981).

E.

Θεραπεία της Αγοραφοβικής Διαταραχής

Για την αντιμετώπιση του συνδρόμου της Αγοραφοβίας εφαρμόζονται διάφορες θεραπευτικές παρεμβάσεις με στόχο την κατανόηση και το χειρισμό των συμπτωμάτων, αλλά και την ενθάρρυνση με ενεργητικό τρόπο του ασθενούς, για να προχωρήσει σε περιοχές που έχει αποφύγει.

Το πρώτο βήμα για την αντιμετώπιση της Αγοραφοβίας είναι η προσεκτική λήψη ιστορικού του ασθενούς, προκειμένου ο θεραπευτής ν' αναζητήσει εκείνα τα περιστατικά από τη ζωή του που είναι καθοριστικά στη δημιουργία ψυχοπαθολογίας. Καταγράφονται τα σημαντικότερα γεγονότα από τη ζωή του ατόμου και στη συνέχεια, διερευνάται αν μέσα από αυτά τα γεγονότα το άτομο διαμόρφωσε κάποιες αντιλήψεις που είναι πρόξενες παθολογίας.

Με τη βοήθεια του ιστορικού σκιαγραφείται μία πιο ολοκληρωμένη εικόνα του ατόμου και της βιοψυχοκοινωνικής του διάστασης, που λειτουργεί συνεργατικά με την θεραπευτική παρέμβαση που εφαρμόζει ο κάθε θεραπευτής.

Η Αγοραφοβία μπορεί να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά με τις παρακάτω θεραπευτικές μεθόδους:

• Τεχνικές Συμπεριφοριστικής Θεραπείας

1) Συστηματική απευαισθητοποίηση

Η πιο συχνή μέθοδος της συμπεριφοριστικής θεραπείας, όπως αναφέρει ο John Nornich (1992) είναι η συστηματική απευαισθητοποίηση, μία μέθοδος στην οποία πρωτοπόρησε ο Wolpe (1958).

Στην απευαισθητοποίηση ο ασθενής εκτίθεται κατά σειρά σε μία λίστα από ερεθίσματα που προκαλούν άγχος διαβαθμισμένα σε μία ιεραρχία από το λιγότερο στο περισσότερο τρομακτικό. Κάθε ένα από τα ερεθίσματα που προκαλούν άγχος συνδυάζεται με το ξύπνημα ενός άλλου αρνητικού αποτελέσματος, που είναι αρκετά δυνατό να καταπνίξει το άγχος (Nemiah, 1992).

Συγκεκριμένα, μέσα από τα ηρεμιστικά χάπια, την ύπνωση και τη διδασκαλία στην τέχνη της χαλάρωσης των μυών, οι ασθενείς μαθαίνουν πως να προκαλέσουν στον εαυτό τους πνευματική και σωματική ηρεμία. Από τη στιγμή που έχουν αφομοιώσει αυτές τις τεχνικές, οι ασθενείς καθοδηγούνται να τις χρησιμοποιήσουν σε κάθε ερέθισμα που προκαλεί άγχος ιεραρχικά, όπως τα ερεθίσματα παρουσιάζονται κατά σειρά από το λιγότερο στο περισσότερο δυνατό (Nemiah, 1992).

Καθώς απευαισθητοποιούνται σε κάθε ερέθισμα, οι ασθενείς προχωρούν στο επόμενο, ώσπου τελικά αυτό το ερέθισμα που πρόσφατα προκαλούσε το περισσότερο άγχος δεν είναι πια ικανό να επιφέρει οδυνηρό αποτέλεσμα.

Η τεχνική αυτή είναι μια απλή και σύντομη τεχνική, ο αριθμός των συνεντεύξεων που απαιτείται κυμαίνεται συνήθως ανάμεσα στις 16-23. Η διάρκεια της θεραπείας καθορίζεται από τον τύπο και τη σοβαρότητα του άγχους (Nemiah, 1992).

21 Θεραπεία Έκθεσης

Από την πρωτοπόριακή δουλειά του Wolpe στη συστηματική απευαισθητοποίηση, η έκθεση σε πραγματικά γεγονότα της ζωής έχει σταθερά εδραιωθεί σαν τον παράγοντα - κλειδί για τον προσδιορισμό του άγχους και της αποφυγής στην Αγοραφοβία, όπως αναφέρουν οι Sartorius, Andrews, German και Eisenberg (1993).

Η λογική σε αυτή τη θεραπεία είναι ο εθισμός σε φυσιολογικές αντιδράσεις και η μείωση των αντιδράσεων αποφυγής.

Παρατεταμένη έκθεση σε φανταστικά γεγονότα προηγείται της έκθεσης σε πραγματικές καταστάσεις της ζωής. Η έκθεση σε φανταστικά γεγονότα παρουσιάζεται στον ασθενή που κάθεται σε μια πολυθρόνα ήρεμος, με τα μάτια κλειστά. Η έκθεση αυτή σκοπεύει να διασφαλίσει τον υποκειμενικό εθισμό στο φοβικό ερέθισμα πριν την έκθεση στην πραγματική ζωή.

Η συνεδρία της έκθεσης σε φανταστικά γεγονότα σταματάει όταν το άγχος του ασθενή μειώνεται κατά 50%. Σε αυτό το σημείο ο ασθενής αρχίζει την έκθεση σε πραγματικά γεγονότα της ζωής. Αυτή η παρατεταμένη έκθεση μπορεί να παρουσιαστεί με τους δύο ακόλουθους τρόπους:

α) Μπορεί να παρουσιαστεί μέσα από παρατεταμένη έκθεση σε πραγματικά γεγονότα με την βοήθεια και την παρουσία του θεραπευτή και ακολουθείται από ανάθεση έκθεσης στο σπίτι. Κάθε συνεδρία διαρκεί 1-2 ώρες.

β) Η βαθμιαία έκθεση στο σπίτι ανακτείται με τον ασθενή και συμφωνείται σε κάθε συνεδρία.

Αυτή η τεχνική της αυτό-έκθεσης είναι περισσότερο αποτελεσματική. Δέκα (10) με είκοσι (20) συνεδρίες απαιτούνται συνολικά. Παρατεταμένη έκθεση σε πραγματικά γεγονότα (2 ώρες) είναι καλύτερη από τη μικρή έκθεση (μισή ώρα). Η ομαδική έκθεση είναι τόσο αποτελεσματική όσο τα προγράμματα ατομικής έκθεσης (Jartorius & άλλοι, 1993)

31 Ψυχοκατακλυσμική Τεχνική

Το άτομο, όπως αναφέρει η Νασιάκου (1982), εκτίθεται απότομα και δίχως να του δίνεται η δυνατότητα να υπαναχωρήσει στο πιο επώδυνο αγχογόνο ερέθισμα. Το σκεπτικό είναι ότι η φοβία θα υπερνικηθεί, όταν το

άτομο διαπιστώσει ότι οι αρνητικές συνέπειες που φοβάται δεν πραγματοποιούνται.

Ο θεραπευόμενος, όπως περιγράφει η Μαλικιώση - Λοΐζου (1996) έρχεται αντιμέτωπος με το ερέθισμα που του προκαλεί φόβο, ενώ ο θεραπευτής προσπαθεί στην πορεία να διατηρήσει έντονο το άγχος του πελάτη.

Ο ψυχοθεραπευτής περιγράφει την αγχογόνο κατάσταση στον πελάτη ξανά και ξανά, σε πολλές συναντήσεις, μέχρις ότου αρχίσει να μειώνεται το άγχος και το άτομο να μην μπορεί πλέον να αντιδράσει με άγχος στο συγκεκριμένο ερέθισμα (Μαλικιώση - Λοΐζου, 1996).

41 Τεχνική Της Μίμησης Προτύπου

Σύμφωνα με τη Νασιάκου (1982), στόχος της τεχνικής αυτής είναι η μίμηση ενός προτύπου και η εκμάθηση μιας νέας συμπεριφοράς για την αποβολή του φόβου.

Η μίμηση του προτύπου μπορεί να εφαρμοστεί με επιτυχία για να απαλλάξει το άτομο από τις αναστολές που το εμποδίζουν να ενεργήσει και το αναγκάζουν στην αποφυγή της πράξης που του προκαλεί φόβο.

Κατά τους Rimm και Masters, η μίμηση του προτύπου είναι ίσως η ταχύτερη και αποτελεσματικότερη τεχνική για την αποβολή των φόβων και του άγχους. «Είναι φανερό», γράφουν, 'ότι η αποφυγή μιας πράξης δεν αντικαθίσταται απλώς με μια άλλη πράξη ή ενέργεια που δεν προκαλεί φόβο, αλλά η παρατήρηση και η μίμηση άλλων προτύπων συμβάλλει σε μια σταθερή απόσβεση των φόβων και του άγχους που προξενούν τη στάση αποφυγής' (Νασιάκου, 1982).

•Γνωστική Θεραπεία

Πρώτιστο καθήκον του θεραπευτή είναι η εμπέδωση του αισθήματος ασφάλειας και σιγουριάς στον αγοραφοβικό. Με έντονο το αίσθημα αυτό, ο θεραπευόμενος είναι πλέον σε θέση να εξορμήσει για να ελέγξει και να τροποποιήσει τις 'θεωρίες' του στην περίπτωση που δεν τον εξυπηρετούν, όπως αναφέρει ο Παπακώστας (1994).

Οι θεραπευτικοί χειρισμοί αφορούν:

1/ Επεμβάσεις στο φυσιολογικό (σωματικό) σύστημα:

Δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στη πρακτική εκπαίδευση του ασθενούς, ώστε να θεωρεί τα σωματικά του συμπτώματα σαν φυσιολογικούς και επιθυμητούς (!!!) δείκτες ενεργοποίησης του συστήματος επαγρύπνησης, παρά σαν 'νοσηρά' συμπτώματα. Επίσης, το άτομο εκπαιδεύεται, ώστε σαν 'βαρόμετρο' της ασθένειας του να μην θεωρεί την παρουσία ή την απουσία των 'δεικτών' αυτών, αλλά κυρίως το βαθμό που το άτομο αποφεύγει να εκτεθεί στα φοβογόνα γι' αυτόν ερεθίσματα.

2/ Επεμβάσεις στο συμπεριφορικό σύστημα:

Είναι δύσκολο για μια θεραπεία να είναι αποτελεσματική, χωρίς να περιλαμβάνει στο πρόγραμμα της και έναν συστηματικό τρόπο έκθεσης του ατόμου στα φοβογόνα ερεθίσματα. Στην Αγοραφοβία, που στην ουσία χαρακτηρίζεται σαν μία περίπτωση 'φόβου του φόβου' (το άτομο φοβάται να φοβηθεί!), η θεραπεία αποβλέπει στο να μάθει το άτομο να μην 'φοβάται να φοβάται !!!'

3/ Επεμβάσεις στο γνωσιακό σύστημα:

Πρόκειται για μια προσπάθεια καταγραφής και τροποποίησης εκείνων των γνωσιακών στοιχείων που θεωρούνται υπεύθυνα για την

έναρξη και την διατήρηση της φοβικής συμπεριφοράς ή ακόμη εκείνων των γνωσιακών στοιχείων που κάνουν το άτομο ευάλωτο στην εμφάνιση μιας φοβικής συμπεριφοράς.

Οι επεμβάσεις θα εστιαστούν πάνω στα (αναπτυξιακά) σχήματα που καταλαμβάνουν ένα ευρύτερο φάσμα συμπεριφορών και η τροποποίηση τους ελπίζεται πως θα έχει ένα προληπτικό χαρακτήρα πάνω στις μελλοντικές υποτροπές (Παπακώστας, 1994).

•Λογικοθυμική Θεραπεία & Τεχνικές Αυτο-εκπαίδευσης

Οι Sartorius, Andrews, German και Eisenberg (1993) αναφέρουν ότι η λογικοθυμική θεραπεία, στην οποία πρωτοπόρησε ο Alberd Ellis (1974), έχει χρησιμοποιηθεί για τη θεραπεία Αγοραφοβίας.

Τυπικά γίνεται σε 15 ατομικές συνεδρίες 1ωρης διάρκειας ή σε 6 συνεδρίες με 2½ ώρες διάρκεια. Το Α-Β-Γ Μοντέλο Συμπεριφοράς παρουσιάζεται μ' ένα διδακτικό και πειστικό τρόπο, με το Α να αναφέρεται σ' ένα γεγονός ή εμπειρία, το Β στις παράλογες ιδέες του ατόμου για το γεγονός και το οποίο οδηγεί στο Γ, το παράλογο αποτέλεσμα. Ο θεραπευτής βοηθάει τον ασθενή να διαφωνήσει με τον παράλογο τρόπο που πιστεύει.

Μέθοδοι αυτοεκπαίδευσης έχουν επίσης αναπτυχθεί. Ένα παράδειγμα είναι η γνωστική θεραπεία επαναδόμησης του Meichenbaum (1977), που παρουσιάζεται στον ασθενή σε τέσσερα επιτυχή στάδια:

1) Προετοιμασία, η οποία αποτελείται από εξηγήσεις χειρισμού του άγχους και τις σχέσεις ανάμεσα στον εσωτερικό διάλογο και τη συμπεριφορά.

2) Συγκαλυμμένη Αντιμετώπιση των αναμενόμενων αγχωδών καταστάσεων, που προβάρονται στη φαντασία.

3) Αντιμετώπιση στη φαντασία φοβικών καταστάσεων.

4/ Ενίσχυση για κάθε πρόοδο που πετυχαίνει ο ασθενής αντιμετωπίζοντας φανταστικές καταστάσεις.

Σε κάθε ένα από τα τέσσερα στάδια, ο ασθενής διδάσκεται να εξακριβώσει πόσο άγχος αισθάνεται, να συνειδητοποιήσει τις αρνητικές αυτο-δηλώσεις και να τις αντικαταστήσει με παραγωγικές.

•Τεχνικές Ελέγχου Αναπνοής

Σύμφωνα με τους Sartorius, Andrews, German και Eisenberg (1993), ο χρόνιος και οξύς υπεραερισμός είναι μια από τις κλινικές ενδείξεις της Αγοραφοβίας. Η θεραπεία έχει δύο βασικές στρατηγικές:

1/ Διδασκαλία ασθενών να ανακτήσουν τις σωματικές τους αισθήσεις και να ξαναπροσφέρουν οι αισθήσεις αυτές στον υπεραερισμό, που προκαλείται από αγχώδη ερεθίσματα και

2/ Διδασκαλία να αποφύγουν τη γρήγορη αναπνοή με το να αναπνέουν αργά, όταν βρίσκονται υπό την επίδραση άγχους, έτσι ώστε να ελέγξουν το σημείο έναρξης των αγοραφοβικών συμπτωμάτων.

•Προγραμματισμένη Πρακτική

Οι Matheus, Gelder και Johnston (1981), αναφέρουν μια νέα θεραπεία που γίνεται στο σπίτι, 'την προγραμματισμένη πρακτική'. Τα κύρια σημεία της προγραμματισμένης πρακτικής μπορούν να συνοψισθούν ως εξής:

1/ Από την αρχή είναι προφανές ότι ο πελάτης, παρά ο θεραπευτής, θα είναι υπεύθυνος για να λειτουργήσει το πρόγραμμα θεραπείας.

2/ Όποτε είναι δυνατόν, ένα κατάλληλο πρόσωπο επιστρατεύεται να βοηθήσει στη λειτουργία του προγράμματος (αυτό είναι συνήθως ο-η σύζυγος του πελάτη, αλλά όχι απαραίτητα).

3/ Ο πελάτης (και ο συνεργάτης) εφοδιάζεται με λεπτομερή, αλλά απλά εγχειρίδια, που σκιαγραφούν την υφή της Αγοραφοβίας, τις αρχές της προγραμματισμένης πρακτικής και τις μεθόδους για να αντιμετωπίζει το άγχος.

4/ Οι θεραπευτές παρουσιάζουν τους εαυτούς τους ως συμβούλους ή εκπαιδευτικούς και δεν παίρνουν ενεργό ρόλο στην προγραμματισμένη πρακτική.

5/ Η συνάντηση με το θεραπευτή γίνεται συνήθως στο σπίτι του πελάτη και παίρνει τη μορφή συζητήσεων μεταξύ του θεραπευτή, του πελάτη και του συνεργάτη, γύρω από το πρόγραμμα της πρακτικής και τα οποιαδήποτε προβλήματα που έχουν προκύψει.

6/ Ο χρόνος που καταναλώνεται με το θεραπευτή περιορίζεται σε 5 επισκέψεις μέσα στο μήνα, μετά από τον οποίο οι συναντήσεις είναι εκτός προγράμματος, ενώ ο πελάτης και ο συνεργάτης συνεχίζουν το πρόγραμμα.

Ένας βασικός προσδιορισμός πρέπει πάντοτε να εκτελείται προτού η θεραπεία αρχίσει. Δύο μέτρα αυτο-αναφοράς, απαραίτητα στις περισσότερες περιπτώσεις, είναι ένα στάνταρ ερωτηματολόγιο φόβου (Marks & Mathews, 1979) και ένα ημερολόγιο με όλο το χρόνο που ξοδεύτηκε εκτός σπιτιού. Τα δύο αυτά μέτρα αποτελούν έναν τρόπο παροχής πληροφοριών για το γενικό επίπεδο λειτουργίας πριν τη θεραπεία και για τις ξεχωριστές δυσκολίες φόβου.

Μετά το τέλος των προγραμματισμένων επισκέψεων κανονίζονται σε αυξανόμενα διαστήματα επισκέψεις παρακολούθησης (follow up), με κεντρικό σκοπό να επιβεβαιωθεί ότι το πρόγραμμα πρακτικής συνεχίζεται όπως σχεδιάστηκε και ότι έχει διατηρηθεί η πρόοδος.

