

**ΑΤΕΙ ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

**Διαταραχή Πανικού με ή χωρίς Αγοραφοβία
και Γενικευμένη Αγχώδη Διαταραχή και η
Θεραπεία τους με την Γνωστική –
Συμπεριφοριστική Μέθοδο**

Πτυχιακή Εργασία
της Στεργιανούδη Αγγελικής
& της Φραντζή Χρυσάνθης

Επιβλέπων Επόπτης: Δρ. Καθηγητής Δετοράκης Ιωάννης

Πάτρα
Μάιος 2004



Περιεχόμενα

	σελ.
Πρόλογος	2
Κεφάλαιο 1^ο	
Άγχος	
1.1 Ορισμός	4
1.2 Έννοια	5
1.3 Αιτιολογία	8
1.4 Συμπτώματα	9
Κεφάλαιο 2^ο	
Αγχώδεις Διαταραχές	
2.1 Τι ονομάζουμε «Αγχώδεις Διαταραχές»	11
2.2 Που κυρίως οφείλονται οι «Αγχώδεις Διαταραχές»	12
Κεφάλαιο 3^ο	
Διαταραχή πανικού με ή χωρίς αγοραφοβία	
3.1 Τι είναι η διαταραχή πανικού;	14
3.2 Συμπτώματα της κρίσης πανικού	17
3.3 Ποιοι παρουσιάζουν διαταραχή πανικού;	18
3.4 Συνοδά συμπτώματα και σημεία / συνοδές διαταραχές και επιπλοκές	20
3.5 Πανικός και υπεραερισμός	22
3.6 Ποια είναι η ψυχολογία του ατόμου με ΔΠ	24
3.7 Οι αρνητικές σκέψεις και η σχέση τους με τον πανικό	27
3.8 Πανικός και εργασία	32

3.9 Διαγνωστικά κριτήρια διαταραχής πανικού (κατά DSM-III-R)	34
3.10 Το γνωσιακό μοντέλο της διαταραχής πανικού	37
3.11 Αιτιολογία διαταραχής πανικού	42
3.12 Βοήθεια στην οικογένεια	44
3.13 Αντιμετωπίζοντας τις κρίσεις πανικού – ορισμένοι τρόποι να φροντίζεις τον εαυτό σου.	48
3.14 Test μέτρησης του πανικού	52
Κρίση πανικού μέρος Α' – Συμπτώματα σώματος	52
Κρίση πανικού μέρος Β' – Καταστροφικές σκέψεις	54
Κλίμακα άγχους	55
3.15 Ασκήσεις χαλάρωσης	56

Κεφάλαιο 4°

Διαταραχή πανικού με αγοραφοβία

4.1 Ορισμός – Μια γενική Προσέγγιση	60
4.2 Διαγνωστικά κριτήρια αγοραφοβίας	64
4.3 Αιτιολογία Αγοραφοβίας	65

Κεφάλαιο 5° Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή

5.1 Ορισμός – Γενικά χαρακτηριστικά	68
5.2 Διαγνωστικά κριτήρια	70
Διαγνωστικό Ερωτηματολόγιο	75
5.3 Συνοδά συμπτώματα – συνοδές διαταραχές	80
5.4 Έναρξη – πορεία	82
5.5 Επικράτηση (Prevalence)	83

5.6 Αιτιολογία	85
Ψυχολογικές προσεγγίσεις στην αιτιολογία της ΓΑΔ	87
5.7 Διαφορική διάγνωση	90
5.8 Η σχέση μεταξύ της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής και της διαταραχής πανικού	93
5.9 Το γνωστικό μοντέλο της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής	96
5.10 Η φύση της ανησυχίας στην γενικευμένη αγχώδη διαταραχή και τα χαρακτηριστικά της	97
5.11 Ποιότητα ζωής των ατόμων με ΓΑΔ	101
5.12 Χρήση των συστημάτων υγείας από άτομα με ΓΑΔ και το κοινωνικό κόστος	104
Επίδραση της ΓΑΔ στην εργατική παραγωγικότητα	105
Χρήση συστημάτων υγείας	106
Οικονομική επιβάρυνση της ΓΑΔ	107
5.13 Η επίδραση της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής στον τομέα της εκπαίδευσης	108

ΜΕΡΟΣ Β

Θεραπεία της διαταραχής πανικού με ή χωρίς αγοραφοβία και της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής μέσω της γνωστικής – συμπεριφοριστικής θεραπείας

Κεφάλαιο 1°

1.1 Εισαγωγή	110
--------------------	-----

Κεφάλαιο 2°

Εισαγωγή – Ανάλυση της συμπεριφορικής θεωρίας

2.1 Εισαγωγή στην θεραπεία συμπεριφοράς – μια γενική περιγραφή	112
2.2 Ορισμός συμπεριφορικής προσέγγισης – θεραπείας	113
2.3 Ιστορική ανασκόπηση της θεωρίας της συμπεριφοράς	114
2.4 Οι σημαντικότεροι εκφραστές της θεραπείας συμπεριφοράς	119
2.4.i John B. Watson (1878-1958)	120
2.4.ii Ivan P. Pavlov (1849-1936)	122
2.4.iii Edward L. Thorndike (1874-1949)	124
2.4.iv. Burrhus F. Skinner (1904-1990)	127
2.5 Γνωστική –συμπεριφορική θεραπεία. Μια σύντομη ανάλυση των όρων	131
Μια σύντομη ανάλυση των όρων	131
i) Γνωστική (σκέψη μεθόδων)	131
ii) Συμπεριφορική (το τι κάνουμε)	132
iii) Συναισθηματική (χαλάρωση, ηρεμία, στρατηγικές δυναμικής και αντοχής)	132
2.6 Γνωστική – συμπεριφορική θεραπεία. Πως λειτουργεί και ποια η διαφορά της από άλλες μεθόδους.	133

Κεφάλαιο 3°

Συμπεριφοριστικές και νεοσυμπεριφοριστικές θεωρίες μάθησης. Μια γενική θεώρηση και αξιολόγηση

3.1 Εισαγωγή	136
3.2 Ορισμός μάθησης	137
3.3 Σημαντικότερα είδη μάθησης	138
Μια σύντομη προσέγγιση	138

i) Κλασική εξαρτημένη	138
ii) Συντελεστική εξαρτημένη μάθηση (Operant conditioning learning)	140
iii) Γνωστικοκοινωνική μάθηση (Cognitive – Social learning)	142

Κεφάλαιο 4°

Τεχνικές μέθοδοι της γνωστικής – συμπεριφορικής θεραπείας

4.1 Σημαντικότερες και πιο συχνά εφαρμόσιμες τεχνικές στην γνωστική – συμπεριφορική θεραπεία.....	145
i) Λογικο-θυμική θεραπεία (Rational Emotive behavior therapy)	147
ii) Θεραπεία Αποστροφής (Aversion therapy)	148
iii) Συστηματική απευαισθητοποίηση (Systematic desensitization)	150
iv) Θεραπεία με βάση την συντελεστική υποκατάσταση	151

Κεφάλαιο 5°

Τεχνικές – μέθοδοι για την επίλυση διαταραχής πανικού και γενικευμένης αγχώδους διαταραχής

5.1 Προετοιμάζοντας τον πελάτη για θεραπεία	152
5.A Γνωστική-Συμπεριφοριστική θεραπεία: Ιδανική για την διαταραχή πανικού ...	155
α) Γνωσιακή μάθηση – έκθεση στον κίνδυνο	159
β) Χαλαρώσεις – ασκήσεις αναπνοής	162
5.B Γνωστική – Συμπεριφοριστική θεραπεία για την γενικευμένη αγχώδη διαταραχή	166
5.2 Φαρμακοθεραπεία – Μια σύντομη αναφορά	169

Κεφάλαιο 6°

**Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στην γνωστική – συμπεριφοριστική
θεραπεία για την αντιμετώπιση της Δ.Π. και της ΓΑΔ.**

172

Κεφάλαιο 7°

175

Κριτική αξιολόγηση των συμπεριφορικών θεωριών

Συμπεράσματα

180

Βιβλιογραφία

183

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ

Αρχικά θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τον Δρ. Καθηγητή Δεπτοράκη Ιωάννη, ο οποίος δέχθηκε πρόθυμα να αναλάβει την εποπτεία της εργασίας μας. Η στήριξη και η καθοδήγηση που μας έδωσε υπήρξε σημαντική για την διεκπεραίωση της εργασίας αυτής και η συνεργασία μαζί του, καθόλη τη διάρκεια της συγγραφής της ήταν άκρως αποτελεσματική.

Επίσης θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε την κ. Παπαδήμα Τασούλα, Κοινωνική Λειτουργό – Ψυχοθεραπεύτρια του Κ.Ψ.Υ. Θεσσαλονίκης για την χορήγηση αναγκαίου υλικού και την βοήθειά της για την συλλογή πληροφοριών σχετικά με το θέμα μας.

Τέλος, ιδιαίτερα σημαντική ήταν η συμβολή του κ. Αποστολάτου Ιωάννη, Ψυχολόγου, όσον αφορά στην προσφορά των ψυχολογικών τεστ μέτρησης της διαταραχής πανικού.

Η εργασία αυτή είναι αφιερωμένη σε όσα άτομα πάσχουν από διαταραχή πανικού ή γενικευμένη αγχώδη διαταραχή.

Ευχαριστούμε πολύ

Αγγελική Στεργιανούδη

Χρυσάνθη Φραντζή.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Το θέμα της πτυχιακής μας εργασίας είναι: Διαταραχή Πανικού με ή χωρίς αγοραφοβία και η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή και ο τρόπος θεραπείας τους με την γνωστική – συμπεριφοριστική μέθοδο.

Ο λόγος που επιλέξαμε το συγκεκριμένο θέμα ήταν το γεγονός ότι οι δύο αυτές διαταραχές εμφανίζουν μεγάλη συχνότητα σε ένα ιδιαίτερα σημαντικό ποσοστό του πληθυσμού. Ακόμα το γεγονός πως όλο και περισσότερα νεαρά άτομα βιώνουν τέτοιες διαταραχές μας κέντρισε το ενδιαφέρον ώστε να ασχοληθούμε και να αναλύσουμε σε βάθος αυτές τις περιπτώσεις.

Όσον αφορά στο κομμάτι της θεραπείας σημαντικός παράγοντας για την επιλογή της γνωστικής – συμπεριφοριστικής ψυχοθεραπείας ήταν η ενασχόλησή μας μ' αυτή στο Κ.Ψ.Υ. Θεσσαλονίκης κατά τη διάρκεια της εξαμηνιαίας πρακτικής μας άσκησης. Τέλος καθοριστικό παράγοντα στην συγκεκριμένη επιλογή αποτέλεσε το ότι η πλειοψηφία των άρθρων και πηγών που συναντήσαμε παρουσιάζουν την εν λόγω θεραπεία ως την ιδανικότερη και αποτελεσματικότερη για τις παραπάνω διαταραχές.

Βασικός σκοπός της εργασίας μας είναι η όσο το δυνατόν αναλυτικότερη και πολύπλευρη παρουσίαση του θέματος.

Συγκεκριμένα, στο Α' Μέρος μας ενδιαφέρει η άμεση και λεπτομερής ενημέρωση γύρω από τις δύο αυτές διαταραχές όσον αφορά στα χαρακτηριστικά, τα συμπτώματα, την αιτιολογία καθώς και τον τρόπο εκδήλωσής τους. Έτσι κύρια μέριμνά μας είναι η απόλυτη κατανόηση του

θέματος από άτομα που δεν έχουν ολοκληρωμένη άποψη πάνω στο συγκεκριμένο αντικείμενο.

Στο Β' Μέρος, στόχος μας είναι η πλήρης και σαφής παρουσίαση της Γ.Σ.Θ. όσον αφορά στις μεθόδους και τεχνικές που ακολουθούνται καθώς και την σημαντικότητα και αποτελεσματικότητά της στις δύο παραπάνω διαταραχές. Τέλος, θέλουμε να τονίσουμε τον ιδιαίτερα ενεργό ρόλο του ίδιου του ατόμου στην πορεία της θεραπευτικής αυτής διαδικασίας, με σκοπό την εξέλιξη και την ανάκτηση νέων τρόπων λειτουργίας και αντίδρασής του.

ΜΕΡΟΣ Α

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΑΓΧΟΣ

1.1. Ορισμός

Αναμφισβήτητη πραγματικότητα αποτελεί το γεγονός πως πολλές είναι οι φορές στη διάρκεια της ζωής του ανθρώπου, που επικαλούμαστε να αντιμετωπίσουμε δύσκολες καταστάσεις και ποικίλα προβλήματα. Οι καθημερινές δυσκολίες της ζωής μας καθώς και οι συνεχώς αυξανόμενοι γρήγοροι ρυθμοί, κάνουν το άτομο να αισθάνεται πίεση, ένταση και αίσθηση ανικανότητας αντίδρασης. Έχει γίνει πια συχνή συνήθεια να μεταφράζουμε όλες αυτές τις δυσκολίες ως άγχος ή στρες. Τι είναι όμως το άγχος και ποιο κοινό θέμα βρίσκεται πίσω από τους απειράριθμους όρους που χρησιμοποιεί ο καθένας μας για να περιγράψει αυτήν την πανανθρώπινη εμπειρία;

Ως άγχος επιστημονικά ορίζουμε μια δυσάρεστη κατάσταση συναισθηματικής και ψυχολογικής αφύπνισης όπου οι άνθρωποι βρίσκονται όταν βιώνουν ένα γεγονός ή μια κατάσταση γενικά ως επικίνδυνη ή απειλητική για την ύπαρξή τους. Η λέξη άγχος σημαίνει διαφορετικά πράγματα για τον καθένα από εμάς. Για άλλους η λέξη άγχος καθορίζει γεγονότα που τους προκαλούν ένταση, πίεση ή αρνητικά συναισθήματα όπως για παράδειγμα νευρικότητα ή θυμός. Αλλά πάλι

ορίζουν το άγχος σαν μια αντίδραση στις παραπάνω δυσάρεστες καταστάσεις (Learning and Research - Stress Psychology).

1.2. Έννοια: Το άγχος ή αγωνία

Πολλές φορές ο όρος άγχος ταυτίζεται ή φαίνεται να συνδυάζεται με τον όρο φόβο, γι' αυτό κρίναμε σκόπιμο να προσπαθήσουμε να διαχωρίσουμε τις δύο αυτές έννοιες, με σκοπό την αποφυγή λανθασμένων κατανοήσεων.

Ο φόβος αποτελεί μια δυσάρεστη συναισθηματική αντίδραση προς κάποιο συγκεκριμένο πραγματικό κίνδυνο ή προς κάποιο κίνδυνο που αναμένεται. Το άγχος, σε (αντίθεση) είναι αντιδράσεις φόβου όπου η αιτία δεν είναι γνωστή, όπου η πηγή δεν είναι συγκεκριμένη, αλλά αόριστη και συγκαλυμμένη. Δηλαδή το άτομο αντιδρά με φόβο, χωρίς να γνωρίζει την αιτία κατά κάποιο τρόπο υποσυνείδητο και υποκειμενικό. Το άγχος είναι κατάσταση γενικευμένης ανησυχίας και αδημονίας οι οποίες δεν φαίνονται να συνδέονται με οποιοδήποτε συγκεκριμένο αντικείμενο. Το άτομο αισθάνεται κάποιο αόριστο φόβο, χωρίς όμως να είναι σε θέση να καθορίσει πρόσωπο, κατάσταση ή γεγονός που να ενεργοποιεί αυτόν τον αόριστο φόβο. Το άγχος κατακλύζει και κυριαρχεί όλη την ύπαρξη του ατόμου και επηρεάζει αρνητικά όλες τις πτυχές της ζωής, συναισθηματική, κοινωνική, επαγγελματική, οικογενειακή, γνωστική, γλωσσική, πνευματική, ψυχοκινητική. («Χριστόφορος Α. Χριστοφορίδης 1991, σελ. 200).

Το άγχος είναι πιθανό, να προκαλεί τόσο θετικά όσο και αρνητικά αποτελέσματα. Η ήπια δηλαδή μορφή του άγχους, η οποία πρόκειται για μια φυσιολογική αντίδραση σε έναν επικείμενο κίνδυνο απειλή, τότε κινητοποιεί το άτομο ώστε να αποφύγει δυσάρεστες καταστάσεις και δεν θεωρείται βλαβερό για την ισορροπία του ατόμου. Ακόμα το άγχος κάποιες φορές λειτουργεί ως κίνητρο για επιτυχία ή εξέλιξη δημιουργικότητας. Σύμφωνα όμως με την άποψη του κ. Χριστοφορίδη Α. Χριστοφόρου στο βιβλίο του «Ψυχικές διαταραχές και η αντιμετώπισή τους» Λευκωσία 1991, το έντονο και μόνιμο άγχος δεν αποτελεί ασπίδα για τον ψυχοφυσικό οργανισμό, αλλά αντίθετα τον αποδιοργανώνει και καταλύει κάθε είδους ψυχική δραστηριότητα. Οι αλλοιώσεις στις λειτουργίες του σώματος, όπως η διαστολή της ίριδας, η άρση των βλεφάρων, η προβολή των βολβών των ματιών προς τα έξω, η αύξηση των παλμών της καρδιάς, η αύξηση της αναλογίας του σακχάρου στο αίμα, η διοχέτευση μεγαλύτερης ποσότητας του αίματος στα εσωτερικά όργανα και η αναστολή της πέψης παραμορφώνουν την ισορροπία του οργανισμού. Οι αλλοιώσεις αυτές οφείλονται κυρίως στην παρουσία του αίματος μεγαλύτερης ποσότητας αδρεναλίνης. Αυτός είναι ο κυριότερος λόγος για τον οποίο το άτομο δεν μπορεί να ελέγχει τον εαυτό του. Και ουσιαστικά κυριαρχείται από το άγχος.

Άρα όταν το άγχος δεν ελέγχεται αποτελεσματικά και κατάλληλα μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρά προβλήματα. Η έκθεση του οργανισμού σε χρόνιο άγχος μπορεί να συμβάλλει τόσο σε ψυχικές ασθένειες όπως

καρδιοαγγειακά προβλήματα, όσο και συναισθηματικές διαταραχές, τέτοιες όπως αγχώδεις με τις οποίες θα ασχοληθούμε στην συνέχεια (Learning and Research - Stress Psychology).

Το πραγματικό αντικείμενο του φόβου αντιμετωπίζεται είτε με την φυγή, είτε ακόμη και με εκδηλώσεις επιθετικότητας εναντίον του φοβικού αντικειμένου, όταν το υποκείμενο του φόβου διατηρεί την ψυχραιμία του και ελέγχει πλήρως όμως την κατάσταση. Τον κίνδυνο όμως που προέρχεται από την αγωνία δεν μπορεί να τον αντιμετωπίσει γιατί δεν γνωρίζει ούτε πόθεν πηγάζει ούτε που βρίσκεται. Γι' αυτό το άτομο λειτουργεί νευρικά, σπασμωδικά, αόριστα και το σημαντικότερο είναι ότι σπαταλάς δυνάμεις προς όλες τις κατευθύνσεις με αποτέλεσμα να επέρχεται κόπωση και σε μερικές περιπτώσεις εξάντληση. Είναι για αυτόν ακριβώς τον λόγο που τα άτομα που υποφέρουν από αγωνίες συνήθως κουράζονται γρήγορα, καταλαμβάνονται από υπνηλίες και επιθυμούν να πηγαίνουν νωρίς για ύπνο. Ο φόβος έχει ένα συγκεκριμένο αντικείμενο προς το οποίο στρέφει τα βέλη του και δικαιολογείται για τις οποιοσδήποτε δραστηριότητες που κάνει το άτομο. Το άγχος είναι ανώνυμο (Lersch 1956. σελ. 275) ένας φόβος χωρίς φοβικό αντικείμενο, ασαφής, αόριστος και που αιχμαλωτίζει και ακινητοποιεί όλες τις ψυχικές δραστηριότητες του ατόμου, ένας φόβος που καταδυναστεύει ολόκληρο τον ψυχοφυσικό οργανισμό (Χριστόφορος Α. Χριστοφορίδης 1991, σελ. 201).

Στην πραγματικότητα, το άγχος έχει και αυτό την πηγή του, το συγκεκριμένο δηλαδή αντικείμενο, από το οποίο ενεργοποιείται. Μόνο που

το άτομο δεν είναι σε θέση να συνειδητοποιήσει και να προσδιορίσει αυτό το αντικείμενο, γιατί είναι κρυμμένο στο βάθος του υποσυνείδητου. Σύμφωνα με τον Χριστοφορίδη Α. Χριστόφορο αν ο φόβος μοιάζει με τον εχθρό που βλέπεις να έρχεται εναντίον σου και μπορείς να πάρεις προστατευτικά μέτρα, είτε φεύγοντας, είτε κάνοντας επιθετικές ενέργειες, το άγχος μοιάζει με τον εχθρό που κρύβεται, δεν τον βλέπεις και έτσι δεν μπορείς να πάρεις αποτελεσματικά μέτρα εναντίον σου. Οι αντιδράσεις σ' αυτόν τον εχθρό είναι σπασμωδικές, ασυντόνιστες, απρογραμματίστες.

1.3. Αιτιολογία

Η αιτιολογία της ύπαρξης άγχους, είναι πολυδιάστατη και μπορεί να περιλαμβάνει διάφορες πηγές, ανάλογα με το άτομο στο οποίο εκδηλώνεται.

Αγχώδη γεγονότα ή καταστάσεις που προκαλούν άγχος και ένταση μπορεί να προκαλούνται από πολύ μικρά καθημερινά προβλήματα (π.χ. αναμονή για κάποιο αποτέλεσμα) ως κάτι πολύ σοβαρό όπως χρόνιες ασθένειες, απειλή ενός πολέμου, ή υπερπληθυσμός. Πολλές έρευνες έχουν μελετήσει το πώς οι άνθρωποι αντιδρούν στο άγχος που προκαλούν οι μεγάλες αλλαγές της ζωής μας. Κάποιοι από τους πιο αγχογόνους παράγοντες είναι: θάνατος αγαπημένου προσώπου, διαζύγιο, ασθένειες, ανεργία, προβλήματα στις διαπροσωπικές σχέσεις και άλλα πολλά που υπάγονται στην καθημερινότητα του καθένα από εμάς (Gale Encyclopedia of Psychology Stress).

Τα πραγματικά όμως αίτια του άγχους είναι τα αδιέξοδα, τα άλυτα προβλήματα, οι ασυνείδητες συγκρούσεις του ατόμου που το πιέζουν, το συνθλίβουν συνεχώς, δεν του αφήνουν περιθώρια για ανώδυνες λύσεις ούτε και του επιτρέπουν άλλες επιλογές.

Η εμπειρία του άγχους είναι αναμφίβολα ανεπιθύμητη, αλλά δυστυχώς πολύ συχνό φαινόμενο στην εποχή μας. Ο άνθρωπος πολλές φορές παρουσιάζεται αδύναμος να αφομοιώσει όλες τις ραγδαίες εξελίξεις της καθημερινότητας. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, οι δυσάρεστες αυτές εμπειρίες να φέρνουν το άτομο αντιμέτωπο με τη συνείδησή του, τις ευθύνες του και τις υποχρεώσεις του, που είναι δυνατόν να αποτελέσουν πηγές άγχους και για άτομα που είναι καθόλα υγιή.

1.4. Συμπτώματα

Τα συμπτώματα του άγχους ή της αγωνίας συνήθως δεν είναι ανάλογα με τα αίτια. Πολλές φορές ίσως να μην έχουν σχέση μ' αυτά. Η συμπτωματολογία του άγχους μπορεί και αυτή να κατηγοριοποιηθεί σε τέτοιες όπως συναισθηματικά, ψυχικά ή σωματικά αποτελέσματα.

Το άτομο ενδέχεται να παρουσιάσει – ως αντίδραση στο άγχος – έμμονες ή ψυχαναγκαστικές ιδέες. Ακόμα να παρουσιάσει υποχονδρία, να παραπονιέται δηλαδή για ασήμαντες και ανύπαρκτες ασθένειες, να επισκέπτεται γιατρούς για να σιγουρευτεί ενώ στην πραγματικότητα δεν υποφέρει από οποιαδήποτε ασθένεια.

Σύμφωνα με τον κ. Κυπραίό στο «Άγχος» σελ. 20 η αντίδραση στο άγχος μπορεί να φανερωθεί και ως διάφορες μορφές φυγής (τοξικομανία, αλκοολισμός, αυτοκτονία, αύξηση ποσοστού ψυχασθενών κάθε μορφής και άλλα).

Βέβαια το άγχος εκδηλώνεται και με διάφορες φυσιολογικές ανωμαλίες όπως ταχυπαλμίες, καρδιακές προσβολές, υπερτάσεις, δυσπεψίες, γαστρίτιδες, άσθμα, δύσπνοια, και άλλες πολλές που αποτελούν συμπτώματα αγωνίας.

Ως συμπτώματα φυσικά μπορούν να θεωρηθούν και όχι τόσο έκδηλα σωματικά συμπτώματα. Τέτοια είναι τα ψυχολογικά προβλήματα όπως παθολογικός αλκοολισμός, εχθρότητα, επιθετικότητα, μελαγχολική διάθεση, αδικαιολόγητες εκρήξεις θυμού, παθολογική σεξουαλική πείνα, ή αντίθετα παθολογική σεμνοτυφία και άλλα (Χριστόφορος Α. Χριστοφορίδης, 1991).

Ανεξάρτητα όμως από την ένταση, την διάρκεια ή την σοβαρότητα των συμπτωμάτων αυτών, όλα αποτελούν δυσάρεστη εμπειρία και απειλούν την ψυχοσυναισθηματική εμπειρία του καθένα από εμάς.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΑΓΧΩΔΕΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Όπως προαναφέρθηκε το άγχος είναι μια κοινή αντίδραση, που σε κάποιο βαθμό απαντάται στους περισσότερους ανθρώπους με την μορφή της υπερβολικής αντίδρασης σε ήπια στρεσογόνα γεγονότα (π.χ. παραμονή εξετάσεων). Το άγχος θεωρείται παθολογικό εάν δημιουργεί προβλήματα στην καθημερινή λειτουργία, στην επίτευξη επιθυμητών στόχων ή στην συναισθηματική ηρεμία του ατόμου, οπότε έχουμε και κάποια αγχώδη διαταραχή, οι οποίες είναι οι πιο συχνές ψυχιατρικές διαταραχές στον γενικό πληθυσμό. (Νίκου Μάνου, 1997, σελ. 252).

Για να μπορέσουμε όμως να συνεχίσουμε στην ανάλυση συγκεκριμένων διαταραχών, θεωρήσαμε ωφέλιμο να προχωρήσουμε σε μια σύντομη αναφορά και ανάπτυξη στις αγχώδεις διαταραχές γενικά.