•Φαρμακοθεραπεία

Σημαντική επιτυχία στην αντιμετώπιση των αγοραφοβικών συμπτωμάτων σημειώθηκε τα τελευταία χρόνια, όπως αναφέρουν οι Kaplan και Sadock (1985), μέσω της χρήσης τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών και ηρεμιστικών. Η δραματική μείωση των κρίσεων πανικού που ακολουθεί τέτοια φαρμακοθεραπεία είναι ο κεντρικός παράγοντας στην θεραπεία από την Αγοραφοβία .

Η Dr. Elizabeth Janand (1985) αναφέρει πως αυτά τα φάρμακα έχουν αγχολυτική δράση, δηλαδή επιτρέπουν να μειωθεί το άγχος, το οποίο παρουσιάζεται τη στιγμή κατά την οποία το άτομο αντιμετωπίζει μια κατάσταση που προκαλεί τη φοβία. Για να αποφευχθεί ο κίνδυνος εθισμού τα αγχολυτικά χάπια δεν πρέπει να δίνονται για παραπάνω από τρεις μήνες. Ο ασθενής πρέπει να ενθαρρυνθεί να αντέξει αγχώδεις σκέψεις χωρίς να πάρει αγχολυτικά χάπια.

Επίσης, όπως αναφέρει η Dr. Elizabeth Janand (1985), στα ηλικιωμένα άτομα, η χορήγηση αυτών των φαρμάκων, ακόμα και σε πολύ μικρές δόσεις, επιβάλλει κλινική επαγρύπνηση και η αύξηση των δόσεων πρέπει να γίνεται σταδιακά. Η δηλητηρίαση με τέτοιου είδους φάρμακα απαιτεί γρήγορη αντίδραση για να σωθεί το δηλητηριασμένο άτομο. Επίσης, αν συνδυαστούν με οινόπνευμα προκαλούν έντονη υπνηλία από την αθροιστική δράση των δύο ουσιών.

Υποτροπές μετά το σταμάτημα των φαρμάκων αυτών είναι συχνές (25% - 100%), όπως αναφέρουν οι Noyes και άλλοι (1986).

Η Dr. Elizabeth Janand (1985) υποστηρίζει για τη φαρμακοθεραπεία ότι πρόκειται για μια αποτελεσματική, αλλά παθητική θεραπεία, η οποία είναι αρκετή για αυτούς των οποίων το άγχος δεν έχει πάρει μεγάλη έκταση ή δε θέλουν να υποβληθούν σε μια μακρόχρονη θεραπεία σε βάθος. Αλλά δεν θεραπεύει τη φοβία ή τις εκδηλώσεις της, γιατί δεν

επιτρέπει την ανακάλυψη του 'πώς' και του 'γιατί' μιας φοβίας. Αποτελεί αυτό το οποίο ονομάζεται **σ υ μ π τ ω μ α τ ι κ ή** θεραπεία.

•Υποστηρικτική Θεραπεία

Οι Kaplan και Sadock αναφέρουν ότι όπως στη θεραπεία οποιασδήποτε ασθένειας, έτσι και η υποστήριξη που προσφέρεται στους ασθενείς, από μια θετική σχέση με τους γιατρούς τους έχει ένα θετικό αποτέλεσμα.

Οι ίδιοι αναφέρουν επίσης ότι οι ψυχίατροι πρέπει να χρησιμοποιούν ενεργά μέτρα ενθάρρυνσης, προτροπής, καθοδήγησης και υποδείξεων, καθώς προσπαθούν να βοηθήσουν τους ασθενείς να ξεπεράσουν το φόβο της φοβικής τους κατάστασης. Είναι σημαντικό να έχουν στο μυαλό τους ότι όσο οι ασθενείς αποφεύγουν να φοβούνται, τόσο εκτίθενται στον κίνδυνο (του φόβου) και την ίδια στιγμή αποθαρρύνονται.

Αν μπορέσουν έστω μια φορά να πεισθούν να αντιμετωπίσουν την φοβική κατάσταση και να περάσουν την εμπειρία με ένα μέτρο επιτυχίας, η αύξηση της αυτοεκτίμησης και της αυτο-εμπιστοσύνης θα τους διευκολύνει να προσπαθήσουν πάλι. Κάθε επιτυχημένη προσπάθεια κάνει την επόμενη ευκολότερη και ο φαύλος καταστρεπτικός κύκλος της αποφυγής μπορεί να ανατραπεί μέχρι το σημείο όπου οι ασθενείς είτε θα χάσουν τα συμπτώματά τους, είτε θα κυριαρχήσουν σε αυτά, ώστε οι ζωές τους να μην περιορίζονται πια σοβαρά από περιορισμούς, που πρόσφατα επιβλήθηκαν στις ενέργειές τους.

•Θεραπεία Αναλυτικού Τύπου

Η Muriel Frampton (1990) αναφέρει ότι μερικοί ασθενείς προτιμούν να βρουν τη ρίζα του προβλήματος με τη βοήθεια της αναλυτικής

ψυχοθεραπείας. Η αναλυτική ψυχοθεραπεία μπορεί να γίνει σε ομαδικές συνεδρίες ή ατομικά.

Με αυτή τη μορφή θεραπείας είναι αναγκαίο για τον ασθενή να αντιμετωπίσει το φόβο του. Ο θεραπευτής θα ζητήσει από τον ασθενή να χαλαρώσει και να μιλήσει ελεύθερα για τις καταστάσεις που φοβάται περισσότερο και θα τον βοηθήσει να καταλάβει τα βασικά χαρακτηριστικά του άγχους του.

Συζητούνται οι σχέσεις με τα άλλα άτομα στο σπίτι και στη δουλειά, καθώς και η τωρινή κατάσταση. Αναμφίβολα, επίσης, συζητείται ο προδιαθετικός παράγοντας που προκάλεσε τον πρώτο πανικό και το υπόβαθρο των γεγονότων την παρούσα στιγμή (M. Frampton, 1990).

Ο θεραπευτής προσφέρει μια σταθερή, υποστηρικτική και αποδεκτική σχέση στον ασθενή, τον αποδέχεται όπως είναι, όποια και αν είναι τα χαρακτηριστικά επιθετικότητας, ενοχής, ανώριμης εξάρτησης που έρχονται στην επιφάνεια. Επίσης, ο ψυχοθεραπευτής εξηγεί ή ερμηνεύει τα αισθήματα του ασθενή και δείχνει πώς βιώνονται και γιατί προκαλούν τόσο έντονο άγχος.

Για παράδειγμα, αν ο θεραπευτής ανακαλύψει, κατά τη διάρκεια της ανάλυσης, ότι μια γυναίκα που υποφέρει από Αγοραφοβία, είναι θύμα σεξουαλικών απαγορεύσεων, μπορεί να της εξηγήσει, καθώς το πρόβλημα έρχεται στην επιφάνεια, τις βαθιές ρίζες των απαγορεύσεων και έτσι να τη βοηθήσει προς μια θετική και υγιή άποψη οικειότητας. Έτσι, ο θεραπευτής βοηθάει όχι μόνο να απελευθερωθεί η ασθενής από την Αγοραφοβία, αλλά και από τις απαγορεύσεις που έχουν σταδιακά εξαντλήσει τη ζωή της. Κατά συνέπεια, καθίσταται ικανή να βρει την ολοκλήρωση μέσα από πιο πλούσιες σχέσεις εξαιτίας των λυμένων συγκρούσεων της.

Η αναλυτική ψυχοθεραπεία δεν αντιμετωπίζει μόνο τον τωρινό φόβο, αλλά ενθαρρύνει το άτομο να δει την βαθύτερη έννοια πίσω από

αυτόν, έτσι ώστε οι συναισθηματικές συγκρούσεις να ανακαλυφθούν και να αντιμετωπιστούν. Η θεραπεία αυτή επικεντρώνεται αρχικά στην καρδιά του προβλήματος, στο σημείο δηλαδή από όπου κάθε ριζική αντιμετώπιση πρέπει να αρχίσει.

•Μέθοδοι Αυτοβοήθειας

Αναπόφευκτα, υποστηρίζει η Frampton (1990), υπάρχουν πολλοί αγοραφοβικοί ασθενείς που, εξαιτίας της συναισθηματικής τους κατάστασης, δεν μπορούν να απευθυνθούν σ' ένα νοσοκομείο ή θεραπευτή. Για να βρουν ανακούφιση, χρησιμοποιούν κάποια μέθοδο που τους καθιστά ικανούς να βοηθήσουν τον εαυτό τους. Τέτοιες μέθοδοι είναι οι παρακάτω:

1) Τέσσερις Αρχές

Η Dr Weeks (1976) περιγράφει τη μέθοδο της σαν να έχει τέσσερις βασικές αρχές. Τις ονομάζει (1) αντιμετώπιση, (2) αποδοχή, (3) επίπλευση και (4) να αφήνει το άτομο το χρόνο να περνά. Οι συμβουλές της είναι:

α) Μην προσπαθείς να αναγκάσεις τον εαυτό σου να ξεχάσει το φόβο - αντιμετώπισέ τον, αναγνώρισε την ύπαρξή του.

β) Μην πολεμάς τον φόβο, αλλά αντιμετώπισέ τον. Με αυτό τον τρόπο δεν θα διαιωνίσεις και δε θα επιδεινώσεις τα πράγματα, δημιουργώντας αυτό που ονομάζει η Dr. Weeks 'δ ε ύ τ ε ρ ο φόβο' όπως, 'Τι κι αν ...', 'Ας υποθέσουμε ...'.

γ) Μην πιέζεις τον εαυτό σου ενάντια στο φόβο, που μόνο θα αυξήσει το άγχος, αλλά είναι προτιμότερο να τον αφήσεις για την ώρα. Πήγαινε μαζί με το συναίσθημα, άφησε το να περάσει από μέσα σου, όπως είναι, μέχρι να ξεοδευτεί.

δ) Μην αποθαρρύνεσαι επειδή δεν έχεις θεραπευθεί σε λίγες μέρες, ή ακόμα και σε εβδομάδες. Μην ξοδεύεις τόσο χρόνο στο να απογοητεύεσαι για τις αποτυχίες σου. Προετοιμάσου για το γεγονός ότι η διαδικασία θα πάρει κάποιο χρόνο.

Το τελευταίο σημείο είναι πολύ σημαντικό. Πολλοί ασθενείς είναι πολύ σκληροί με τον εαυτό τους. Ξεχνάνε ότι οι λάθος συναισθηματικές συνήθειες συμβαίνουν για πολύ καιρό και δεν μπορούν να εξαφανιστούν αμέσως. Μην θέσεις χρονικό όριο για την ανάρρωση σου και τα παρατήσεις αν δεν τα καταφέρεις. Να έχεις υπομονή με τον εαυτό σου και άσε το χρόνο να περνά χωρίς να ανησυχείς γι' αυτόν.

21 Προσέγγιση Βήμα - Βήμα

Για τα παρακάτω βήματα θα χρειαστούν πολλές συνεδρίες μισής ώρας για κάθε στάδιο.

α) Κάνε πρακτική στην τέχνη της χαλάρωσης, μπορείς να ακολουθήσεις την παρακάτω τεχνική:

Ξάπλωσε σε ένα άνετο κρεβάτι και άσε όλους τους μύες να χαλαρώσουν τελείως. Έχε επίγνωση της χαλάρωσης σε όλα τα μέρη του σώματος. Συγκεντρώσου σε κάθε ένα από τα σημεία του σώματός σου. Νιώσε ότι κάθε σημείο έχει χαλαρώσει.

β) Όταν έχεις χαλαρώσει τελείως σωματικά, χαλάρωσε και πνευματικά. Απομάκρυνε όλες τις σκέψεις των καθηκόντων και των υποχρεώσεων. Απομάκρυνε όλες τις ανησυχίες. Αυτή τη στιγμή δεν έχεις να ανησυχείς για τίποτα. Είσαι ασφαλής. Βεβαίωσε τον εαυτό σου ότι με κάθε αναπνοή γίνεσαι πιο χαλαρός. Όσο πιο βαθιά αναπνέεις τόσο πιο βαθιά χαλαρώνεις.

γ) Τώρα αντιμετώπισε τους φόβους της κατάστασης που σε φοβίζει, διασπώντας τη σε κομμάτια και νιώσε τη σοβαρότητα του φόβου σε κάθε σημείο.

δ) Τώρα είσαι έτοιμος να φανταστείς την κατάσταση που φοβάσαι, αντιμετωπίζοντας το φόβο και αφήνοντας τον να πάρει το δρόμο του, ο φόβος δεν μπορεί να σου κάνει κακό, οπότε μη φοβάσαι να τον νιώσεις. Καθώς φαντάζεσαι, για παράδειγμα, να περπατάς στο μονοπάτι μέχρι την είσοδο, άσε το αίσθημα του φόβου να έρθει αλλά την ίδια στιγμή χαλάρωσε, μέχρι να νιώσεις το φόβο σταδιακά να μειώνεται.

ε) Όταν έχεις επιβληθεί στο φόβο στο λιγότερο τρομακτικό σημείο της κατάστασης μπορείς να συνεχίσεις αντιμετωπίζοντας τις πιο δύσκολες πλευρές του.

31 Αναδιαμόρφωση των Συναισθημάτων

Όταν έχεις αποκτήσει επίγνωση για τα αίτια του προβλήματος πρέπει να αρχίσεις την αναδιαμόρφωση των συναισθημάτων σου.

Καλλιέργησε στον εαυτό σου αισθήματα εσωτερικής ασφάλειας. Επιβεβαίωσε την αξία της προσωπικότητάς σου. Υιοθέτησε μια καινούρια άποψη για τον εαυτό σου, σύμφωνα με την οποία σέβεσαι τον εαυτό σου και τις επιθυμίες σου όσο και των άλλων ανθρώπων. Χρειάζεται να έχεις μια υγιή άποψη και να αρέσεις στον εαυτό σου. Νιώσε ότι είναι ωραία να είσαι εσύ!

Θα ανακαλύψεις ότι όποτε νιώθεις πιο ασφαλής σαν άτομο, η ζωή ανοίγεται μπροστά σου. Αν κινητοποιήσεις από θετικούς σκοπούς, αντί από την ανάγκη να αντιμετωπίσεις εσωτερικές διαμάχες, θα γίνει μια μεγάλη αλλαγή στη ζωή σου.

Οι διάφορες επεμβάσεις, υποστηρίζει ο Goldstein (1981), πρέπει να λάβουν υπόψη την πολλαπλότητα των προβλημάτων που παρουσιάζονται και επιφανειακά και βαθιά.

Η εμπειρία των αποτυχημένων προσπαθειών για θεραπεία από έναν μόνο προσανατολισμό και η προσπάθεια ξανά με συνδυασμό οδηγεί

στο συμπέρασμα ότι υπάρχει μια σαφής αλληλεπίδραση ανάμεσα στους τρόπους θεραπείας που συνδυάζονται (γνωστική - συμπεριφοριστική, φαρμακοθεραπεία - θεραπεία έκθεσης ...). Πιο σημαντικό από τα αν μια τεχνική είναι καλύτερη από την άλλη, είναι το ποια είναι τα μελλοντικά αποτελέσματα συνδυασμού αρκετών τεχνικών, ώστε να διαμορφώσουν μια λογική, γενική θεραπεία για την περιπλοκότητα των προβλημάτων που παρουσιάζονται από ανθρώπους που είναι αγοραφοβικοί (A. M. Mathews και άλλοι, 1982).

Οι ίδιοι υποστηρίζουν ότι οι αγοραφοβικοί παρουσιάζουν μια ομοιομορφία διαπροσωπικών και ενδοψυχικών προβλημάτων αποφυγής, πανικού, φόβου για το φόβο και συνεπώς η έρευνα για θεραπευτικά αποτελέσματα οφείλει να αντανακλά αυτή την πραγματικότητα.

Οι ίδιοι επίσης αναφέρουν ότι η ολότητα της αγοραφοβικής εμπειρίας είναι ένα αντιμετώπισιμο, προσδιορίσιμο και ερευνησιμο σύνολο και υπάρχουν οι αναγκαίες αντιλήψεις για να προσδιοριστούν επαρκώς οι προτεινόμενες πολυσύνθετες θεραπείες. Υπάρχει ελπίδα ότι θα υπάρξει υποστήριξη για την πιο δύσκολη εργασία της μελέτης εναλλακτικών δρόμων στην ανάπλαση της ζωής των αγοραφοβικών.

Στρατηγικές Αντιμετώπισης Άγχους από τον Αγοραφοβικό Ασθενή

Ο Marks Isaac (1991) αναφέρει κάποια τεχνάσματα, που οι άνθρωποι αυτοί βρίσκουν χρήσιμα, για να μειώσουν το άγχος τους, τα οποία περιλαμβάνουν:

το κράτημα ενός μπαστουνιού, μιας ομπρέλας, μιας βαλίτσας, το καρότσι για τα ψώνια, εφημερίδες κάτω από το χέρι, ένα ποδήλατο (περισσότερο για να το σπρώχνουν από το να το οδηγούν), ένα σκυλί με αλυσίδα.

Οι ασθενείς προτιμούν τους ερημικούς δρόμους και τα οχήματα και απεχθάνονται τις ώρες αιχμής. Μπορούν να ταξιδέψουν με τρένα ή λεωφορεία, εάν είναι άδεια, επειδή κάνουν συχνές στάσεις, έχουν διαδρόμους και τουαλέτα. Μερικά ταξίδια είναι ευκολότερα εάν η διαδρομή περνάει έξω από το σπίτι ενός φίλου, ή κάποιου γιατρού, ή έξω από ένα αστυνομικό τμήμα, γιατί αισθάνονται πως μπορεί να τους προσφερθεί βοήθεια, εάν τους καταλάβει πανικός. Σε αυτές τις περιπτώσεις εάν ο ασθενής γνωρίζει ότι ο φίλος ή ο γιατρός δεν είναι στο σπίτι, το ταξίδι γίνεται πιο δύσκολο. Είναι η πιθανότητα της βοήθειας, που ενισχύει τους ασθενείς όταν νοιώσουν έντονη ανησυχία πριν το ταξίδι. Αυτοί που πάσχουν από Αγοραφοβία συνήθως βρίσκουν ευκολότερο να ταξιδεύουν με αυτοκίνητο παρά με οποιοδήποτε άλλο μέσον, και μπορούν άνετα να οδηγούν μόνοι τους για αρκετά μίλια, μολονότι δεν μπορούν να παραμείνουν μέσα σε λεωφορεία ούτε για μια στάση.

Επίσης, συχνά αισθάνονται καλύτερα στο σκοτάδι και μετακινούνται ευκολότερα το βράδυ από την ημέρα. Ακόμα και τα σκούρα γυαλιά τους παρέχουν ανακούφιση. Μερικοί ασθενείς, επίσης, παρατήρησαν πως οι φόβοι τους καλυτερεύουν κατά τη διάρκεια βροχής ή καταιγίδας, ενώ, αντίθετα, χειροτερεύουν με τον ζεστό καιρό. Ο φόβος για τα ύψη είναι κοινός και οι περισσότεροι ασθενείς προτιμούν να μένουν σε ισόγεια διαμερίσματα. Μ' αυτόν τον τρόπο αποφεύγουν και τα ασανσέρ (Marks Isaac, 1991).

Όσο πιο κοντά είναι το σπίτι τους στα μαγαζιά, στους φίλους και τους συγγενείς, τόσο πιο εύκολη θα είναι η ζωή τους. Ο ασθενής μπορεί να πάει στη δουλειά του, αν ο χώρος εργασίας είναι κοντά στο σπίτι του, αλλά δυσκολεύεται, εάν πρέπει να διασχίσει κεντρικό δρόμο ή να αλλάξει λεωφορεία για να φτάσει εκεί (Marks Isaac, 1991).

Μπορεί να είναι πιο εύκολο γι' αυτόν να δουλεύει σ' ένα ήσυχο δωμάτιο με άλλους λίγους συναδέλφους παρόντες, παρά να είναι μέλος

μιας μεγάλης εταιρίας με πολλούς εργαζόμενους, που απαιτεί μεγάλη αποδοτικότητα κάθε δέκατο του δευτερολέπτου (Marks Isaac, 1991).

Εάν οι πάσχοντες από Αγοραφοβία πάνε σε κάποιο δημόσιο χώρο (π.χ. σινεμά, θέατρο κλπ.) αισθάνονται λιγότερο φοβισμένοι σε μια θέση κοντά στην έξοδο, γιατί έτσι μπορούν να φύγουν γρήγορα, εάν τους καταλάβει ξαφνικά πανικός. Επίσης, αισθάνονται μεγάλη ανακούφιση και μειώνεται κατά πολύ η κοινωνική τους απομόνωση, αν μπορούν ανά πάσα στιγμή να τηλεφωνήσουν σε κάποιο έμπιστο πρόσωπο (Marks Isaac, 1991).

Τη ένταση της Αγοραφοβίας μπορούν επίσης να επηρεάσουν κάποιες μικρές αλλαγές στη θέα. Συνήθως, όσο πιο πλατύ και μεγάλο είναι το μέρος στο οποίο περπατούν, τόσο πιο μεγάλος είναι ο φόβος. Εάν το οπτικό πεδίο διακόπτεται από δέντρα ή βροχή η κάποιες ανωμαλίες στο τοπίο, η φοβία μειώνεται (Marks Isaac, 1991).

Μερικά άλλα τεχνάσματα έχουν αποδειχθεί χρήσιμα σε διαφορετικούς ανθρώπους. Ένας αγοραφοβικός άνδρας έπρεπε να βγάζει τη ζώνη του κάθε φορά που τον κατελάμβανε η ανησυχία. Ένας αξιωματικός του ναυτικού που ένιωθε ανησυχία όταν διέσχιζε μια πλατεία φορώντας πολιτικά, ένιωθε πολύ καλύτερα όταν φορούσε τη στολή του με το σπαθί στη θήκη. Ένας άνδρας που φοβόταν τα πλήθη, μπορούσε μερικές φορές να τα αντιμετωπίσει, αν κρατούσε στα χέρια του ένα μπουκάλι αμμωνίας, για την περίπτωση που θα αισθανόταν ότι ήταν έτοιμος να λιποθυμήσει. Ένας υπάλληλος, που επίσης φοβόταν τα πλήθη, είχε στην τσέπη του ένα μπουκάλι με ηρεμιστικά, μολονότι δεν τα είχε χρησιμοποιήσει για χρόνια. Το μπουκάλι λειτουργούσε σαν 'μαγικό' γούρι (Marks Isaac, 1991).

Ο φόβος της φοβογόνου κατάστασης μπορεί να καταστρέψει τη ζωή κάποιου. Για ολόκληρες εβδομάδες πριν από ένα σχεδιασμένο ταξίδι, ο αγοραφοβικός μπορεί να νιώθει πως θα πεθάνει εκατό φορές εξαιτίας του

άγχους αναμονής. Εάν το ίδιο ταξίδι γίνει ξαφνικά και απρόσμενα, θα μπορέσει να κάνει ό,τι δε θα έκανε, εάν ήταν προσχεδιασμένο. Το άγχος μπορεί να αυξήσει την Αγοραφοβία. Μια χαρακτηριστική περίπτωση είναι η κατάθλιψη, κατά την διάρκεια της οποίας, οι φοβίες του ασθενούς είναι δυνατόν να του 'σακατεύσουν' τη ζωή. Όταν η κατάθλιψη περνάει, οι φοβίες φτάνουν στο προηγούμενο στάδιο της ανικανότητας. Η κούραση και οι φυσικές αρρώστιες χειροτερεύουν την Αγοραφοβία (Marks Isaac, 1991).

Όπως σε κάθε περίπτωση ανησυχίας, τα ηρεμιστικά χάπια ανακουφίζουν τον αγοραφοβικό για μερικές ώρες. Με τη βοήθεια των φαρμάκων οι ασθενείς μπορούν περιοδικά να κερδίσουν έδαφος, αλλά συνήθως η επίδραση εξαφανίζεται όταν σταματήσει η επιρροή του φαρμάκου. Οι ασθενείς θεωρούν βοηθητικό το να έχουν μερικά ηρεμιστικά, για να τα παίρνουν σιγά-σιγά πριν από ένα ταξίδι ή στην περίπτωση μιας προκαταβολικής ανησυχίας.

Τέλος, μερικές φορές οι έντονες συγκινήσεις δραστηριοποιούν τους αγοραφοβικούς για ένα μικρό διάστημα. Καταφέρνουν πάλι να βγουν έξω από το σπίτι όταν είναι πάρα πολύ νευριασμένοι ή όταν είναι κάτι επείγον. Για παράδειγμα, όταν πιάσει φωτιά το σπίτι, θα πηδήσουν έξω από το παράθυρο για να μην καούν (Marks Isaac, 1991).

ΣΤ.

Διαφορική Διάγνωση της Αγοραφοβίας

Η Αγοραφοβία πρέπει να διακριθεί από την Καταθλιπτική Διαταραχή, την Σχιζοφρένεια, την Αγχώδη Νεύρωση και την Κοινωνική Φοβία (A. M. Mathews, M. G. Gelder, D. W. Johnson 1981).

Τα αγοραφοβικά συμπτώματα μπορεί να εμφανισθούν σαν ένα μικρό τμήμα μιας καταθλιπτικής διαταραχής φοβία (M. Gelder, D. Gath, R. Mayou 1981). Ασθενείς με σοβαρή μορφή κατάθλιψης μπορεί να έχουν σε τέτοιο βαθμό αισθήματα αναξιοτήτας, απογοήτευσης και απαισιοδοξίας για το μέλλον, έτσι περιγράφουν ότι έχουν περιορισμένες δραστηριότητες και σταδιακά απομονώνονται από τον υπόλοιπο κόσμο. Εκλογικεύουν τη κοινωνική τους απόσυρση και έχουν έντονο φόβο και ένταση σε περιπτώσεις που βγαίνουν έξω από το σπίτι ή συμμετέχουν σε κοινωνικές εκδηλώσεις. Αν τα χαρακτηριστικά της Καταθλιπτικής Διαταραχής υπερिशύουν της Αγοραφοβίας, κυρίως τα σημάδια της απόγνωσης και της ντροπής, είναι πιο κατάλληλη η διάγνωση της Καταθλιπτικής Διαταραχής παρά της Αγοραφοβίας (A. M. Mathews, M. G. Gelder, D. W. Johnson 1982).

Οι φοβίες έχουν εντοπισθεί σε ασθενείς με αρχική διάγνωση Σχιζοφρενικής Διαταραχής. Η έναρξη ενός οξέος σχιζοφρενικού επεισοδίου είναι πιθανόν να προαναγγελθεί από την ξαφνική έναρξη φοβικών συμπτωμάτων. Τα συμπτώματα των φοβιών μπορεί να αποτελούν μέρος ενός συνδρόμου 'ψευτονευρωτικής' σχιζοφρένειας. Σε ορισμένες περιπτώσεις, οι φοβίες συνυπάρχουν με άλλες ψυχικές ενοχλήσεις, που είναι χαρακτηριστικές της χρόνιας Σχιζοφρένειας (A. M. Mathews, M. G. Gelder, D. W. Johnson 1982).

Όταν μετατραπεί η αποσύνδεση σε σχιζοφρενική ψύχωση, οι ασθενείς είναι πιθανόν να κρύψουν τις παραισθήσεις τους με την απόσυρση μέσα στο σπίτι ή σε ένα δωμάτιο του σπιτιού. Η παρουσία της διαταραχής στη σκέψη σε συνδυασμό με τα ψυχωτικά συμπτώματα όπως είναι οι αυταπάτες ή οι παραισθήσεις, τείνει προς την διάγνωση της Σχιζοφρένειας παρά της Αγοραφοβίας (A. M. Mathews, M. G. Gelder, D. W. Johnson 1981).

Στην Αγχώδη Νεύρωση τα συμπτώματα συχνά αυξάνονται σε περιπτώσεις που ο ασθενής είναι σε δημόσια μέρη, αλλά η χαρακτηριστική συμπεριφορά της φυγής που υπάρχει στην Αγοραφοβία είναι απύσασ και ο ασθενής περιγράφει καταστάσεις όπου η ανησυχία είναι παρούσα. Σε σοβαρές περιπτώσεις αυτή η διάκριση μπορεί να είναι δύσκολη, αλλά δεν είναι μεγάλης πρακτικής σημασίας για την θεραπεία (M. Gelder, D. Gath, R. Mayou 1985).

Η Αγοραφοβία μπορεί να μπερδευτεί με την Κοινωνική Φοβία, γιατί πολλοί αγοραφοβικοί ασθενείς νοιώθουν άγχος σε ορισμένες κοινωνικές καταστάσεις και αποφεύγουν την μετακίνηση με τα λεωφορεία ή την είσοδο και παραμονή σε μαγαζιά (M. Gelder, D. Gath, R. Mayou 1985).

Επιπλέον η Αγοραφοβία πρέπει να διακριθεί και από τα οργανικά-εγκεφαλικά σύνδρομα. Οι ασθενείς με τέτοιου είδους σύνδρομα νοιώθουν ανίκανοι να επεξεργασθούν τις απαραίτητες πληροφορίες που σχετίζονται με δραστηριότητες σε δημόσια μέρη. Αυτοί οι ασθενείς λόγω της αδυναμίας τους αυτής μπορεί να διακόψουν τις δραστηριότητες τους για να εμποδίσουν την σύγχυση και την έκθεση που βιώνεται από τους ίδιους με αισθήματα ντροπής. Αναπτύσσουν όμως εκλογικεύσεις για να προσποιηθούν ότι αισθάνονται φόβο για τα δημόσια μέρη (H. H. Goldman, MP, MPH, Ph.D.).

Διαταραχή Αγοραφοβίας με Πανικό

Σύμφωνα με τον Martin Roth (1996), οι αριθμοί δείχνουν ότι η διαταραχή πανικού με Αγοραφοβία ή Αγοραφοβίας με Πανικό είναι η ποιο διαδεδομένη από τις αγχώδεις διαταραχές.

Στην κλινική πράξη η Αγοραφοβία και η Διαταραχή Πανικού συμβαίνουν τόσο συχνά μαζί, που είναι λίγες οι περιπτώσεις, που η κάθε μία από αυτές τις διαταραχές συναντιέται μόνη της. Είναι αποδεκτό ότι στη πλειονότητα των περιπτώσεων Αγοραφοβίας, τα φοβικά συμπτώματα είναι επιπλοκή της Διαταραχής Πανικού. Δηλαδή το άτομο πρώτα υφίσταται μια ή περισσότερες προσβολές πανικού, μετά αναπτύσσει το φόβο ότι θα ξανασυμβεί (άγχος αναμονής) και μετά αρχίζει να αποφεύγει καταστάσεις όπου η πιθανότητα να συμβεί κάποια προσβολή πανικού του δημιουργεί έντονο φόβο (Αγοραφοβία), κυρίως αν πρόκειται για καταστάσεις-συνθήκες όπου είχε κάποια προσβολή πανικού στο παρελθόν. Προοδευτικά, ο αριθμός των αγοραφοβικών καταστάσεων αυξάνει με αποτέλεσμα το άτομο να φοβάται να πάει μόνο του σε δημόσιους χώρους ή να ταξιδέψει και να ζητάει συνεχώς και περισσότερο τη συνοδεία κάποιου συγγενικού ή φιλικού προσώπου (N. Μάνος, 1988).

Ο Martin Roth (1996) αναφέρει ότι σε μία έρευνα της Διαταραχής πανικού με Αγοραφοβία, η κρίση πανικού ήταν το πρώτο γεγονός στους 14 από τους 56 ασθενείς με σοβαρά συμπτώματα Αγοραφοβίας. Στους 22 ασθενείς η Αγοραφοβική Διαταραχή είχε εμφανισθεί έξι μήνες πριν την πρώτη κρίση πανικού. Η πλειοψηφία των αγοραφοβικών (οι 31 από τους 56) είχαν ξεκινήσει να εμφανίζουν αγοραφοβικά συμπτώματα συγχρόνως με τις κρίσεις πανικού. Σε τουλάχιστον 5 από αυτούς τους ασθενείς φάνηκε πιθανόν τα φοβικά συμπτώματα να έχουν προηγηθεί χρονικά των κρίσεων πανικού.

Σύμφωνα με τον Martin Roth (1996), η Αγοραφοβία και ο Πανικός είναι σχετικώς ανεξάρτητα σύνδρομα με ορισμένη επικάλυψη, παρά μια 'σύνθετη' διαταραχή κάτω από την κύρια καθοδήγηση του Πανικού, όπως υποστηρίζει το DSM-III-R. Η άποψη που ξεχωρίζει την Αγοραφοβία από τον Πανικό αντανakλάται στο ICD-10. Σε περιπτώσεις που εμφανισθούν και οι δύο διαταραχές συγχρόνως, τότε ο Πανικός χαρίζει την προτεραιότητα στην Αγοραφοβία.

Σύμφωνα με το DSM-IV, τα διαγνωστικά κριτήρια της Διαταραχής Πανικού με Αγοραφοβία είναι τα εξής παρακάτω:

A. Να συμβαίνουν και τα δύο:

- (1) περιοδικές απρόσμενες κρίσεις πανικού
- (2) τουλάχιστον η μία από τις κρίσεις ακολουθήθηκαν από έναν μήνα (ή περισσότερο) ενός (ή περισσότερων) από τα ακόλουθα:
 - επίμονη ανησυχία για περαιτέρω κρίσεις
 - ανησυχία για τις επιπλοκές της κρίσης ή των συνεπειών της (π.χ. απώλεια ελέγχου, καρδιακή κρίση, αίσθηση ότι 'θα τρελαθεί')
 - σημαντική αλλαγή συμπεριφοράς που σχετίζεται με τις κρίσεις

B. Να πληρούνται τα κριτήρια της Αγοραφοβίας (βλέπε διαγνωστικά κριτήρια της Αγοραφοβίας).

Γ. Οι κρίσεις πανικού δεν οφείλονται στα σωματικά αποτελέσματα ενός υποκατάστατου (π.χ. κατάχρηση φαρμάκων, φάρμακα) ή μιας γενικής κατάστασης (π.χ. υπερθυροειδισμός).

Δ. Οι κρίσεις πανικού δεν οφείλονται σε άλλη ψυχική διαταραχή, όπως είναι η Κοινωνική Φοβία (π.χ. που προκαλείται από την έκθεση σε φοβικές κοινωνικές καταστάσεις), η Ειδική Φοβία (π.χ. που προκαλείται από την

έκθεση σε συγκεκριμένη φοβική κατάσταση), η Ιδεοληπτική Ψυχαναγκαστική Νεύρωση (π.χ. που προκαλείται από την έκθεση σε σκόνη/ βρωμιά σε κάποιον με την εμμονή της μόλυνσης), η Διαταραχή Μετατραυματικού Άγχους (π.χ. που προκαλείται σαν αντίδραση σε ερέθισμα που σχετίζεται με έναν σοβαρό παράγοντα πίεσης), ή η Διαταραχή του Άγχους Αποχωρισμού (π.χ. που προκαλείται σαν αντίδραση στην απομάκρυνση από το σπίτι ή από στενούς συγγενείς).