2.1. Τι ονομάζουμε «Αγχώδεις Διαταραχές»;

Πρόκειται λοιπόν για μια κατάσταση όπου το άτομο διακατέχεται από επίμονα συναισθήματα φόβου, κινδύνου από άγνωστη αιτία και ανησυχίας.

Σύμφωνα με τον Dr.med Γεώργιο Γεωργιάδη (Ειδικός / Γενικός οικογενειακός Ιατρός και Διδάκτωρ της Ψυχοσωματικής στο Πανεπιστήμιο της Χαϊδελβέργης) σε αυτά τα σύνδρομα περιλαμβάνεται η κρίση πανικού

(την οποία θα αναλύσουμε στη συνέχεια), διαταραχές μετά από επίδραση στρεσογόνου παράγοντα και ψυχαναγκαστικές διαταραχές. Το άγχος επιστημονικά αποτελεί ένα είδος δυσάρεστης συγκίνησης, τέτοια όπως επίσης είναι η θλίψη, ο θυμός, οι ενοχές, αλλά το άγχος ξεχωρίζει μιας και συνδέεται πάντα με έναν επαπειλούμενο κίνδυνο.

2.2 Που κυρίως οφείλονται οι «Αγχώδεις Διαταραχές»;

Οι αιτίες που οδηγούν το άτομο να βιώσει κάποια αγχώδη διαταραχή δεν οφείλονται μόνο σε εξωτερικούς ή εσωτερικούς παράγοντες αλλά συνήθως σε συνδυασμό και των δύο.

Πολλές φορές εσωτερικοί παράγοντες οδηγούν το άτομο σε εσωτερικές ψυχικές εντάσεις και συναισθηματικές φορτίσεις. Αυτοί οι παράγοντες σε συνδυασμό με εξωτερικούς, τέτοιοι όπως προβλήματα στον χώρο της εργασίας, στην οικογένεια, δυσκολίες στις διαπροσωπικές σχέσεις φαίνεται να κινητοποιούν μηχανισμούς άμυνας του ατόμου. Αυτό σύμφωνα και με την γνώμη του Γεωργίου Γεωργιάδη έχει ως συνέπεια να επικρίνονται ουσίες όπως είναι η αδρεναλίνη και πολλές άλλες που στοχεύουν διάφορα όργανα του σώματος.

Αυτό που αξίζει να σημειωθεί είναι πως ο πανικός και η αγοραφοβία δεν οφείλονται σε αδυναμία του χαρακτήρα του πάσχοντος ή σε έλλειψη θέλησης. Ακόμα, δεν είναι απαραίτητο τα συμπτώματα ή η κατάσταση να γίνει ανυπόφορη ώστε να αποφασίσει το πάσχον άτομο, σε αναζήτηση υποστήριξης και βοήθειας. Αντίθετα όσο το νωρίτερο, τόσο το

καλύτερο. Γι' αυτό είναι καλός μόνις κάποιος αντιληφθεί μειωμένη λειτουργικότητα και αποδοτικότητα στην καθημερινή ζωή του, να επισκεφθεί τον προσωπικό του ιατρό για να αποφασίσει εάν χρειάζεται περαιτέρω έρευνα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΑΝΙΚΟΥ ΜΕ Η ΧΩΡΙΣ ΑΓΟΡΑΦΟΒΙΑ

Για ευκολότερη ανάλυση αλλά και κατανόηση του κειμένου κρίναμε καλύτερο να αναλύσουμε πρώτα την διαταραχή πανικού χωρίς ιδιαίτερη αναφορά στην αγοραφοβία και στη συνέχεια θα αναλύσουμε την αγοραφοβία αλλά και το τι προκαλεί όταν είναι μέρος της διαταραχής πανικού.

Μια λοιπόν από τις πιο συχνές διαταραχές του άγχους είναι και η διαταραχή Πανικού. Ξεκινώντας, ας πάρουμε μια εικόνα για οτιδήποτε σχετίζεται με αυτή την διαταραχή.

3.1. Τι είναι η διαταραχή Πανικού;

Η λέξη «πανικός» προέρχεται από τον Έλληνα Θεό Πάνα, ο οποίος λέγεται ότι επιτεθόταν σε απρόσεκτους ταξιδιώτες τρομοκρατώντας τους μέχρι θανάτου. (Επιτροπή Κοινωνικής Πολιτικής του Α.Π.Θ. «Ο Πανικός» 2002).

Η Διαταραχή Πανικού χαρακτηρίζεται από την παρουσία επαναλαμβανόμενων και αιφνιδιαστικών κρίσεων πανικού ή μιας απλής κρίσης πανικού που ακολουθείται από τουλάχιστον ένα μήνα επίμονης αγωνίας για επικείμενη κρίση, ανησυχία για τις επιπλοκές ή συνέπειες τις κρίσης πανικού ή σημαντική αλλαγή στη συμπεριφορά που σχετίζεται με τις κρίσεις. Απαιτούνται 4 τουλάχιστον αιφνίδιες κρίσεις που δεν

συνδέονται με κάποιο παράγοντα ώστε να διαγνωστεί διαταραχή πανικού, αν και είναι δυνατόν να συμβούν κρίσεις που σχετίζονται με κάποιον εξωτερικό παράγοντα. (Ορέστης Γιωτάκος, 2002).

Αυτό που είναι σημαντικό να γνωρίζουμε σχετικά με τον πανικό είναι η ίδια η εμπειρία του πανικού. Εάν συμβεί η ζωή του ατόμου αλλάζει δραματικά. Μια κρίση πανικού φέρνει τις ταχύτερες και τις πιο σύνθετες αλλαγές στο ανθρώπινο σώμα. Σύμφωνα με την άποψη της Λίζας Βάρβογλη (Κλινική Ψυχολόγος, Νευροψυχολόγος, «αντιμετωπίζοντας τις κρίσεις πανικού» 2001, healthin.gr) η υποκειμενική εμπειρία είναι ένας εξουθενωτικός, ανεξέλεγκτος τρόμος σαν να είναι κανείς πάρα πολύ άρρωστος, έτοιμος να πεθάνει ή να χάσει τα λογικά του. Ο πανικός αλλάζει δραστικά τις λειτουργίες των κυρίων αδένων, της καρδιάς, των πνευμόνων, του στομαχιού, των εντέρων, των νεφρών, της ουροδόχου κύστης, των οφθαλμών και των μεγάλων μυϊκών ομάδων.

Η Διαταραχή Πανικού μπορεί να αποκλειστεί μόνο σε ταυτόχρονη ύπαρξη οργανικής νόσου που προκαλεί παρόμοιες ενοχλήσεις, όπως υπερθυρεοειδισμός, υπογλυκαιμία, κροταφική επιληψία (Iatroclub Medical Magazine, copyright 2000-2002). Όπως είδαμε η διαταραχή πανικού χαρακτηρίζεται από κρίσεις πανικού, οι οποίες μπορεί να είναι διαφορετικές από άτομο σε άτομο ανάλογα με την ένταση, την συχνότητα, την αιτιολογία, τον τρόπο αντίδρασης και αντιμετώπισης της. Για να κατανοήσουμε απόλυτα τον όρο «κρίση πανικού» θεωρήσαμε σκόπιμο να αναλύσουμε τον όρο κρίση, στην πιο ευρεία έννοιά της.

Η ίδια η λέξη «κρίση» εκπέμπει μηνύματα απειλής η κατεπείγουσας ανάγκης για δράση. Σε μια κατάσταση κρίσης πρέπει να αποφασίσουμε για κάτι: είναι κρίσιμη καμπή, η αποφασιστική στιγμή. Ακόμα χρησιμοποιούμε την λέξη «κρίση» όταν αντιμετωπίζουμε μια επείγουσα, αγχωτική κατάσταση που μας καταβάλλει. Κρίσεις συμβαίνουν σε άτομα, οικογένειες, οργανισμούς, κράτη (Glenys, Parry, 1996. σελ. 17).

Οι κρίσεις στην πιο ευρεία τους έννοια (ψυχολογικές) προσδιορίζονται από συγκεκριμένα χαρακτηριστικά που είναι τα εξής:

- Ένα γεγονός που πυροδοτεί το άγχος ή το μακροχρόνιο άγχος.
- Το άτομο νιώθει βαθιά μελαγχολία
- Υπάρχει απώλεια, κίνδυνος ή ταπείνωση
- Υπάρχει η αίσθηση του ανεξέλεγκτου
- Τα γεγονότα φαίνονται απρόσμενα
- Δημιουργούνται αλλαγές στον καθημερινό τρόπο ζωής
- Υπάρχει αβεβαιότητα για το μέλλον
- Η μελαγχολία συνεχίζεται για αρκετό διάστημα.

Κατά την διάρκεια μιας κρίσης πανικού λοιπόν – επιστρέφοντας στο θέμα μας – χαρακτηρίζονται και συνοδεύονται από συμπτώματα ψυχολογικά αλλά και σωματικά. Γι' αυτό το λόγο και τα συμπτώματα αυτά αποκαλούνται και είναι γνωστά ως ψυχοσωματικά.

Αυτό που πρέπει να τονίσουμε και να αναφέρουμε είναι πως τα συμπτώματα αυτά δεν εμφανίζονται απαραίτητα όλα μαζί σε ένα άτομο ή κατά τη διάρκεια μιας κρίσης. Κάθε άτομο που βιώνει τέτοιες κρίσεις

μπορεί να εκδηλώνει λίγα από τα συμπτώματα ή ακόμα και διαφορετικά συμπτώματα κάθε φορά. Αρκούν όμως τουλάχιστον τέσσερα από τα παρακάτω συμπτώματα, ώστε να διαγνωσθεί κρίση ή διαταραχή πανικού.

3.2 Συμπτώματα της κρίσης πανικού

Διαβάζοντας πολλά κείμενα, άρθρα και παίρνοντας πληροφορίες από πολλές πηγές σχετικά με την διαταραχή πανικού, τις κρίσεις και την συμπτωματολογία καταλήξαμε στο ότι τα πιο συχνά και χαρακτηριστικά συμπτώματα είναι τα παρακάτω.

- δυσκολία στην αναπνοή, αίσθηση έλλειψης αέρα, δύσπνοια.
- αίσθημα αδυναμίας, αστάθειας ή επερχόμενης λιποθυμίας, ζάλη, ναυτία.
- ταχυπαλμία, αίσθηση ότι θα «σπάσει η καρδιά σου»
- τρεμούλα, ειδικά στα άκρα αλλά και εσωτερικά (ταραχή)
- εφίδρωση
- απρόσμενα και ξαφνικά αισθήματα ζέστης ή ρίγους, ανατρίχιασμα, φούντωμα
- μουδιάσματα ή τσιμπήματα στο σώμα και το πρόσωπο
- αποπροσωπότητα, αίσθηση απομάκρυνσης από το σώμα
- πόνος ή πλάκωμα στο στήθος
- φόβος θανάτου
- φόβος απώλειας ελέγχου ή επέλευσης τρέλας
- αίσθημα πνιγμονής, δυσκολίας στην κατάποση

- αίσθημα επερχόμενου καρδιακού εμφράγματος ή εγκεφαλικού
- σφίξιμο ή τράβηγμα στην περιοχή του αυχένα
- μυϊκοί πόνοι ή πιασίματα, βαρύ κεφάλι, ή αίσθηση ύπαρξης κενού

στο κεφάλι.

3.3 Ποιοι παρουσιάζουν διαταραχή πανικού;

Η Διαταραχή Πανικού πρόκειται για μια από τις πιο συχνές – ίσως η συχνότερη – που υπάγεται στις αγχώδεις διαταραχές. Δυστυχώς δεν υπάρχει κάποια συγκεκριμένη ομάδα πληθυσμού που μπορεί να εκδηλώσει τέτοια διαταραχή. Η διαταραχή αυτή είναι πιθανό να εμφανιστεί στον οποιοδήποτε, σε οποιαδήποτε ηλικία και σε οποιαδήποτε κατάσταση. Ακόμα δεν υπάρχει κάποιου είδους προειδοποίηση.

Όπως είναι ο κάθε άνθρωπος διαφορετικός, έτσι και η διαταραχή αυτή βιώνεται διαφορετικά στον καθένα που μπορεί να προσβληθεί από αυτή. Οι διαφορές αυτές εστιάζονται σε διάφορες πτυχές. Για παράδειγμα, τα συμπτώματα δεν είναι απαραίτητα ίδια σε όλες τις περιπτώσεις. Κάποιοι εμφανίζουν πολλά, κάποιοι λιγότερα και άλλοι ελάχιστα. Η ένταση επίσης δεν είναι πάντα η ίδια. Υπάρχουν ήπιες κρίσεις, μέτριες ή ακόμα και βαριές. Ακόμα όμως και αν, τα συμπτώματα που βιώνονται είναι κοινά σε κάποιες περιπτώσεις ατόμων, η αίσθηση που βιώνει ο καθένας διαφέρει ανάλογα με την προσωπικότητα, την δύναμη του χαρακτήρα του, τον ψυχισμό του αλλά και από εξωτερικούς – περιβαντολλογικούς παράγοντες.

Πολλές μελέτες έχουν γίνει για να εντοπιστεί πότε και σε ποια ηλικία είναι πιο κοινή μια τέτοια διαταραχή όπως αυτή του πανικού. Σύμφωνα με το *latroclub-medical magazine 2000-2002* για την «διαταραχή πανικού», είναι δυνατόν η διαταραχή πανικού να εμφανιστεί σε όλες τις ηλικίες, αλλά με σαφή αύξηση στην ηλικία των 20-40 ετών. Ακόμα υποστηρίζει πως η εμφάνιση έστω 1 κρίσης πανικού υπολογίζεται στο 10% του πληθυσμού, ενώ το 4% έχει σοβαρό και συχνό πρόβλημα με τις κρίσεις.

Ακόμα σύμφωνα με την «Anxiety Panic Internet resource 1993-2000» η διαταραχή πανικού προσβάλλει τουλάχιστον 1,6% του πληθυσμού, ενώ σύμφωνα με την παραπάνω άποψη ότι κυρίως εμφανίζεται σε νεαρούς ενήλικες.

Επίσης, σύμφωνα με την άποψη του Ορέστη Γιωτάκου η βαρύτητα και η συχνότητα των φαινομένων ποικίλουν ευρέως. Για παράδειγμα μπορεί κάποιος να βιώσει μια κρίση πανικού την εβδομάδα για πολλούς μήνες, ενώ άλλος μπορεί να περιγράψει μια σειρά από κρίσεις μέσα σε μια εβδομάδα, με μεσοδιαστήματα εβδομάδων ή μηνών για αρκετά χρόνια. Και ο Ορέστης Γιωτάκος αναφέρει πως η ηλικία έναρξης της διαταραχής αυτής είναι 17 έως 25 έτη. Αυτό που αξίζει να σημειώσουμε, το οποίο έχει υποστηριχθεί από τους παραπάνω αλλά και από άλλες μελέτες είναι πως η διαταραχή πανικού αλλά και οι κρίσεις που την διέπουν εμφανίζονται πολύ περισσότερο στις γυναίκες παρά στους άντρες. Μάλιστα η διαφορά συχνότητας εμφανίζεται σε αναλογία 2:1 έως και πολλές φορές 3:1 σε βάρος του γυναικείου φύλου.

3.4 Συνοδά Συμπτώματα και Σημεία / Συνοδές Διαταραχές και Επιπλοκές.

Τα άτομα με διαταραχή πανικού, εκτός από την ανησυχία τους μήπως συμβούν και άλλες προσβολές πανικού και για τις συνέπειές τους αναφέρουν και συνεχή ή διαλείποντα αισθήματα άγχους χωρίς εστίαση σε συγκεκριμένες καταστάσεις ή άγχος και φόβο για την έκβαση των καθημερινών προβλημάτων ιδιαίτερα αν αυτά έχουν σχέση με την υγεία ή τον αποχωρισμό από κοντινά τους άτομα. Έτσι μπορεί να φοβούνται καταστροφικές συνέπειες για το παραμικρό σύμπτωμα ή την παραμικρή παρενέργεια φαρμάκου ή ότι αυτοί ή κοντινά τους άτομα έχουν μια ανίατη αρρώστια, με συχνές επισκέψεις σε γιατρούς και μεγάλες οικονομικές απώλειες (Νίκου Μάνου 1997, σελ. 259).

Πολύ συχνά, σε ασθενείς με διαταραχή πανικού, συνυπάρχει Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή. Το ποσοστό πλησιάζει τα 50%-60% των περιπτώσεων. Αυτό που αξίζει να σημειώσουμε είναι πως πολλές φορές η καταθλιπτική διαταραχή προϋπάρχει της διαταραχής αυτής του πανικού.

Ένα ακόμα συνοδό σύμπτωμα, ατόμων με την εν λόγω διαταραχή είναι πως αναπτύσσουν φοβίες σχετικά με συγκεκριμένες καταστάσεις ή γεγονότα, που συνήθως συνδέονται με την πιθανότητα του να πάθουν μια ακόμη κρίση πανικού.

Για παράδειγμα, αν κάποιος εκδηλώσει κρίση πανικού ενώ βρίσκεται μέσα σε ασανσέρ, τότε με τον φόβο μήπως πάθει ξανά κρίση, αρχίζει να αποφεύγει την χρήση του ασανσέρ, ενώ σε πιο υπερβολική

αντιμετώπιση, δεν ξανακάνει ποτέ χρήση του ασανσέρ. Εκτός βέβαια από συγκεκριμένες φοβίες ένα άτομο με διαταραχή πανικού, είναι πιθανό να παρουσιάσει και άλλες αγχώδεις διαταραχές τέτοιες όπως Κοινωνική Φοβία (15%-30%), Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή (8%-10%), ειδική φοβία (10%-20%), γενικευμένη αγχώδης διαταραχή (25%) ή ακόμα και διαταραχή Άγχους Αποχωρισμού στην παιδική ηλικία (Τα ποσοστιαία στοιχεία είναι παρμένα από το βιβλίο του Νίκου Μάνου «Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής» Θεσ/κη 1997).

Σύμφωνα με τα στοιχεία από το «Understanding Panic Disorder» 2001 άτομα με διαταραχή πανικού καταφεύγουν σε χρήση ναρκωτικών. Υπολογίζεται πως το 17% των ατόμων που πάσχουν από την συγκεκριμένη διαταραχή κάνουν χρήση ναρκωτικών ουσιών. Κυρίως η χρήση κοκαΐνης αλλά και ινδικής Κάνναβης μπορεί να προκαλέσει ή να ενισχύσει μια τέτοια κρίση.

Ακόμα, άτομα με διαταραχή πανικού είναι πιο εύκολο σχετικά με τον υπόλοιπο πληθυσμό να στραφούν στον αλκοολισμό. Πολλές φορές η υπερβολική – συνήθως – κατανάλωση αλκοόλ συνδέεται με την προσπάθεια αυτών των ατόμων, να αυτοθεραπευθούν ή απλά να ξεχαστούν και να αισθανθούν καλύτερα, έστω και παροδικά.

Αυξημένος επίσης είναι και ο κίνδυνος αυτοκτονίας, σε άτομα με διαταραχές όπως αυτή του πανικού, συγκριτικά με άτομα που δεν έχουν εκδηλώσει τέτοιου είδους διαταραχές. Όταν μια τέτοια επικινδυνότητα

υπάρχει η βοήθεια και η υποστήριξη από φαρμακολογικής αλλά και ψυχολογικής υποστήριξης θεωρείται άμεση.

Όπως προαναφέρθηκε, άτομα με διαταραχή πανικού, παρουσιάζουν φοβίες για συγκεκριμένα γεγονότα, καταστάσεις ή και χώρους. Αυτό όμως αν συνεχίζεται για μακρόχρονο διάστημα μπορεί να οδηγήσει σε τάσεις φυγής από πολλές πτυχές και ασχολίες της καθημερινής ζωής όπως εργασία, εκκλησία, Super – Markets, δημόσιες υπηρεσίες και άλλα. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα, το άτομο να θέτει συνεχώς όρια στον εαυτό του και την καθημερινότητά του, έτσι ώστε να κάνει την ζωή του ακόμα πιο δύσκολη και βασανιστική.

Ένα ακόμα σύμπτωμα του πανικού σύμφωνα με μια έκθεση της Επιτροπής Κοινωνικής Πολιτικής του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσ/κης, είναι τα επακόλουθά του, που μπορεί να είναι νευρική ανησυχία, κούραση και προσωρινή απώλεια συντονισμού καθώς το νευρικό σύστημα έχει υποστεί μια τεράστια αποδιοργάνωση και θα χρειαστεί χρόνο να επανέλθει.

3.5. Πανικός και Υπεραερισμός

Αρκετοί μελετητές έχουν ασχοληθεί ή τουλάχιστον αναφερθεί στην σχέση που φαίνεται να υπάρχει ανάμεσα στον πανικό και τον υπεραερισμό. Σύμφωνα με την άποψη του Ορέστη Γιωτάκου, ένας κεντρικός παράγοντας στην παθοφυσιολογία του πανικού είναι ο υπεραερισμός, γι' αυτό και πολλές έρευνες που εξέτασαν την φύση των

προσβολών πανικού μέσα από ένα βιολογικό μοντέλο έχουν δώσει έμφαση στο συγκεκριμένο φαινόμενο.

Συνοπτικά, ο υπεραερισμός ορίζεται ως η αναπνοή πέρα από τις ανάγκες του μεταβολισμού (Θωμάς Καλπάκογλου, 1997 σελ. 57). Ασθενής με διαταραχή πανικού έχει φανεί ότι είναι χρόνια υπεραεριζόμενοι ασθενείς οι οποίοι μπορεί να κάνουν οξύ και τυχαίο υπεραερισμό και κάποιες φορές κρίσεις πανικού. Οι συνέπειες του υπεραερισμού είναι η αύξηση της έντασης των συμπτωμάτων όπως ζαλάδα, ταχυκαρδία, επιγαστρία δυσφορία, ανεξέλεγκτες σκέψεις, τρέμουλο, παραισθήσεις κ.λ.π. (Θωμάς Καλπάκογλου, 1997, σελ. 57).

Παρ' όλα αυτά οι απόψεις επιστημόνων τείνουν τελευταία να αμφισβητούν αυτήν την άποψη. Ο Salkonskis (1988), εξετάζοντας την σχετική βιβλιογραφία και έχοντας πραγματοποιήσει πειράματα στον Τομέα αυτό, κατέληξε σε δύο συμπεράσματα (1) ότι ο υπεραερισμός δεν είναι απαραίτητος, ούτε αρκετός για την δημιουργία της προσβολής πανικού, αλλά φαίνεται όμως να παίζει σημαντικό ρόλο σε ένα μέρος της προσβολής και (2) ότι ο υπεραερισμός δεν είναι απαραίτητα η αιτία για ορισμένα από τα οργανικά συμπτώματα του πανικού, αλλά μπορεί να συμβάλλει ως ένας σημαντικός μηχανισμός στην δημιουργία κάποιων οργανικών συμπτωμάτων, η αντίδραση στα οποία συντελεί στην περαιτέρω εξέλιξη της προσβολής.

Τα παραπάνω μας οδηγούν λοιπόν στο συμπέρασμα πως μερίδα ατόμων μπορεί να αντιδράσει και να βιώσει ήπια τα οργανικά αυτά

συμπτώματα του υπεραερισμού και να εμποδίσει την συνέχιση και την ενίσχυση της προσβολής. Ενώ αντίθετα κάποιοι άλλοι είναι πιθανόν να ερμηνεύσουν με αρνητικό ή και καταστροφικό τρόπο τα οργανικά συμπτώματα που απορρέουν από τον αερισμό, με αποτέλεσμα την έντονη ενίσχυση των φαινομένων που τελικά οδηγεί σε δημιουργία της προσβολής πανικού.

Ο Holt και Andrews (1989a) σύμφωνα με τον Θωμά Καλπάκογλου, εξέτασαν την τάση για υπεραερισμό σε άτομα με διαταραχή πανικού, γενικευμένη αγχώδη διαταραχή, κοινωνική φοβία αλλά και σε άτομα με μη ψυχοπαθολογικά συμπτώματα. Τα αποτελέσματα έδειξαν μεγάλη συσχέτιση μεταξύ των συμπτωμάτων του υπεραερισμού και του άγχους: όσο μεγαλύτερο είναι το άγχος ενός ατόμου, τόσο μεγαλύτερη είναι και η τάση για υπεραερισμό.

Τα συμπτώματα αυτά του υπεραερισμού σύμφωνα με τον Ορέστη Γιωτάκο, μπορούν να θεραπευτούν επιτυχώς με αντιπανική αγωγή ή με κατάλληλες συμπεριφορικές τεχνικές αναπνοής.

3.6. Ποια είναι η ψυχολογία του ατόμου με Δ.Π.

Όπως έχουμε αναφέρει ξανά, το φυσιολογικό άγχος είναι μια χρήσιμη και φυσιολογική αντίδραση που προετοιμάζει τον οργανισμό να αντιμετωπίσει μια επικείμενη απειλή. Το παθολογικό άγχος όμως, είναι υπερβολικό σε σχέση με το ερέθισμα που το προκαλεί. Έχει τις ρίζες του

περισσότερο σε μια ενδόμυχη ανασφάλεια και λιγότερο στις αντίξοες συνθήκες του περιβάλλοντος.

Η εμπειρία του πανικού είναι τρομακτική. Η ζωή του ατόμου που πάσχει από τέτοια διαταραχή αλλάζει δραματικά. Μια τέτοια κρίση πανικού φέρνει τις ταχύτερες και πιο σύνθετες αλλαγές στο ανθρώπινο σώμα. Η υποκειμενική εμπειρία είναι ένας εξουθενωτικός, ανεξέλεγκτος τρόμος, σαν να είναι κανείς πάρα πολύ άρρωστος, έτοιμος να πεθάνει ή να χάσει τα λογικά του.

Το άτομο που πάσχει από διαταραχή πανικού παρουσιάζει αδυναμία συγκέντρωσης και προσοχής. Δυσκολεύεται συνήθως πολύ να αντιμετωπίσει τις καθημερινές δυσκολίες και κουράζεται εύκολα. Όλο αυτό, φορτίζει αρνητικά το άτομο, το οποίο νιώθει δυσαρεστημένο από τον εαυτό του, την αδυναμία του αλλά και την έλλειψη δύναμης και ψυχραιμίας που αισθάνεται. Αυτό συχνά οδηγεί σε απογοήτευση, τύψεις ή ενοχές και το άτομο προκειμένου να αισθανθεί καλύτερα ή να αποφύγει νέες δυσάρεστες καταστάσεις, αρχίζει να εγκαταλείπει διάφορες καθημερινές δραστηριότητες που τους προκαλούν άγχος.