Σύμφωνα με τον Martin Roth (1996), μια μελέτη 90 ασθενών με διαταραχή πανικού με Αγοραφοβία αξιολόγησε τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας αυτών των ασθενών. Έδειξε ότι η κοινωνική εξάρτηση ήταν παρούσα στους 50 από τους 90 ασθενείς, ενώ στους 15 από τους 90 ήταν πολύ σοβαρή. Οι 24 ασθενείς δεν είχαν ποτέ αποδεσμευτεί από τα συμπτώματα της φοβίας στην ενήλικη ζωή. Η ικανότητα των ασθενών να αποδεχθούν τον σεξουαλικό τους ρόλο ήταν σημαντική. Περισσότερη εξάρτηση βίωναν στη κοινωνική τους ζωή, όπου τα συναισθήματα σχετικά με τη προσωπική τους ασφάλεια ήταν λεπτά και τα άτομα που κοντά τους αισθανότανε ασφάλεια, ήταν από το στενό οικογενειακό τους περιβάλλον. Παρουσίαζαν σημαντική ανικανότητα να παίρνουν αποφάσεις. Επίσης σε παρόμοιες έρευνες φάνηκε ότι οι ασθενείς με Αγοραφοβία σπάνια (περίπου 6%) αναφέρονται στην εργασία. Από τις ίδιες έρευνες προέκυψε ότι οι γάμοι αυτών των ασθενών διατηρούνταν παρά τα σεξουαλικά προβλήματα του ζευγαριού λόγω της σεξουαλικής τους δυσλειτουργίας ή των άλλων συμπτωμάτων της ψυχοσεξουαλικής τους ανωριμότητας.

Τα συμπτώματα της Διαταραχής Πανικού με Αγοραφοβία εμφανίζονται ξαφνικά μέσα σε λίγες μέρες ή σε λανθάνουσα περίοδο εβδομάδων μετά από ένα προσωπικό τραύμα, μία απώλεια (π.χ. πένθος) ή μία απειλητική κατάσταση. Τα δυσάρεστα γεγονότα συνήθως

επηρεάζουν το άτομο σε περιπτώσεις που το ίδιο αισθάνεται πιο έντονα από το φυσιολογικό προσωπικό του επίπεδο το άγχος για μερικές μέρες ή εβδομάδες. Ακολουθεί στη συνέχεια μία ποιοτική αλλαγή του τρόπου ζωής του ατόμου που δεν αφορά μόνο τους περιορισμούς που επιβάλλονται να μετακινείται από το 'ασφαλές' σπίτι, αλλά τις αλλαγές που συμβαίνουν στη συναισθηματική ζωή του ατόμου, τη συμπεριφορά, τις διαπροσωπικές σχέσεις και την προσαρμοστικότητα του (M. Roth, 1996).

Η πρώτη εμπειρία του πανικού ή ο 'περιστασιακός' φόβος ακολουθείται σύντομα από ένα σύνθετο δίκτυο συμπεριφορών διαφυγής. Το αρχικό γεγονός μπορεί να ήταν μία ξαφνική επίθεση φόβου σ' ένα μαγαζί με πολύ κόσμο ή από λιποθυμία σε εκκλησία ή από την αναμονή σε ουρά ή στο μπάνιο ενός φιλικού σπιτιού. Μέσα σε λίγες εβδομάδες ο ασθενής μπορεί να δυσκολεύεται να φύγει από το σπίτι, ή να είναι ανίκανος να περπατήσει μακριά από το σπίτι χωρίς να βρεθεί σε παρόμοια με την αρχική κρίση πανικού (M. Roth, 1996).

Ο φόβος και ο πανικός προκαλούνται από τα κοσμοπλημμυρισμένα καταστήματα και τους δρόμους, από την αναμονή σε ουρές, από τη μετακίνηση με λεωφορείο, τρένο ή αυτοκίνητο και από οποιοδήποτε μέρος όπου είναι συγκεντρωμένοι πολλοί άνθρωποι και η απόδραση θεωρείται αδύνατη. Επισκέψεις σε κομμωτήρια, ιατρεία, σινεμά, θέατρα ή εκκλησίες, από τα οποία η γρήγορη απόδραση μπορεί να αποδειχθεί δύσκολη σε επεισόδιο πανικού, προκαλούν τέτοιο 'προληπτικό άγχος' (φόβος για τον φόβο) που πρέπει να τις αποφύγουν (M. Roth, 1996).

Ο φόβος της ψευτο-εξάντλησης και της έλλειψης βοήθειας από τους άλλους σε περιπτώσεις που βρίσκονται μόνοι τους έξω από το σπίτι, καθώς και η δυσαρέσκεια τους να είναι αντικείμενα περιέργειας και προσοχής αιτιολογεί την χαρακτηριστική αμηχανία και ταπείνωση που αισθάνονται οι αγοραφοβικοί με πανικό ασθενείς. Η προσδοκία του φόβου

προέρχεται από την τάση του ασθενούς για εξάρτηση. Υπάρχει αγωνία για την έκθεση του ασθενούς στο κοινό, καθώς βρίσκεται μόνος του σε χώρους χωρίς να έχει βοήθεια από οικείο του πρόσωπο, οπότε όντας εξαρτημένος από τους άλλους υποχρεώνεται στους ξένους για βοήθεια. Αυτή η εξάρτηση είναι η «αχίλλειος πτέρνα» που συγκαλύπτεται επιτυχώς τον περισσότερο καιρό (M. Roth, 1996).

Για τον έλεγχο του φόβου τους οι αγοραφοβικοί ασθενείς (με πανικό) χρησιμοποιούν ορισμένες στρατηγικές όπως είναι το σπρώξιμο ενός καρτσιού ή το κράτημα ενός σκυλιού για οδηγό ή η χρήση γυαλιών ηλίου στο δρόμο ή τα καταστήματα. Ορισμένοι ασθενείς με αυτές τις στρατηγικές προσπαθούν να αντέξουν φοβικές καταστάσεις φθάνοντας μέχρι και τα όρια τους. Η αποτυχία όμως που βιώνουν στη προσπάθειά τους αυτή αιτιολογεί τις τύψεις, την απώλεια της αυτοεκτίμησης και του αισθήματος της κατάπτωσης που έχουν (M. Roth, 1996).

Η μέση ηλικία έναρξης της διαταραχής κυμαίνεται από 24 μέχρι 31-32 ετών. Υπάρχει η μαρτυρία ότι η ηλικία έναρξης είναι σημαντικά μικρότερη στους άνδρες από ό,τι στις γυναίκες (24-25 στους άνδρες και 28,5 στις γυναίκες). Στη Διεθνή Καταγραφή Αγοραφοβικών (1963) το 88,16% των ασθενών ήταν γυναίκες. Μια παρόμοια υπεροχή των γυναικών είχε αναφερθεί στις περισσότερες ομάδες ασθενών που ερευνήθηκαν σε κλινικά πλαίσια (M. Roth, 1996).

Η διαταραχή του άγχους αποχωρισμού της παιδικής ηλικίας, όπως και η ξαφνική απώλεια σημαντικού αντικειμένου αγάπης προδιαθέτουν στην ανάπτυξη Αγοραφοβίας (δηλ. της Αγοραφοβίας με Πανικό) (N. Μάνος, 1988). Διαπροσωπικά προβλήματα όπως είναι η εξάρτηση αποτελούν έναν ευάλωτο παράγοντα για την ανάπτυξη της διαταραχής (British Journal of Medical Psychology, 1997).

Τα τραυματικά γεγονότα ζωής αποτελούν αιτιολογικό παράγοντα εμφάνισης της διαταραχής Αγοραφοβίας με Πανικό. Αυτά περιλαμβάνουν σωματικές ασθένειες του ασθενή ή στο κοντινό του οικογενειακό περιβάλλον, απώλεια εργασίας, νέα εργασία, νέες σχέσεις, γάμο και περιπτώσεις που οι καταστάσεις αυτές δημιουργούν ειδικά προβλήματα στο ζευγάρι) (M. Roth, 1996).

Προσπάθειες για να εκτιμηθούν τρόποι αύξησης των αποτελεσμάτων θεραπείας της Διαταραχής Πανικού με Αγοραφοβία γίνονται από πολλούς ερευνητές. Εφόσον η θεραπεία της Αγοραφοβίας αποτελείται από έκθεση 'in vivo' και η θεραπεία Πανικού επικεντρώνεται στις κρίσεις πανικού που αναπτύσσονται, υπάρχουν σχετικές εμπειρικές προσπάθειες που αξιολογούν τα οφέλη από την αλληλεπίδραση αυτών των δύο θεραπευτικών προσεγγίσεων για το σύνολο των ασθενών με διαταραχή Πανικού με Αγοραφοβία (D. H. Barlow, C. L. Lehman, 1996).

Η αλληλεπίδραση των ψυχοκοινωνικών θεραπειών με τις φαρμακοθεραπείες είναι μία άλλη περιοχή που συγκεντρώνει το ενδιαφέρον των ερευνητών. Μία σημαντική ερώτηση αφορά τη πιθανή θετική επίδραση του συνδυασμού αυτών των δύο θεραπειών (D. H. Barlow, C. L. Lehman, 1996).

Κεφάλαιο III

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

α. Είδος Έρευνας

Η μελέτη που πραγματοποιήθηκε ανήκει στην ευρύτερη κατηγορία των διερευνητικών μελετών, γιατί πρωταρχικός σκοπός της είναι η διατύπωση ενός προβλήματος για ακριβέστερη εξέταση και η αναζήτηση απαντήσεων πάνω στο θέμα. Μια τέτοιου είδους έρευνα για το συγκεκριμένο θέμα είναι απαραίτητη, διότι το ανιχνεύσιμο θέμα δεν καλύπτεται από την ελληνική βιβλιογραφία, με αποτέλεσμα να μην υπάρχει μια προηγούμενη βάση για να προσδιοριστούν οι πτυχές του συγκεκριμένου θέματος.

β. Σκοπός της Έρευνας - Ερωτήματα

Σκοπός της μελέτης είναι να εξετασθούν τα εξής:

- α) Υπάρχουν Υπηρεσίες στο Νομό Αττικής που να προσφέρουν βοήθεια σε άτομα με Αγοραφοβική Διαταραχή ;
- β) Ποια από τα Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής, Ψυχιατρικά Νοσοκομεία και Ψυχιατρικούς τομείς των Γενικών Νοσοκομείων στην Αττική, προσφέρουν βοήθεια σε αγοραφοβικούς;
- γ) Ποια είναι τα θεραπευτικά προγράμματα που εφαρμόζονται για την αντιμετώπιση των περιστατικών Αγοραφοβίας στις παραπάνω Υπηρεσίες;
- δ) Συμμετέχει ο επαγγελματίας κοινωνικός λειτουργός στην αντιμετώπιση της Αγοραφοβίας;

ε) Ποιος, ειδικότερα, είναι ο ρόλος του αναφορικά με τον ασθενή και τη θεραπευτική ομάδα της εκάστοτε υπηρεσίας;

στ) Ποιες είναι οι επιστημονικές δεξιότητες του κοινωνικού λειτουργού για την συνεργασία του με την διεπιστημονική ομάδα και τη δουλειά του με τον ασθενή;

γ. Δείγμα

Το δείγμα προέρχεται από:

1. Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής του Ν. Αττικής

- Αθήνας (Μονάδα Θεραπείας Συμπεριφοράς)
- Χαλανδρίου - Αγ. Παρασκευής
- Περιστερίου
- Αιγάλεω
- Βύρωνα - Καισαριανής
- Παγκρατίου
- Πειραιά

2. Ψυχιατρικά Νοσοκομεία του Ν. Αττικής

- Δαφνή
- Δρομοκαΐτειο
- Θριάσειο
- Αιγηνεΐτιο

3. Ψυχιατρικούς τομείς των Γενικών Νοσοκομείων Αττικής

- Ευαγγελισμός
- Σωτηρία

- Δάμων Βασιλείου
- Γενικό Κρατικό
- Αγία Όλγα
- Μπενάκειο
- Σισμανόγλειο

Οι παραπάνω Υπηρεσίες προέρχονται από την λίστα των Ψυχιατρικών Υπηρεσιών που υπάρχουν στον Ν. Αττικής, η οποία δόθηκε από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας στους μελετητές μετά από αίτημά τους.

Από τον πίνακα των Ψυχιατρικών Υπηρεσιών του Ν. Αττικής που δόθηκε στους μελετητές για την συγκεκριμένη μελέτη, αποκλείσθηκε η Μονάδα Θεραπείας Συμπεριφοράς. Ο αποκλεισμός της Υπηρεσίας από το δείγμα έγινε γιατί στην συγκεκριμένη Υπηρεσία δεν εργάζεται κοινωνικός λειτουργός.

Από κάθε Υπηρεσία του πίνακα των Ψυχιατρικών Υπηρεσιών που δόθηκε στους μελετητές από το Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας επιλέχθηκε ένας κοινωνικός λειτουργός με τυχαίο τρόπο.

Απαραίτητη προϋπόθεση για την συμμετοχή τους ήταν να δεχτούν να λάβουν μέρος. Οι 16 από τους 17 κοινωνικούς λειτουργούς δέχτηκαν να συμμετάσχουν, ενώ ένας από αυτούς έλειπε με άδεια και ήταν αδύνατη η επικοινωνία μαζί του.

Μέσω τηλεφωνικής επικοινωνίας έγινε ενημέρωση του σκοπού της μελέτης, ζητήθηκε η συγκατάθεσή τους ότι δέχονται να συμμετάσχουν στην μελέτη και κανονίστηκαν οι συναντήσεις για τη συνέντευξη στο χώρο της εκάστοτε Υπηρεσίας.

δ. Τρόπος Συλλογής των Πληροφοριών - Συνέντευξη

Σαν εργαλείο για τη συλλογή πληροφοριών επιλέχθηκε η δομημένη συνέντευξη. Για την πραγματοποίηση της συνέντευξης δημιουργήθηκε ένα ερωτηματολόγιο, το οποίο συμπληρώθηκε κατά τη διάρκεια της συνέντευξης με βάση τις απαντήσεις των ερωτώμενων. Το είδος των ερωτήσεων ήταν προκατασκευασμένες και ανοιχτές. Στις περιπτώσεις που δεν γίνονταν κατανοητές από τους ερωτώμενους δίνονταν εξηγήσεις. Η συνέντευξη προτιμήθηκε γιατί μπορούσαν να διευκρινίσουν ορισμένα σημεία στις ερωτήσεις που πιθανόν δεν ήταν κατανοητά. Επίσης, οι απαντήσεις ήταν πιο αυθόρμητες και συνεπώς υπήρχε μεγαλύτερη αξιοπιστία.

ε. Πλαίσιο Αναφοράς

Η περιοχή στην οποία διεξήχθη η μελέτη είναι το λεκανοπέδιο Αττικής. Οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν στο χώρο της εκάστοτε Υπηρεσίας μετά από ενημέρωση των ερωτώμενων για τους σκοπούς της μελέτης και τη συγκατάθεσή τους για τη συμμετοχή τους σε αυτή την προσπάθεια.

στ. Τρόπος Ανάλυσης Πληροφοριών

Ο τρόπος που επιλέχθηκε για την ανάλυση των πληροφοριών ήταν ο εξής:

Οι απαντήσεις σε κάθε ερώτηση γράφτηκαν κατά τη διάρκεια της συνέντευξης στο έντυπο του ερωτηματολογίου. Στη συνέχεια, κωδικοποιήθηκαν οι απαντήσεις ανά ερώτηση. Έχοντας σα δεδομένο ότι

κωδικοποιήθηκαν οι απαντήσεις ανά ερώτηση. Έχοντας σα δεδομένο ότι οι απαντήσεις ήταν ειλικρινείς και αντιπροσωπευτικές του τρόπου σκέψης και αντίληψης των κοινωνικών λειτουργών, έγινε η ανάλυση.

ζ. Τρόπος Παρουσίασης του Υπολοίπου της Μελέτης

Στο κεφάλαιο IV γίνεται ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας ανά ερώτηση. Ο κάθε επιμέρους σκοπός της μελέτης και οι ερωτήσεις που έγιναν σχετικά με κάθε σκοπό παρουσιάζονται στο παράρτημα Α'. Οι πίνακες υπολογισμού των δεδομένων παρουσιάζονται στο Κεφάλαιο IV, όπου αναλύονται οι απαντήσεις των ερωτώμενων. Τα αποτελέσματα της μελέτης δεν είναι δυνατόν να γενικευτούν στον υπόλοιπο ελλαδικό χώρο, γιατί το πλαίσιο αναφοράς της ήταν το λεκανοπέδιο Αττικής. Και επίσης, γιατί ο αριθμός των κοινωνικών λειτουργών που αποτελούν το δείγμα της έρευνας, είναι διαφορετικός από τον πραγματικό αριθμό των κοινωνικών λειτουργών που εργάζονται στις Ψυχιατρικές Υπηρεσίες της μελέτης.

Κεφάλαιο IV

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Όπως έχει αναφερθεί σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να διερευνηθούν τα εξής:

- α) Αν υπάρχουν Υπηρεσίες στον Νομό Αττικής που να προσφέρουν βοήθεια σε αγοραφοβικούς ασθενείς;
- β) Ποια από τα Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής, Ψυχιατρικά Νοσοκομεία και Ψυχιατρικούς Τομείς Γενικών Νοσοκομείων στην Αττική παρέχουν βοήθεια σε ασθενείς με Αγοραφοβική Διαταραχή ;
- γ) Ποια είναι τα θεραπευτικά προγράμματα που ακολουθούνται για την αντιμετώπιση αγοραφοβικών ασθενών;
- δ) Ασχολείται ο κοινωνικός λειτουργός με περιστατικά αγοραφοβικών ασθενών;
- ε) Ποιος είναι ο ρόλος του αναφορικά με τον ασθενή και την διεπιστημονική ομάδα της κάθε Υπηρεσίας;
- στ) Ποια είναι τα εφόδια του κοινωνικού λειτουργού για την συνεργασία του με την διεπιστημονική ομάδα και την δουλειά του με τον ασθενή;

Αρχικά παρουσιάζονται τα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος (χρόνια υπηρεσίας, τίτλοι σπουδών, μετεκπαιδευτικοί τίτλοι σπουδών).

Στη συνέχεια παρουσιάζονται αναλυτικά τα αποτελέσματα που εξήχθησαν από την επεξεργασία των πληροφοριών που συλλέχθηκαν μέσω των ανοιχτών ερωτήσεων των δομημένων συνεντεύξεων σύμφωνα με τον καθένα από τους παραπάνω άξονες.

Δημογραφικά στοιχεία

Το δείγμα αποτελείται από 16 κοινωνικούς λειτουργούς που εργάζονται σε Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής, Ψυχιατρικά Νοσοκομεία & Ψυχιατρικούς Τομείς Γενικών Νοσοκομείων στο Νομό Αττικής. Απαραίτητη προϋπόθεση για να συμπεριληφθεί ένας κοινωνικός λειτουργός στο παρόν δείγμα είναι η Υπηρεσία όπου εργάζεται να παρέχει βοήθεια σε αγοραφοβικούς ασθενείς.

Πίνακας 1

Χρόνια υπηρεσίας	Αριθμός	Ποσοστό (%)
1 - 5	2	12,5
6 - 10	8	50,0
11 - 15	4	25,0
16 - 20	2	12,5
Σύνολο	16	100,0

Η ηλικία του δείγματος κυμαίνεται μεταξύ 1 και 20 ετών. Ο μέσος όρος ηλικίας είναι τα 10,65 έτη.

Πίνακας 2

Εκπαίδευση	Αριθμός	Ποσοστό (%)
Κοινωνικής Εργασίας	12	75,00
Κοιν. Εργασίας &		
• Κοινωνιολογίας	2	12,50
• Ψυχολογίας	1	6,25
• Ανθρωπολογίας	1	6,25
Σύνολο	16	100,0

Όπως φαίνεται από τον Πίνακα 2, το 75% του δείγματος είναι απόφοιτοι του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας, το 12,5% είναι απόφοιτοι και του τμήματος Κοινωνιολογίας, το 6,25% έχει αποφοιτήσει και από το

τμήμα Ψυχολογίας και το 6,25% έχει αποφοιτήσει και από το Τμήμα Ανθρωπολογίας.

Πίνακας 3

ΜΕΤΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	Αριθμός	Ποσοστό (%)
Θεραπεία συμπεριφοράς	1	6,25
Θεραπεία οικογένειας	2	12,50
Θεραπεία ομάδας	1	6,25
Συστημική θεραπεία	1	6,25
Θεραπεία ψυχαναλυτικού τύπου	1	6,25
Κοινωνική Ψυχιατρική	1	6,25
Σύνολο	7	100,00

Οι 9 από τους 16 κοινωνικούς λειτουργούς δεν έχουν τελειώσει μεταπτυχιακές σπουδές. Σε σύνολο 7 κοινωνικών λειτουργών που έχουν μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών, το 12,5 έχει εξειδικευτεί στη θεραπεία οικογένειας, ενώ το 6,25% έχει εξειδικευτεί εξίσου σε κάθε μία από τις υπόλοιπες κατηγορίες θεραπειάς του Πίνακα 3.

1. Υπάρχουν Υπηρεσίες στον Νομό Αττικής που να προσφέρουν βοήθεια σε άτομα με Διαταραχή Αγοραφοβίας; και ποιες είναι αυτές;

Πίνακας 4

Εξυπηρετούνται αγοραφοβικοί ασθενείς από την υπηρεσία σας;	Αριθμός	Ποσοστό (%)
• Υπηρεσίες που εξυπηρετούν αγοραφοβικούς ασθενείς	13	81,25
• Υπηρεσίες που δεν εξυπηρετούν αγοραφοβικούς ασθενείς	3	18,75
Σύνολο	16	100,00

Όπως φαίνεται από τον Πίνακα 4, το 81,25% των Ψυχιατρικών Υπηρεσιών του Νομού Αττικής εξυπηρετεί αγοραφοβικούς ασθενείς, ενώ το

18,75% δεν εξυπηρετεί τέτοιου είδους περιστατικά. (Οι Υπηρεσίες που εξυπηρετούν αγοραφοβικούς ασθενείς, καθώς και η Μονάδα Θεραπείας Συμπεριφοράς που δεν διαθέτει κοινωνικό λειτουργό φαίνονται στο Παράρτημα Γ).

Πίνακας 5

Αν δεν εξυπηρετούνται από την Υπηρεσία, τα περιστατικά παραπέμπονται στην αρμόδια Υπηρεσία:	Αριθμός	Ποσοστό (%)
• Παραπέμπονται	6	37,5
• Δεν παραπέμπονται	10	62,5
Σύνολο	16	100

Ο Πίνακας 5 δείχνει ότι από το σύνολο των 16 Υπηρεσιών του δείγματος, οι 6 Υπηρεσίες παραπέμπουν τους ασθενείς με Αγοραφοβική Διαταραχή, ενώ οι 10 δεν τους παραπέμπουν.

Πίνακας 6

Σε ποια Υπηρεσία γίνεται η παραπομπή των αγοραφοβικών ασθενών;	Αριθμός	Ποσοστό (%)
• Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής	2	25,0
• Ψυχιατρικά Νοσοκομεία	2	25,0
• Μονάδα Θεραπείας Συμπεριφοράς (τμήμα του Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής Αθήνας)	3	37,5
• Ιδιωτικά Ιατρεία	1	12,5
Σύνολο απαντήσεων	8	100,0

Όπως φαίνεται από τον Πίνακα 6, 2 Υπηρεσίες απάντησαν ότι παραπέμπουν τα περιστατικά αγοραφοβικών σε Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής, 2 σε Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, 3 στη Μονάδα Θεραπείας Συμπεριφοράς του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής Αθήνας και 1 σε Ιδιωτικό Ιατρό (το σύνολο του Πίνακα 6 διαφέρει από το σύνολο των προηγούμενων πινάκων, γιατί

δόθηκε η δυνατότητα στους ερωτώμενους να δώσουν περισσότερες από μία απαντήσεις στη συγκεκριμένη ερώτηση).

II. Ποια είναι τα θεραπευτικά προγράμματα που εφαρμόζονται για την αντιμετώπιση των περιστατικών Αγοραφοβίας.

Πίνακας 7

Τι είδους προγράμματα υπάρχουν για την αντιμετώπιση αγοραφοβικών ασθενών;	Αριθμός	Ποσοστό (%)
Θεραπεία συμπεριφοράς	5	33,3
Συστημική θεραπεία	1	6,7
Ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία	1	6,7
Φαρμακοθεραπεία	1	6,7
Δεν υπάρχουν συγκεκριμένης κατεύθυνσης προγράμματα	3	20,0
Δεν γνωρίζω	4	26,7
Σύνολο απαντήσεων	15	100,0

Ο Πίνακας 7 δείχνει ότι επί του συνόλου των απαντήσεων, το 33,3% αποτελεί την απάντηση ότι εφαρμόζονται προγράμματα θεραπείας συμπεριφοράς, το 6,7%, προγράμματα ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας, το 6,7% φαρμακοθεραπεία, το 20% την απάντηση ότι δεν υπάρχουν προγράμματα συγκεκριμένης κατεύθυνσης, ενώ το 26,7% την απάντηση ότι δεν γνωρίζουν τι είδους προγράμματα εφαρμόζονται για την θεραπεία αγοραφοβικών ασθενών.

III. Συμμετέχει ο κοινωνικός λειτουργός στην αντιμετώπιση της Αγοραφοβικής Διαταραχής;

Πίνακας 8

Ασχολείται η Κοινωνική Υπηρεσία με Περιστατικά αγοραφοβικών ασθενών;	Αριθμός	Ποσοστό (%)
Ασχολείται η Κοιν. Υπηρεσία	8	61,54
Δεν ασχολείται η Κοιν. Υπηρεσία	5	38,46
Σύνολο	13	100,00

Όπως φαίνεται από τον Πίνακα 8, από τις 13 Υπηρεσίες που εξυπηρετούν αγοραφοβικούς ασθενείς το 61,54% έχει Κοινωνική Υπηρεσία που ασχολείται με τέτοιου είδους περιστατικά, ενώ το 38,46% έχει Κοινωνική Υπηρεσία που δεν ασχολείται με αγοραφοβικούς ασθενείς.

Πίνακας 9

Γιατί ο κοινωνικός λειτουργός δεν ασχολείται με περιστατικά Αγοραφοβίας;	Αριθμός	Ποσοστό (%)
Από έλλειψη προσωπικού	3	37,5
Από έλλειψη χρόνου	1	12,5
Από έλλειψη γνώσεων και εμπειριών	2	25,0
Δεν κρίνεται απαραίτητο από τον ψυχίατρο/ ψυχολόγο	2	25,0
Σύνολο απαντήσεων	8	100,0

Ο Πίνακας 9 δείχνει ότι επί του συνόλου των απαντήσεων στη συγκεκριμένη ερώτηση, οι 3 απαντήσεις ήταν ότι η Κοινωνική Υπηρεσία δεν ασχολείται με περιστατικά αγοραφοβικών λόγω έλλειψης προσωπικού, η 1 λόγω έλλειψη χρόνου, οι 2 λόγω έλλειψης κατάλληλων γνώσεων και κατάλληλων εμπειριών, και οι 2 λόγω του γεγονότος ότι η εμπλοκή του κοινωνικού λειτουργού στη θεραπεία αγοραφοβικών ασθενών αποφασίζεται από τον ψυχολόγο ή τον ψυχίατρο της εκάστοτε Ψυχιατρικής Υπηρεσίας.

Πίνακας 10

Αν δεν ασχολείται η Κοινωνική Υπηρεσία, ποιος είναι ο ειδικότητες που ασχολούνται με αγοραφοβικά περιστατικά;	Αριθμός	Ποσοστό (%)
Ψυχίατρος	5	83,5
Ψυχολόγος	1	16,5
Σύνολο απαντήσεων	6	100,0

Όπως φαίνεται από τον Πίνακα 10, το 83,5% των απαντήσεων που έδωσαν οι ερωτώμενοι ήταν ότι με τους αγοραφοβικούς ασθενείς ασχολείται ο ψυχίατρος της κάθε Υπηρεσίας, ενώ το 16,5% είπαν ότι ασχολείται ο ψυχολόγος.

IV. Ποιος είναι ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού αναφορικά με τον ασθενή και την διεπιστημονική ομάδα;

Πίνακας 11

Ποιος είναι ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στην αντιμετώπιση αγοραφοβικών ασθενών;	Αριθμός	Ποσοστό (%)
Λήψη ιστορικού	5	26,3
Διάγνωση	2	10,5
Θεραπεία ασθενούς	5	26,3
Θεραπεία οικογένειας	5	26,3
Επαγγελματική αποκατάσταση	1	5,3
Οικονομική αποκατάσταση	1	5,3
Σύνολο απαντήσεων	19	100,0

Από τον Πίνακα 11 φαίνεται ότι στο σύνολο των 19 απαντήσεων, που δόθηκαν από τους 8 κοινωνικούς λειτουργούς, που ασχολούνται με περιστατικά αγοραφοβικών στις ψυχιατρικές υπηρεσίες, οι 5 απαντήσεις έλεξαν ότι ο κοινωνικός λειτουργός ασχολείται με τη λήψη ιστορικού, οι 2

με την διάγνωση, οι 5 με την θεραπεία ασθενούς, οι 5 με την θεραπεία οικογένειας, η 1 με την επαγγελματική αποκατάσταση του ασθενούς και η 1 με την οικονομική του αποκατάσταση.

Πίνακας 12

Λειτουργεί διεπιστημονική ομάδα για την αντιμετώπιση αγοραφοβικών ασθενών;	Αριθμός	Ποσοστό(%)
Λειτουργεί διεπιστημ. ομάδα	8	61,5
Δεν λειτουργεί διεπιστημ. ομάδα	3	23,1
Δεν γνωρίζω	2	15,4
Σύνολο	13	100,0

Ο Πίνακας 12 δείχνει ότι στο σύνολο των 13 κοινωνικών λειτουργών που εργάζονται σε Ψυχιατρικές Υπηρεσίες που ασχολούνται με άτομα με Αγοραφοβική Διαταραχή , το 61,5 % απάντησε ότι υπάρχει διεπιστημονική ομάδα που ασχολείται με τη συγκεκριμένη κατηγορία ασθενών, το 23,1% απάντησε ότι δεν υπάρχει, ενώ το 15,4% δεν γνώριζε αν υπάρχει διεπιστημονική ομάδα.

Πίνακας 13

Ειδικότητες που αποτελούν την διεπιστημονική ομάδα	Αριθμός	Ποσοστό(%)
Ψυχίατρος	7	25,0
Ψυχολόγος	7	25,0
Κοιν. Λειτουργός	6	21,4
Εργασιοθεραπευτής	2	7,1
Νοσηλεύτης	4	14,3
Επισκέπτης υγείας	2	7,1
Σύνολο	28	100,0

Ο Πίνακας 13 δείχνει ότι επί του συνόλου των 28 απαντήσεων που δόθηκαν, οι 7 απαντήσεις ήταν ότι η διεπιστημονική ομάδα αποτελείται από ψυχολόγο και από ψυχίατρο, οι 6 από κοινωνικό λειτουργό, οι 2 από

εργασιοθεραπευτή, οι 4 από νοσηλεύτη και οι 2 από επισκέπτρια υγείας. Τα δεδομένα του Πίνακα 14 δεν προέρχονται από ανάλογη ερώτηση του ερωτηματολογίου, αλλά προέκυψαν από τις απαντήσεις των ερωτώμενων στην ερώτηση 8 του ερωτηματολογίου της μελέτης.

Πίνακας 14

Μετέχει ο κοινωνικός λειτουργός στη διεπιστημονική ομάδα;	Αριθμός	Ποσοστό (%)
Μετέχει	8	88,9
Δεν μετέχει	1	11,1
Σύνολο	9	100,0

Όπως φαίνεται από τον Πίνακα 14, το 88,9% των απαντήσεων ήταν ότι ο κοινωνικός λειτουργός μετέχει στη διεπιστημονική ομάδα, ενώ το 11,1% ήταν ότι δεν μετέχει. Η απάντηση ότι δεν μετέχει ο κοινωνικός λειτουργός στη διεπιστημονική ομάδα δόθηκε από τον κοινωνικό λειτουργό, που απάντησε στην προηγούμενη ερώτηση, ότι δεν γνωρίζει αν υπάρχει διεπιστημονική ομάδα στην Υπηρεσία του. Όλοι οι κοινωνικοί λειτουργοί, που απάντησαν ότι υπάρχει διεπιστημονική ομάδα στην Υπηρεσία τους, στην συγκεκριμένη ερώτηση έδωσαν στο σύνολο τους την απάντηση ότι μετέχουν στη διεπιστημονική ομάδα.

Πίνακας 15

Με ποιον τρόπο ο κοινωνικός λειτουργός μετέχει στη διεπιστημονική ομάδα;	Αριθμός	Ποσοστό (%)
Παραπομπή περιστατικού	1	4,5
Παρουσίαση ιστορικού	5	22,7
Διάγνωση	5	22,7
Αξιολόγηση πορείας Περιστατικού	8	36,4
Οικονομική αποκατάσταση	2	9,1
Επαγγελματική αποκατάσταση	1	4,5
Σύνολο απαντήσεων	22	100,0

Ο Πίνακας 15 δείχνει ότι επί του συνόλου των 22 απαντήσεων, η 1 απάντηση ήταν ότι ο κοινωνικός λειτουργός παραπέμπει το περιστατικό στη διεπιστημονική ομάδα, οι 5 ότι παρουσιάζει το ιστορικό του ασθενούς σ' αυτήν, οι 5 ότι μετέχει στη διάγνωση, οι 8 ότι συμβάλλει στην αξιολόγηση της πορείας του περιστατικού, οι 2 ότι παρουσιάζει σε ποιο σημείο βρίσκεται η οικονομική αποκατάσταση του ασθενούς και η 1 ότι παρουσιάζει πώς προχωράει η διαδικασία της επαγγελματικής του αποκατάστασης.

V. Ποια είναι τα εφόδια του κοινωνικού λειτουργού για την συνεργασία του με την διεπιστημονική ομάδα και την δουλειά του με τον ασθενή;

Πίνακας 16

Ποια είναι τα εφόδια του κοινωνικού λειτουργού για τη συμμετοχή του στη διεπιστημονική ομάδα;	Αριθμός	Ποσοστό (%)
Γνώση μέσα από την εκπαίδευση	4	33,3
Εξειδίκευση	8	66,7
Σύνολο απαντήσεων	12	100,0

Από τον πίνακα 16 φαίνεται ότι το 33,3% επί του συνόλου των απαντήσεων ήταν ότι ο κοινωνικός λειτουργός για να είναι ικανός να ασχοληθεί με περιστατικά Αγοραφοβίας πρέπει να έχει τις απαραίτητες γνώσεις μέσα από τις σπουδές του στην Τριτοβάθμια Εκπαίδευση του, ενώ το 66,7% ήταν ότι ο κοινωνικός λειτουργός χρειάζεται να εξειδικευτεί σε θέματα ψυχιατρικής κατεύθυνσης.