Σύμφωνα με τον Νικήτα Καυκιού, η εσωτερική ισορροπία αυτού που βασανίζεται από παθολογικό άγχος είναι ασταθής. Δεν διαθέτει την ψυχική δυνατότητα ώστε να υπομείνει ψύχραιμα τις μετακινήσεις, και έτσι κάθε στιγμή κινδυνεύει να ανατραπεί κάτω από το βάρος των καθημερινών δυσκολιών. Βασανίζεται από εσωτερικές συγκρούσεις, υποσυνείδητες ενοχές, λανθάνουσα επιθετικότητα και ανικανοποίητες

παρορμήσεις. Βλέπει την πραγματικότητα μέσα από τον διαθλαστικό φακό της ανασφάλειας. Στην αντίληψη ενός ατόμου με διαταραχή πανικού, υποπίπτουν μόνο τα αρνητικά δεδομένα. Η προσοχή του επικεντρώνεται στο πιο επικίνδυνο, όχι μόνο σε προσωπικό επίπεδο αλλά και για άτομο στο άμεσα στενό περιβάλλον του όπως οικογένεια, συγγενείς, φίλους, σύντροφο.

Μια τέτοια αγχώδης διαταραχή, γεμίζει το άτομο ένταση και ανησυχία. Βρίσκεται σε συνεχή εγρήγορση αναζητώντας χωρίς να το θέλει απειλητικά ερεθίσματα. Οι ελπίδες, οι στόχοι, και οι οραματισμοί αδυνατίζουν. Η οδύνη που αισθάνεται συχνά τον εμποδίζει να νιώσει χαρά και ηρεμία γεμίζοντας το άτομο με φοβίες αλλά και έμμονες ιδέες.

Πολλές φορές είναι πιθανό οι ωφέλιμες δραστηριότητες και οι κοινωνικές σχέσεις ενός τέτοιου ατόμου να περιορίζονται. Η παγίδα του άγχους, του φόβου και της θλίψης τον σπρώχνει στο περιθώριο. Ακόμα, υπάρχουν φορές που το άτομο που βιώνει μια αγχώδη διαταραχή όπως αυτή του πανικού, «κολλάει» σε δυσάρεστα περιστατικά και αργεί περισσότερο από το φυσιολογικό να ξεπεράσει τέτοιες δύσκολες καταστάσεις.

Το άτομο κατά τη διάρκεια μιας τέτοιας διαταραχής είναι εύθραυστο, αδύναμο και ευάλωτο. Αισθάνεται απόγνωση πιστεύοντας πως τίποτα δεν θα είναι όπως πριν. Ο νους λειτουργεί σαν μια ταραγμένη δίνη στην οποία βουλιάζει κάθε ελπίδα. Υπάρχουν φορές που το άτομο αρνείται να αποδεχτεί αυτό που του συμβαίνει. Μπορεί βέβαια ο άνθρωπος που

υποφέρει να αποδέχεται ότι το πρόβλημά του είναι ψυχογενές, όταν όμως είναι να ζητήσει βοήθεια από ειδικούς, αισθάνεται ντροπή και μειονεκτικότητα που είναι ανίκανος να βοηθήσει μόνος του τον εαυτό του.

Μια τέτοια διαταραχή κάνει το άτομο να νιώθει πως είναι μόνος του και πως κανείς δεν το καταλαβαίνει. Αντίθετα κάποιες φορές νιώθει πίεση από τις συμβουλευτικές προτροπές των άλλων. Το ίδιο το άτομο αναγνωρίζει τι είναι σωστό και τι λάθος, αλλά και τι είναι αυτό που θα πρέπει να κάνει για να βοηθήσει τον εαυτό του, απλά πολλές φορές δεν είναι σε θέση να το πραγματοποιήσει. Γι' αυτό οι συμβουλές από το κοντινό του περιβάλλον, ίσως να μην είναι τόσο βοηθητικές, η αγάπη όμως των γύρω το, είναι περισσότερο θεραπευτική από τα λόγια. Το μόνο σίγουρο είναι πως αν κάποιος δεν έχει βιώσει παρόμοια κατάσταση είναι πολύ δύσκολο να καταλάβει την ψυχολογία του ατόμου με διαταραχή πανικού, και να μπορέσει να τον βοηθήσει αποτελεσματικά.

3.7. Οι αρνητικές σκέψεις και η σχέση τους με τον πανικό.

Ένα από τα πιο βασικά χαρακτηριστικά της διαταραχής πανικού είναι οι αρνητικές σκέψεις που υπάρχουν στο μυαλό του κάθε ατόμου που πάσχει από αυτή.

Οι αρνητικές σκέψεις συχνά οδηγούν σε αδιέξοδο. Μια σκέψη ή μια σειρά από αρνητικές σκέψεις καρφώνονται στο μυαλό του ατόμου, και ο νους μπλοκάρει. Άγχος, φόβος, ενοχές ή και θλίψη κατακλύζουν την ψυχή του ατόμου. Αρχίζει έτσι να αισθάνεται ότι βρίσκεται στα όριά του και πως

δεν μπορεί να χαρεί με τίποτα. Εξαντλείται γρήγορα, είναι ευερέθιστος και δεν κοιμάται καλά.

Το σώμα του απαντά με εφίδρωση, δύσπνοια, ταχυκαρδία και μυϊκή ένταση, και όλα μοιάζουν δύσκολα και ανυπόφορα. Δεν μπορεί να ησυχάσει.

Η αρνητική σκέψη και ο πανικός βρίσκονται άμεσα συνδεδεμένα μεταξύ τους. Η σκέψη γίνεται φαύλος κύκλος. Όσο περισσότερο προσπαθεί κανείς να γλιτώσει από αυτή, τόσο υποσυνείδητα ασχολείται μαζί της, και την ενισχύει. Οι σκέψεις δηλαδή φορτίζονται και ενισχύονται από την ίδια την ενέργεια με την οποία τις πολεμά το άτομο κάθε φορά. Όταν μια κρίση πανικού ξεκινά είτε προκαλείται από συγκεκριμένο γεγονός, είτε είναι απρόσμενη, γενικά στο μυαλό του ατόμου αρνητικές ή τρομακτικές σκέψεις. Πολλές φορές μάλιστα – τις περισσότερες ίσως – η κρίση μπορεί να μην είναι τόσο δυνατή, αλλά μέσα από τις τόσες αρνητικές σκέψεις να εντείνεται, να αποκτά μεγαλύτερη διάρκεια και να γίνεται ανυπόφορη.

Επιπλέον τέτοιες δυσάρεστες σκέψεις μπερδεύουν το άτομο, ακόμα και μετά την κρίση. Είναι αποδεδειγμένο πως η διάρκεια μιας κρίσης πανικού ξεκινά από 5'-30' και η έναρξή της είναι απότομη και ξαφνική. Όμως είναι πολύ συχνό το φαινόμενο το άτομο να νομίζει πως η κρίση διαρκεί για ώρες. Αυτό συμβαίνει γιατί, οι αρνητικές σκέψεις που υπάρχουν στο μυαλό του σε συνδυασμό με το φόβο που νιώθει, το κάνουν να ερμηνεύει λάθος την ψυχολογία του. Μετά από την κρίση,

ακόμα δηλαδή και αν τα δυσάρεστα συμπτώματα στην πραγματικότητα έχουν μειωθεί, οι αρνητικές σκέψεις που κάνει το ίδιο το άτομο, το κάνουν να αισθάνεται πως η κρίση δεν έχει περάσει.

Αυτό που πρέπει να αναφέρουμε σ' αυτό το σημείο είναι πως το άτομο δεν κάνει υπερβολικές σκέψεις μόνο σε προσωπικό επίπεδο, αλλά όσον αφορά και στο άμεσα κοντινό του περίγυρο, είτε για το παρόν, είτε και για το μέλλον. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, να κάνει συνεχείς αναφορές στο πρόβλημά του ακόμα και χωρίς να το θέλει, κουράζοντας έτσι το οικογενειακό και φιλικό του περιβάλλον. Αισθάνεται ενοχές και απογοήτευση που δεν μπορεί να είναι δυνατός, δημιουργικός και χαρούμενος. Θα ήθελε – σύμφωνα με τον Νικήτα Καυκιού – να απαλλαγεί από τα αρνητικά συναισθήματα με ένα τρόπο μαγικό και γρήγορο, αλλά νιώθει πως δεν έχει την απαιτούμενη αντοχή και υπομονή να αγωνισθεί ώστε σταδιακά να βελτιώσει την κατάστασή του.

Οι κύριες σκέψεις ενός ατόμου κατά την διάρκεια μιας έντονης κρίσης είναι «φοβάμαι ότι θα πεθάνω» ή «φοβάμαι πως χάνω τον έλεγχο, θα τρελαθώ». Πρόκειται για ακίνδυνες αλλά υπερβολικά αρνητικές σκέψεις που συχνά ωθούν το άτομο να επαναλαμβάνει ιατρικές εξετάσεις, αναζητώντας έτσι τα αίτια της οδύνης στο σωματικο-βιολογικό επίπεδο. Δεν είναι λίγες οι φορές που άτομα κατά τη διάρκεια της κρίσης επισκέπτονται τα εξωτερικά ιατρεία που εφημερεύουν αναζητώντας την σωτηρία από τον επικείμενο φαντασιακό κίνδυνο.

Ο Δαρβίνος ήδη το 1872 περιέγραψε τις συνέπειες του έντονου φόβου «Ο φοβισμένος άνθρωπος στέκεται, κατ' αρχήν μαρμαρωμένος, ακίνητος, χωρίς ανάσα ... η καρδιά χτυπά γρήγορα και βίαια ... ακραία χλωμιάζει, τον περιλούζει κρύος ιδρώτας ... λαχανιάζει ... ξεραίνεται το στόμα του ... τρέμουν οι μύες όλου του σώματος ... επακολουθεί η δειλία, η αδυναμία δράσεως ... Μεγάλες σταγόνες ιδρώτα φαίνονται στο δέρμα ... σύντομα ακολουθεί τέλεια σωματική εξάντληση και η διανοητική ικανότητα εκμηδενίζεται» (Darwin Ch: On the expression of emotions in Man and Animals. Ed John Murray London 1872). Φαίνεται λοιπόν ξεκάθαρα πως ο φόβος είναι το βασικό χαρακτηριστικό στη διαταραχή πανικού όσον αφορά στις σκέψεις. Έρευνες στην Νορβηγία έχουν δείξει οι καταστροφικές και φοβικές σκέψεις, όχι μόνο είναι μέρος του πανικού αλλά και ότι τις χειροτερεύουν, μεγαλώνοντας έτσι την ήδη βασανιστική κατάσταση που βρίσκεται το διαταραγμένο άτομο (Research in the field of Panic Disorder and Panic Attacks).

Οι φοβίες αλλά και οι δυσάρεστες σκέψεις που αναπτύσσονται είναι σχεδόν κοινές σε όλα τα άτομα που αντιμετωπίζουν την συγκεκριμένη διαταραχή. Τέτοια άτομα φοβούνται πως θα λιποθυμήσουν, πως θα πεθάνουν, πως θα μείνουν μόνοι για πάντα, ότι δεν θα αντεπεξέλθουν στις καθημερινές απαιτήσεις αλλά και πως δεν θα ξεπεράσουν ποτέ το πρόβλημά τους και πως θα πρέπει να μάθουν να ζουν με τον πανικό. Ακόμα είναι πιθανό να νιώθει υπεύθυνος για τα προβλήματα ή τις δυσκολίες των άλλων και να νιώθει ενοχές. Όμως άτομα τέτοια με

διαταραχή πανικού γνωρίζουν πως παραλογίζονται αλλά αδυνατούν να απαλλαγούν από τέτοιες καταστροφικές σκέψεις με αποτέλεσμα το πρόβλημα να γίνεται πιο περίπλοκο.

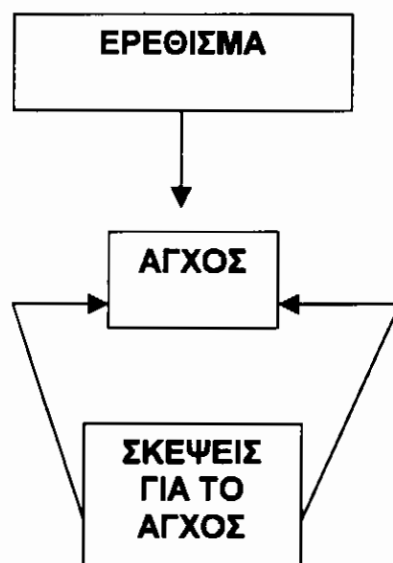
Ο αρνητικός τρόπος σκέψης οδηγεί στην αύξηση του άγχους, το οποίο στην συνέχεια, εντείνει τις αρνητικές σκέψεις κ.ο.κ. Οι αρνητικές σκέψεις παρουσιάζονται αυτόματα, γι' αυτό και τις αποκαλούμε Αυτόματες Αρνητικές Σκέψεις (Α.Α.Σ.) οι οποίες έχουν τα εξής χαρακτηριστικά:

i) μας κάνουν να νομίζουμε ότι είναι περισσότερο πιθανό τα πράγματα να πάνε λάθος (με καταστροφικές συνέπειες) και

ii) αν πάνε λάθος, τότε θα είναι δύσκολο να βοηθήσουμε τον εαυτό μας ή να βρούμε βοήθεια από άλλες πηγές. (Θωμάς Καλπάκογλου, 1997, σελ. 99, 101).

Όπως έχουμε προαναφέρει ο πανικός δεν είναι τίποτε άλλο από ένα οξύ επεισόδιο άγχους. Οι ψυχολόγοι βρήκαν πως οι αρνητικές σκέψεις παρερμηνεύουν τα συμπτώματα του άγχους, θεωρώντας τα ως την αρχή κάποιας πνευματικής ή οργανικής καταστροφής: για παράδειγμα όταν υπάρχει μια μικρή ταχυπαλμία, ενώ αυτή ερμηνεύεται ως αρχή εμφράγματος ή όταν μερικά αισθήματα ζαλάδας θεωρηθεί ότι θα οδηγήσουν σε πλήρη απώλεια αισθήσεων. Με τον ίδιο λοιπόν τρόπο που διαιωνίζεται το άγχος με όλες αυτές τις σκέψεις και τα συμπτώματα, οι άνθρωποι οδηγούνται σε φαύλο κύκλο, ο οποίος οδηγεί στην αύξηση της έντασης των συμπτωμάτων που καταλήγουν σε πανικό.

Το παρακάτω σχεδιάγραμμα απεικονίζει τον κύκλο του άγχους, σε σχέση με τις αρνητικές σκέψεις, σύμφωνα με το Θωμά Καλπάκογλου στο βιβλίο του «Άγχος και Πανικός Γνωστική Θεωρία και Θεραπεία», σελ. 100.



3.8. Πανικός και εργασία

Η διαταραχή πανικού, όπως έχει ήδη αναφερθεί είναι πιθανό να συμβεί στον οποιοδήποτε αλλά και σε οποιαδήποτε ηλικία. Οι κρίσεις επίσης είναι απρόσμενες και ξαφνικές χωρίς σημάδια προειδοποίησης, πιάνοντας έτσι το άτομο απροετοίμαστο.

Μέσα λοιπόν στις καθημερινές δυσκολίες που ένα άτομο αντιμετωπίζει είναι και η ίδια του η εργασία. Συνήθως η εργασία, ο ανταγωνισμός που υπάρχει στον εργασιακό χώρο, οι πιέσεις που συχνά υπάρχουν αλλά και άλλα σχετικά προβλήματα προσδίδουν άγχος σε κάθε άτομο. Σε άτομο όμως με ήδη αυξημένη ένταση και ανησυχία τα δυσάρεστα αποτελέσματα είναι αναμφίβολα τεράστια.

Πολλές μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί πάνω σε άτομα που πάσχουν από πανικό, έχουν ισχυριστεί πως τα συμπτώματα μιας κρίσης γίνονται αφόρητα και πιο τρομακτικά όταν το άτομο νιώθει πως δεν μπορεί να φύγει από τον χώρο που βρίσκεται. Είναι λοιπόν φυσικό στην εργασία, ειδικά σε δημόσιες υπηρεσίες, εταιρείες, νοσοκομεία, καταστήματα κ.τ.λ. που συγκεντρώνεται μεγάλος αριθμός ανθρώπων, ο εργαζόμενος να μην είναι σε θέση πάντα να εγκαταλείπει το σημείο στο οποίο βρίσκεται. Η φυγή όταν δουλεύεις και κυρίως όταν συνεργάζεται δεν είναι εύκολη υπόθεση.

Προσπαθώντας λοιπόν, ο άνθρωπος να κρύψει το άγχος του πίσω από ένα προσωπίο, δείχνοντας ήρεμος και ευδιάθετος, καταπιέζει ακόμα περισσότερο τον εαυτό του και τα δυσάρεστα συναισθήματά του, με μόνο αποτέλεσμα την χειροτέρευση της κατάστασης. Έτσι η κουραστική αυτή κατάσταση γίνεται χρόνια ή τουλάχιστον μακρόχρονη, με συνέπεια κάποιες φορές την αποφυγή του χώρου εργασίας από το άτομο.

Ακόμα, όμως και σε όχι τόσο υπερβολικές περιπτώσεις, το άτομο που δουλεύει νιώθοντας άγχος ή εσωτερική καταπίεση και νευρικότητα παρουσιάζει αναμφίβολα έλλειψη συγκέντρωσης άρα και μειωμένη απόδοση. Αυτή όμως η καθημερινή και βασανιστική διαδικασία συνεπάγεται άσχημες και αποθαρρυντικές συνέπειες τόσο για το ίδιο το άτομο, όσο και για το ευρύτερο εργασιακό του περιβάλλον.

Η εφημερίδα Sunday Times δημοσίευσε το «Occupational Stress Register». Το Μάιο του 1997, το οποίο φανέρωνε το κόστος του στρες

στην εργασία. Οι παράγοντες που προκαλούν τόσο έντονο άγχος μπορούν να μειώσουν τα κέρδη μιας εταιρείας ως το 10%.

Επιπλέον, σύμφωνα με τον Ορέστη Γιωτάκο σε μελέτη που έγινε η συχνότητα των ατόμων με διαταραχή πανικού που δεν εργάζονταν ήταν 25%, ενώ μόνο το 57% μπορούσαν να εργάζονται σε πλήρες ωράριο. Προγνωστικοί παράγοντες της ανικανότητας για εργασία σε τέτοια άτομα είναι i) η συχνότητα των πανικών, ii) η στάση απέναντι στη νόσο και iii) η απογοήτευση της οικογένειας. Οι ασθενείς με διαταραχή πανικού βρέθηκε να έχουν επίπεδα ψυχικής υγείας και λειτουργικού ρόλου πολύ χαμηλότερη από ασθενείς με μείζονες και χρόνιες ιατρικές νόσους.

3.9. Διαγνωστικά κριτήρια διαταραχής πανικού (κατά DSM-III-R)

(A) Σε κάποια χρονική περίοδο, κατά την διάρκεια της διαταραχής, μια ή περισσότερες προσβολές πανικού (διακριτές περιόδους φόβου ή δυσφορίας) που ήταν (1) αυθόρμητες, δηλαδή δεν συνέβησαν αμέσως, πριν ή κατά την έκθεση σε μια κατάσταση που σχεδόν πάντα προκαλεί άγχος και (2) δεν εκλήθησαν από καταστάσεις στις οποίες το άτομο ήταν το επίκεντρο της προσοχής των άλλων.

(B) Είτε τέσσερις προσβολές, όπως ορίζονται στο κριτήριο (A) συνέβησαν μέσα από μια περίοδο τεσσάρων εβδομάδων, είτε μια ή περισσότερες προσβολές ακολούθησαν μετά από μια περίοδο τουλάχιστον ενός μήνα με επίμονο φόβο ότι θα συμβεί και άλλη προσβολή.

(Γ) Τουλάχιστον τέσσερα από τα παρακάτω συμπτώματα εμφανίστηκαν κατά τη διάρκεια τουλάχιστον μια από τις προσβολές:

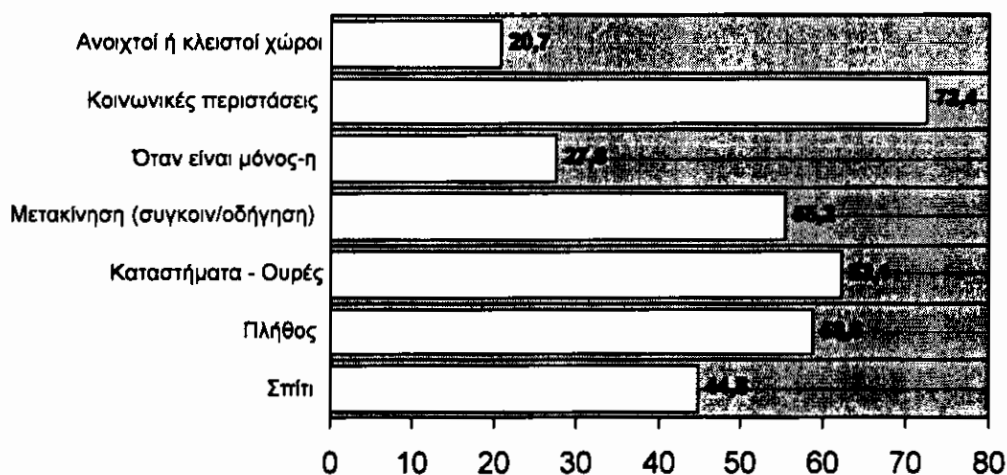
- κοντανάσεμα (δύσπνοια) ή αίσθημα πλακώματος στο στήθος.
- ζάλη, αίσθημα αστάθειας ή τάση για λιποθυμία
- αίσθημα παλμών ή επιτάχυνση του καρδιακού ρυθμού

(ταχυκαρδία)

- τρεμούλα ή έντονος τρόμος
- εφίδρωση
- αίσθημα πνιγμού
- ναυτία ή επιγαστρική δυσφορία
- απροσωποποίηση ή αποπραγματοποίηση
- μουδιάσματα ή μερμυγιάσματα (παραισθήσεις)
- ξαφνικά αισθήματα ζέστης ή ρίγη
- πόνος ή στενοχώρια στο στήθος
- φόβος του ατόμου ότι θα πεθάνει
- φόβος του ατόμου ότι θα πεθάνει ή ότι θα κάνει κάτι ανεξέλεγκτο.

(Δ) Κατά τη διάρκεια τουλάχιστον ορισμένων από τις προσβολές, τουλάχιστον τέσσερα από τα συμπτώματα του κριτηρίου Γ εμφανίστηκαν ξαφνικά και η έντασή τους αυξήθηκε μέσα σε δέκα λεπτά από την έναρξη του πρώτου συμπτώματος του κριτηρίου Γ που παρατηρήθηκε στην προσβολή.

(Ε) Δεν μπορεί να αποδειχθεί ότι κάποιος οργανικός παράγοντας άρχισε και συντήρησε την διαταραχή για παράδειγμα τοξίνωση από αμφεταμίνη ή καφεΐνη, υπερθυρεοειδισμός.



Στο παραπάνω διάγραμμα, απεικονίζεται η συχνότητα των κρίσεων πανικού ανάλογα με διάφορες καθημερινές καταστάσεις (Θωμάς Καλπακογλου).

Όπως έχει προαναφερθεί μια κρίση πανικού διαφέρει σε ένταση ή διάρκεια, ανάλογα με το άτομο. Έτσι η βαρύτητα των προσβολών πανικού μπορεί να είναι:

Ήπια: Κατά την διάρκεια ενός μήνα, είτε όλες οι κρίσεις που εκδηλώθηκαν είχαν περιορισμένα συμπτώματα (χαρακτηρίζονταν δηλαδή από λιγότερα από τέσσερα συμπτώματα), είτε δεν εκδηλώθηκαν περισσότερες από μια προσβολές πανικού.

Μέτρια: Κατά την διάρκεια ενός μήνα οι προσβολές είχαν ενδιάμεση βαρύτητα μεταξύ «ήπιας» και «βαριάς» μορφής.

Βαριά: Κατά την διάρκεια ενός μήνα, εμφανίστηκαν τουλάχιστον οκτώ προσβολές πανικού.

Σε μερική ύφεση: Η κατάσταση ήταν ενδιάμεση μεταξύ της «πλήρους» ύφεσης και της «ήπιας» μορφής.

Σε πλήρη ύφεση: Κατά τη διάρκεια των τελευταίων έξι μηνών δεν υπάρχουν προσβολές πανικού ή ήταν προσβολές με περιορισμένα συμπτώματα.

3.10. Το γνωσιακό μοντέλο της διαταραχής πανικού

Η κεντρική θέση του γνωσιακού μοντέλου της διαταραχής πανικού υποστηρίζει την άποψη ότι η προσβολή πανικού είναι το αποτέλεσμα της καταστροφικής παρερμηνείας από το άτομο των φυσιολογικών οργανικών του συμπτωμάτων. Οι Beck και Emery (1985) προτείνουν ότι οι προσβολές πανικού υποδηλώνουν ένα αίσθημα απόγνωσης, το οποίο είναι το αποτέλεσμα κάποιου εσωτερικού μηχανισμού που οδηγεί το άτομο να πιστέψει ότι βρίσκεται παγιδευμένο σε μια επικίνδυνη κατάσταση ή ότι έχει κατακλυστεί από μια εσωτερική διαταραχή. Ο φόβος για την ίδια την ευπάθεια συνδυάζεται με ένα φαύλο κύκλο. Ο Beck (1988) παρουσιάζει τις βασικές θέσεις του γνωσιακού μοντέλου του πανικού ως εξής:

(1) Τα άτομα με τάσεις πανικού είναι ιδιαίτερα ευαίσθητα σε εσωτερικά αισθήματα (σωματικά ή νοητικά), που δεν φαίνονται να είναι φυσιολογικά.

(2) Τα άτομα αυτά έχουν την τάση να επαγρυπνούν, αναζητώντας την εμφάνιση αυτών των συναισθημάτων και συγκεντρώνουν την προσοχή τους σε αυτά εάν δεν μπορούν να βρουν μια μη παθολογική ερμηνεία ή εάν μπορούν να βρουν μια μη παθολογική ερμηνεία ή εάν μπορούν να ερμηνεύσουν ως εκδήλωση κάποιας επικείμενης βιολογικής (θάνατος), πνευματικής (παραφροσύνη ή απώλειας των αισθήσεων) ή συμπεριφοριστικής (απώλεια του ελέγχου) καταστροφής.

(3) Η επικέντρωση της προσοχής στα αισθήματα που οδηγούν στην γένεση του πανικού είναι ακούσια και ενισχύει την ιδέα του ασθενούς για κάποιον επικείμενο κίνδυνο, γεγονός το οποίο οδηγεί στην αυξημένη ενεργοποίηση του αυτόνομου νευρικού συστήματος.

(4) Με την αλληλεπίδραση των καταστροφικών παρερμηνειών των αισθημάτων δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος που αυξάνει την ένταση των συμπτωμάτων του άγχους.

(5) Το επόμενο στάδιο, που είναι σημαντικό για την εξέλιξη του πανικού, σε αντίθεση με το οξύ άγχος, είναι η έλλειψη ικανότητας του ασθενή να εκτιμήσει τα συμπτώματα ρεαλιστικά, γεγονός το οποίο σχετίζεται με την προσήλωση στα συμπτώματα. Σ' αυτό το σημείο ο ασθενής είναι πάρα πολύ φοβισμένος.

Σύμφωνα με τον Θωμά Καλπάκογλου 1997, ο Clark (1990) προτείνει ότι, τα συμπτώματα της Δ.Π. που είναι λογικές αντιδράσεις άγχους, ερμηνεύονται από τα άτομα ως ενδείξεις επικείμενης φυσικής ή πνευματικής καταστροφής. Στο γνωσιακό μοντέλο του Clark (1986. 1988.

1989. 1990) προτείνονται μια σειρά από γεγονότα τα οποία λαμβάνουν χώρα κατά τη διάρκεια μιας προσβολής πανικού: Ένα ερέθισμα (trigger stimulus), εσωτερικό ή εξωτερικό, μπορεί να γίνει αντιληπτό ως απειλή. Ως αποτέλεσμα, επικρατεί μια κατάσταση ανησυχίας, που συνοδεύεται από ένα ευρύ φάσμα σωματικών αισθημάτων (body sensations), τα οποία μπορεί να ερμηνευτούν καταστροφικά. Αυτή η παρερμηνεία οδηγεί στην περαιτέρω αύξηση της ανησυχίας κ.ο.κ.

Ο Clark υποστηρίζει ότι το μοντέλο αυτό μπορεί να ερμηνεύσει τόσο τις προσβολές που ακολουθούν μια περίοδο αυξημένου άγχους, όσο και αυτές που μοιάζουν να εκδηλώνονται «εν αιθρία» (ξαφνικές). Η πρόβλεψη μιας επερχόμενης προσβολής από τα άτομα που έχουν βιώσει μια προσβολή στο παρελθόν διαδραματίζει ξεχωριστά ρόλο ανάμεσα στα διάφορα είδη των προσβολών. Εάν δεν υπάρχει προηγούμενη εμπειρία, τότε το ερέθισμα για την προσβολή φαίνεται να είναι η παρερμηνεία των σωματικών αισθημάτων. Όταν ο ασθενής δεν μπορεί να ξεχωρίσει ανάμεσα στα ερεθίσματα και την προσβολή που ακολουθεί τότε η προσβολή εκλαμβάνεται ως ξαφνική. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι το ποσοστό των ασθενών που αντιλαμβάνονται τις προσβολές πανικού ως αιφνίδιες φτάνει το 86,2%.

Επίσης βασικό ρόλο παίζει και το ψυχο-φυσιολογικό μοντέλο των Margraf, Ehlers και Roth (1986) το οποίο συνδυάζει τις οργανικές, γνωσιακές και συναισθηματικές αντιδράσεις του ασθενή. Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, οι προσβολές πανικού είναι ποσοτικά και όχι ποιοτικά

διαφορετικές από το είδος του άγχους που υπάρχει σε άλλες διαταραχές. Η διαφορά αυτή προκύπτει από ένα αριθμό διαστάσεων όπως εσωτερικά-εξωτερικά ερεθίσματα, σωματική-ψυχική και ξαφνική – σταδιακή συμπτωματολογία, και από διαφορές στον φόβο των συνεπειών. Σύμφωνα με το ψυχοφυσιολογικό μοντέλο, οι προσβολές πανικού δεν είναι ξαφνικές, δηλαδή άσχετες από κάποια ερεθίσματα, αλλά συνιστούν το αποτέλεσμα ενός θετικού κύκλου ανατροφοδότησης, που αποτελείται από σωματικά αισθήματα ή γνωσιακά γεγονότα, και της αντίδρασης του ασθενή σ' αυτά. Τα βασικά στοιχεία του συγκεκριμένου μοντέλου ευχαριστούν οι Margraf και Ehlers (1989) ως εξής:

(1) Εσωτερικά ερεθίσματα για τον θετικό κύκλο ανατροφοδότησης: Συμπτώματα ή συγκεκριμένα γνωσιακά γεγονότα συνήθως προηγούνται της αρχής του φόβου στις προσβολές πανικού. Οι ασθενείς έχουν περισσότερες πιθανότητες να βιώσουν οργανικά συμπτώματα, στα οποία αντιδρούν με άγχος και οργανική διέγερση.

(2) Συσχέτιση των εσωτερικών ερεθισμάτων με τον κίνδυνο: Οι ασθενείς τείνουν να συσχετίσουν συγκεκριμένα σωματικά και γνωσιακά ερεθίσματα με επικείμενους κινδύνους.

(3) Περιστασιακοί παράγοντες και ατομικές προδιαθέσεις: Η εμφάνιση προσβολών πανικού εξαρτάται σημαντικά και από περιστασιακούς παράγοντες.

(4) Ομοιότητα των προσβολών πανικού με άλλα είδη άγχους: Οι προσβολές πανικού και διάφορα άλλα είδη άγχους είναι ποιοτικά όμοια, παρόλο που υπάρχει ένας αριθμός ποσοτικών διαφορών (Θωμάς Καλπάκογλου, 1993, σελ. 55).

Επίσης, ένα ψυχοβιολογικό μοντέλο παρουσιάστηκε από τον Barlow (1988), σύμφωνα με το οποίο στρεσογόνες καταστάσεις μπορούν να ενεργοποιήσουν την αλληλεπίδραση βιολογικών και ψυχολογικών ευαισθησιών, η οποία παράγει την προσβολή πανικού. Οι βιολογικές ευαισθησίες αναφέρονται στην τάση των ανθρώπων να αντιδρούν (νευρολογικά) υπερβολικά στο στρες των αρνητικών περιστάσεων ή κάποιων «λανθασμένων συναγερμών» (false alarms). Υποστηρίζεται σύμφωνα με τον Καλπάκογλου (1997) ότι η τάση μπορεί να εξαρτάται από βιολογικούς παράγοντες. Όταν λοιπόν συμβαίνει κάτι τέτοιο, εγκαθίσταται ένας συσχετισμός μεταξύ λανθασμένων συναγερμών και ερεθισμάτων. Μέσα από αυτό το στάδιο, το άτομο αναπτύσσει μια αγχώδη διέγερση για τις αρνητικές περιστάσεις, η οποία συνιστά την ψυχολογική του ευαισθησία. Το άγχος αναπτύσσεται τόσο στην περίπτωση εσωτερικών συμπτωμάτων, όσο και μπροστά στον φόβο ότι διάφορες καταστάσεις

μπορούν να συνεχίσουν να συμβαίνουν ανεξέλεγκτα (Θωμάς Καλπάκογλου, 1997 σελ. 56).

3.11. Αιτιολογία διαταραχής πανικού

Πολλές καταστάσεις και γεγονότα, γεμίζουν τον άνθρωπο άγχος και στρες, κάτι που είναι βασικό στην ανάπτυξη μιας αγχώδους διαταραχής.

Σύμφωνα με την πηγή «Learning and Research – Stress (Psychology)», οι στρεσογόνοι παράγοντες που συχνά οφείλονται και για την δημιουργία διαταραχής πανικού μπορούν να ταξινομηθούν σε τρεις μεγάλες κατηγορίες: i) καταστροφικά γεγονότα, τα οποία είναι ξαφνικά απειλητικά, και ο άνθρωπος δεν έχει πολλές φορές την δυνατότητα να τα ελέγξει, ii) Μεγάλες αλλαγές στην ζωή ενός ατόμου, όπως ένας χωρισμός, θάνατος αγαπημένου προσώπου, μια απόλυση κ.α. που συχνά τα άτομα δεν έχουν την δύναμη και την αντοχή να συμβιβαστούν στην νέα δυσάρεστη πραγματικότητα, iii) Καθημερινά προβλήματα και δυσκολίες, που αφορούν την εργασία, διαπροσωπικές σχέσεις, οικογένεια. Τέτοιες καταστάσεις, αρκετά συχνά καταπιέζουν το άτομο, το ρίχνουν ψυχολογικά με αποτέλεσμα το άτομο να χάνει την ψυχραιμία και την ισορροπία του και να αναπτύσσει κάθε είδους διαταραχή (βασισμένη στο άγχος).

Για να γίνουμε ακόμα πιο συγκεκριμένοι, όσον αφορά στην αιτιολογία του πανικού οι σύγχρονες έρευνες ενοχοποιούν ένα συνδυασμό παραγόντων, τόσο βιολογικών όσο και ψυχολογικών. Σύμφωνα με την πηγή «[stress.gr file:///A:\Stress.GR_Pανικός_κ' Αγοραφοβία.htm](file:///A:\Stress.GR_Pανικός_κ' Αγοραφοβία.htm) οι

βιολογικοί παράγοντες αναφέρονται κυρίως σε μια υπερδραστηριότητα του αυτόνομου νευρικού συστήματος που εμφανίζουν οι πάσχοντες αλλά και των πολύπλοκων κυκλωμάτων που ελέγχουν κάθε στιγμή κατά πόσο ο οργανισμός λειτουργεί «σωστά». Αποτέλεσμα αυτού είναι ο οργανισμός εκπέμπει «ψευδή σήματα κινδύνου» που οδηγούν στον πανικό.

Σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη πανικού έχει και ο υπεραερισμός, που αναλύσαμε στο κεφάλαιο 3.5. και πρόκειται για την αυξημένη συχνότητα αναπνοής που παρουσιάζουν οι πάσχοντες στη διάρκεια του πανικού. Από διάφορες έρευνες, έχει επίσης βρεθεί ότι οι συγγενείς πασχόντων από διαταραχή πανικού παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης της ίδιας διαταραχής. Σύμφωνα με το «National Institute of Medical Health (2001)» μέσα από έρευνα έχει βρεθεί πως όταν ένα δίδυμο παιδί παρουσιάζει διαταραχή πανικού, τότε μεγάλη πιθανότητα υπάρχει πως και το άλλο παιδί θα αναπτύξει παρόμοια διαταραχή. Ακόμα, κάποιοι γενετικοί παράγοντες, σε συνδυασμό με περιβαλλοντικές διαδικασίες είναι υπεύθυνοι για την δημιουργία ευάλωτων ατόμων προς μια διαταραχή πανικού.

Οι παράγοντες δεν είναι όμως μόνο βιολογικοί όπως ήδη προαναφέρθηκε αλλά και ψυχολογικοί. Αυτό συνεπάγεται πως οι αρνητικές σκέψεις των πασχόντων συμβάλλουν δυναμικά στην γένεση και την ενίσχυση της έντασης του προβλήματος. Επιπλέον, η συμπεριφορά αποφυγής που αναπτύσσουν άτομα που έχουν βιώσει πανικό συντελεί στην διατήρηση του προβλήματος. Συναισθήματα κατωτερότητας, έλλειψη

αυτοπεποίθησης, αίσθημα αδυναμίας και ανασφάλειας, και αποδυνάμωση της συναισθηματικής ισορροπίας, αποτελούν βασικές αιτίες για την εμφάνιση της διαταραχής. Εδώ θα πρέπει να σημειωθεί ότι οι βιολογικές και ψυχολογικές ερμηνείες δεν είναι «ανταγωνιστικές». Αντίθετα είναι καλύτερο να τις θεωρούμε ως την διαφορετική όψη του ίδιου νομίσματος. Γι' αυτό το λόγο και η αντιμετώπιση του προβλήματος χρειάζεται υποστήριξη και απαλλαγή τόσο από τα σωματικά όσο και από τα ψυχολογικά συμπτώματα, κάτι που έχει μεγάλη βαρύτητα για την επιτυχή θεραπεία του πανικού αλλά και της αγοραφοβίας (που θα αναλύσουμε στην συνέχεια).

3.12. Βοήθεια στην Οικογένεια

Αναμφισβήτητο γεγονός, είναι το ότι ένα άτομο το οποίο βιώνει διαταραχή ή απλές κρίσεις πανικού, δεν είναι το μόνο που αντιμετωπίζει την συγκεκριμένη κατάσταση. Το κοντινό του περιβάλλον επηρεάζεται έντονα είτε αυτό είναι οικογενειακό, φιλικό, συγγενικό ή ακόμα και εργασιακό. Αυτή όμως που συνήθως υποφέρει μαζί με τον πάσχοντα δεν είναι άλλη από την οικογένειά του. Γι' αυτό το λόγο θεωρήσαμε χρήσιμο να αναφέρουμε κάποιους συμβουλευτικούς τρόπους συμπεριφοράς των υπόλοιπων μελών της οικογένειας, απέναντι σε αυτόν που πάσχει από μια τέτοια διαταραχή, έτσι ώστε η αντιμετώπιση του προβλήματος να είναι πιο ουσιαστική και εύκολη, για όλη την οικογένεια.

Τα μέλη της οικογένειας, πολλές φορές «χάνονται» μέσα στις προσπάθειές τους να αντιμετωπίσουν την διαταραχή, ή άλλες φορές νιώθουν εξουθενωμένοι μιας και αναλαμβάνουν επιπρόσθετες ευθύνες με απώτερο σκοπό να ξεκουράσουν ή να βοηθήσουν το άτομο που πάσχει. Δεν είναι λίγες οι φορές που η οικογένεια απομονώνεται κοινωνικά για να κρατήσει το «μυστικό» κρυφό και να μην δώσει δικαιώματα. Αυτή η αντίληψη όμως είναι λανθασμένη και το μόνο που καταφέρνει είναι να καταπιέζει τα άτομα, και να κάνει το άτομο που έχει το πρόβλημα να αισθάνεται ντροπή, τύψεις ή ακόμα και ενοχές και ότι του συνέβη.

Δεν είναι λίγες οι φορές που η οικογένεια λόγω έλλειψης ικανότητας να κατανοήσει απόλυτα την ψυχολογία του πάσχοντος, αντιδρά λίγο αποθαρρυντικά για τον ίδιο, μη δίνοντας τόση σημασία στο πρόβλημά του. Ακούγονται συχνά οι φράσεις «δεν έχεις τίποτα», «όλα στο μυαλό σου είναι», «αν θες θα το ξεπεράσεις». Όλα αυτά όμως δυστυχώς δεν ισχύουν. Η διαταραχή πανικού είναι πρόβλημα και εμποδίζει το άτομο να είναι λειτουργικό, δημιουργικό και ισορροπημένο. Αυτό που είναι βασικό να γνωρίζουμε όλοι είναι πως ο πανικός δεν οφείλεται σε αδυναμία χαρακτήρος του πάσχοντος ή έλλειψη θέλησης. Αντίθετα είναι όπως προαναφέραμε μια αλληλουχία παραγόντων, βιολογικών και ψυχολογικών που «γεννάει» την εν λόγω διαταραχή.

Τα μέλη μιας οικογένειας, που έχουν να αντιμετωπίσουν αυτή την δύσκολη κατάσταση θα πρέπει να ενθαρρύνουν το άτομο που πάσχει. Για να γίνει όμως αυτό με σωστό και προσεκτικό χειρισμό, είναι απαραίτητο να

γνωρίζουν οι ίδιοι με ακρίβεια, πολλά για την συγκεκριμένη διαταραχή. Μπορούν να ζητήσουν βοήθεια από κάποιον ειδικό με γνώσεις πάνω στην ψυχική υγεία, προκειμένου να πληροφορηθούν για τον τρόπο δράσης τους. Ακόμα θα πρέπει να μιλήσουν ανοικτά με το άτομο, να ακούσουν και να νιώσουν το πώς το ίδιο αισθάνεται και τι θεωρεί πως θα τον βοηθούσε. Η διαταραχή πανικού σπάνια ξεπερνιέται μόνη της, γι' αυτό πριν το πρόβλημα γίνει χρόνιο, θα πρέπει η οικογένεια να παροτρύνει το άτομο να ζητήσει επαγγελματική βοήθεια, με την ανάλογη φαρμακευτική αγωγή και ψυχολογική υποστήριξη ενώ ταυτόχρονα να βρίσκεται στο πλευρό του και να στηρίζει αυτή του την προσπάθεια (Πέτρος Σκαπινάκης, ψυχολόγος «Αγχώδεις διαταραχές»).

Για να γίνει το παραπάνω θέμα πιο συγκεκριμένο, ακολουθούν κάποιες συμβουλευτικές προτάσεις για την βοήθεια της οικογένειας στον τρόπο στάσης της και αντίδρασής της στο άτομο που πάσχει.

(1) Μην κάνετε υποθέσεις για το τι το άτομο μπορεί να χρειάζεται, απλά ρωτήστε το.

(2) Να είστε προβλέψιμοι, μην το εκπλήσσετε

(3) Αφήστε το ίδιο το άτομο να επιλέξει την στιγμή και τον τρόπο αναζήτησης βοήθειας για την θεραπεία του, εσείς απλά ενθαρρύνετέ το και στηρίξτε το.

(4) Βρείτε κάτι θετικό σε κάθε εμπειρία. Αν για παράδειγμα το άτομο είναι ικανό να πάει σε ένα μόνο συγκεκριμένο χώρο όπως ένα θεατρικό έργο ή ένα πάρτυ, δείτε το σαν κατόρθωμα και όχι σαν αποτυχία.

(5) Μην υποστηρίζετε την αποφυγή καταστάσεων ή γεγονότων. Διαπραγματευτείτε με το άτομο να κάνει ένα βήμα μπροστά κάθε φορά που νιώθει φόβο και θέλει να αποφύγει κάτι.

(6) Μην θυσιάσετε την ίδια σας τη ζωή για το άτομο που έχει την διαταραχή και μην κρατάτε μέσα σας πράγματα που σας έχουν πονέσει.

(7) Μην πανικοβάλλεστε όταν το άτομο βιώνει μια κρίση πανικού. Θυμηθείτε πως το να έχετε άγχος είναι λογικό. Είναι άκρως φυσιολογικό και θεμιτό να αγχώνεστε και να ανησυχείτε για την κατάσταση του αγαπημένου σας προσώπου.

(8) Δεν είστε υπομονετικοί και δεκτικοί με το άτομο που πάσχει. Αυτό όμως σε καμία περίπτωση, να εγκαταστήσει το άτομο προσωρινά ανίκανο. Θα πρέπει και το ίδιο να συμμετέχει και να ενεργεί απλά να μην καταπιέζεται.

Πείτε του: *«Μπορείς να το κάνεις, ανεξάρτητα το πώς νιώθεις», «Είμαι περήφανος για σένα», «Πες μου τι χρειάζεσαι τώρα», «Ανέπνευσε αργά και σταθερά», «Σκέψου το παρόν», «δεν είναι το μέρος που σε εμποδίζει, είναι οι σκέψεις σου», «ξέρω πως αυτό που νιώθεις είναι επίπονο, αλλά δεν είναι επικίνδυνο, μπορείς να πολεμήσεις, είσαι θαρραλέος».* Γενικά επιβραβεύστε τον για ότι έχει καταφέρει.

Μην πείτε: *«Ηρέμησε, μην αγχώνεσαι», «ας δούμε αν μπορείς να κάνεις αυτό (επινοώντας κάποιου είδους test για το άτομο που έχει το πρόβλημα», «Μπορείς να το κάνεις», «μην γίνεσαι γελοίος», «πρέπει να μείνεις εδώ και ας νιώθεις άσχημα, μην είσαι δειλός»* Γενικά μην τον

αποθαρρύνετε, και μη τον αντιμετωπίζετε σαν να βιώνει κάτι που απλό και εύκολο, γιατί πραγματικά μια διαταραχή πανικού είναι δυσάρεστη, βασανιστική, επίμονη, τρομακτική και απασχολεί σε πολύ μεγάλο βαθμό το άτομο που πάσχει. (Sally Winston Psychiatrist, 1992).

3.13. Αντιμετωπίζοντας τις κρίσεις πανικού – ορισμένοι τρόποι να φροντίζεις τον εαυτό σου.

Στα προηγούμενα κεφάλαια, έγινε μια προσπάθεια ανάλυσης αλλά και προσέγγισης της διαταραχής αυτής του πανικού με σκοπό, την πληροφόρηση και την κατανόηση και ευαισθητοποίηση της διαταραχής αυτής από κάθε σκοπιά. Μελετήσαμε την συμπτωματολογία, τα χαρακτηριστικά, την ψυχολογία του πάσχοντος και διάφορες άλλες ενότητες σχετικές με το θέμα.

Έτσι στο συγκεκριμένο κεφάλαιο θα προτείνουμε κάποιους απλούς και καθημερινούς τρόπους σκέψης και αντίδρασης, βοηθητικές για το άτομο που βιώνει ανάλογο πρόβλημα.

- Να θυμάστε ότι τα συμπτώματα και οι συνέπειες του πανικού μπορεί να προξενούν φόβο, αλλά δεν είναι επικίνδυνα από φυσιολογική άποψη. Δεν αποτελούν δηλαδή ένδειξη πως υπάρχει κάποια οργανική διαταραχή. Στην πραγματικότητα, οι άνθρωποι μπορούν να μάθουν να υπερνικούν το αίσθημα του πανικού.

- Οι ασκήσεις αναπνοής είναι πολύ βοηθητικές στον «έλεγχο» του πανικού. Σταματήστε ότι κάνετε κατά την διάρκεια της κρίσης, πάρτε βαθιές, αργές αναπνοές από τη μύτη, γεμίζοντας την κοιλιά σας αέρα. Εκπνεύστε αργά από το στόμα.

- Να θυμάστε πως η εμπειρία του πανικού είναι μια υπερβολική – σε σχέση με την κανονική – αντίδραση του οργανισμού στο στρες.

- Μην προσπαθείτε να καταπολεμήσετε τα συναισθήματά σας. Όσο περισσότερο πρόθυμοι είστε να τα παραδεχτείτε και να αντιμετωπίσετε τόσο πιο εύκολα θα μειωθούν.

- Μην αυξάνετε τον πανικό σας σκεπτόμενοι τι άλλο μπορεί να σας συμβεί. Αν πιάσετε τον εαυτό σας να σκέφτεται «τι θα γίνει αν...», διακόψτε τις αρνητικές σκέψεις λέγοντας «ε και». Θα διαπιστώσετε στην πορεία ότι οι θετικές σκέψεις μπορούν να αποβούν πολύ χρήσιμες.

- Παραμείνετε στο παρόν. Παρατηρείστε ότι ακριβώς σας συμβαίνει και μην επιστρέψετε στον εαυτό σας να γίνει έρμαιο του τι νομίζετε ότι σας συμβαίνει. Προσπαθείτε να συγκεντρωθείτε και να ελέγξετε τα δυσάρεστα συναισθήματα.

- Διαβαθμίστε τον φόβο σας σε μια κλίμακα από το 1-10 και παρατηρήστε τον να πηγαίνει πάνω κάτω. Θα αντιληφθείτε ότι δεν παραμένει σε πολύ υψηλά επίπεδα παραπάνω από μερικά δευτερόλεπτα. Στην πραγματικότητα εμείς οι ίδιοι μεγαλοποιούμε τον φόβο και τα συμπτώματα.

- Παρατηρείστε ότι, όταν σταματήσετε να προσθέτετε εκφοβιστικές σκέψεις στον πανικό σας, τότε αυτός αρχίζει να ξεθωριάζει.

- Παραδειγματιστείτε από μια προηγούμενη κρίση (αν είχατε) σκεφτείτε πώς και αυτή θα περάσει στο παρελθόν και επιβληθείτε στον εαυτό σας λέγοντας «αφού τότε δεν έπαθα τίποτα, άρα ούτε και τώρα κινδυνεύω, θα περάσει σε λίγο».

- Όταν έρχεται το κύμα του φόβου να το απομένετε και να το αποδέχεστε, αφήστε το να περάσει. Δοκιμάστε να μιλήσετε σε κάποιο κοντινό σας πρόσωπο. Ίσως νιώσετε καλύτερα.

- Κρατήστε ένα ημερολόγιο με την πρόοδο και τις επιτυχίες σας, όσο μικρές ή ασήμαντες και αν σας φαίνονται. Αργότερα θα σας φανεί χρήσιμο. Αυτό συμβαίνει γιατί την σταδιακή πρόοδο μέρα με την μέρα είναι δύσκολο να την αντιληφθεί κανείς, αλλά ένα γραπτό αρχείο μπορεί να σας βοηθήσει να δείτε τις αποδείξεις της προόδου σας. Η επίγνωση του τι έχετε καταφέρει θα ενισχύσει την αυτοπεποίθησή σας, θα σας δημιουργήσει κίνητρα για να συνεχίσετε και θα μειωθεί το άγχος σας.

- Επίσης η συχνή, ήπια αεροβική άσκηση μπορεί να συντελέσει στην μείωση της μυϊκής έντασης, ενός σημαντικού παράγοντα που ενισχύει την ένταση και τον πανικό.

- Τα ποτά χωρίς καφεΐνη, συμπεριλαμβανομένου του τσαγιού, του καφέ και της Coca-Cola (Όχι βέβαια σε υπερβολικές ποσότητες) μπορούν να καταναλώνονται. Είναι καλό όμως να αποφεύγεται η σοκολάτα. Τα άτομα πρέπει να μάθουν να τρώνε πιο σωστά, μειώνοντας στο ελάχιστο

τα γλυκίσματα, τα οποία αυξομειώνουν τα επίπεδα σακχάρου στο αίμα και αυτό ευνοεί κάποιες φορές τον πανικό.

- Ένα καλό πρωινό είναι απαραίτητο καθώς το σώμα έχει μείνει χωρίς φαγητό όλη την νύχτα και θα πρέπει να επανακτήσει τα επίπεδα της ενέργειας που χρειάζεται. Φυσικά ένα υγιεινό πρωινό είναι σίγουρα προτιμότερο.

- Είναι απίθανο να αισθανθεί άγχος ή να έχει προσβολή πανικού κάποιος στον οποίο όλοι οι μύες στο σώμα του, είναι χαλαροί. Γι' αυτό η εκμάθηση κατάλληλης χαλάρωσης, που είναι επίκτητη δεξιότητα και απαιτεί λίγο χρόνο εκμάθησης είναι απαραίτητη. Υπάρχουν πολλές ομάδες μυών στο σώμα και η εκμάθηση της διαφοράς μεταξύ έντασης και χαλάρωσης των μυών είναι σημαντική πληροφορία. Οι ασκήσεις και τα προγράμματα χαλάρωσης συστήνονται πάντα στην καταπολέμηση των κρίσεων πανικού, μια και μπορούν να οδηγούν βήμα – βήμα σε πιο συστηματική χαλάρωση. Έτσι αξίζει να αφοσιώσουμε χρόνο και την προσοχή μας σε αυτό τον τομέα, γιατί η χαλάρωση είναι βασική και πολύ καλή αρχή για την αντιμετώπιση του προβλήματος.