Πίνακας 17

Ποια είναι τα εφόδια του κοινωνικού λειτουργού για τη αντιμετώπιση αγοραφοβικών ασθενών;	Αριθμός	Ποσοστό (%)
Γνώση μέσα από την εκπαίδευση	4	33,3
Εξειδίκευση	7	58,3
Γνώση ιδιαιτεροτήτων ασθενούς	1	8,3
Σύνολο απαντήσεων	12	100,0

Ο Πίνακας 17 δείχνει ότι στο σύνολο των 12 απαντήσεων που δόθηκαν στη συγκεκριμένη ερώτηση, το 33,3% ήταν η απάντηση ότι απαιτείται για τη συμμετοχή του κοινωνικού λειτουργού στη διεπιστημονική ομάδα γνώσεις μέσα από τις σπουδές του στη Τριτοβάθμια Εκπαίδευση, το 58,3% εξειδίκευση του επαγγελματία σε θέματα ψυχιατρικής κατεύθυνσης και το 8,3% γνώσεις για τις ιδιαιτερότητες του ασθενούς.

Κεφάλαιο V

ΠΕΡΙΛΗΨΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ

α. Περίληψη

Η μελέτη πραγματοποιήθηκε στα Κέντρα Ψυχιατρικής Υγιεινής, στα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία και στους Ψυχιατρικούς Τομείς Γενικών Νοσοκομείων (όπως αναφέρεται στο Κεφάλαιο III) στο Νομό Αττικής.

Ο πληθυσμός της μελέτης ήταν ένας κοινωνικός λειτουργός από κάθε Υπηρεσία και η επιλογή του έγινε με τυχαίο τρόπο.

Σκοπός της μελέτης ήταν να διερευνηθεί:

- α) Ποιες Υπηρεσίες στο λεκανοπέδιο Αττικής εξυπηρετούν αγοραφοβικούς ασθενείς;
- β) Αν ασχολείται η Κοινωνική Υπηρεσία των παραπάνω Υπηρεσιών με περιστατικά αγοραφοβικών ασθενών;
- γ) Ποιος είναι ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στην αντιμετώπιση αγοραφοβικών περιστατικών σε περιπτώσεις, που η Κοινωνική Υπηρεσία ασχολείται με τέτοιου είδους περιστατικά;
- δ) Αν δεν ασχολείται ο κοινωνικός λειτουργός με περιπτώσεις αγοραφοβικών;
 - i) γιατί δεν ασχολείται; και
 - ii) ποιες είναι οι ειδικότητες εκείνες που ασχολούνται;
- ε) Τι είδους προγράμματα εφαρμόζονται;
- στ) Αν λειτουργεί διεπιστημονική ομάδα στις Υπηρεσίες, που εξυπηρετούνται αγοραφοβικοί;
- ζ) Αν ο κοινωνικός λειτουργός συμμετέχει στην διεπιστημονική ομάδα;

η) Ποια είναι τα εφόδια - δεξιότητες του κοινωνικού λειτουργού για τη συμμετοχή του στην διεπιστημονική ομάδα και τα προγράμματα αποκατάστασης αγοραφοβικών ασθενών;

Από την έρευνα προέκυψε ότι στα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία Αττικής 'Δαφνή', 'Θριάσιο' και 'Δρομοκαΐτειο' δεν εξυπηρετούνται περιστατικά αγοραφοβικών ασθενών, ενώ το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής Αθηνών παραπέμπει όλα τα περιστατικά Αγοραφοβίας στη 'Μονάδα Θεραπείας Συμπεριφοράς' που είναι παράρτημά του.

Η 'Μονάδα Θεραπείας Συμπεριφοράς' που προσφέρει βοήθεια σε αγοραφοβικούς ασθενείς αποκλείστηκε από την έρευνα γιατί δεν απασχολεί κοινωνικό λειτουργό, αλλά μόνο ψυχολόγο & ψυχίατρο.

β. Συμπεράσματα

Από τη παρούσα μελέτη τα συμπεράσματα που προέκυψαν είναι τα εξής παρακάτω:

- ⇒ Τα χρόνια υπηρεσίας των κοινωνικών λειτουργών που εργάζονται στις Ψυχιατρικές Υπηρεσίες κυμαίνονται από 0-20 χρόνια, ενώ ο μέσος όρος των χρόνων υπηρεσίας τους είναι 10,65 χρόνια.
- ⇒ Οι περισσότεροι κοινωνικοί λειτουργοί είναι απόφοιτοι του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας.
- ⇒ Οι επτά (7) από τους δεκαέξι (16) κοινωνικούς λειτουργούς του δείγματος είχαν πτυχίο μεταπτυχιακών σπουδών.
- ⇒ Οι δεκατρείς (13) από τις δεκαέξι (16) Ψυχιατρικές Υπηρεσίες της μελέτης εξυπηρετούν αγοραφοβικούς ασθενείς.
- ⇒ Οι δέκα (10) από τις δεκαέξι (16) Ψυχιατρικές Υπηρεσίες δεν παραπέμπουν περιστατικά αγοραφοβικών ασθενών στις αρμόδιες Υπηρεσίες. Από τις υπόλοιπες έξι (6) Υπηρεσίες, οι τρεις (3) παραπέμπουν τα περιστατικά, ενώ οι υπόλοιπες τρεις (3), αν και προκύπτει από την έρευνα ότι εξυπηρετούν αγοραφοβικούς ασθενείς, σε περιπτώσεις που κρίνεται αναγκαίο γίνεται η παραπομπή τους σε άλλες αρμόδιες Υπηρεσίες.
- ⇒ Οι Υπηρεσίες της έρευνας παραπέμπουν περιστατικά αγοραφοβικής διαταραχής πρωτίστως στη Μονάδα Θεραπείας Συμπεριφοράς του Κέντρου Ψυχιατρικής Υγιεινής Αθήνας & δευτερευόντως στα υπόλοιπα Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής του Νομού Αττικής και στα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία.
- ⇒ Η Αγοραφοβική Διαταραχή αντιμετωπίζεται κυρίως με τις μεθόδους & τεχνικές της συμπεριφοριστικής θεραπείας. Σημαντικό εί-

ναι το ποσοστό των απαντήσεων που φανερώνουν την άγνοια των κοινωνικών λειτουργών για τα προγράμματα θεραπείας που ακολουθούνται για την αντιμετώπιση αγοραφοβικών ασθενών. Εξίσου σημαντικό είναι το ποσοστό των απαντήσεων που δηλώνει ότι δεν υπάρχουν συγκεκριμένα προγράμματα θεραπείας της αγοραφοβικής διαταραχής. Υπάρχουν επίσης Ψυχιατρικές Υπηρεσίες που εφαρμόζουν για τους αγοραφοβικούς ασθενείς προγράμματα συστημικής θεραπείας ή ψυχοθεραπεία ψυχαναλυτικού τύπου ή θεραπεία μέσω φαρμακευτικής αγωγής.

- ⇒ Στις οκτώ (8) από τις δεκατρείς (13) Ψυχιατρικές Υπηρεσίες της έρευνας, η Κοινωνική Υπηρεσία ασχολείται με την αντιμετώπιση αγοραφοβικών ασθενών.
- ⇒ Ο κυριότερος λόγος που ο κοινωνικός λειτουργός δεν ασχολείται με αγοραφοβικούς ασθενείς, είναι η έλλειψη προσωπικού και ακολουθούν με σειρά προτεραιότητας η έλλειψη κατάλληλων γνώσεων & εμπειριών και το γεγονός ότι η συμμετοχή του στην αντιμετώπιση των αγοραφοβικών ασθενών γίνεται μόνο στις περιπτώσεις εκείνες, που κρίνεται αναγκαία από τον ψυχίατρο και τον ψυχολόγο.
- ⇒ Στις Υπηρεσίες όπου ο κοινωνικός λειτουργός δεν ασχολείται με περιστατικά Αγοραφοβικής Διαταραχής, ο ψυχίατρος είναι ο ειδικός που ασχολείται κατά κύριο λόγο με τέτοιου είδους περιστατικά και σε ορισμένες περιπτώσεις και ο ψυχολόγος.
- ⇒ Οι κοινωνικοί λειτουργοί που δεν ασχολούνται με περιστατικά Αγοραφοβίας, δεν γνωρίζουν τα προγράμματα που εφαρμόζονται για την θεραπεία αυτής της κατηγορίας των ασθενών στην Υπηρεσία τους.
- ⇒ Οι κοινωνικοί λειτουργοί μετέχουν στη λήψη ιστορικού του ασθενούς, στη θεραπεία του ατόμου με Αγοραφοβική Διαταραχή και

της οικογένειας του. Επίσης, οι κοινωνικοί λειτουργοί συμβάλουν στην επαγγελματική και οικονομική αποκατάσταση του ασθενούς, καθώς και στη διάγνωση της Αγοραφοβικής Διαταραχής.

⇒ Στο σύνολο των δεκατριών (13) Ψυχιατρικών Υπηρεσιών που παρέχουν βοήθεια σε αγοραφοβικούς ασθενείς, στις οκτώ (8) Υπηρεσίες λειτουργεί διεπιστημονική ομάδα, ενώ στις τρεις (3) δεν λειτουργεί. Οι δύο κοινωνικοί λειτουργοί από τις υπόλοιπες δύο (2) Υπηρεσίες που εξυπηρετούν αγοραφοβικά άτομα, δεν γνωρίζουν αν υπάρχει διεπιστημονική ομάδα στην Υπηρεσία τους.

⇒ Οι ειδικότητες που μετέχουν συνήθως στη διεπιστημονική ομάδα, όπως προέκυψε από τις απαντήσεις των ερωτώμενων είναι ο ψυχίατρος, ο ψυχολόγος, ο κοινωνικός λειτουργός και ο νοσηλεύτης. Ενώ με μικρότερη συχνότητα εμφανίζονται να μετέχουν στη διεπιστημονική ομάδα ο εργασιοθεραπευτής και ο επισκέπτης υγείας.

⇒ Στις Ψυχιατρικές Υπηρεσίες του δείγματος όπου λειτουργεί διεπιστημονική ομάδα, ο κοινωνικός λειτουργός συμμετέχει σ' αυτήν ενεργητικά.

⇒ Ο τρόπος που μετέχει ο κοινωνικός λειτουργός στη διεπιστημονική ομάδα είναι με την συμμετοχή του στην αξιολόγηση της πορείας του ασθενούς και τη διάγνωση, τη παρουσίαση του ιστορικού του ασθενούς, τη παραπομπή του περιστατικού στη διεπιστημονική ομάδα, τη παρουσίαση της διαδικασίας της οικονομικής και επαγγελματικής αποκατάστασης του ασθενούς.

⇒ Τα εφόδια του κοινωνικού λειτουργού για την συμμετοχή του στην διεπιστημονική ομάδα είναι οι γνώσεις από την φοίτηση του στην Τριτοβάθμια Εκπαίδευση, καθώς και η εξειδίκευση ψυχιατρικής κατεύθυνσης μέσα από μεταπτυχιακές σπουδές.

⇒ Τα εφόδια του κοινωνικού λειτουργού για την αντιμετώπιση αγοραφοβικών ασθενών είναι οι γνώσεις μέσα από την εκπαίδευση και η εξειδίκευση σε ψυχιατρικά θέματα. Από έναν κοινωνικό λειτουργό αναφέρεται και η γνώση των ιδιαιτεροτήτων του κάθε ασθενούς.

γ. Εισηγήσεις

⇒ Τα συμπεράσματα της έρευνας καθιστούν αναγκαία την αναβάθμιση του προγράμματος σπουδών στα τμήματα Κοινωνικής Εργασίας. Η αναβάθμιση θα προκύψει μέσα από τις γνώσεις ψυχιατρικής κατεύθυνσης και μέσα από την εργαστηριακή και εξαμηνιαία πρακτική άσκηση στο επάγγελμα, σε χώρους που να σχετίζονται με την Ψυχική Υγεία, οι οποίοι είναι σημαντικό να επιλέγονται από τους ίδιους τους σπουδαστές ή τους εκπαιδευόμενους κοινωνικούς λειτουργούς.

⇒ Απαραίτητη προϋπόθεση για την επαγγελματική κατάρτιση του κοινωνικού λειτουργού, που θα τον καταστήσει ικανό να εργάζεται με άτομα με Αγοραφοβική Διαταραχή είναι η διεξαγωγή μεταπτυχιακών προγραμμάτων, ώστε ο επαγγελματίας να έχει τη δυνατότητα να εξειδικεύεται στον τομέα των φοβικών νευρώσεων. Τα προγράμματα αυτά θα πρέπει να γίνονται στην Ελλάδα μετά τις σπουδές στο Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας είτε από το ίδιο το Τμήμα είτε από Πανεπιστημιακές σχολές, τα οποία οι απόφοιτοι κοινωνικοί λειτουργοί θα έχουν τη δυνατότητα να παρακολουθήσουν.

⇒ Από τα συμπεράσματα της μελέτης φαίνεται ότι οι Υπηρεσίες που έρχονται σε επαφή με τους ασθενείς με Αγοραφοβική Διαταραχή δεν γνωρίζουν πάντοτε σε ποια Υπηρεσία να τους παραπέμψουν, σε περιπτώσεις που δεν είναι δυνατόν οι ίδιες να τους εξυπηρετήσουν. Προκύπτει επομένως, ότι είναι απαραίτητη η γνώση του επιστημονικού προσωπικού, που εργάζεται στον Τομέα της Ψυχικής Υγείας, για τις Υπηρεσίες στον Νομό Αττικής που εξυπηρετούν αγοραφοβικούς ασθενείς. Αυτό το γεγονός θα βοηθήσει τόσο τους ίδιους να μη περιέρχονται μία κατάσταση σύγχυσης και να κάνουν με επαγγελματικό τρόπο τη δουλειά τους όσο και

τους ασθενείς να μη ταλαιπωρούνται στη αναζήτηση μίας Υπηρεσίας, που είναι αρμόδια για την παροχή βοήθειας σε αγοραφοβικούς ασθενείς.

⇒ Η έκδοση ενός ενημερωτικού φυλλαδίου με πληροφορίες για τις Ψυχιατρικές Υπηρεσίες, που διαθέτουν προγράμματα βοήθειας σε αγοραφοβικούς ασθενείς, αποτελεί έναν καλό τρόπο για την ενημέρωση τόσο των ειδικών, που ασχολούνται με την Ψυχική Υγεία, όσο και των ανθρώπων που αντιμετωπίζουν το πρόβλημα της Αγοραφοβικής Διαταραχής στο περιβάλλον τους να έχουν μία συνολική εικόνα των προσφερόμενων Υπηρεσιών για τους αγοραφοβικούς ασθενείς στο λεκανοπέδιο Αττικής.

⇒ Εξίσου σημαντική για την καλή λειτουργία των ήδη προσφερόμενων Υπηρεσιών σε αγοραφοβικούς ασθενείς από τις Ψυχιατρικές Υπηρεσίες του Νομού Αττικής, είναι η επικοινωνία μεταξύ των Υπηρεσιών αυτών, καθώς και ο συντονισμός των ενεργειών τους. Η επικοινωνία και ο συντονισμός των Υπηρεσιών μεταξύ τους θα βοηθήσει στην αποτελεσματικότερη εξυπηρέτηση των αγοραφοβικών ασθενών τόσο σε επίπεδο παραπομπής στις αρμόδιες Υπηρεσίες όσο και σε επίπεδο ποιότητας στη παροχή βοήθειας. Επομένως και το επιστημονικό προσωπικό του τομέα Ψυχικής Υγείας θα είναι πιο αποτελεσματικό στη δουλειά του και οι ασθενείς δεν θα διακατέχονται από ένα συναίσθημα απογοήτευσης και εγκατάλειψης από τις αρμόδιες Υπηρεσίες.

⇒ Γίνεται φανερό από τα αποτελέσματα της έρευνας ότι οι κοινωνικοί λειτουργοί που εργάζονται σε Ψυχιατρικές Υπηρεσίες, οι οποίες εξυπηρετούν περιστατικά αγοραφοβικών ασθενών, δεν γνωρίζουν τα προγράμματα θεραπείας που εφαρμόζονται για την αντιμετώπιση τέτοιου είδους περιστατικών. Ο κοινωνικός λειτουργός οφείλει να γνωρίζει τουλάχιστον πληροφοριακά ποια προγράμματα εφαρμόζονται στο χώρο εργασίας του για να έχει τη δυνατότητα να πληροφορεί έγκυρα τους ενδιαφερόμενους ή να τους παραπέμπει στον κατάλληλο ειδικό.

⇒ Η έρευνα έδειξε ότι οι κοινωνικοί λειτουργοί, που εργάζονται σε Υπηρεσίες που εξυπηρετούν αγοραφοβικούς ασθενείς, δεν ασχολούνται πάντοτε με τέτοιου είδους περιστατικά. Οι κοινωνικοί λειτουργοί θα πρέπει να διεκδικήσουν το κομμάτι εκείνο της δουλειάς σε σχέση με τα αγοραφοβικά περιστατικά (διάγνωση, ιστορικό, ασθενής, οικογένεια, αποκατάσταση) που μπορούν σύμφωνα με τις γνώσεις τους να αναλάβουν επιδεικνύοντας την επαγγελματικότητα και τις δεξιότητές τους. Μία τέτοιου είδους ενέργεια όμως προϋποθέτει τη κατοχή κατάλληλων γνώσεων, τη επιστημονική συνέπεια και τη τήρηση του κώδικα δεοντολογίας του επαγγέλματος. Η ιστορία έχει αποδείξει ότι σε περιπτώσεις που ο κοινωνικός λειτουργός δεν πληροί τις απαραίτητες προϋποθέσεις στη προσπάθεια του να διεκδικήσει τον ρόλο του στο χώρο εργασίας έχει καταφέρει να αμφισβητηθεί η σημαντικότητα και το κύρος της δουλειάς του.