- Εκφραστείτε! Εάν νιώθετε φοβισμένοι ή στρεσαρισμένοι, μιλήστε σε κάποιον δικό σας, φίλο-η ή δοκιμάστε να γράψετε τις σκέψεις και τα συναισθήματά σας. Η κουβέντα με φιλικά πρόσωπα βοηθά στην ενίσχυση του αισθήματος της ευεξίας. Να είστε προσεκτικοί όμως με την επιλογή του αγαπημένου ή φιλικού προσώπου. Είναι σημαντικό και καθοριστικό να είναι ένα άτομο που θα νοιάζεται για σας, θα σας ακούσει, χωρίς να σας

κρίνει και χωρίς να σας δίνει άκαιρες συμβουλές. Μόνο η αληθινή και ειλικρινής επικοινωνία καταφέρνει να μειώσει το άγχος.

- Βρείτε τρόπους να διασκεδάσετε. Η ζωή δεν τέλειωσε επειδή περνάτε μια δύσκολη φάση στη ζωή σας. Συχνά το άγχος, η ανησυχία και ο πανικός, απορροφούν τόση ενέργεια και προσοχή που κάνουν τον άνθρωπο να ξεχνά πως είναι το να περνά καλά και να διασκεδάσει. Το άτομο που πάσχει από μια τέτοια διαταραχή, κλείνεται στον εαυτό του και αποφεύγει τις κοινωνικές συγκεντρώσεις. Η διασκέδαση όμως είναι απαραίτητη ακόμα κι όταν δεν πάνε όλα καλά.

- Να αισθάνεστε περήφανοι, για την πρόοδό σας μέχρι εδώ και να επικεντρωθείτε στο πόσο καλά θα νιώθετε με ότι επιτύχατε αυτήν την φορά, όσο μικρή και αν είναι αυτή στην καταστολή του φόβου. Επιβραβεύστε τον εαυτό σας για κάτι που καταφέρατε, σίγουρα σιγά-σιγά αυτή η τακτική θα σας βοηθήσει να αγαπήσετε τον εαυτό σας και θα σας δώσει κίνητρα για παραπάνω προσπάθεια. (Λίζα Βάρβογλη, 2001).

3.14. Test Μέτρησης του πανικού

Κρίση Πανικού Μέρος (Α') – Συμπτώματα Σώματος

Οποιοδήποτε από τα ακόλουθα συμπτώματα του σώματος μπορούν να συμβούν κατά τη διάρκεια της κρίσης πανικού.

Παρακαλώ εκτιμήστε το καθένα απ' αυτά σύμφωνα με την επίδρασή τους όταν έχετε κρίση και υποδείξετε την απάντησή σας στην κλίμακα 1-5 στήλη δεξιά.

0=καθόλου επίδραση 3=αρκετή επίδραση
 1=ήπια επίδραση 4=μεγάλη επίδραση
 2=μέτρια επίδραση 5=πολύ μεγάλη επίδραση

1. Ένταση στο στομάχι	0	1	2	3	4	5
2. Ίδρωμένες παλάμες	0	1	2	3	4	5
3. Να είσαι όλος ζεστός / ή	0	1	2	3	4	5
4. Γρήγορος ή βαρύς χτύπος καρδιάς	0	1	2	3	4	5
5. Τρεμούλιασμα στα πόδια	0	1	2	3	4	5
6. Αδυναμία στα πόδια	0	1	2	3	4	5
7. Αναστάτωση (εξωτερικά και εσωτερικά)	0	1	2	3	4	5
8. Ξερό στόμα	0	1	2	3	4	5
9. Κόμπος στο λαιμό	0	1	2	3	4	5
10. Σφίξιμο στο στήθος	0	1	2	3	4	5
11. Επιφανειακή αναπνοή	0	1	2	3	4	5
12. Ζαλάδα	0	1	2	3	4	5
13. Αίσθημα ότι ονειρεύεσαι	0	1	2	3	4	5
14. Ανικανότητα καθαρής σκέψης	0	1	2	3	4	5
15. Θολή όραση	0	1	2	3	4	5
16. Αίσθηση μερικής παράλυσης	0	1	2	3	4	5
17. Αίσθηση αποκοπής	0	1	2	3	4	5
18. Μη κανονικοί σφυγμοί ή χτύποι καρδιάς	0	1	2	3	4	5
19. Πόνος στο στήθος	0	1	2	3	4	5
20. Μυρμήγκιασμα στα χέρια ή πρόσωπο	0	1	2	3	4	5
21. Αίσθηση λιποθυμίας	0	1	2	3	4	5
22. Αναστατωμένο στομάχι	0	1	2	3	4	5
23. Κρύα χέρια	0	1	2	3	4	5
24. Φοβίες	0	1	2	3	4	5
25. Αναγούλα ή διάρροια	0	1	2	3	4	5

Κρίση Πανικού, μέρος (Β') – Καταστροφικές Σκέψεις

Οι καταστροφικές σκέψεις παίζουν κύριο ρόλο στην επιδείνωση του πανικού. Χρησιμοποιώντας την παρακάτω κλίμακα να εκτιμήσετε κάθε μια από τις ακόλουθες σκέψεις σύμφωνα με το βαθμό που πιστεύετε ότι η κάθε σκέψη συμβάλλει στον πανικό .

1=καθόλου

3=αρκετά

2=κάπως

4=πάρα πολύ

1. Θα πεθάνω	1	2	3	4	5
2. Θα τρελαθώ	1	2	3	4	5
3. Χάνω τον έλεγχο	1	2	3	4	5
4. Αυτό δεν θα τελειώσει ποτέ	1	2	3	4	5
5. Πραγματικά φοβάμαι	1	2	3	4	5
6. Έχω καρδιακή κρίση	1	2	3	4	5
7. Θα λιποθυμήσω	1	2	3	4	5
8. Πάντα θα είμαι έτσι	1	2	3	4	5
9. Δεν ξέρω τι θα σκεφτούν οι άλλοι για μένα	1	2	3	4	5
10. Δεν θα μπορέσω να φύγω από εδώ	1	2	3	4	5
11. Δεν καταλαβαίνω τι μου συμβαίνει	1	2	3	4	5
12. Μου έρχεται εμετός	1	2	3	4	5
13. Θα ενεργήσω ανόητα	1	2	3	4	5
14. Μήπως παθαίνω εγκεφαλικό	1	2	3	4	5
15. Θέλω να ουρλιάξω	1	2	3	4	5
16. Θα αρχίσω να φλυαρώ ή να μιλώ παράξενα λόγω έντασης	1	2	3	4	5
17. Δεν μπορώ να ανασάνω	1	2	3	4	5
18. Θα παραλύσω από το φόβο	1	2	3	4	5
19. Φόβος ότι θα πεθάνουν οι δικοί μου	1	2	3	4	5

Και το παρακάτω είναι ψυχολογικό test μέτρησης της έντασης του πανικού καθώς και της σχέσης του με άλλες καταστάσεις.

Κλίμακα άγχους

0 Χαλάρωση	4 Καταφανές άγχος
1 Ασήμαντο άγχος	5 Πρώιμος πανικός
2 Ήπιο άγχος	6 Μέτρια κρίση πανικού
3 Μέτριο άγχος	7-10 Μείζων κρίση πανικού

Ημερομηνία: _____

Ώρα: _____

Διάρκεια λεπτά: _____

Ένταση του πανικού στην κλίμακα άγχους (εκτιμήστε 5-10): _____

Προηγούμενα

1. Επίπεδο άγχους κατά την προηγούμενη ημέρα (εκτιμήστε 1-10): _____

2. Μόνος ή με κάποιον: _____

3. Αν με κάποιον ήταν οικογένεια, φίλος (οι), ξένος: _____

4. Πως ήταν η διάθεσή σου 3 ώρες πριν την κρίση πανικού;

Αγχώδης _____ Καταθλιπτική _____ Έξαλλη _____

Θυμωμένη _____ Λυπημένη _____ Άλλη (καθόρισε) _____

5. Αντιμετωπίσατε την κρίση πανικού με ένταση _____ ή με ηρεμία _____;

6. Είχατε αρνητικές ή ανήσυχες σκέψεις πριν αρχίσει η κρίση;

Ναι _____ Όχι _____ Αν ναι τι είδους σκέψεις

είχατε; _____

7. Ήσουν κουρασμένος/η ή ξεκούραστος/η _____
8. Ήσασταν συναισθηματικά αναστατωμένος/η ή είχατε κάποια απώλεια;
Ναι _____ Όχι _____
9. Ήσασταν ζεστή/ος ή κρύα/ος; _____
10. Νιώθατε ανήσυχος/η και ανυπόμονη/ος; Ναι _____ Όχι _____
11. Κοιμόσασταν πριν την κρίση πανικού; Ναι _____ Όχι _____
12. Καταναλώσατε καφεΐνη ή ζάχαρη μέσα σε 8 ώρες πριν την κρίση πανικού; Ναι _____ Όχι _____ Αν ναι πόσο πολύ; _____
13. Έχετε παρατηρήσει άλλες καταστάσεις που σχετίζονται με την κρίση πανικού;

3.15. Ασκήσεις Χαλάρωσης

Ένας τρόπος αρκετά αποτελεσματικός στην καταπολέμηση του πανικού και γενικότερα του στρες και της έντασης είναι οι ασκήσεις χαλάρωσης. Για να μπορέσει βέβαια το άτομο να έχει το επιθυμητό αποτέλεσμα θα πρέπει να είναι υπομονετικό, μιας και η χαλάρωση είναι επίκτητη δεξιότητα και απαιτεί κάποιο χρόνο εκμάθησης. Αξίζει όμως το άτομο με διαταραχή πανικού να επιμείνει γιατί η σταδιακή επίτευξη χαλάρωσης είναι πραγματικά πολύ ωφέλιμη και απαραίτητη σε μια τέτοια διαταραχή.

Οδηγίες: Ξαπλώστε άνετα, βρείτε την πιο άνετη θέση και προσπαθήστε να αδειάσετε το μυαλό σας από οποιαδήποτε αγχωτική ή δυσάρεστη σκέψη. Ηρεμήστε. Αρχίστε να σκέφτεστε κάτι που σας

χαλαρώνει, όπως ένα τοπίο, ένα λιβάδι, ένα αγαπημένο πρόσωπο. Μπορείτε να ακούτε χαλαρή και ήρεμη μουσική κατά την διάρκεια των ασκήσεων. Χαμηλώστε τον φωτισμό.

Ακούστε λοιπόν την μουσική και αφεθείτε σε μια ωραία εικόνα που δημιουργείται στην φαντασία σας. Ξεκινάμε με τους βραχίονες. Πριν ξεκινήσουμε παίρνουμε βαθιές εισπνοές από την μύτη και αφήνουμε τον αέρα σιγά-σιγά εκπνέοντας από το στόμα. Κλείστε τα μάτια και σφίξτε τους βραχίονές σας, τους μύες των βραχιόνων σας, και τους ώμους σας. Κρατήστε λίγο σφικτά (10'') και τώρα χαλαρώστε, αφήστε την ένταση να φύγει, να ρεύσει έξω. Αισθανθείτε τους βραχίονες να είναι βαριοί, πολύ βαριοί, γίνονται ζεστοί .. αισθανθείτε τους βαρύν και ζεστούς.

Τώρα πάμε στα χέρια σας. Σφίξτε πολύ τα χέρια σας. Κάντε εισπνοή ενώ σφίγγετε πολύ τα χέρια σας για λίγο (10'') και τώρα εκπνοή αργά – αργά, ενώ αφήνετε τα χέρια σας να χαλαρώσουν. Αφήστε την ένταση να ρεύσει σιγά – σιγά προς τα έξω και νιώστε να ελευθερώνεστε. Νιώστε τα χέρια σας βαριά, πολύ βαριά και ζεστά. Οι βραχίονες και τα χέρια σας είναι ζεστά και βαριά. Συνεχίστε ν' ακούτε μουσική και αφεθείτε σ' αυτήν, αφήστε την να σας ταξιδέψει.

Συνεχίζουμε με τις γάμπες σας, τους μηρούς ως και χαμηλά στην μέση. Σφίξτε πολύ, πραγματικά πολύ αυτά τα μέλη σας. Εισπνέετε αργά, σφίγγοντας τα μέλη που είπαμε και κρατήστε τα έτσι για (10''). Εκπνεύστε αργά, χαλαρώνοντας τις γάμπες, τους μηρούς και την μέση σας χαμηλά. Η ένταση έχει αρχίσει να υποχωρεί. Αφήστε να ρεύσει έξω από εσάς, σαν

υγρό νιώστε την να φεύγει και εσείς να χαλαρώνεται. Νιώστε βαρύς και ζεστός.

Τώρα πάμε στα πόδια. Ακολουθείτε και εδώ την ίδια τακτική. Εισπνέετε όσο πιο πολύ μπορείτε, αλλά αργά, από την μύτη σφίγγοντας τα πόδια σας πραγματικά πολύ. Κρατήστε για (10'') και εκπνεύστε αργά αφήνοντας την ένταση να ρεύσει έξω από το κορμί σας. Τώρα οι βραχίονες, τα χέρια και οι μηροί σας, οι γάμπες και τα πόδια σας είναι ζεστά και βαριά. Αφεθείτε και συνεχίστε.

Φτάσαμε στη κοιλιά, και την μέση σας. Σφίξτε πολύ αυτά τα δύο σημεία, ενώ εισπνέετε αργά. Κρατήστε τα σφιχτά για περίπου (10'') και έπειτα εκπνεύστε χαλαρώνοντας. Αφήστε την ένταση να φύγει. Συνεχίστε να ακούτε μουσική και αφήστε την σκέψη σας να περιπλανηθεί, σαν ένα σύννεφο να κινείται, σαν να επιπλέει και να είναι χαλαρωμένη, περιπλανώμενη σκέψη.

Τώρα πάμε στο στήθος, και στο πάνω μέρος της πλάτης, σφίξτε πολύ εισπνέοντας, κρατήστε για (10'') και έπειτα χαλαρώστε, εκπνέοντας αργά. Νιώστε βαρύ αίσθημα ζεστασιάς. Όλα βραχίονες, γάμπες, μηροί, κοιλιά και πλάτη αρχίζουν να γίνονται βαριά και ζεστά.

Συνεχίζουμε με τον σβέρκο. Σφίξτε πολύ τον σβέρκο σας, ενώ εισπνέετε αργά και σταθερά. Κρατήστε έτσι σφιχτό τον σβέρκο σας για (10'') και στην συνέχεια εκπνεύστε, χαλαρώστε νιώθοντας την ένταση να φεύγει.

Στο τέλος πάμε στο πρόσωπο. Σφίξτε τους μύες στην περιοχή του μετώπου. Κρατήστε την ένταση μετρώντας μέχρι το 5 και τώρα χαλαρώστε, αφήνοντας την ένταση να φύγει. Τώρα σφίξτε τους μύες γύρω από τα μάτια και στο άνω μέρος της μύτης. Εισπνεύστε, μείνετε έτσι για (5'') και έπειτα αφήστε την ένταση να ρεύσει έξω. Καθόλη την διάρκεια ακούτε μουσική και αφήστε την σκέψη σας να περιπλανηθεί. Στην συνέχεια κάνετε το ίδιο για τα μάγουλα και το στόμα. Σφίγγετε πολύ εισπνέοντας αργά και κρατάτε για (5'') ενώ μετά εκπνέετε χαλαρώνοντας και διώχνοντας την ένταση. Έμειναν μόνο τα σαγόνια. Δαγκώστε με δύναμη, κρατήστε μετρώντας ως το 5 και έπειτα, όπως προηγουμένως αφήστε την ένταση να ρεύσει έξω ενώ εκπνέετε.

Οι ασκήσεις έχουν τελειώσει. Η ένταση έχει εξαφανιστεί και εσείς νιώθετε βαρύς και ζεστός. Αν σε κάποιο σημείο νιώθετε ακόμα ένταση επαναλάβετε την άσκηση για το συγκεκριμένο σημείο. Κάνοντας αυτές τις ασκήσεις σε καθημερινή βάση, τα αποτελέσματα που θα συναντήσετε σε ένα μήνα θα είναι πραγματικά σπουδαία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΑΝΙΚΟΥ ΜΕ ΑΓΟΡΑΦΟΒΙΑ

Η Διαταραχή Πανικού που αναλύσαμε στο κεφάλαιο 3, είναι μια από τις πιο συχνές ανάμεσα σε όλες τις αγχώδεις διαταραχές. Σ' αυτό το κεφάλαιο θα μιλήσουμε για την Αγοραφοβία, η οποία σύμφωνα με τον Νίκο Μάνο «Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής» Θεσ/κη 1997, σπάνια εμφανίζεται μόνη, και γι' αυτό το λόγο περιγράφεται ξεχωριστά από τις άλλες φοβίες αλλά μαζί με την διαταραχή πανικού. Έτσι υπάρχουν δύο ειδών ταξινομήσεις. Η μια είναι Διαταραχή Πανικού χωρίς Αγοραφοβία και Διαταραχή Πανικού με Αγοραφοβία.

Για την ευκολότερη διεξαγωγή της εργασίας στο 3^ο κεφάλαιο αναλύσαμε την διαταραχή πανικού χωρίς να δώσουμε καθόλου έμφαση στην αγοραφοβία, ενώ στο συγκεκριμένο κεφάλαιο θα δούμε τι συμβαίνει όταν η αγοραφοβία συνυπάρχει με τον Πανικό. Τι είναι όμως η αγοραφοβία;

4.1. Ορισμός – Μια Γενική Προσέγγιση

Τα άτομα που έχουν διαταραχή πανικού συνήθως αναπτύσσουν νευρικότητα και φόβο ανάμεσα στις προσβολές. Συχνά αυτή η νευρικότητα και ο φόβος ότι θα ξανασυμβεί η αίσθηση της φοβερής δυσφορίας, ανημπορίας και απώλειας του ελέγχου που συνοδεύουν την προσβολή οδηγούν στην ανάπτυξη της ΑΓΟΡΑΦΟΒΙΑΣ (Νίκος Μάνου 1997, σελ. 256). Έτσι με τον όρο αγοραφοβία εννοούμε τον φόβο για χώρους που

συναθροίζεται πολύς κόσμος και από όπου η διαφυγή είναι δύσκολη (Επιτροπή κοινωνικής πολιτικής του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, 2002).

Πολλοί άνθρωποι με διαταραχές πανικού εμφανίζουν αγοραφοβία. Ο όρος αγοραφοβία δημιουργήθηκε το 1871 από τον Westphal και στα ελληνικά η έννοια της αναφέρεται στο φόβο που αισθάνεται κάποιος στον χώρο της αγοράς. Αυτός ο όρος είναι κατάλληλος μιας και η αγορά, στην Αρχαία Ελλάδα ήταν ένα πολύ θορυβώδες και πολυσύχναστο μέρος. Ένας από τους χώρους με την μεγαλύτερη ένταση, για τους σύγχρονους αγοραφοβικούς είναι τα εμπορικά κέντρα, οι σύγχρονες αγορές (Barlow – Durand 1999).

Το αγοραφοβικό σύνδρομο (Διαταραχές Πανικού με Αγοραφοβία) είναι η συχνότερη από τις νευρώσεις με ένδειξη για θεραπεία συμπεριφοράς και ένα από τα σύνδρομα που προκαλούν την περισσότερη στενοχώρια ανάμεσα στις διαταραχές που συναντούνται στην ψυχική περίθαλψη. Αντιπροσωπεύει το 60% όλων των φοβικών διαταραχών περίπου (Καβίσκης, 1992). Πολλές φορές βέβαια η αγοραφοβία παρουσιάζει αρχικά κρίσεις πανικού, κάποιες όμως φορές αυτό πρόκειται για απλά ένα σύμπτωμα.

Η αγοραφοβία, σύμφωνα με το DSM-III-R ορίζεται ως ο φόβος του ατόμου να βρίσκεται σε μέρη ή καταστάσεις από όπου η φυγή μπορεί να είναι δύσκολη (ή να προκαλεί αμηχανία), ή όπου μπορεί να μην υπάρχει δυνατότητα βοήθειας σε περίπτωση προσβολής πανικού. (Καλπάκογλου

Θωμάς, 1997). Ως αποτέλεσμα αυτού του φόβου το άτομο είτε περιορίζεται όσον αφορά στις μετακινήσεις του, είτε χρειάζεται συνοδό όταν απομακρύνεται από το σπίτι του, είτε υπομένει τις έντονες αγχώδεις καταστάσεις παρά το υπερβολικό άγχος που βιώνει.

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται τυπικές καταστάσεις που αποφεύγει ένα άτομο με αγοραφοβία.

- | | |
|------------------------------------|--------------------------------------|
| 1. Τα εμπορικά κέντρα | 10. Να είναι μακριά από το σπίτι του |
| 2. Τα αυτοκίνητα (οδηγός/επιβάτης) | 11. Να μένει μόνος σπίτι του |
| 3. Τα λεωφορεία | 12. Να περιμένει σε ουρά |
| 4. Τα τρένα | 13. Τα σούπερ-μάρκετ |
| 5. Τον ηλεκτρικό σιδηρόδρομο | 14. Τα καταστήματα |
| 6. Τους μεγάλους δρόμους | 15. Τα πλήθη |
| 7. Τα τούνελ | 16. Τα αεροπλάνα |
| 8. Τα εστιατόρια | 17. Τους ανελκυστήρες |
| 9. Τα θέατρα | 18. Τις κυλιόμενες σκάλες |

(Barlow – Durand, 1991)

Από τον παραπάνω πίνακα γίνεται φανερό πως τα αγοραφοβικά άτομα συνήθως αποφεύγουν πολυσύχναστα μέρη και θορυβώδεις καταστάσεις. Έτσι αρχίζουν να απομακρύνονται από ποικίλες καθημερινές και κοινωνικές δραστηριότητες, αντιμετωπίζοντας δηλαδή το πρόβλημά τους με τάση αποφυγής. Ο βαθμός αποφυγής δεν είναι ίδιος για όλα τα άτομα αλλά διαφέρει ανάλογα με την κάθε περίπτωση και με το τι την

χαρακτηρίζει κάθε φορά. Έτσι σύμφωνα με τον Θωμά Καλπάκογλου υπάρχει ένα είδος κλίμακας, η οποία οριοθετεί την αποφυγή. Έτσι έχουμε:

Ήπια: Υπάρχει κάποια αποφυγή (ή τουλάχιστον υπομένει το άτομο νιώθοντας δυσφορία) αλλά ο τρόπος ζωής είναι φυσιολογικός π.χ. το άτομο μετακινείται όπου είναι ανάγκη χωρίς συνοδεία, ενώ αποφεύγει παραπέρα μετακινήσεις.

Μέτρια: Εδώ η αποφυγή συνεπάγεται και περιορισμό στον τρόπο ζωής του ατόμου π.χ. το άτομο δεν μπορεί να απομακρυνθεί αρκετά από το σπίτι (πέρα από λίγα τετράγωνα παρά μόνο αν συνοδεύεται).

Βαριά: Η αποφυγή εδώ σημαίνει σχεδόν απόλυτη καθήλωση του ατόμου στο σπίτι, ή και ανίκανο να εγκαταλείψει το σπίτι χωρίς συνοδεία.

Μερική ύφεση: Η αγοραφοβική αποφυγή δεν είναι τρέχουσα, αλλά εκδηλώθηκε κάποια αποφυγή στο διάστημα των τελευταίων 6 μηνών.

Πλήρη ύφεση: Καμιά αγοραφοβική αποφυγή δεν παρουσιάστηκε για τους τελευταίους έξι μήνες.

4.2. Διαγνωστικά Κριτήρια Αγοραφοβίας

(Α) Αίσθηση άγχους μόλις το άτομο έρθει αντιμέτωπο με μέρη ή καταστάσεις από τα οποία η φυγή ή η δραπέτευση ίσως να είναι δύσκολη ή στα οποία η βοήθεια ίσως να μην είναι εφικτή αν προκληθεί μια απρόσμενη κρίση πανικού. Οι αγοραφοβικοί φοβούνται να εμπλακούν σε συγκεκριμένες καταστάσεις ή γεγονότα τέτοια όπως το να είναι στο σπίτι μόνοι, να βρίσκονται ανάμεσα σε πλήθος ή να περιμένουν στην «ουρά», το να είναι πάνω σε μια γέφυρα, να ταξιδεύουν με τρένο ή λεωφορείο.

(Β) Οι παραπάνω καταστάσεις αποφεύγονται ή απλά υποφέρονται κάτω από έντονο στρες ή με υπερβολικό άγχος για μια ενδεχόμενη κρίση πανικού – ή και συμπτώματα ίδια με αυτά του πανικού, ή τα άτομα απλά ζητούν την παρουσία και την ύπαρξη συνοδείας ή παρέας.

(Γ) Το άγχος, η ανησυχία ή και η αποφυγή εξαιτίας του φόβου δεν μπορούν να εξηγηθούν καλύτερα από άλλες ψυχικές διαταραχές, τέτοιες όπως η κοινωνική φοβία (δηλαδή την αποφυγή διαφόρων κοινωνικών καταστάσεων εξαιτίας φόβου ντροπής και προσβολής). Ειδική φοβία (δηλαδή αποφυγή συγκεκριμένων περιστάσεων π.χ. ζώα, ασανσέρ κ.τ.λ.), Ψυχαναγκαστική Διαταραχή (για παράδειγμα αποφυγή βρωμιάς σε κάποιον, εξαιτίας έντονου και υπερβολικού φόβου απέναντι στη μόλυνση), Διαταραχή οφειλόμενη σε μετατραυματικό στρες ή διαταραχή οφειλούμενη σε άγχος αποχωρισμού (αποφυγή του να φεύγει κάποιος από το σπίτι ή να αφήνει συγγενείς ή φίλους). (American Psychiatric Association, σελ. 406-407).

4.3. Αιτιολογία Αγοραφοβίας

Όπως έχουμε προαναφέρει η αγοραφοβία σπάνια εμφανίζεται μόνη της. Στις περισσότερες περιπτώσεις γεννάται μετά από κάποιο επεισόδιο κρίσεως πανικού και ακόμα και αν ο πανικός σταματήσει ως υπάρχει, το φαινόμενο της αγοραφοβίας συνεχίζει να υφίσταται. Έτσι και η αγοραφοβία έχει ως αιτιολογία παρόμοια με αυτή της διαταραχής πανικού.

Τα αίτιά της μπορεί να είναι τόσο ψυχολογικά όσο και βιολογικά ή ακόμα μπορεί να οφείλεται και σε διάφορες επιδράσεις που έχει δεχτεί το άτομο. Βιολογικές διαταραχές που πιθανολογούνται ότι μπορούν να αποτελούν το υπόστρωμα του πανικού περιλαμβάνουν αύξηση των κατεχολαμινών στο κεντρικό νευρικό σύστημα, κάποια ανωμαλία στον υπομέλανα τόπο, υπερευαισθησία στο CO² και διαταραχές στον μεταβολισμό του γαλακτικού οξέος κ.α. Ακόμα μελέτες με δίδυμους και οικογένειες έχουν αποδείξει πως η Διαταραχή Πανικού και κατά συνέπεια και η αγοραφοβία μπορεί να είναι κληρονομική.

Σύμφωνα με την θεωρία της μάθησης, η αγοραφοβία είναι κάτι που μαθαίνεται από το άτομο. Πρόκειται δηλαδή για μια εξαρτημένη (conditioned) απάντηση σε κάποια περιβαντολλογική κατάσταση που προκάλεσε φόβο (π.χ. αυτοκινητιστικό δυστύχημα). Πάντως όποια και να είναι η αιτιολογία, έχουμε να κάνουμε με μια επίπονη κουραστική και τρομακτική για το άτομο διαταραχή που χρήζει άμεσης βοήθειας και αντιμετώπισης προκειμένου να αποκτήσει ξανά το άτομο την χαμένη του ισορροπία και εσωτερική γαλήνη.

(<file://A:\Αγχώδεις διαταραχές.htm>). Βέβαια οι λόγοι που ένα άτομο αναπτύσσει αγοραφοβία μπορεί να είναι και απόλυτα ψυχολογικοί και να έχουν να κάνουν με περιβαντολλογικές επιρροές όπως π.χ. θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου, χωρισμός, έντονη περίοδο άγχους κ.λ.π. (Πέτρος Σκαπινάκης «Αγχώδεις Διαταραχές»).

Αυτό που αξίζει να σημειώσουμε είναι πως τα άτομα που βιώνουν αγοραφοβικό σύνδρομο παρουσιάζουν εκτός από την αγοραφοβική αποφυγή – που αναφέραμε παραπάνω – και άλλες συμπεριφορές αποφυγής που τις ονομάζουμε διαντηληπτική αποφυγή ή αποφυγή των εσωτερικών σημαντικών αισθήσεων. (Barlow – Durand, 1991). Οι συμπεριφορές αυτές περιλαμβάνουν αποφυγή από καταστάσεις ή διαδικασίες που θυμίζουν πανικό, όπως για παράδειγμα γυμναστική, σάουνα, χορό κ.τ.λ.

Πιο συγκεκριμένα στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται διαντηληπτικές καθημερινές δραστηριότητες που αποφεύγουν άτομα με αγοραφοβία.

1. Να ανεβαίνουν πολλά σκαλοπάτια
2. Να περπατούν έξω όταν έχει έντονη ζέστη
3. Ζεστά, αποπνικτικά δωμάτια
4. Ζεστά, αποπνικτικά αυτοκίνητα
5. Να περπατούν έξω όταν έχει πολύ κρύο
6. Την αεροβική γυμναστική
7. Να σηκώνουν βαριά αντικείμενα

8. Τον χορό
9. Τις σεξουαλικές σχέσεις
10. Να βλέπουν ταινίες τρόμου
11. Να τρώνε βαριά γεύματα
12. Να εμπλέκονται σε έντονες συζητήσεις
13. Να κάνουν σάουνα
14. Να κάνουν πεζοπορία
15. Να κάνουν σπορ
16. Να πίνουν καφέ ή οποιοδήποτε ρόφημα με καφεΐνη
17. Να θυμώνουν

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΓΕΝΙΚΕΥΜΕΝΗ ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

5.1. ΕΝΝΟΙΑ – ΓΕΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Η Γενικευμένη αγχώδης Διαταραχή είναι ένα σχετικά κοινό πρόβλημα άγχους που μετατρέπει την καθημερινή ζωή σε μια κατάσταση συνεχούς ανησυχίας και φόβου. Η υπερβολική σκέψη και η επιμονή σε μη ρεαλιστικά, πιθανά δυσάρεστα γεγονότα χαρακτηρίζουν τη διαταραχή αυτή. Σαν αποτέλεσμα το άτομο αισθάνεται ότι δεν υπάρχει διέξοδος στον φαύλο αυτό κύκλο του άγχους και της ανησυχίας και στη συνέχεια κατακλύζεται από καταθλιπτικές σκέψεις σχετικές με τη ζωή.

Συγκεκριμένα με τον όρο Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή εννοούμε την κατάσταση μόνιμου και ανεξέλεγκτου άγχους και ανησυχίας που διαρκεί από έξι μήνες έως κάποια χρόνια. Το βασικό χαρακτηριστικό της διαταραχής είναι το άγχος, το οποίο υπάρχει ανεξάρτητα από οποιαδήποτε συγκεκριμένη κατάσταση πίεσης. Επειδή το άτομο είναι διαρκώς αγχωμένο χωρίς να υπάρχει εμφανής πηγή του άγχους λέμε ότι το άγχος είναι «ελεύθερης πλεύσης» (Lester M. Sdorrow, 1996).

Σε αντίθεση με τους ανθρώπους που βιώνουν φυσιολογικές καταστάσεις άγχους και ανησυχίας, οι άνθρωποι που παρουσιάζουν Γενικευμένη Αγχώδη Διαταραχή συχνά ανησυχούν υπερβολικά ακόμη και όταν δεν υπάρχει καμία αιτία. Μπορεί να επαγρυπνούν υπερβολικά για πιθανές απειλές, δεν κατορθώνουν ωστόσο να τις αντιμετωπίσουν με τον

κατάλληλο τρόπο (Zinbarg και αλ. 1992). Στην ουσία το άγχος γίνεται ένα από τα κύρια χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του ατόμου, το οποίο ανησυχεί σταθερά σχεδόν για τα πάντα συμπεριλαμβανομένης της εργασίας, του σχολείου, των οικονομικών και των κοινωνικών θέσεων (Lester M. Sdorrow, 1996).

Η Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή συνήθως δεν προκαλεί την αποφυγή του ατόμου από καταστάσεις και δεν υπάρχει κάποιο στοιχείο προσβολής πανικού στην πρόγνωσή της. Αυτό που κυριαρχεί στην συγκεκριμένη διαταραχή είναι η σκέψη αν και κάποιες φορές το αίσθημα του άγχους είναι τόσο κυρίαρχο ώστε η πρωταρχική σκέψη να μη γίνεται αντιληπτή. Αισθήματα ανησυχίας, φόβου έλλειψη ενέργειας καθώς και έλλειψη ενδιαφέροντος για τη ζωή γενικότερα, είναι συχνά. Πολλές φορές δεν υπάρχει πραγματική αιτία για την ύπαρξη των συναισθημάτων αυτών και το άτομο είναι ικανό να το συνειδητοποιήσει. Η παρουσία διακυμάνσεων στη διάθεση είναι επίσης συχνή¹.

Σωματικές εκδηλώσεις της Γενικευμένης Αγχώδους Διαταραχής μπορεί να περιλαμβάνουν πονοκεφάλους, σπασμοί, ευερεθιστότητα, θυμό, δυσκολίες στη συγκέντρωση και στην χαλάρωση, καθώς και υπερκινητικότητα. Διαταραχές στον ύπνο μπορεί επίσης να εμφανιστούν.

Παρά το γεγονός ότι η Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή αναγνωρίστηκε ως διαταραχή το 1987 με την δημοσίευση της

¹ <http://www.anxietquetwork.com/gawhat.html>

αναθεωρημένης τρίτης έκδοσης του DSM (DSM-III-R) παραμένει ακόμη μια αμφιλεγόμενη κατηγορία.

5. 2. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ

2^α Σύντομη Επισκόπηση

Μεταξύ των αγχωδών διαταραχών, ίσως καμία διαγνωστική κατηγορία δεν έχει αλλάξει περισσότερο τα τελευταία 12 χρόνια όσο αυτή της Γενικευμένης Αγχώδους Διαταραχής. Με την έκδοση του DSM II η υποκατηγορία των αγχωδών διαταραχών που κατέληξε σε «αγχώδεις νευρώσεις» στο DSM – II μετατράπηκε σε «αγχώδεις καταστάσεις». Η νέα αυτή κατηγορία περιλάμβανε δύο νέες προσδιορισμένες διαγνώσεις: διαταραχή πανικού και Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή. Τα διαγνωστικά κριτήρια της ΓΑΔ στο DSM-III ζούσαν την παρουσία του γενικευμένου συνεχούς άγχους συνδυασμένο με τρία τουλάχιστον συμπτώματα από τις τέσσερις παρακάτω κατηγορίες: (1) κινητική ένταση και πόνος στους μύες, (2) υπερκινητικότητα (π.χ. ιδρώτας, ζαλάδα), (3) φοβισμένη προσδοκία (π.χ. άγχος, φόβος, ανησυχία) και (4) επαγρύπνηση και υπερανάλυση (π.χ. δυσκολία συγκέντρωσης, ευερεθιστικότητα). Η παρουσία των συμπτωμάτων αυτών έπρεπε να είναι συνεχής τουλάχιστον για 1 μήνα. Παρ' όλα αυτά, στο διαγνωστικό σύστημα του DSM III η διάγνωση της Γενικευμένης Αγχώδους Διαταραχής δεν μπορούσε να καθοριστεί αν οι ασθενείς παρουσίαζαν κριτήρια άλλης ψυχικής διαταραχής. Με άλλα λόγια η ΓΑΔ αποτελούσε μια υπολειμματική κατηγορία μάλλον χαμηλή στην

ιεράρχηση των πιθανών αγχώδων διαταραχών. Αν π.χ. κάποιος ασθενής παρουσίαζε Γενικευμένη Αγχώδη Διαταραχή και Κοινωνική Φοβία, μόνο η διάγνωση της τελευταίας μπορούσε να καθορισθεί (Barlow, 1993)

Παρά τους ιεραρχικούς κανόνες του DSMIII η κλινική εμπειρία έδειξε ότι ενώ σε κάποιους ασθενείς το γενικευμένο άγχος ήταν η πρωταρχική τους πάθηση, κάποιοι άλλοι απέδειξαν ότι το γενικευμένο άγχος ήταν ανεξάρτητο από την πρωταρχική τους διαταραχή. Στις περιπτώσεις αυτές ήταν ιδιαίτερα σημαντική η διαφοροποίηση του προκαταβολικού άγχους με το γενικευμένο, αφού η παρουσία του πρώτου είναι εικονικά πάντα παρούσα στη διαταραχή πανικού και στις φοβίες. Για παράδειγμα, αν σε κάποιον ασθενή παρουσιαζόταν υπερβολικό άγχος που προερχόταν από πιθανή προσβολή πανικού, μόνο η διαταραχή πανικού θα μπορούσε να προσδιορισθεί. Αν όμως το άγχος ήταν επικεντρωμένο σε μικρά γεγονότα της καθημερινής ζωής (π.χ. οικονομικά ή προγραμματισμός) θα μπορούσε να προσδιορισθεί και η Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή (Barlow, 1993).

Στην επαναθεωρημένη έκδοση του DSM III τα διαγνωστικά κριτήρια της ΓΑΔ έχουν υποστεί σημαντικές αλλαγές. Μεταξύ των προαναφερομένων κλινικών παρατηρήσεων η ομάδα της φοβικής προσδοκίας ανασυγκροτήθηκε και έτσι στο DSM III-R η Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή έχει το δικό της συμπτωματολόγιο: υπερβολικό και μη ρεαλιστικό άγχος σε δύο ή περισσότερους τομείς που δεν σχετίζονται με κάποια άλλη αγχώδη διαταραχή. Επιπροσθέτως, τα κριτήρια

συμπτωμάτων ανασυγκροτήθηκαν και η παρουσία τουλάχιστον 6 από μια λίστα 18 συμπτωμάτων που σχημάτιζαν τις 3 ομάδες της κινητικής έντασης, της υπερκινητικότητας και της ανησυχίας ήταν απαραίτητη. Τελικά, το κριτήριο της διάρκειας της διαταραχής, μετά από κλινικές και εμπειρικές μελέτες, επεκτάθηκε από 1 μήνα σε 6. (Barlow, 1993)

Στην τέταρτη έκδοση του DSM τα κριτήρια της Γενικευμένης Αγχώδους Διαταραχής ανασυγκροτήθηκαν έτσι ώστε να γίνουν περισσότερα κατανοητά και να δώσουν έμφαση στην πορεία της φοβικής προσδοκίας (ανησυχία). Σύμφωνα λοιπόν με την τέταρτη έκδοση του DSM IV-R, το κύριο χαρακτηριστικό της ΓΑΔ είναι το υπερβολικό άγχος και η ανησυχία (φοβισμένη προσδοκία), που συμβαίνει τις περισσότερες μέρες των τελευταίων 6 μηνών για έναν αριθμό γεγονότων ή δραστηριοτήτων (κριτήριο Α). το άτομο βρίσκει ιδιαίτερα δύσκολο να ελέγξει την ανησυχία (κριτήριο Β). Το άγχος και η ανησυχία συνοδεύονται τουλάχιστον από τρία πρόσθετα συμπτώματα από τη λίστα που περιλαμβάνει: ανησυχία, εύκολη κόπωση, δυσκολία στη συγκέντρωση ευερεθιστότητα, μυϊκή ένταση και διαταραχή του ύπνου (κριτήριο Γ). η εστία του άγχους δεν περιορίζεται σε στοιχεία μιας διαταραχής του άξονα π.χ. το άγχος ή η ανησυχία δεν αφορά το να έχει το άτομο μια προσβολή πανικού (όπως στη Διαταραχή Πανικού) το να νιώσει αμήχανα δημοσίως (όπως στην Ψυχαναγκαστική – Καταναγκαστική Διαταραχή), το να είναι μακριά από το σπίτι του (όπως στη Διαταραχή Άγχους Αποχωρισμού), το να πάρει βάρος (όπως στη νευρική ανορεξία), το να έχει πολλαπλά

σωματικά συμπτώματα (όπως στην Σωματοποιητική Διαταραχή) ή το να έχει κάποια σοβαρή ασθένεια (όπως στην Υποχονδρίαση) και το άγχος και η ανησυχία δε συμβαίνουν αποκλειστικά κατά τη διάρκεια διαταραχής μετά από ψυχοτραυματικό στρες (κριτήριο Δ). Παρόλο το γεγονός ότι τα άτομα με ΓΑΔ μπορεί να μην αναγνωρίζουν τις ανησυχίες σαν υπερβολικές, αναφέρουν υποκειμενική ενόχληση οφειλόμενη σε συνεχή ανησυχία δυσκολία στο να την ελέγξουν ή βιώνουν έπτωση στον επαγγελματικό, κοινωνικό ή σε άλλους σημαντικούς τομείς της λειτουργικότητας (κριτήριο Ε). η ενόχληση δεν οφείλεται στα άμεσα φυσιολογικά συμπτώματα της δράσης μιας ουσίας (π.χ. κατάχρηση μιας ουσίας ή ενός φαρμάκου) ή μιας γενικής ιατρικής κατάστασης και δεν συμβαίνει αποκλειστικά κατά τη διάρκεια κάποιας Διαταραχής ή κάποιας εκτεταμένης Διαταραχής της Ανάπτυξης (Μάνου Ν. 1997, DSM IV –R 2000).

Η ένταση, η διάρκεια ή η συχνότητα του άγχους και της ανησυχίας δεν αντιστοιχούν στην πραγματική πιθανότητα ή επίδραση του φοβούμενου γεγονότος. Το άτομο αντιμετωπίζει δυσκολία στο να αποτρέψει αγχώγυνες σκέψεις να παρεμβαίνουν στη ζωή του. Ενήλικες με ΓΑΔ συνήθως ανησυχούν υπερβολικά για καθημερινά προβλήματα, όπως για πιθανές επαγγελματικές υποχρεώσεις, οικονομικά θέματα, την υγεία των μελών της οικογένειας ή ζητήματα μικρότερης σημασίας (όπως το νοικοκυριό, τα προβλήματα του αυτοκινήτου, αργοπορία σε κάποιο ραντεβού). Παιδιά με ΓΑΔ τείνουν να ανησυχούν υπερβολικά για την επίδοσή τους στο σχολείο και τις ικανότητές τους. Κατά τη διάρκεια της

διαταραχής η εστία της ανησυχίας μπορεί να μετατοπιστεί από ένα θέμα σε κάποιο άλλο (DSM IV-IR), 2000).

ΠΙΝΑΚΑΣ 1

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΚΑΤΑ DSM IV-IR ΓΙΑ ΤΗΝ ΓΑΔ

A. Υπερβολική ανησυχία (φοβισμένη προσδοκία) και άγχος που σημαίνει τις περισσότερες μέρες τουλάχιστον για 6 μήνες, για έναν αριθμό γεγονότων ή δραστηριοτήτων (όπως δουλειά ή σχολική επίδοση).

B. Το άτομο δυσκολεύεται να ελέγξει την ανησυχία

Γ. Το άγχος και η ανησυχία συνδέονται με τρία (ή περισσότερα) από τα παρακάτω 6 συμπτώματα:

Σημείωση: Μόνο ένα απαιτείται για παιδιά

(1) εσωτερική ανησυχία ή νιώθει τεντωμένο ή σε «αναμμένα κάρβουνα»

(2) εύκολη κόπωση

(3) δυσκολία συγκέντρωσης ή νιώθει το μυαλό του άδειο

(4) ευερεθιστότητα

(5) μυϊκή ένταση

(6) Διαταραχές στον ύπνο (δυσκολία στο να κοιμηθεί ή να παραμείνει κοιμισμένος ή ανήσυχος μη ικανοποιητικός ύπνος)

Δ. Ο εστιασμός του άγχους και της ανησυχίας δεν περιορίζεται σε στοιχεία μιας διαταραχής του Άξονα I π.χ. το άγχος ή η ανησυχία δεν αφορά το να νιώθει αμήχανα δημοσίως (όπως στην Κοινωνική Φοβία), το να μολυνθεί (όπως στην Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή), το να είναι μακριά από το σπίτι του ή τους στενούς συγγενείς (όπως στη Διαταραχή Άγχους Αποχωρισμού), το να βάλει βάρος, (όπως στη Ψυχογενή Ανορεξία), το να έχει κάποια σοβαρή ασθένεια (όπως στην Υποχονδρίαση) και το άγχος και η ανησυχία δεν συμβαίνουν αποκλειστικά κατά τη διάρκεια Διαταραχής μετά από Ψυχοτραυματικό Στρες.

E. Το άγχος, η ανησυχία ή τα σωματικά συμπτώματα προκαλούν κλινικά σημαντική υποκειμενική ενόχληση ή έκπτωση στον κοινωνικό επαγγελματικό ή άλλους σημαντικούς τομείς της λειτουργικότητας.

ΣΤ. Η διαταραχή δεν οφείλεται στα άμεσα φυσιολογικά αποτελέσματα της δράσης μιας ουσίας (π.χ. κάποια ουσία κατάχρησης, κάποιο φάρμακο) ή μιας γενικής ιατρικής κατάστασης (π.χ. υπερθυρεοειδισμός) και δεν συμβαίνει αποκλειστικά κατά τη διάρκεια κάποιας Διαταραχής της Διάθεσης, κάποιας Ψυχωτικής Διαταραχής ή κάποιας Βαριάς Εκτεταμένης Διαταραχής της Ανάπτυξης.

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

1α Για τι είδους θέματα ανησυχείτε Πιστεύετε ότι ανησυχείτε υπερβολικά;

Αν ο ασθενής ταυτίσει το άγχος ή την ένταση με πιθανούς πανικούς ή έκθεση σε φοβικές καταστάσεις, π.χ. «Ανησυχώ ότι θα έχω προσβολή πανικού ανησυχώ όποτε πρέπει να περάσω από γέφυρα».

Υπάρχουν άλλα θέματα εκτός από _____ που σας κάνουν να αγχώνεστε ή να ανησυχείτε;

Ναι _____ Όχι _____ Αν ναι, ποια είναι αυτά;\

Β. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 6 μηνών, οι μέρες που σας απασχόλησαν κάποιο από αυτό τις ανησυχίες ήταν περισσότερες από τις υπόλοιπες.

Ναι _____ Όχι _____

2. Ανησυχείτε; Ανησυχείτε υπερβολικά για θέματα μικρής σημασίας όπως το να αργήσετε σ' ένα ραντεβού, προβλήματα του σπιτιού ή του αυτοκινήτου κ.τ.λ.

Ναι _____ Όχι _____

Αν υπάρχουν 2 τομείς υπερβολικής ανησυχίας ή η απάντηση ΝΑΙ στην ερώτηση 2, συνεχίστε. Αν όχι πηγαίνετε στην κλίμακα HAMILTON ή στην Διαταραχή μετά από ψυχοτραυματικό Στρες.

3 Σε μια μέρα του τελευταίου μήνα, ποιο είναι το ποσοστό, κατά μέσο όρο, της ημέρας που αισθάνεστε ένταση, άγχος, ανησυχία; _____ %

4. Την τελευταία φορά που βιώσατε παρατεταμένο άγχος, ένταση ή ανησυχία (πέρα από πανικό ή φοβική έκθεση), τι συνέβει / τι σκεφτόσασταν;

ΠΟΤΕ _____

ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ _____

ΣΚΕΨΕΙΣ _____

5. Πόσο καιρό η ανησυχία, η ένταση, το άγχος αποτελεί πρόβλημα:

Από _____ Μέχρι _____

Διάρκεια σε μήνες _____

Σημείωση: Αν ο ασθενής απαντήσει «όλη μου τη ζωή», ζητείστε περισσότερες πληροφορίες π.χ. θυμάστε να αισθάνεστε έτσι στο σχολείο; Σε ποια τάξη.

6. Κατά πόσο το πρόβλημα αυτό επηρεάζει τη ζωή σας, τον επαγγελματικό, κοινωνικό, οικογενειακό τομέα κ.τ.λ.

0

1

2

3

4

Καθόλου

Λίγο

Μέτρια

Πολύ

Πάρα πολύ

7. Ποσοστό συμπτωμάτων Γενικευμένης Αγχώδους Διαταραχής

Επίμονα συμπτώματα (τουλάχιστον για 6 μήνες). Δεν συμπεριλαμβάνονται συμπτώματα που υπάρχουν μόνο κατά τη διάρκεια πανικού.

Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 6 μηνών σας απασχόλησε αρκετά.

_____;

Πόσο σοβαρό είναι;

0

1

2

3

4

Καθόλου

Λίγο

Μέτρια

Πολύ

Πάρα πολύ

α. Κινητική Ένταση

_____	1.	
_____	2.	
_____	3.	
_____	4.	

β. Αυτόνομη υπερδραστικότητα

_____	5.	
_____	6.	
_____	7.	
_____	8.	
_____	9.	

_____	10.	
_____	11.	
_____	12.	
_____	13.	

γ. Επαγρύπνηση, ανίχνευση

_____	14.	
_____	15.	
_____	16.	
_____	17.	
_____	18.	

2β. Διαγνωστικά Κριτήρια της ΓΑΔ κατά ICD-10

Σημείωση: Στα παιδιά και στους εφήβους τα παράπονα μέσω των οποίων εκδηλώνεται το γενικευμένο άγχος είναι περισσότερο περιορισμένα απ' ότι στους ενήλικες. Για τα άτομα αυτά υπάρχει μια εναλλακτική ομάδα κριτηρίων (ΓΑΔ της παιδικής ηλικίας).

A. Πρέπει να υπάρχει μια περίοδος τουλάχιστον 6 μηνών με χαρακτηριστική ένταση, ανησυχία και υπερβολική σκέψη για καθημερινά προβλήματα και γεγονότα

B. Τουλάχιστον τέσσερα από τα συμπτώματα, που αναφέρονται παρακάτω, πρέπει να είναι παρόντα και τουλάχιστον ένα από αυτά να προέρχεται από τα είδη (1) έως (4).

Συμπτώματα αυτόνομου διεγερτικού συστήματος

- (1) αρρυθμία, επιτάχυνση καρδιακών παλμών
- (2) ιδρώτας
- (3) τρεμούλα
- (4) ξηροστομία

Συμπτώματα που αφορούν στο στήθος και στην κοιλιά

- (5) δυσκολία στην αναπνοή
- (6) αίσθημα ασφυξίας
- (7) πόνος στο στήθος
- (8) ναυτία ή διαταραχή στην κοιλιά

Συμπτώματα που αφορούν στην ψυχική κατάσταση

- (9) αισθήματα ζαλάδας, αστάθειας, λιποθυμίας.
- (10) αποπραγματοποίηση ή αποπροσωποποίηση
- (11) φόβος έλλειψης ελέγχου ή λιποθυμίας
- (12) φόβος θανάτου

Γενικά συμπτώματα

- (13) εξάψεις
- (14) μούδιασμα

Συμπτώματα έντασης

(15) μυϊκή ένταση ή πόνοι

(16) ανικανότητα χαλάρωσης

(17) εύκολη κόπωση ή αίσθημα ότι είναι «σ' αναμμένα κάρβουνα»

Αλλά, μη συγκεκριμένα συμπτώματα

(19) υπερβολική αντίδραση σε αιφνιδιασμούς

(20) δυσκολία στη συγκέντρωση ή νιώθει το μυαλό του άδειο.

(21) συνεχής ευερεθιστότητα

(22) δυσκολία στο να κοιμηθεί λόγω της ανησυχίας.

Γ. Η διαταραχή δεν συναντά τα κριτήρια της Διαταραχής Πανικού, των φοβικών διαταραχών, της ψυχαναγκαστικής – καταναγκαστικής διαταραχής ή υποχονδριακής διαταραχής.

Δ. Η αγχώδης διαταραχή δεν οφείλεται σε σωματική διαταραχή, όπως υπερθυρεοειδισμός, σε οργανική ψυχική διαταραχή ή στα άμεσα αποτελέσματα της δράσης μιας ουσίας (π.χ. κατάχρηση ουσιών όπως αμφεταμίνη).

5. 3. Συνοδά Συμπτώματα – Συνοδές Διαταραχές

Η μυϊκή ένταση συνοδεύουν συχνά μυϊκές συσπάσεις μυϊκοί πόνοι και γενικότερα μυϊκή ευαισθησία. Ακόμη η ξηροστομία, τα υγρά κρύα χέρια, η ναυτία, η διάρροια, η συχνουρία, η εφίδρωση, ο «κόμπος» στο

λαιμό μπορεί να παρουσιάζονται σε ασθενείς με ΓΑΔ. Πολλά άτομα με ΓΑΔ αντιδρούν υπερβολικά σε καταστάσεις αιφνιδιασμού (American Psychiatric Association 2000)

Συνεχίζοντας, σύγχρονες μελέτες έχουν αποδείξει την ύπαρξη σχέσεως μεταξύ της ΓΑΔ και καταναγκαστικής συμπεριφοράς, και πιο συγκεκριμένα καταναγκαστικού ελέγχου. Στοιχεία έρευνας, που μελέτησε τη σχέση αυτή αποδεικνύουν ότι η καταναγκαστική συμπεριφορά είναι πιο συχνή σε άτομα με ΓΑΔ απ' ότι θεωρούνται παλιότερα. Μάλιστα, το ποσοστό των ασθενών που παρουσίασαν καταναγκασμό ήταν σημαντικά μεγαλύτερο από εκείνο των ασθενών που παρουσίασαν ψυχαναγκασμό. Παρά την ύπαρξη των στοιχείων αυτών, δεν μπορούμε να πούμε ότι η παρουσία της ΓΑΔ οδηγεί σταθερά στην ανάπτυξη καταναγκαστικών συμπτωμάτων. Βασιζόμενοι όμως στα αποτελέσματα και το δείγμα της συγκεκριμένης έρευνας, ένας τους τέσσερις ασθενείς της ΓΑΔ παρουσίαζαν καταναγκαστικά στοιχεία (Alexander J. Schut, Louis G. Castouguay, Thomas D. Borcovec, 2001).