⇒ Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι ο σημαντικότερος λόγος που ο κοινωνικός λειτουργός δεν ασχολείται με περιστατικά Αγοραφοβίας είναι η έλλειψη προσωπικού. Συνεπώς, η πρόσληψη περισσότερων κοινωνικών λειτουργών στις Ψυχιατρικές Υπηρεσίες ανάλογα με τις ανάγκες της εκάστοτε Υπηρεσίας θα δώσει τη δυνατότητα στους κοινωνικούς λειτουργούς να ασχοληθούν με περιστατικά Αγοραφοβικής Διαταραχής.

⇒ Όπως αποδείχθηκε με την έρευνα, σε περιπτώσεις που λειτουργεί διεπιστημονική ομάδα και που η Κοινωνική Υπηρεσία ασχολείται με περιστατικά αγοραφοβικών ασθενών, ο κοινωνικός λειτουργός συμμετέχει ενεργά στη διεπιστημονική ομάδα. Σε ορισμένες Υπηρεσίες όμως η συμμετοχή του κοινωνικού λειτουργού στη διεπιστημονική ομάδα εξαρτάται από την κρίση του ψυχιάτρου ή του ψυχολόγου. Η επαγγελματική συνέπεια και κατάρτιση του κοινωνικού λειτουργού γίνεται σαφές ότι είναι δύο σημεία που αμφισβητούνται από τους επιστήμονες που είτε έχουν ειδικότερες γνώσεις σε ψυχιατρικά θέματα είτε επωφελούνται από τη λειτουργία των οργανωτικών δομών των Κοινωνικών Υπηρεσιών. Συνεπώς, για μία

ακόμη φορά κρίνεται αναγκαία η εξειδίκευση των κοινωνικών λειτουργών και η επιμόρφωσή τους με σεμινάρια κατάλληλου για τη δουλειά τους περιεχομένου.

⇒ Η διεξαγωγή παρόμοιων ερευνών σχετικά με τους αγοραφοβικούς ασθενείς, τις Υπηρεσίες που υπάρχουν για την εξυπηρέτησή τους, τα προγράμματα που εφαρμόζονται στις Ψυχιατρικές Υπηρεσίες για την αντιμετώπιση τέτοιου είδους περιστατικών και η δουλειά του κοινωνικού λειτουργού με τα αγοραφοβικά άτομα από άλλους σπουδαστές ή άλλους επιστήμονες στο μέλλον είναι πιθανόν ότι θα ρίξει περισσότερο φως στο ειδικό αυτό κομμάτι του Ψυχιατρικού Τομέα.

⇒ Η διεξαγωγή επίσης τέτοιου είδους ερευνών σε πανελλαδικό επίπεδο ή σε ποιο αντιπροσωπευτικό αριθμό κοινωνικών λειτουργών θα επιφέρει αποτελέσματα που θα δώσουν την δυνατότητα στον ερευνητή για περισσότερες ή εκτενέστερες γενικεύσεις.

Είναι καιρός οι ερευνητές που είναι είτε σπουδαστές είτε επιστήμονες να δείξουν περισσότερο ενδιαφέρον για άλλα επιστημονικά θέματα, που δεν εμφανίζονται με ιδιαίτερη συχνότητα στην ελληνική βιβλιογραφία και που τα αποτελέσματά αυτών των ερευνών πρώτον θα συμβάλλουν σημαντικά στην αναβάθμιση των Υπηρεσιών που προσφέρονται σε αγοραφοβικούς ασθενείς επιφέροντας σαν αποτέλεσμα τη βελτίωση του τρόπου ζωής των ατόμων με Αγοραφοβία και δεύτερον θα φέρουν τους επιστήμονες και ειδικότερα τους κοινωνικούς λειτουργούς, στο ρόλο των οποίων είναι ένας από τους σκοπούς της συγκεκριμένης μελέτης, ένα βήμα πιο μπροστά στην επαγγελματική τους καταξίωση και καθιέρωση.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

Παράρτημα Α΄
Ερωτηματολόγιο

Παράρτημα Β΄
Κλινικά Παραδείγματα Αγοραφοβικών Ασθενών

Παράρτημα Γ΄
**Κατάλογος Ψυχιατρικών Υπηρεσιών για Αγοραφοβικούς Α-
σθενείς**

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α'

Ερωτηματολόγιο

1^{ος} Σκοπός:

Υπάρχουν Υπηρεσίες στο Νομό Αττικής που να προσφέρουν βοήθεια σε άτομα με Αγοραφοβική Διαταραχή; και ποιες είναι αυτές;

- Εξυπηρετούνται αγοραφοβικοί ασθενείς από την Υπηρεσία σας;
- Αν δεν εξυπηρετούνται, σε ποια Υπηρεσία παραπέμπονται;

2^{ος} Σκοπός:

Ποια είναι τα θεραπευτικά προγράμματα που εφαρμόζονται για την αντιμετώπιση των περιστατικών Αγοραφοβίας;

- Τι είδους προγράμματα υπάρχουν για την αντιμετώπιση των αγοραφοβικών;

3^{ος} Σκοπός:

Συμμετέχει ο κοινωνικός λειτουργός στην αντιμετώπιση της Αγοραφοβίας;

- Η Κοινωνική Υπηρεσία ασχολείται με περιστατικά αγοραφοβικών ασθενών;
- Αν δεν ασχολείται,
 - α) γιατί δεν ασχολείται και
 - β) ποιες είναι οι ειδικότητες εκείνες που ασχολούνται με την αντιμετώπιση αγοραφοβικών;

4^{ος} Σκοπός:

Ποιος είναι ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού αναφορικά με τον ασθενή και τη διεπιστημονική ομάδα;

- Ποιος είναι ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στην αντιμετώπιση αγοραφοβικών ασθενών;
- Λειτουργεί διεπιστημονική ομάδα για την αντιμετώπιση αγοραφοβικών ασθενών;
- Μετέχει ο κοινωνικός λειτουργός στην διεπιστημονική ομάδα; και με ποιον τρόπο;

5^{ος} Σκοπός:

Ποια είναι τα εφόδια του κοινωνικού λειτουργού για τη συνεργασία του με την διεπιστημονική ομάδα και τη δουλειά του με τον ασθενή;

- Ποια πιστεύετε ότι είναι τα εφόδια του κοινωνικού λειτουργού
 - α) για τη συμμετοχή του στην διεπιστημονική ομάδα και
 - β) για την κατ' ιδίαν αντιμετώπιση της αγοραφοβικής διαταραχής;

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Οι απαντήσεις σας στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου θα διευκολύνουν στην πραγματοποίηση της διερευνητικής μας μελέτης.

Ευχαριστούμε εκ των προτέρων για την συνεργασία.

A. Στοιχεία Υπηρεσίας

Όνομα Υπηρεσίας:

Διεύθυνση Υπηρεσίας:

Τηλέφωνο Υπηρεσίας:

B. Στοιχεία Ερωτώμενου

Χρόνια υπηρεσίας:

Εκπαίδευση:

Μετεκπαίδευση:

Γ. Ερωτήσεις

1. Εξυπηρετούνται αγοραφοβικοί ασθενείς από την Υπηρεσία σας;

2. Αν δεν εξυπηρετούνται σε ποια Υπηρεσία παραπέμπονται;

3. Αν εξυπηρετούνται, η Κοινωνική Υπηρεσία ασχολείται με περιστατικά αγοραφοβικών ασθενών;

4. Αν δεν ασχολείται , α) γιατί δεν ασχολείται και β) ποιες είναι οι ειδικότητες εκείνες που ασχολούνται με την αντιμετώπιση των αγοραφοβικών ασθενών;

5. Τι είδους προγράμματα υπάρχουν για την αντιμετώπιση των αγοραφοβικών;

6. Ποιος είναι ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στην αντιμετώπιση αγοραφοβικών ασθενών;

7. Λειτουργεί διεπιστημονική ομάδα για την αντιμετώπιση αγοραφοβικών ασθενών;

8. Μετέχει ο κοινωνικός λειτουργός στην διεπιστημονική ομάδα; και με ποιον τρόπο;

9. Ποια πιστεύετε ότι είναι τα εφόδια του κοινωνικού λειτουργού:

α) για την συμμετοχή του στη διεπιστημονική ομάδα και

β) για την 'κατ' ιδίαν αντιμετώπιση της αγοραφοβικής διαταραχής;

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β'

Κλινικά Παραδείγματα Αγοραφοβικών

A) Ο H. H. Goldman (1984) αναφέρει το παρακάτω περιστατικό:

Μία 47χρονη παντρεμένη γυναίκα συμβουλευθήκε τον γιατρό της μετά από την έντονη επιμονή του συζύγου της. Σχεδόν ποτέ δεν έβγαινε από το σπίτι και σε περιπτώσεις που έβγαινε ήταν πάντα με τον σύζυγό της ή μ' ένα από τα παιδιά της. Όταν ήταν σπίτι, ένιωθε άνετα, αλλά όταν έπρεπε να μετακινηθεί όπως π.χ. να πάει για ψώνια στην αγορά της προκαλούσε έντονο άγχος. Το άγχος ξεκινούσε όταν άρχιζε να σκέφτεται ότι θα βγει από το σπίτι και έφθασε σε σημείο να αισθάνεται άβολα όταν έμπαινε σε μαγαζιά. Έκανε συνεχώς εκλογικεύσεις σχετικά με τους λόγους που δεν έφευγε από το σπίτι και ανέβαλε τέτοιες εξόδους όσο το δυνατόν περισσότερο.

Η ασθενής επίσης απέφευγε τις κοινωνικές συγκεντρώσεις. Αναγνώρισε τις εκλογικεύσεις και ντρεπόταν για τις δικαιολογίες που έδινε στην επιθυμία της να μη φεύγει από το σπίτι ή να φεύγει με συνοδεία. Τα συναισθήματα που είχε για τον εαυτό της την οδήγησαν σε μια ελαφρά, αλλά χρόνια κατάθλιψη.

Επίσης εξέφρασε τον φόβο ότι μπορεί να είχε 'αδύναμη καρδιά' και ότι το άγχος που αισθανόταν σ' ένα πολυκατάστημα μπορεί να της προκαλούσε κάποια φυσική κατάπτωση. Τα δευτερεύοντα καταθλιπτικά και υποχονδριακά χαρακτηριστικά δεν επισκιάζουν την αρχική διάγνωση της Αγοραφοβίας'.

B) Οι Sadock και Karlan (1986) αναφέρουν το εξής περιστατικό:

' Ήταν περίπου 25 χρονών όταν άρχισε 'το πρόβλημα με τα μέρη' όπως ο ίδιος το ονόμασε. Περνούσε από την πλατεία μόνος του, όταν ένιωσε ένα περίεργο αίσθημα τρόμου. Η αναπνοή του έγινε γρήγορη και ένιωθε σαν να πνιγόταν. Η καρδιά του χτυπούσε έντονα και τα πόδια του ήταν σαν μισοπαράλυτα. Δεν μπορούσε να κινηθεί ούτε μπροστά ούτε πίσω και έπρεπε να καταβάλει μεγάλη προσπάθεια για να φθάσει στην άλλη πλευρά της πλατείας. Από τη στιγμή αυτού του πρώτου επεισοδίου αποφάσισε 'ότι δεν θα ρίσκαρε να ξαναπάει μόνος του στην πλατεία. Όμως αργότερα το ίδιο αίσθημα άγχους ένιωσε και σε μία γέφυρα και έπειτα σ' ένα δρόμο, που αν και ήταν στενός, του φαινόταν μακρύς και αρκετά απότομος.

Αν και ο ασθενής είχε προσωρινή ανακούφιση από τα συμπτώματα του όσο βρισκόταν σε θεραπεία η περίπτωση συνεχίζεται ως εξής:

Η ασθένεια του δεν θεραπεύτηκε και συνέχισε να αναπτύσσει σταδιακά άγχος, το οποίο εξέφραζε όταν έπρεπε να βγει έξω από το σπίτι και να πάει σε μέρη που ήταν ανοιχτά. Πρίν 12 χρόνια περίπου έπρεπε να συνοδεύσει μία νεαρή κοπέλα σπίτι της. Όταν ήταν μαζί της όλα ήταν πολύ καλά. Όταν όμως την άφησε στο σπίτι της, ήταν ανίκανος να γυρίσει σπίτι του. Μετά από πέντε ώρες δεν είχε επιστρέψει σπίτι του και η γυναίκα του ανησύχησε και βγήκε για να τον ψάξει. Τον βρήκε να τρέμει από το κρύο μέσα στη βροχή στην άκρη μίας γέφυρας που δεν μπορούσε να διασχίσει.

Μετά από αυτή την δυσάρεστη εμπειρία δεν του επιτρεπόταν να βγαίνει από το σπίτι. Αυτό ήταν και που τον βόλευε γιατί δεν μπορούσε να ελέγχει τις κρίσεις του. Όποτε βρισκότανε σε μία πλατεία άρχιζε να τρέμει και να αναπνέει βαριά. Η γυναίκα του έπρεπε να τον κρατάει σφιχτά από το μπράτσο. Έτσι μπορούσε να περάσει την πλατεία χωρίς κανένα επεισόδιο. Η γυναίκα του έπρεπε να τον ακολουθεί παντού, ακόμη και στην τουαλέτα.'

Γ) Ο C. Lidemann (1989) στο βιβλίο του 'Handbook of Phobia Therapy: Rapid Symptom Relief in Anxiety' αναφέρει:

'Η ζωή ενός νεαρού άνδρα ήταν απίθανη από μία ιδεοληπτική νεύρωση. Δεν μπορούσε να βγει έξω στον δρόμο γιατί βασανιζόταν από τον φόβο ότι θα μπορούσε να σκοτώσει οποιοδήποτε συναντούσε. Περνούσε τις μέρες του προετοιμάζοντας το άλλοθι του σε περίπτωση που χρεωνόταν κάποιον από τους φόνους που έγιναν στη πόλη που ζούσε. Η ανάλυση (η ποία τυχαία οδήγησε στην θεραπεία του), έδειξε ότι η βάση της καταπιεστικής ιδεοληψίας ήταν η επιθυμία να σκοτώσει τον υπερβολικά αυστηρό πατέρα του. Αυτή η επιθυμία είχε εκφρασθεί υποσυνείδητα όταν ήταν 7 χρονών αλλά είχε ξεκινήσει νωρίτερα στη παιδική του ηλικία. Μετά την ασθένεια και τον θάνατο του πατέρα του, η ιδεοληπτική αυτό-τιμωρία του ασθενούς εμφανίσθηκε -ήταν 31 χρονών εκείνη την στιγμή- παίρνοντας τη μορφή μιας φοβίας που μεταφέρθηκε στους ξένους. Ήταν ένα άτομο που είχε την ικανότητα να θέλει να σπρώξει τον πατέρα του από την κορυφή ενός βουνού. Γι' αυτόν τον λόγο δεν ήταν δυνατόν να τον εμπιστευθούν να σέβεται τις ζωές αυτών που ήταν λιγότερο στενά συνδεδεμένοι μαζί του. Ήταν σε κατάσταση που μπορούσε να κλείσει τον εαυτό του σε ένα δωμάτιο.'

Δ) Ο Roth (1996) αναφέρει μια συγχώνευση τεσσάρων ιστορικών ασθενών με σύνδρομο Πανικού - Αγοραφοβίας με ευρέως παρόμοια χαρακτηριστικά αλλά μερικές διαφορές στην οικογένεια, στην ανάπτυξη αλλά και στις λεπτομέρειες των κλινικών εικόνων.

Σύντομο Ιστορικό:

Η δισ Α. ήταν το μεγαλύτερο από τα τρία παιδιά και από μικρή ηλικία ήταν εξαρτημένη από τη μητέρα της. Όταν ήταν 5 ετών, ο πατέρας της εξαφανίστηκε για 3 περίπου χρόνια, εκτός από 3-4 σύντομες επισκέψεις κάθε χρόνο. Μετά την ήβη, σε ηλικία 13 ετών, η δισ Α. έγινε ανήσυχη για τη μητέρα της, η οποία είχε προβλήματα υγείας. Ο φόβος ότι η μητέρα της μπορεί να πεθάνει ήταν πάντα κρυμμένος στο μυαλό της. Η ζωή δισ Α. έγινε δύσκολη. Φοβόταν -έλεγχε τις πόρτες και τις κλειδαριές και κρυβόταν κάτω από το κρεβάτι- και έγινε πολύ αγχώδης.

Για μια περίοδο γύρο στην ηλικία των 16-17 χρονών ήταν βουλιμική και ανορεκτική, αλλά συνήλθε ένα χρόνο μετά χωρίς να υποτροπιάσει. Πέτυχε να αποκτήσει τα προσόντα του επαγγέλματος της στα 22 χρόνια και γνώρισε το σύζυγό της στη δουλειά. Ο γάμος της ήταν σταθερός και επιτυχημένος.

Συμπτώματα:

Τα συμπτώματα Πανικού - Αγοραφοβίας άρχισαν 2½ εβδομάδες μετά τη γέννηση του παιδιού. Ενώ έβλεπε τηλεόραση, ένιωσε ζέστη, άρχισε να τρέμει από το κεφάλι ως τα πόδια και λιποθύμησε. Από εκείνη τη στιγμή ένιωθε πανικό και λιποθυμία όταν ήταν να φύγει από το σπίτι, ιδίως όταν ήταν μόνη της. Αν πήγαινε μια σύντομη βόλτα μόνη της, προσπαθούσε να βεβαιώσει τον εαυτό της ότι ήταν μια χαρά, ώσπου η έντονη αναμονή του πανικού προκαλούσε, τελικά, πανικό. Η δισ Α. απέφευγε μαγαζιά, δημόσια συγκοινωνία, πλήθη, κοινωνικές εκδηλώσεις, θέατρα και αναμονές στην ουρά. Οδηγούσε το αμάξι της, αλλά την έπιανε πανικός στα φανάρια. Ένιωθε αποπροσωποποίηση και ο έξω κόσμος της φαινόταν άγνωστος και παράξενος. Φοβόταν να κάνει μπάνιο ή ακόμα και να κρατήσει το παιδί της από τον φόβο μήπως το χτυπήσει. Το μπάνιο ήταν, επίσης, ένα μέρος που φοβόταν εξαιτίας του τρόμου που ένιωθε όταν κοιταζόταν

στον καθρέφτη. Τα συμπτώματα της βρισκόταν σε έξαρση την ημέρα.