Ακόμη η παρουσία υπερβολικής επαγρύπνησης σε ασθενείς με ΓΑΔ, έχει εξετασθεί στα πλαίσια έρευνας του Πανεπιστημίου του Λονδίνου. Στη συγκεκριμένη έρευνα εξετάσθηκε η υπόθεση ότι τα άτομα με ΓΑΔ παρουσιάζουν υπερβολική επαγρύπνηση όσον αφορά στην εξωτερική απειλή, σε σχέση με τα άτομα χωρίς ψυχιατρική διαταραχή. Για την εξέταση αυτή χρησιμοποιήθηκαν σύνθετες εικόνες – φωτογραφίες που παρουσίαζαν άμεση απειλή, αόρατη απειλή, πιθανή απειλή και εικόνες

χωρίς απειλή. Τα αποτελέσματα της έρευνας δεν επιβεβαίωσαν την αρχική της υπόθεση, αφού τα άτομα με ΓΑΔ δεν παρουσίασαν υπερβολική εξερεύνηση των φωτογραφιών και των απειλών. Ανεξάρτητα από τα αποτελέσματα αυτά, η έρευνα επιβεβαίωσε την πεποίθηση ότι οι αγχώδεις διαταραχές συνδέονται πιο στενά με εσωτερικές διαδικασίες που αφορούν στις σκέψεις και συμπεριφορές του ίδιου του ατόμου, συγκριτικά με ιδέες εξωτερικού κινδύνου και ευθραυστότητας (Freeman, Cracety, Phillips, 2000).

Συνοδές διαταραχές είναι οι Διαταραχές της διάθεσης, όπως η Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή, η δυοθυμική διαταραχή, Αγχώδεις Διαταραχές όπως η Διαταραχή Πανικού, η Κοινωνική Φοβία, η Ειδική Φοβία καθώς και Διαταραχές Σχετιζόμενες με ουσίες (Μάνου Ν., 1997)

Πιο συγκεκριμένα σύμφωνα με το άρθρο του Hans Mlrich Wittchen (2002) το 66% των ασθενών με ΓΑΔ παρουσιάζει μια συντρέχουσα ψυχιατρική διάγνωση. Αναφέρεται ακόμη ότι στο 55% των ατόμων με ΓΑΔ περιλαμβάνονται και άλλες αγχώδεις διαταραχές, ενώ στο 59% συνυπάρχει η κατάθλιψη. Ο Brawman – Mintzer και συνάδελφοί τους (1993), επισημαίνουν ότι το 42% των ασθενών με ΓΑΔ έχει βιώσει τουλάχιστον ένα μείζων καταθλιπτικό επεισόδιο στη ζωή τους.

5.4. Έναρξη – Πορεία

Πολλά άτομα με ΓΑΔ αναφέρουν ότι είχαν άγχος σ' όλη τους τη ζωή. Αν και πάνω από 50% αναφέρουν ότι η διαταραχή άρχισε στην

παιδική ή στην εφηβική τους ηλικία, η έναρξη μετά τα 20 χρόνια είναι συχνή.

Η πορεία είναι χρόνια αλλά υπάρχουν διακυμάνσεις και εξάρσεις, ιδιαίτερα σε περιόδους στρες (Μάνου Ν. 1997:293).

5.5. Επικράτηση (Prevalence)

Λόγω της προαναφερθείσης σύγχυσης, οι προσπάθειες να διαγραφεί το σκίτσο του ασθενή με ΓΑΔ είναι σποραδικές και οι εκτιμήσεις της επικράτησης της είναι λίγες, ενώ αυτές που ήδη υπάρχουν είναι συγκρουόμενες. Για παράδειγμα σε αντίθεση με τις εκτιμήσεις των αγχωδών νευρώσεων που ανέρχονται σε 40-50% οι αριθμοί φαίνεται να είναι αξιοσημείωτοι μικρότεροι όταν χρησιμοποιούνται τα κριτήρια του DSM-III. Παρά το γεγονός ότι η επικράτηση των ΓΑΔ δεν είναι εξακριβωμένη στην πρώτη μελέτη του NIMH ECA, τα προκαταρκτικά στοιχεία της δεύτερης μελέτης του St. Louis είναι διαθέσιμα. Οι εκτιμήσεις των στοιχείων αυτών τοποθετούν την ΓΑΔ στο 4% ενώ σύμφωνα με άλλες εκτιμήσεις η επικράτηση της διαταραχής φτάνει μόλις το 2,5% [(Anderson 1984)]. Σύμφωνα με τις εκτιμήσεις λοιπόν της δεύτερης μελέτης η ΓΑΔ αναφέρεται ως 3-5 φορές συχνότερη σε σχέση με την διαταραχή πανικού (Barlow, 1988).

Σύμφωνα με τις κοινοτικές μελέτες της εθνικής υπηρεσίας των Ηνωμένων Πολιτειών, το ποσοστό επικράτησης της ΓΑΔ εκτιμήθηκε στο 3,1% και 5,1% αντίστοιχα. Το χαμηλότερο ποσοστό επιπολασμού ζωής

βρέθηκε στην ομάδα ατόμων 12-24 ετών (2,0%), ενώ το υψηλότερο ποσοστό παρουσιάστηκε στην ομάδα ατόμων 45-55 ετών (6,9%). Ακόμη η μελέτη απέδειξε ότι στο γυναικείο φύλο υπάρχει η διπλάσια πιθανότητα (6,6%) παρουσίας της ΓΑΔ απ' ό τι στο ανδρικό. Το ποσοστό επικράτησης αυξήθηκε στο 10,3% για τις γυναίκες ηλικίας άνω των 45 ετών αλλά το ποσοστό παρέμεινε αναλλοίωτο στην αντίστοιχη ομάδα ανδρών (3,6%). Τα αποτελέσματα αυτά είναι συγκριτικά σύμφωνα με εκείνα προηγούμενων κοινοτικών αξιολογήσεων, των οποίων τα αποτελέσματα διαμορφώθηκαν σύμφωνα με προηγούμενα διαγνωστικά κριτήρια και διαφορετικά όργανα. Στην πιο σύγχρονη επιδημιολογική μελέτη η οποία χρησιμοποίησε τα κριτήρια του DSM-IV παρουσιάστηκαν χαμηλότερα ποσοστά επικράτησης (1,5%) λόγω, όμως, της μεθοδολογίας που ακολουθήθηκε στην συγκεκριμένη έρευνα. Τα πιο υψηλά ποσοστά βρέθηκαν πάλι στο γυναικείο φύλο και σε μεγαλύτερες ηλικίες (Hans – Ulrich Wittchen PU:D, 2002).

Σε αναφορές που αφορούν στην επικράτηση της ΓΑΔ, προσδιοριζόμενη από το DSM-III-R και τα πιο «αυστηρά» κριτήρια του DSM – IV σε παιδιά και εφήβους, τα ποσοστά επικράτησης απεδείχθησαν χαμηλά. Η μελέτη του EDSP, σε εφήβους και νεαρούς ενήλικες, απέδειξε ότι η ΓΑΔ σπάνια παρουσιάζεται σε παιδιά και εφήβους και ότι τα κρούσματα της ΓΑΔ γενικότερα σε ηλικίες κάτω των 25 χρόνων δεν είναι ιδιαίτερα συχνά.

Τέλος, σύμφωνα με επιδημιολογικά στοιχεία που προσφέρονται στο εγχειρίδιο της κλινικής ψυχιατρικής του Ν. Μάνου (1997), η ΓΑΔ είναι συχνότερη στις γυναίκες και υπολογίζεται ότι έχει επιπολασμό ζωής περίπου 5%. Συγκριτικά με τη διαταραχή Πανικού και την κατάθλιψη, η ΓΑΔ είναι σχετικά ήπια διαταραχή. Περίπου 10-12% των αγχωδών ασθενών που επισκέπτονται ψυχιάτρους έχουν ΓΑΔ.

5.6. Αιτιολογία

Η ΓΑΔ μπορεί να είναι αποτέλεσμα ενός μεγάλου αριθμού παραγόντων. Βιοψυχολόγοι αναζητούν απαντήσεις στην κληρονομικότητα, τη νευροχημεία και την εγκεφαλική διέγερση. Τα παιδιά των θυμάτων των αγχωδών διαταραχών έχουν επτά φορές περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν διαταραχές τέτοιου τύπου από ότι τα παιδιά των οποίων οι γονείς δεν έχουν τέτοιου τύπου προβλήματα. Αν και αυτό υπονοεί την ύπαρξη μιας πιθανής γενετικής βάσης των αγχωδών διαταραχών, δεν μας επιτρέπει ωστόσο να συμπεράνουμε ότι οι αγχώδεις διαταραχές βασίζονται περισσότερο στην κληρονομικότητα απ' ό τι στις βιωματικές εμπειρίες (Lester M. Sdorow, 1996).

Έρευνες διδύμων και οικογενειακές μελέτες υποδηλώνουν το γενετικό ρόλο στην αιτιολογία της ΓΑΔ. Συγκεκριμένα έξι μελέτες διδύμων εξέτασαν την κληρονομικότητα της ΓΑΔ. Τρεις από τις έξι μελέτες χρησιμοποίησαν επιδημιολογικά δείγματα διδύμων για να εξετάσουν και την γενετική συμβολή της ΓΑΔ αλλά και την σχέση της με την Μείζωνα

Καταθλιπτική Διαταραχή. Παρά το γεγονός ότι η ΓΑΔ βρέθηκε να είναι μέτρια κληρονομική, η πιθανότητα του ατόμου να αναπτύξει τη συγκεκριμένη διαταραχή εξαρτάται από εξατομικευμένους περιβαλλοντικούς παράγοντες. Οι άλλες τρεις μελέτες, εξέτασαν την ΓΑΔ μέσω συνεντευξιακών διαδικασιών σε μικρότερα δείγματα προερχόμενα από το συνδυασμό του πληθυσμού και των νοσοκομειακών καταγραφών.

Η γενετική συμβολή ερευνήθηκε μέσω της εναρμόνισης της ΓΑΔ σε μονοζυγωτικά δίδυμα και διζυγωτικά αντίστοιχα. Στην πρώτη μελέτη δεν βρέθηκαν διαφορές στα ποσοστά εναρμόνισης τόσο στα μονωογενή όσο και στα διωογενή. Στις δύο επόμενες μελέτες βρέθηκαν υψηλότεροι συντελεστές εναρμόνισης στα μονοζυγωτικά ζευγάρια απ' ότι στα διζυγωτικά. Σε οικογενειακές μελέτες, βρέθηκε ότι το ποσοστό της Γενικευμένης Αγχώδους Διαταραχής ήταν 19,5% στους συγγενείς των ασθενών και 3,5% στους συγγενείς των ατόμων χωρίς ΓΑΔ.

Είτε προκαλείται περισσότερο από κληρονομικούς παράγοντες είτε από την εμπειρία, το άγχος συνδέεται με μια μείωση της δραστηριότητας των νευρώνων που εξαρτώνται από τον ανασταλτικό νευροδιαβιβαστή σεροτονίνη (Van Praag, 1991). Ακόμη, το άγχος συνδέεται με αυξημένη εγκεφαλική διέγερση και ειδικότερα όταν οι άνθρωποι βρίσκονται σε κατάσταση που προκαλεί άγχος παρουσιάζουν αυξημένη διέγερση στους κροταφικούς λοβούς (Reiman, Fusselman, Fox & Raicule, 1989).

Ψυχολογικές προσεγγίσεις στην αιτιολογία της ΓΑΔ.

α. Ψυχαναλυτική προσέγγιση. Οι ψυχαναλυτές βλέπουν τις ψυχολογικές αιτίες της ΓΑΔ ως συνέπεια των ενορμίσεων του Προεγώ, που απειλούν να κατανικήσουν τον έλεγχο του Εγώ. Συγκεκριμένα ο Freud έχει αναπτύξει δύο θεωρίες για το άγχος. Η πρώτη θεωρία πρέσβεβε ότι το άγχος προέρχεται από απωθημένες σεξουαλικές ενορμήσεις. Ότι δηλαδή, όταν η ψυχική ενέργεια που συνδέεται με αυτές τις μη αποδεκτές σεξουαλικές ενορμήσεις γίνεται πιο ισχυρή από την απώθηση που τη συγκρατεί στο ασυνείδητο, τότε μεταμορφώνεται σε άγχος. Σύμφωνα με τη δεύτερη θεωρία του Freud το άγχος είναι αποτέλεσμα ενδοψυχικής σύγκρουσης ή αλλιώς η απάντηση του εγώ σε απαγορευμένες ασυνείδητες ενορμήσεις που έρχονται σε σύγκρουση με την πραγματικότητα. Έτσι, έχουμε δύο μορφές άγχους: α. το προειδοποιητικό άγχος, που κινητοποιείται από το εγώ για να προειδοποιήσει το άτομο για την επαπειλούμενη εισβολή στο συνειδητό απαγορευμένων ενορμήσεων και β. το τραυματικό άγχος που συμβαίνει όταν οι απαγορευμένες ενορμήσεις εισβάλλουν συνείδηση και το άτομο το βιώνει σαν Πανικό. Οι ενδοψυχικές συγκρούσεις στην παιδική ηλικία συνδέονται άμεσα με την ενήλικη ζωή, καθώς το παιδί μεγαλώνει απωθεί τις συγκρούσεις αυτές στο ασυνείδητο, έτσι ώστε, διάφορες συνθήκες στην ενήλικη ζωή μπορεί να επανενεργοποιήσουν μια ασυνείδητη σύγκρουση και να προκαλέσουν άγχος.

Οι τυπικοί φόβοι που μπορεί να επανενεργοποιηθούν στην ενήλικη ζωή είναι:

- απώλεια γονιού ή άλλου σημαντικού προσώπου ή αποχωρισμός από τον γονιό ή από άλλο σημαντικό πρόσωπο

- απώλεια της αγάπης λόγω αποδοκιμασίας

- άγχος ευνουχισμού, βλάβη δηλαδή ή απώλεια των γεννητικών οργάνων.

- απώλεια της αυτοεκτίμησης όταν το άτομο αποτυγχάνει της ανταπόκρισης στις ηθικές και άλλες αξίες που υιοθέτησε από τους γονείς ή άλλα σημαντικά άτομα (Μάνου Ν. 1997).

β. Θεωρία της μάθησης: Η θεωρία της μάθησης δίνει έμφαση στις εξωτερικές αιτίες και συνθήκες που συντελούν στην έμφαση της αγχώδους διαταραχής. το άγχος γίνεται αντιληπτό ως μια κλασική εξαρτημένη αντίδραση από εξωτερικά γεγονότα και όχι από εσωτερικές συγκρούσεις (Lester M. Sdorow, 1996).

γ. Ανθρωπιστική προσέγγιση: Η ανθρωπιστική άποψη βλέπει το γενικευμένο άγχος ως μια σύγκρουση δύο αντιλήψεων για τον εαυτό . Αυτή η σύγκρουση βρίσκεται από την μια στην γνώμη που έχει κανείς για τον εαυτό του την οποία έχει διαμορφώσει από τους άλλους και από την άλλη με την δική του προσωπική γνώμη που συγκρούεται και η οποία είναι περισσότερο φυσική όμως μη αποδεκτή από τον ίδιο. Σύμφωνα, δηλαδή με την ανθρωπιστική προσέγγιση το άγχος πηγάζει από μια αντίφαση μεταξύ του πραγματικού εαυτού και του εαυτού όπως θα έπρεπε να είναι.

Έτσι, το άτομο δαπανά την ενέργειά του στη διατήρηση της προαναφερόμενης σύγκρουσης παρά στην αυτοπραγμάτωσή του που είναι και ο πραγματικός στόχος του ατόμου κατά την άποψη των ψυχολόγων αυτών. Αυτό σημαίνει ότι μπορεί να αναπτύξει κανείς μια ΓΑΔ, αν αισθανθεί ότι δεν έχει κατορθώσει να ζήσει τα επιθυμητά κριτήρια συμπεριφοράς (Lester M. Sidorow, 1999)

δ. Γνωστική – συμπεριφορική προσέγγιση: Το γνωστικό – συμπεριφορικό μοντέλο του γενικευμένου άγχους επικεντρώνεται στον έλεγχο – συγκεκριμένα στην απώλεια ελέγχου και στην αίσθηση έλλειψης ελέγχου στο περιβάλλον και στην αίσθηση έλλειψης ελέγχου στο περιβάλλον – και στην έλλειψη βοήθειας. Το άτομο σε συνθήκες άγχους δεν μπορεί ή αισθάνεται ότι δεν του είναι δυνατό να παρέμβει στις εξωτερικές συνθήκες να τις αποτρέψει ή τις μεταβάλλει αλλά αισθάνεται κατακυριευμένο από αυτό και αναγκασμένο να τις υποστεί.

Η θεωρία της μάθησης βλέπει τα άτομα αντιμέτωπα με επιβαρυντικά και επίμονα ερεθίσματα στα οποία δεν έχουν έλεγχο μέχρι να μάθουν να τα αναχαιτίζουν. Η ικανότητα να προβλέψει και να ελέγχει κανείς γεγονότα στο περιβάλλον είναι σημαντικά για να αισθανθεί άνεση και ασφάλεια. Επομένως, η αίσθηση της απώλειας ελέγχου μπορεί από μόνη της να γίνει κάτι επιβαρυντικό για το άτομο (Barlow, 1988).

Τέλος, σύμφωνα με το άρθρο του Gosselin P. Laberge B., οι περιβαλλοντικοί παράγοντες και πιο συγκεκριμένα, αρνητικά γεγονότα στη ζωή, συμβάλλουν σημαντικά στην ανάπτυξη της ΓΑΔ. Έρευνες έχουν

δείξει ότι η εμφάνιση σπουδαίων αρνητικών γεγονότων μ' έναν απρόσμενο τρόπο αυξάνει το ρίσκο της ανάπτυξης της ΓΑΔ. Οικογενειακά προβλήματα, όπως συγκρούσεις ή κακοποίηση, έχουν επίσης αναφερθεί σαν αιτιολογικοί παράγοντες της ΓΑΔ. Ακόμη, ανάμεσα σε άλλους αναγνωρισμένους αιτιολογικούς παράγοντες, είναι και ο αποχωρισμός στη διάρκεια της παιδικής ηλικίας, η έλλειψη κοινωνικών αλληλεπιδράσεων και ικανοποίησης από τη ζωή. Συνοψίζοντας ένα αιτιολογικό μοντέλο βασισμένο στη γνωστική – συμπεριφορική θεωρία και τους περιβαλλοντικούς παράγοντες αναφέρει ότι η ΓΑΔ προκύπτει ως αποτέλεσμα ενός αρνητικού γεγονότος. Πρεσβεύει ότι το άγχος είναι μια εξαρτημένη απάντηση σε κάποια περιβαλλοντική κατάσταση που προκάλεσε φόβο, πηγάζει δηλαδή από έναν εσφαλμένο τρόπο σκέψης.

5.7. Διαφορική Διάγνωση

Αρχικά, η διαφορική διάγνωση της ΓΑΔ βασίζεται στο άγχος που οφείλεται σε γενικές ιατρικές καταστάσεις, δηλαδή από Αγχώδη Διαταραχή οφειλόμενη σε Γενική Ιατρική Κατάσταση προϋποθέτει την ύπαρξη αγχωδών συμπτωμάτων που προκύπτουν ως άμεση ψυχολογική συνέπεια μιας συγκεκριμένης ιατρικής κατάστασης (π.χ. φαιοχρωμοκύττωμα, επιληψία, καρδιακές αρρυθμίες υπερκοιλιακή ταχυκαρδία, καρδιακή ανεπάρκεια, πνευμονική εμβολή, στηθάγχη). Η διαφορική διάγνωση στις περιπτώσεις αυτές γίνεται με τις κατάλληλες σωματικές και εργαστηριακές εξετάσεις.

Η ΓΑΔ θα διαγνωσθεί διαφορετικά επίσης από Αγχώδη Διαταραχή Προκαλούμενη από Ουσίες με την πιθανολόγηση και ανεύρεση κάποιας υπεύθυνης ουσίας (κατάχρηση φαρμάκου, καφεΐνη, διεγερτικά, αλκοόλ, ή αγχολυτικά της οποίας η τοξίκωση ή το στερητικό σύνδρομο προκαλεί κάποια αγχώδη κατάσταση. Για παράδειγμα αγχώδη συμπτώματα που προκύπτουν μόνο μέσα στα πλαίσια της υπερβολικής κατανάλωσης καφεΐνης θα διαγνωστεί ως Αγχώδης Διαταραχή Προκαλούμενη από καφεΐνη με ΓΑΔ.

Όταν παρουσιάζεται η ταυτόχρονη ύπαρξη και άλλης διαταραχής του Άξονα Ι, η διάγνωση της ΓΑΔ θα γίνει μόνον όταν ο εστιασμός του άγχους και της ανησυχία δεν σχετίζεται με την άλλη διαταραχή. Δηλαδή, όταν το άγχος δεν αφορά στο να έχει το άτομο μια προσβολή πανικού (όπως στη Διαταραχή Πανικού), το να νιώσει αμήχανα δημοσίως (όπως στην Κοινωνική Φοβία), το να μολυνθεί (όπως στην Ψυχαναγκαστική – Καταναγκαστική Διαταραχή), το να βάλει βάρος (όπως στην Ψυχογενή Ανορεξία), το να έχει μια σοβαρή αρρώστια (όπως στην Υποχονδρίαση) το να έχει πολλαπλά σωματικά ενοχλήματα (όπως στη Σωματοποιητική Διαταραχή) ή το να είναι μακριά από το σπίτι ή τους στενούς συγγενείς (όπως στη Διαταραχή Άγχους Αποχωρισμού). Για παράδειγμα ενώ το άγχος που παρουσιάζεται στην Κοινωνική Φοβία εστιάζεται σε κοινωνικές καταστάσεις όπου το άτομο πρέπει να επιτελέσει κάτι, να εκτεθεί σε άγνωστο κόσμο ή σε πιθανό εξουχιστικό έλεγχο από άλλους, τα άτομα με

ΓΑΔ βιώνουν καταστάσεις άγχους ακόμη και χωρίς την παρουσία τους στις παραπάνω καταστάσεις.

Αρκετά, επίσης, γνωρίσματα διαχωρίζουν την υπερβολική ανησυχία της ΓΑΔ από τις ψυχαναγκαστικές ιδέες της Ψυχαναγκαστικής – Καταναγκαστικής Διαταραχής. οι ψυχαναγκαστικές ιδέες δεν είναι απλά υπερβολική ανησυχία για καθημερινά προβλήματα, αλλά μάλλον εικόνες δυστονικές προς το εγώ οι οποίες συχνά παίρνουν την μορφή παρορμήσεων. Ακόμη, πολλοί ψυχαναγκασμοί συνοδεύονται από καταναγκασμούς που μειώνουν το άγχος που προκαλούν οι πρώτοι.

Το άγχος είναι επίσης σταθερά παρόν στην Διαταραχή μετά από Ψυχοτραυματικό Στρες, η οποία όμως αποκλείει τη διάγνωση της ΓΑΔ αν το άγχος και η ανησυχία συμβαίνουν αποκλειστικά κατά τη διάρκεια της πορείας της. Επίσης το άγχος μπορεί να παρουσιάζεται και στη Διαταραχή Προσαρμογής, της οποίας η διάγνωση μπορεί να μπει μόνο αν τα κριτήρια δεν πληρούν την ύπαρξη καμίας άλλης αγχώδους διαταραχής (συμπεριλαμβανομένης και της ΓΑΔ). Επιπροσθέτως στη Διαταραχής της Προσαρμογής το άγχος προκύπτει ως αποτέλεσμα ενός στρεσογόνου αυτού παράγοντα. Διαταραχές της Διάθεσης (π.χ. Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή) και Ψυχωτικές Διαταραχές (π.χ. Σχιζοφρένεια) που συχνά παρουσιάζουν γενικευμένο άγχος, πρέπει να αποκλείσουν την διάγνωση της ΓΑΔ αν το άγχος συμβαίνει αποκλειστικά στη διάρκεια της πορείας τους.

Αρκετά χαρακτηριστικά, τέλος, διαχωρίζουν την ΓΑΔ από μη παθολογικό άγχος. Πρώτον, η ανησυχία που συνδέεται με την ΓΑΔ είναι δύσκολο να ελεγχθεί ενώ η ανησυχία που αφορά στην καθημερινότητα θεωρείται πιο εύκολο να ελεγχθεί και να αναβληθεί. Δεύτερον η ανησυχία που χαρακτηρίζει την ΓΑΔ είναι πιο διάχυτη, επίμονη και βασανιστική. Όσο πιο πολλές είναι οι καθημερινές καταστάσεις για τις οποίες ανησυχεί το άτομο, τόσο πιο πιθανή είναι η διάγνωση. Τέλος, το ποσοστό των ανησυχιών που συνοδεύονται από σωματικά συμπτώματα (υπερβολική κούραση, νευρικότητα, ευερεθιστότητα) είναι αρκετά μικρό, αν και αυτό δεν ισχύει απόλυτα στην περίπτωση των παιδιών (American Association of Psychiatrists, 2000, Μάνου Ν. 1997).

5.8. Η σχέση μεταξύ της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής και της διαταραχής πανικού

Ένα από τα πιο ενδιαφέροντα στοιχεία που παρουσιάζονται στο DSM – III – R είναι η σχέση μεταξύ της ΓΑΔ και του Πανικού ενώ στο DSM – III η διαταραχή πανικού αντικαθιστούσε την ΓΑΔ, σύμφωνα με τους ιεραρχικούς κανόνες, κάποιοι παρουσίαζαν πανικό χωρίς όμως να πληρούν τις προϋποθέσεις των διαγνωστικών κριτηρίων της διαταραχής πανικού. Μετά από έρευνα 22 ατόμων που ανήκουν στην παραπάνω κατηγορία, βρέθηκε ότι 16 από αυτά (73%) ανέφεραν την εμπειρία τουλάχιστον μιας προσβολής πανικού στη ζωή τους και μάλιστα στο 27% των ατόμων αυτών διεγνώσκει μια δευτερεύουσα διάγνωση διαταραχής

πανικού με αγοραφοβία (Barlow, 1988). Σε αντίθεση όμως με τους ασθενείς με διαταραχή πανικού, τα άτομα με ΓΑΔ παρουσιάζονται να ανησυχούν για προβλήματα που αφορούν στο παρόν και όχι για πιθανές προσβολές πανικού. Οι προσβολές πανικού μπορεί να συμβούν σε ασθενείς με ΓΑΔ, χωρίς όμως να κυριαρχούν στην κλινική εικόνα, γεγονός που καθιστούν την ΓΑΔ ως πρωταρχικό πρόβλημα (DSM – IV – I, 2000).