Θεραπεία:

Η ασθενής ανακουφίσθηκε από τα συμπτώματα της με ένα συνδυασμό συμπεριφοριστικής θεραπείας, φαρμακοθεραπείας και ψυχαναλυτικής θεραπείας, μέσω των οποίων απέκτησε επίγνωση της συναισθηματικής εξάρτησής της. Μετά από μήνες αυθόρμητα διέκοψε τα φάρμακα και μέσα σ' ένα χρόνο επέστρεψε στη δουλειά της. Όταν πέρασε από συνέντευξη χρόνια μετά την πρώτη συνέντευξη υπέφερε μόνο από περιοδικά, διακοπτόμενα φοβικά συμπτώματα και σπάνιες κρίσεις πανικού. Είχε, όμως, μια καλή σχέση με τον άνδρα της, μια πετυχημένη επαγγελματική καριέρα και υψηλή νοημοσύνη.

Ε) Τα δύο παρακάτω περιστατικά αγοραφοβικών ασθενών ανέλαβε η κοινωνική λειτουργός κ^α Ε. Παπαθανασοπούλου, μετά την παραπομπή τους σ' αυτήν από τον ψυχίατρο κ^ο Γ. Ευαγγελάτο με τον οποίο συνεργάζονται στο παρελθόν.

(i) 1^ο Περιστατικό κ^α Χ.

Στην πρώτη συνάντηση η κοινωνική λειτουργός πήρε πλήρες ιστορικό φοβίας από τη στιγμή της έναρξης μέχρι την παρούσα φάση.

Στη συνέχεια, έδωσε μια λογική εξήγηση στον ασθενή για την κατάστασή του (αυτό έγινε ξανά κατά τις φάσεις της θεραπείας). Εξήγησε τη διαφορά φόβου-φοβίας και διαβεβαίωσε τον ασθενή ότι μπορεί να ξεπεράσει το πρόβλημα. Στη συνέχεια, εξήγησε τη λειτουργία της διαταραχής, εξασφάλισε τη συμμετοχή του ασθενή στη θεραπεία και έγραψαν από κοινού έναν κατάλογο καταστάσεων (μορφών Αγοραφοβίας) που φοβόταν ο ασθενής. Τέλος, έλαβαν κοινή απόφαση για

το σημείο έναρξης (συνήθως από το πιο εύκολο γιατί δημιουργείται έτσι, αίσθημα αισιοδοξίας στον ασθενή) και εξήγησε στον ασθενή τα στάδια θεραπείας.

Η κ^α Χ. ήταν 40 χρόνων, με διάγνωση Αγοραφοβίας με κρίσεις πανικού. Έγιναν 73 συνεδρίες, μία κάθε εβδομάδα για ½ ώρα με ³/₄.

Συμπτώματα:

Ταραχή, ταχυκαρδία, βάρος στο στήθος, αίσθημα πνιγμού, ιδρώτας, τρέμουλο, ίλιγγοι. Οι ενοχλήσεις άρχισαν 10 χρόνια πριν τη θεραπεία, όταν είχε πρόβλημα με το σύζυγό (αγχωτικός παράγοντας). Το πρόβλημα λύθηκε, αλλά οι κρίσεις πανικού έμειναν.

Τρόπος εκδήλωσης:

Έντονες κρίσεις εκτός σπιτιού, φοβόταν περισσότερο πολυσύχναστους δρόμους, δεν μπορούσε να περιμένει σε ουρά τράπεζας.

1^η φάση θεραπείας:

Τα πρώτα στάδια θεραπείας αφορούσαν μαθήματα μυϊκής χαλάρωσης (τρόπος αντιμετώπισης σωματοποιημένου του άγχους) και κρίσεις υπεραερισμού.

Στην αρχή, ο φόβος που υπάρχει απευαισθητοποιείται. Ο ασθενής συνειδητοποιεί την κατάσταση του βιώνοντας την και ο φόβος τού μειώνεται.

2^η Φάση θεραπείας:

Αντί η ασθενής να έρχεται με ταξί στον θεραπευτή, σταματούσε δύο στενά πριν (όχι πολυσύχναστα) και περπατούσε μέχρι το γραφείο. Είχε στην αρχή κάποια δυσκολία που μειωνόταν. Ταυτόχρονα, γινόταν μυϊκή χαλάρωση και λογική εξήγηση του φόβου της. Αυτό έγινε 2-3 φορές, μέχρι που ξεπέρασε τα συμπτώματα σ' αυτή τη φάση. Στη συνέχεια, μεγάλωσε λίγο η απόσταση που σταματούσε με το ταξί, μέχρι που τα συμπτώματα εξαφανίστηκαν.

Η ασθενής άρχισε να βγαίνει μόνη της από το σπίτι, έμαθε να ξεχωρίζει τα προβλήματα από τις φοβίες της και άρχισε να έχει προσωπική ζωή.

Η προηγούμενη θεραπευτική φάση έγινε ξανά το απόγευμα και την νύχτα με την ίδια περίπου διάρκεια. Συνεπώς τελείωσε η θεραπεία της ασθενούς.

(ii) Περίπτωση κ^α Ψ.

Τα προκαταρκτικά στάδια πριν τη θεραπεία είναι ίδια με την προηγούμενη περίπτωση.

Η κ^α Ψ. είχε πρόβλημα με το σύζυγο της. Ήταν συγκρατημένος άνθρωπος, χωρίς τόλμη. Φοβόταν τους έρημους δρόμους. Επίσης, φοβόταν τις ταχυπαλμίες και ότι αν της συνέβαινε μία καρδιακή κρίση στο δρόμο κανείς δεν θα τη βοηθούσε.

Η θεραπεία της κράτησε τρία χρόνια. Χρησιμοποιήθηκε η τεχνική της απευαισθητοποίησης.

Διαλέχτηκε ένα μεγάλο τετράγωνο, με μια πλευρά πολυσύχναστη και μια ερημική.

Η κοινωνική λειτουργός περπατούσε μαζί με την ασθενή ολόκληρο το τετράγωνο 2 φορές την εβδομάδα για 20 λεπτά. Αυτό έγινε 5 φορές και όταν ξεπέρασε τους φόβους της, περπατούσε μόνη της και η κοινωνική λειτουργός ήταν πίσω της 1,5 μέτρο. Απαραίτητη προϋπόθεση είναι η ανάπτυξη εμπιστοσύνης μεταξύ ασθενούς - θεραπευτή. Ειδικά στην αρχή σταματούσε και περίμενε την κοινωνική λειτουργό.

Στην συνέχεια, η απόσταση μεταξύ ασθενούς και κοινωνικής λειτουργού αυξήθηκε στα 10 μέτρα. Υπήρχε όμως, η οπτική επαφή μεταξύ τους. Αυτό έγινε 7 φορές.

Έπειτα, η απόσταση αυξήθηκε 15 μέτρα και στη συνέχεια, 20 μέτρα, για 7 φορές και στις δύο περιπτώσεις. Στην συνέχεια η απόσταση αυξήθηκε 30 μέτρα, με πολύ μικρή οπτική επαφή. Αυτό έγινε 8 φορές.

Στο τέλος, η απόσταση αυξήθηκε τόσο, ώστε δεν υπήρχε καθόλου οπτική επαφή. Μετά η απόσταση μεγάλωσε ακόμα περισσότερο, μέχρι που πάλι εξαφανίστηκαν τα συμπτώματα.

Στη συνέχεια έγινε το ίδιο σε δρόμους με μέτρια συχνότητα ή σε πολυσύχναστους δρόμους. Στο στάδιο των πολυσύχναστων δρόμων, η ασθενής άρχισε να πηγαίνει στην τράπεζα και να μπαίνει σε λεωφορείο. Μάλιστα, άρχισε να πηγαίνει στο γραφείο της κοινωνικής λειτουργού με λεωφορείο και όχι με ταξί με δική της πρωτοβουλία.

Στο τέλος της θεραπείας δεν είχε κανένα σύμπτωμα ανεξάρτητα από το γεγονός ότι μεγάλωναν οι αποστάσεις.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ'

Κατάλογος Ψυχιατρικών Υπηρεσιών για Αγοραφοβικούς Ασθενείς.

Οι Ψυχιατρικές Υπηρεσίες της Αττικής, στις οποίες απευθύνεται ένα άτομο με Αγοραφοβική Διαταραχή, είναι οι παρακάτω:

ΚΕΝΤΡΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ:

1. Αιγάλεω, Δ/νση: Σούτσου 4 (πλατεία Δαβάκη), 122 43, Αιγάλεω, τηλ.: 5449898
2. Αθήνας, Δ/νση: Νοταρά 58, 106 83, Αθήνα, τηλ: 8231210 - 8212944 - 82344005, στο τμήμα:
'ΜΟΝΑΔΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ', Δ/νση: Σπ. Τρικούπη 54, 106 82, Αθήνα τηλ.: 8229681
3. Παγκρατίου, Δ/νση: Φερεκύδου 5, 116 35, Παγκράτι τηλ.:7016611
4. Χαλανδρίου - Αγ. Παρασκευής, Δ/νση: Ζαλόγγου 6, 153 43, Αγ. Παρασκευή, τηλ.: 6399195, 6391151
5. Περιστερίου, Δ/νση: Πλούτωνος και Ηφαίστου, 121 35, Περιστερί, τηλ.: 5756664, 5756401
6. Βύρωνα - Καισαριανής, Δ/νση: Δήλου 14, Καισαριανή, 161 21 Αθήνα, τηλ.: 7640111, 7644705, 7262247
7. Πειραιά, Δ/νση: Μπουμπουλίνας 5, Πειραιάς, 188 63, τηλ.: 4170500, 4174018, 4170546

**ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΙ ΤΟΜΕΙΣ ΤΩΝ ΑΚΟΛΟΥΘΩΝ
ΓΕΝΙΚΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ**

1. Νομαρχιακό Γενικό Νοσοκομείο Νέας Ιωνίας 'Η ΑΓΙΑ ΟΛΓΑ', Δ/ση:
Βασ. Όλγας 3-5, 142 33, Ν. Ιωνία,
τηλ.: 2799265, 2776612-15
2. Νομαρχιακό Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών 'ΚΟΡΓΙΑΛΕΝΕΙΟ-
ΜΠΕΝΑΚΕΙΟ', Δ/ση: Ερυθρού Σταυρού 1, 115 26, Αμπελόκηποι,
τηλ.: 6910512/14
3. Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας 'ΔΑΜΩΝ ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ',
Δ/ση: Π. Ράλλη και Φαναριωτών 3, 184 54, Νίκαια, τηλ.: 4915061/8
4. Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος 'ΣΩΤΗΡΙΑ',
Δ/ση: Λ. Μεσογείων 152, 115 27, Αθήνα, τηλ.: 7778611/98
5. Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο 'Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ',
Δ/ση: Υψηλάντου 45-47, 106 76, Αθήνα,
τηλ.: 7221501, 7220101, 7220001
6. Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών 'Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑ'
Δ/ση: Λ. Μεσογείων 154, 115 27, Αθήνα,
τηλ.: 7787341, 7701211/4
7. Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Αττικής 'ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ'
Δ/ση: Μελίσια Αττικής, 151 26, Αμαρούσιο,
τηλ.: 8039911, 8040212

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ

8. Αιγινήτειο Νοσοκομείο Αθήνας
Δ/ση: Βασ. Σοφίας 72, 115 28, Αθήνα,
τηλ.: 7220811/2/3, 7291322, 7217763



9. Μονάδα Θεραπείας Συμπεριφοράς
Δ/ση: Σπ. Τρικούπη 54, Αθήνα, τηλ.: 8229681

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Α) ΒΙΒΛΙΑ

1. Βαρμάζης Ν., 'Το βασικό ερμηνευτικό λεξικό της Νεοελληνικής Γλώσσας', εκδόσεις Μαλλιάρης, 1983
2. Framptom Mouriél, 'Agoraphobia', εκδόσεις Thorsons, 1990
3. Herbert Martin, 'Ψυχολογικά προβλήματα παιδικής ηλικίας', εκδόσεις 'Ελληνικά Γράμματα', 1987
4. Janand Bey Elizabeth, Foubert Jean-Marie, '101 Συμβουλές για να Κατανικήσετε Φόβους και Φοβίες', εκδόσεις Φυτράκη - Hachette, 1985
5. Κουλούρη - Αντωνοπούλου Ρ., 'Παιδαγωγική Ψυχολογία', εκδόσεις 'Ελληνικά Γράμματα', 1994
6. Lidemann Card, 'Handbook of Phobia Therapy: Rapid Symptom Relief in Anxiety', εκδόσεις Jason Arouson, 1989
7. Μαλικιώση-Λοΐζου, 'Συμβουλευτική ψυχολογία', εκδόσεις 'Ελληνικά Γράμματα', 1996
8. Μάνος Ν., 'Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής', εκδόσεις Επιστημονικών Βιβλίων και Περιοδικών, 1988
9. Marks Jsaac, 'Νιώστε Τις Φοβίες', εκδόσεις Λήθη, 1991
10. Μπουλουγούρης Γ., 'Οι Φοβίες και η Αντιμετώπισή τους', εκδόσεις 'Ελληνικά Γράμματα', 1994
11. Νασιάκου Μ., 'Η Ψυχολογία Σήμερα', εκδόσεις: Παπαζήση, 1982

12. Παπακώστας Γ. Ι., Γνωσιακή Ψυχοθεραπεία: Θεωρία και πράξη, εκδόσεις 'Ελληνικά Γράμματα', 1994
13. Παρασκευόπουλος Ι. Ν., Εξελικτική Ψυχολογία Τόμος 1, & Κλινική Ψυχολογία εκδόσεις Πανεπιστήμιο Αθηνών, 1985/1988
14. Weekes Claire, Symbol Effective Treatment of Agoraphobia, εκδόσεις Bantam Book, 1976

B) ΑΓΟΡΑ

1. Amaring M., Kotchnig H., Berger P., Windhaber J., Baischer W. and Dantedorfer K., 'Embarassment about the first Panic Attack predicts Agoraphobia in Panic Disorder Patient', Department of Psychiatry, University of Vienna, Währinge/Gürtel, 1090 Vienna, Austria, εκδόσεις Elsevier Science Ltd, 1997
2. Barlow H. D. Lehman L.C., 'Advances in the Psycosocial Treatment of Anxiety Disorders / Implications for National Health Care', 'ARCHIVES OF GENERAL PSYCHIATRY'. Vol: 53, 7-12, American Medical Association, 1996
3. Benedetti A., 'Hypochondriasis and illness Phobia in panic - agoraphobic patients', 'COMPREHENSIVE PSYCHIATRY', Vol. 38, No 2, 124-131, W. B. Saunders Company and Harcourt Brace Company, 1997
4. Bird J., Harrison G., 'Examination Notes in Psychiatry', (2nd edition), 1987
5. Cassano B. J., Michelini S., Shear K.M., Coli E., Maser D. J., Frank E., 'The Panic - Agoraphobic Spectrum: A Descriptive Approach to the Assesment and Teatment of Subtle Symptoms', 'AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY', 154:6, εκδόσεις Festschrift, 1997
6. Chambless L. D., Mason J., 'Sex, sex-role stereotyping and Agoraphobia', 'BEHAVIOURAL RESEARCH THERAPY', Vol 24, No 2, 231-235, 1986
7. Gelder M., Gath D., Mayou R., 'Phobic Anxiety Neuroses', 'OXFORD TEXTBOOK OF PSYCHIATRY', εκδόσεις Oxford University Press, 1985
8. Goldman H. H., 'Anxiety Disorders', REVIEW OF GENERAL PSY-

CHIATRY, εκδόσεις Lange Medical Publication, 1984

9. Hoffart A., 'Interpersonal problems among Patients suffering from Panic Disorder with Agoraphobia before and after treatment', BRITISH JOURNAL OF MEDICAL PSYCHOLOGY, Vo: 70, 149-157, εκδόσεις The British Psychological Society, 1997
10. Kaplan J. H., Sadock J.B., 'Phobic Disorders', COMPREHENSIVE TEXTBOOK OF PSYCHIATRY, εκδόσεις Williams and Wilkins, 1986
11. Mc Nally J. R., Foa B. E., 'Cognition and Agoraphobia: Vias in the interpretation of threat', COGNITIVE THERAPY AND RESEARCH, Vol: 11, No 11, 567-581, εκδόσεις Plenum Publising Corporation, 1987
12. Mathews M. A., Gelder G. M., Johnson W. D., 'Agoraphobia: Nature and Treatment', 1981
13. Mavissakalian R. M., Lteif N. G., 'Life events and Two Time Periods', 'COMPREHENSIVE PSYCHIATRY', Vol: 37, No 4, 241-244, εκδόσεις W. B. Saundas Company, 1996
14. Mavissakalian R. M., 'The Relationship between Panic Disorder - Agoraphobia and Personality Disorders', 'PSYCHIATRIC CLINICS OF NORTH AMERICA', Vol: 13, No 4, εκδόσεις Wesner B. R. And Winokur G., 1990
15. Μουζακίτης Χ., 'Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στην Ψυχιατρική του Γενικού Νοσοκομείου', 'ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ', Τεύχος 12, 1988
16. Roth M., 'The Panic-Agoraphobic Syndrome: A paradigm of the Anxiety Groups of Disorders and its Implications for Psychiatric Practice and Theory', 'AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY', 153:7, εκδόσεις Festschrift, 1996