Οι Anderson, Noyes και Crowe μελέτησαν τις διαφορές που υπάρχουν μεταξύ των μελών με διαταραχή Πανικού και Γενικευμένη Αγχώδη Διαταραχή, σε σχέση με τα συμπτώματα την ηλικία και τον τρόπο έναρξής τους. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι υπάρχουν διαφορές μεταξύ των δύο διαταραχών, οι οποίες όμως δεν ήταν στατιστικά σημαντικές οπότε και δεν αποκλείστηκε η περίπτωση να οφείλονται στο διαφορετικό αριθμό συμμετεχόντων στην κάθε ομάδα. Ο Nisito και οι συνεργάτες του, αναφέρουν διαφορές μεταξύ των δυο διαταραχών σχετικά με την ηλικία της έναρξης των συμπτωμάτων μέχρι την διάγνωση του ειδικού. Ακόμη ο ασθενείς με ΓΑΔ αναφέρουν συνήθως περισσότερες περιστάσεις, εργασιακά προβλήματα, προσωπικές απώλειες και ψυχοκοινωνικό στρες για την ερμηνεία των συμπτωμάτων τους. Αναφέρεται μάλιστα ότι η ΓΑΔ μπορεί να αποτελεί ξεχωριστή διαταραχή σε σχέση με χαρακτηριστικά γνωρίσματα όπως ο πονοκέφαλος, η ένταση και η αϋπνία τα, τα οποία μπορεί να κυμαίνονται με τον χρόνο και να γίνονται ο πρόδρομος για τη Διαταραχή Πανικού, την κατάθλιψη και τις άλλες διαταραχές του άγχους.

Η υποστήριξη για το βιολογικό διαχωρισμό των δύο διαταραχών αντλείται από αποτελέσματα που δείχνουν ότι οι ασθενείς με τις δύο διαταραχές εμφανίζουν διαφορετικές αντιδράσεις στον υπεραερισμό και έχουν διαφορετικούς σφυγμούς στις κανονικές περιόδους, ενώ οι ασθενείς με Διαταραχή Πανικού έχουν την τάση να ανασαίνουν γρηγορότερα σε κανονικές περιόδους και παρουσιάζουν μεγαλύτερη αυξομείωση του σφυγμού τους κατά τη διάρκεια της ημέρας με αποτέλεσμα να επηρεάζεται ο τρόπος που αντιλαμβάνονται τα σωματικά τους συμπτώματα.

Στο γνωσιακό επίπεδο προτείνεται ότι η ΔΠ και η ΓΑΔ διαφέρουν ως προς το βαθμό των καταστροφικών και δραματικών παρερμηνειών και σωματικών αισθημάτων. Αποτελέσματα ερευνών έχουν υποστηρίξει ότι οι ασθενείς με ΔΠ τείνουν να παρουσιάζουν εντονότερα συμπτώματα άγχους απ' ό,τι οι ασθενείς με ΓΑΔ. Παρ' όλα αυτά άλλες έρευνες υποστηρίζουν ότι οι ασθενείς με ΓΑΔ μπορεί να παρουσιάζουν μεγαλύτερο αριθμό αγχωτικών συμπτωμάτων σε σύγκριση με τους ασθενείς της Διαταραχής Πανικού.

Οι Turner, Beidel και Jacob αναφέρουν έναν τρόπο με τον οποίο η χρόνια ανησυχία μπορεί να συμβάλλει στην έναρξη μιας προσβολής πανικού. Η χρόνια ανησυχία θα μπορούσε να δημιουργήσει μια κατάσταση αυξημένης διέγερσης τέτοιας, ώστε ο οργανισμός να είναι περισσότερο πιθανό να καταπονείται από μια ποικιλία πηγών. Η ανησυχία μπορεί να υποκινεί σωματικά συνθήματα που δίνουν προφανώς το έναυσμα για την έναρξη αυθόρμητων προσβολών πανικού (Καλπάκογλου Θ., 1997).

Έτσι, παρ' όλο που ΓΑΔ και η ΔΠ έχουν ένα αριθμό από χαρακτηριστικά με βάση τα οποία μπορούν να διαχωριστούν ως δύο διαφορετικές διαταραχές, μπορούν επίσης να οριστούν από έναν αριθμό κοινών χαρακτηριστικών, όπως οι βαθύτερες γνωσιακές δυσλειτουργίες, η ανησυχία καθώς και άλλα γνωρίσματα.

5.9. Το Γνωστικό Μοντέλο της Γενικευμένης Αγχώδους Διαταραχής.

Σύμφωνα με το γνωστικό μοντέλο της ΓΑΔ, το άγχος προκαλείται από ένα ευρύ φάσμα ερεθισμάτων και καταστάσεων της ζωής. Σχετικές έρευνες έχουν δείξει ότι: α) οι σκέψεις του ατόμου τείνουν να έχουν υπεργενικευμένο, τροφικό και απόλυτο χαρακτήρα σε θέματα που αφορούν το παρελθόν ή και το μέλλον β) οι προσωπικοί του κανόνες είναι συνήθως ακραίοι και άκαμπτοι, γ) τα κύρια θέματα ανησυχίας του ατόμου αφορούν προσωπική αποτυχία, τελειότητα, κριτική απόρριψη και έλλειψη ελέγχου.

Ο Barlow έχει δώσει ένα σύντομο ορισμό μέσα στον οποίο περιλαμβάνει τους πιο σημαντικούς συμπεριφορικούς και γνωσιακούς μηχανισμούς της ΓΑΔ: Στην Γενικευμένη Αγχώδη Διαταραχή το κέντρο της προσοχής εστιάζεται και παραμένει σε διάφορες καταστάσεις της ζωής και εκδηλώνεται με υπερβολική ευαισθησία απέναντι σε άλλα γεγονότα μικρότερης σημασίας. Οι αντιδράσεις στα γεγονότα αυτά συνοδεύονται από αρνητικές συνέπειες όπως η οργανική διέγερση, η αίσθηση της ανικανότητας του ατόμου να ελέγξει την κατάσταση. Αυτό στην συνέχεια

συνδέεται με την απόσπαση του κέντρου προσοχής από την απασχόληση εκείνης της στιγμής και τη μεταφορά του προς την αυτοκριτική, η οποία καταλήγει στην αύξηση της αρχικής διέγερσης. Όταν όμως το άτομο σε μια κατάσταση εγρήγορσης και έχοντας το κέντρο της προσοχής εστιασμένο αποκλειστικά στην ανησυχία, μειώνονται οι πιθανότητες του ατόμου να αντιμετωπίσει την πηγή της ανησυχίας. Η γνωστική αυτή λειτουργία συνεχίζει να στρέφεται σ' έναν ανατροφοδοτούμενο κύκλο ώσπου το άτομο καταλήγει στην υπερβολική ανησυχία την αδυναμία του ελέγχου της, καθώς και την ανικανότητα συγκέντρωσής του σε εναλλακτικές ασχολίες πέρα από το κέντρο της ανησυχίας του (Καλπάκογλου Θ., 1997).

Τέλος, είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι η μορφή της αποφυγής στη Γενικευμένη Αγχώδη Διαταραχή, σύμφωνα με ψυχολόγους του γνωστικού τομέα, είναι παρόμοια με εκείνη που παρατηρείται στην Κοινωνική Φοβία.

5.10. Η Φύση της Ανησυχίας στην Γενικευμένη Αγχώδη Διαταραχή και τα Χαρακτηριστικά της.

Αυξημένο ενδιαφέρον έχει παρουσιαστεί στον τομέα της ανησυχίας ως διαγνωστικό χαρακτηριστικό της Γενικευμένης Αγχώδους Διαταραχής. Μελέτες, οι οποίες προσπάθησαν να ανακαλύψουν την εστία της ανησυχίας των ατόμων, στα οποία είχε διαγνωστεί η ΓΑΔ, έδειξαν ότι η προαναφερθείσα δεν χαρακτηρίζεται από συγκεκριμένους φόβους, αλλά από συχνές ανησυχίες που αφορά περισσότερο σ' ένα ευρύ φάσμα θεμάτων καθώς και σε ιδιόζουσες, μικρής σημασίας, τις περισσότερες

φορές ανησυχίες. Οι ανησυχίες αυτές παίρνουν την μορφή καταστροφικών προβλέψεων για αρνητικά μελλοντικά γεγονότα μικρής πιθανότητας, τα οποία προκύπτουν ως αποτέλεσμα των «απειλητικών πληροφοριών» και του υπερβολικού υπολογισμού των συνεπειών του ρίσκου. Η διάχυτη φύση της ανησυχίας αποτελεί στην συνεχή κλινική παρατήρηση μια ακόμη απόδειξη, ότι οι ασθενείς με ΓΑΔ τείνουν να περνούν από την μια πηγή ανησυχία στην άλλη παρά να εστιάζουν αποκλειστικά σε ένα τομέα για εκτεταμένο χρονικό διάστημα. Μελέτες επίσης έχουν αποδείξει ότι η ανησυχία της ΓΑΔ χαρακτηρίζεται από ανησυχία για την ίδια την ανησυχία, αποτέλεσμα που επιβεβαιώνονται και στον ορισμό της ΓΑΔ στο DSM – IV, όπου η ανησυχία αναφέρεται ως διάχυτη και ανεξέλεγκτη (Elizabeth Roemer, Sussan M. Orsille, 2002).

Παρόμοια ήταν και τα αποτελέσματα έρευνας των φαινομενολογικών χαρακτηριστικών, της ανησυχίας στους ασθενείς με ΓΑΔ, τα οποία επιβεβαιώνουν προηγούμενα ευρήματα ερευνών που καθιστούν την ανησυχία ως γνωστικό φαινόμενο. Στην έρευνα χρησιμοποιήθηκε η συνέντευξη μέσω της οποίας συγκρίθηκαν τρεις διαφορετικές ομάδες τις οποίες αποτελούσαν 36 άτομα με ΓΑΔ β) 30 άτομα χωρίς διαταραχή και γ) 22 άτομα με κοινωνική φοβία. Σύμφωνα λοιπόν με τα αποτελέσματα της έρευνας, η διάρκεια της ανησυχίας των ασθενών με ΓΑΔ είναι δραματικά μεγαλύτερη σε σχέση με εκείνη των άλλων ομάδων. Για τα περισσότερα θέματα δεν υπάρχει συγκεκριμένο περιεχόμενο ανησυχίας γεγονός που οδηγεί στο συμπέρασμα ότι αυτό

που διαφοροποιεί τους ασθενείς με ΓΑΔ είναι περισσότερο ο τρόπος που σκέφτονται και λιγότερο το τι σκέφτονται. Ακόμη, η ανησυχία στα άτομα με ΓΑΔ βρέθηκε να είναι πιο συχνή, διάχυτη, ανεξέλεγκτη καθώς και συνοδευόμενη από περισσότερα σωματικά συμπτώματα (Jurgen Hoye lui S. Becker, Walton T. Roth, 2001).

Ακόμη, η ανησυχία σχετίζεται σε σημαντικό βαθμό με μια μορφή αποφυγής μέσω δύο μηχανισμών: α) την προληπτική αποφυγή μελλοντικών αρνητικών γεγονότων (π.χ. την πεποίθηση ότι η ανησυχία μειώνει την πιθανότητα ατυχημάτων) και β) την βιωματική αποφυγή (π.χ. την πιθανότητα ότι η ανησυχία για θέματα μικρής σημασίας μειώνει τις σκέψεις και το αίσθημα της αναξιότητας). Οι ασθενείς με ΓΑΔ τείνουν να προβλέπουν την πραγματοποίηση απίθανων γεγονότων. Το γεγονός, όμως ότι οι προβλέψεις – φόβοι δεν βγαίνουν αληθινοί, τροφοδοτεί την πίστη του ατόμου στην αποτελεσματικότητα της ανησυχίας του (Borkovec T.D., Hazlett – Stevens H ... & Diaz, M.L. 1999).

Οι Gross και Eifert μελέτησαν τη σχέση των κυρίαρχων αρνητικών σκέψεων στη ΓΑΔ προκειμένου να καθορίσουν εάν τέτοιες σκέψεις συμβάλλουν στη διατήρησή τους. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπήρχε διαφορά ανάμεσα στο πως οι συμμετέχοντες στο πείραμα αντιλαμβάνονται τις ενοχλητικές σκέψεις. Έτσι, οι ερευνητές κατέληξαν στην πιθανότητα ύπαρξης ενός ενεργού μηχανισμού που ωθεί ένα άτομο να ανησυχί ώστε να αποφεύγει τις ενοχλητικές σκέψεις (Καλπάκογλου Θ. 1997).

Ένας μεγάλος αριθμός ερευνών, επίσης, έχει δείξει ότι η ανησυχία μπορεί επίσης να εξυπηρετεί την μείωση εσωτερικών αναγκών. Τα άτομα με ΓΑΔ τείνουν να αποφεύγουν δυσάρεστες εσωτερικές εμπειρίες, αγωνιώντας για πολλαπλά μελλοντικά γεγονότα, με αποτέλεσμα στη συνέχεια να γίνεται η ίδια η ανησυχία δυσάρεστη εσωτερική εμπειρία και η προσπάθειες του ατόμου να τις αποφύγει μπορεί παραδόξως να αυξήσουν την συχνότητά της. Κατά αυτόν τον τρόπο τα άτομα αυτά παγιδεύονται σ' ένα φαύλο κύκλο διαιωνίζοντας την αρνητική εσωτερική αυτή εμπειρία κατά την προσπάθειά του να αποφύγει (Elizabeth Roewer, Sussan M. Orsillo, 2002

Συνοψίζοντας, η ανησυχία μπορεί να οριστεί ως μια αλυσίδα σκέψεων και εικόνων που συνοδεύονται από αρνητικές επιδράσεις. Η διαδικασία της ανησυχίας αντιπροσωπεύει την πνευματική επίλυση ενός προβλήματος του οποίου οι συνέπειες είναι άγνωστες αλλά αρνητικές. Επομένως η ανησυχία συγγενεύει με την διαδικασία του φόβου.

Σύμφωνα με τη μελέτη των Pruzinsky και Borokocsec που αφορά στα γνωσιακά χαρακτηριστικά των ατόμων που ανησυχούν, τα άτομα αυτά αισθάνονται αμηχανία έχουν άγχος που συνδέεται με το κοινωνικό περιβάλλον και έμμονες ιδέες. Ο Mathews αναφέρει ότι τα άτομα με ΓΑΔ μπορεί: (1) να διαφέρουν ως προς την ευαισθησία τους απέναντι σε μηνύματα για πιθανούς κινδύνους (2) να έχουν την τάση να συλλέγουν τις πιο αρνητικές ερμηνείες αυτών των μηνυμάτων και (3) να διαφέρουν από τα άλλα άτομα ως προς τον τρόπο καταγραφής πληροφοριών σχετικών με

κινδύνους στη μνήμη τους. Ακόμη, μετά από κλινικές έρευνες βρέθηκε ότι η ανησυχία είναι πρωταρχικά συνδεδεμένη με απειλές που αφορούν τις προσωπικές και συναισθηματικές διαστάσεις των ατόμων, παρά γενικότερους ή εξειδικευμένους κινδύνους (Καλπάκογλου Θ. 1997).

Τέλος, η φύση της ανησυχίας μπορεί να είναι λεκτική – γλωσσική, η οποία θεωρείται και πλεονεκτική λόγω του ότι επιτρέπει στο άτομο να εξιστορήσει τις πιθανότητες χωρίς να βιώσει τις καταστροφικές συνέπειές τους (Elizabeth Roewer, Sussan M. Orsillo, 2002).

5.11. Ποιότητα ζωής των ατόμων με ΓΑΔ

Στο παρελθόν οι περισσότερες μελέτες των ψυχιατρικών αξιολογήσεων και της θεραπείας εστιάζονταν πρωταρχικά στη μείωση των συμπτωμάτων. Πρόσφατες μελέτες, όμως έχουν ασχοληθεί με την επίδραση των ψυχικών διαταραχών στην ποιότητα ζωής των ασθενών. Οι ερευνητές διαφωνούν σχετικά με τον σαφή ορισμό του όρου ποιότητα ζωής. Οι περισσότερες μελέτες έχουν καταλήξει στο βαθύτερο νόημα του όρου ως λειτουργικότητα (π.χ. σωματική συζυγική ή κοινωνική λειτουργικότητα, ψυχική υγεία). Ο συγκεκριμένες μελέτες γενικότερα έχουν αποδείξει κατώτερη ποιότητα ζωής των ασθενών με ψυχιατρικές διαταραχές συγκριτικά με εκείνους χωρίς διαταραχή.

Η σχέση της ποιότητας ζωής και των αγχωδών διαταραχών είναι ένας τομέας που έχει απασχολήσει τους ερευνητές και έχει μελετηθεί. Κατώτερη ποιότητα ζωής, που προέρχεται από την εξασθένηση της

λειτουργικότητας, έχει εντοπισθεί σε άτομα με διαταραχή πανικού, ΓΑΔ, και ψυχαναγκαστική καταναγκαστική διαταραχή. Ακόμη έρευνες έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα ότι η ποιότητα ζωής των ατόμων αυτών είναι ανάλογη με την σοβαρότητα των αγχώδων συμπτωμάτων τους (S.L. BOURLAND, M.A. STANLEY, A.G. SNYDER, D.M. NONY, J.G. BECK, P.M. AVERILL & A.C. SWANN, 2000).

Συγκεκριμένα, σύμφωνα με έρευνα του Πανεπιστημίου της Μασαχουσέτης που πραγματοποιήθηκε σε 357 άτομα με ΓΑΔ (σύμφωνα με τα κριτήρια του DSM – III – R) βρέθηκε σημαντικός αριθμός συνοδών διαταραχών και αξιοσημείωτη υποβίβαση της ποιότητας ζωής των ατόμων αυτών.

Ο μεγαλύτερος αριθμός των ασθενών έπασχε από τουλάχιστον άλλη μια αγχώδη διαταραχή ή μείζων καταθλιπτική διαταραχή και γενικότερη διαταραγμένη ψυχική υγεία. Στο 9% των ατόμων παρουσιάστηκε παρελθοντική απόπειρα αυτοκτονίας (MASSION AO, WARSHAW MG, KELLER MB, 1993).

Ακόμη, έρευνα του πανεπιστημίου του Texas, εξέτασε την υποκειμενική ποιότητα ζωής σε ένα δείγμα ηλικιωμένων ατόμων με ΓΑΔ. Για την μέτρηση της ποιότητας ζωής χρησιμοποιήθηκαν δύο όργανα: ο κατάλογος της ποιότητας ζωής (Quality of Life Inventory QOLI) και ο πίνακας ικανοποίησης της ζωής (LIFE SATISFACTION index LSI-Z). Το QOLI χρησιμοποιήθηκε λόγω του γεγονότος ότι εξέταζε την ικανοποίηση σε σχέση με διάφορες ομάδες λειτουργιών της ζωής. Στις ομάδες αυτές η

αναφορά στο επάγγελμα ήταν περιορισμένη, αφού ένας μεγάλος αριθμός του δείγματος μπορεί να ήταν συνταξιούχοι. Το LSI-2 επιλέχθηκε λόγω του ειδικού σχεδιασμού του για ηλικιωμένα άτομα.

Η ποιότητα ζωής των ατόμων με ΓΑΔ συγκρίθηκε με εκείνη των ατόμων χωρίς τη διαταραχή και σχετίστηκε επίσης με άλλες μεταβλητές της προσωπικότητας καθώς και κοινωνικές μεταβλητές, όπως η αυτοαποτελεσματικότητα, η αισιοδοξία και η κοινωνική υποστήριξη. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι η ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων ατόμων με ΓΑΔ παρουσιάζεται σημαντικά υποβιβασμένη και ότι πρόσθετοι παράγοντες όπως η κατάθλιψη, η σοβαρότητα των αγχωδών συμπτωμάτων και η αισιοδοξία την επηρεάζουν (S.L. BOURLAN M.A. STANLEY, A.G. SNYDER, D.M. NOVY, J.B. BECK, P.M. AVERILL & A.C. SWANN, 2000).

Δεν θα έπρεπε να παραλείψουμε τα αποτελέσματα της έρευνας του εθνικού τμήματος ανασκόπησης της Ψυχικής Υγείας της Αυστραλίας, τα οποία επιβεβαίωσαν προηγούμενες ενδείξεις, σύμφωνα με τις οποίες η ΓΑΔ σχετίζεται με σημαντικό ποσοστό αναπηρίας των ασθενών. Μεγαλύτερο ποσοστό αναπηρίας παρουσιάστηκε στα άτομα ηλικίας 45-54 καθώς και σε εκείνα που παρουσίαζαν σύνοδες διαταραχές. Παρ' όλα αυτά, τα αποτελέσματα απέδειξαν ότι ακόμα και χωρίς την παρουσία των συνοδών διαταραχών, η ΓΑΔ επιδρά σημαντικά στη λειτουργικότητα των ατόμων που τη βιώνουν (C. HUNT, - C. ISSAKIDIS and G. ANDREWS, 2002).

Τέλος, σύμφωνα με έρευνα του καθηγητή HANS – ULRICH WITTCHE, 2002) η οποία εστίασε περισσότερο στην επίδραση της ΓΑΔ στο ίδιο το άτομο, η μειωμένη λειτουργικότητα αφορούσε στον κοινωνικό αλλά και στον επαγγελματικό χώρο. Τα υψηλότερα επίπεδα αναπηρίας παρουσιάστηκαν στα άτομα με ΓΑΔ και μείζων κατάθλιψη 27% των ασθενών με ΓΑΔ ανέφερε μέτρια ή σοβαρή κοινωνική αναπηρία και μειωμένη παραγωγικότητα – αποδοτικότητα στο χώρο της εργασίας, ενώ το ποσοστό αυτό έφτανε στο 59% όταν η ΓΑΔ συνδεόταν με την ύπαρξη της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής.

5.12. Χρήση των Συστημάτων Υγείας από Άτομα με ΓΑΔ και το Κοινωνικό Κόστος.

Τα τελευταία χρόνια έχει παρουσιαστεί αυξανόμενο ενδιαφέρον στον τομέα του κόστους σχετικά με τις ψυχολογικές διαταραχές ανάμεσα στις οποίες οι αγχώδεις διαταραχές κατέχουν σημαντική θέση λόγω του μεγάλου ποσοστού επικράτησής τους. Αυτές είναι και ο λόγος για τον οποίο προτάθηκε η αντιμετώπιση των αγχωδών διαταραχών ως δημόσιο πρόβλημα υγείας. Οι αγχώδεις διαταραχές έχουν αναγνωρισθεί ως ενδεχόμενοι οδηγοί κόστους, αφού συνδέονται μ' ένα σημαντικό υψηλό ποσοστό χρήσης των συστημάτων υγείας και ιδιαίτερα μ' εκείνοι της πρωτοβάθμιας.

Ενώ, λοιπόν, η επίδραση των αγχωδών διαταραχών σχετικά με το κοινωνικό κόστος αναγνωρίζεται, το κόστος και η οικονομική επίδραση της

ΓΑΔ παραμένει υπομελετημένη. Όπως, όμως, αναφέρθηκε σε προηγούμενο κεφάλαιο, η ΓΑΔ είναι άμεσα συνδεδεμένη με το αυξημένο ποσοστό της μειωμένης λειτουργικότητας του ασθενή καθώς και της ποιότητας ζωής του. Λαμβάνοντας υπόψιν το γεγονός ότι το επίπεδο της κοινωνικής αναπηρίας που σχετίζεται με την ΓΑΔ είναι τόσο σοβαρό όσο και αυτό των χρόνιων σωματικών παθήσεων οδηγούμαστε στη συνειδητοποίηση της τεράστιας επίδρασης της ΓΑΔ στην κοινωνία και πιο συγκεκριμένα στην μείωση της εργατικής παραγωγικότητας και στην αύξηση της χρήσης των συστημάτων υγείας.

Επίδραση της ΓΑΔ στην εργατική παραγωγικότητα

Η ΓΑΔ συνδέεται με μια σημαντική οικονομική επιβάρυνση λόγω της μείωσης της παραγωγικότητας ακόμα και όταν δεν συνυπάρχει με καταθλιπτική διαταραχή. Σύγχρονη έρευνα έδειξε ότι στο 25% των ατόμων που παρουσιάζουν ΓΑΔ και κατάθλιψη εμφανίστηκε μείωση των δραστηριοτήτων και της αποδοτικότητας στο χώρο της εργασίας κατά τον προηγούμενο μήνα κατά 50%. Περαιτέρω στοιχεία παρουσιάστηκαν σε μελέτη της Αυστραλίας, όπου αναφέρθηκε ότι η οικονομική επιβάρυνση των ψυχικών διαταραχών ήταν τρίτη (κατά σειρά) μετά από αυτήν των καρδιακών παθήσεων και του καρκίνου (Hans – ULRICH Wittchen, 2002).

Χρήση συστημάτων υγείας:

Το υψηλό ποσοστό επικράτησης της ΓΑΔ στο χώρο της πρωτοβάθμιας φροντίδας, συγκρινόμενο με εκείνο του γενικότερου πληθυσμού, αποδεικνύει ότι οι ασθενείς με ΓΑΔ είναι συχνοί χρήστες των συστημάτων υγείας. Σύμφωνα με την πιο πρόσφατη μελέτη της πρωτοβάθμιας φροντίδας η προσέλευση ατόμων με ΓΑΔ βρέθηκε δυο φορές πιο συχνή από εκείνη των ατόμων με κατάθλιψη. Στην ίδια μελέτη βρέθηκε ότι περίπου το 1/3 των ατόμων με ΓΑΔ καταφεύγει σε ιατρική βοήθεια για τα σωματικά συμπτώματα της διαταραχής, ενώ έχει αναφερθεί ότι οι ειδικοί που επισκέπτονται πιο συχνά οι ασθενείς με ΓΑΔ είναι οι γαστρεντερολόγοι. Μόνο το 10% είχε επισκεφθεί ειδικό ψυχίατρο (Hans – ULRICH Wittchen, 2002). Σε έρευνες του Dugas (1998) έχει βρεθεί ότι τα άτομα με ΓΑΔ τείνουν να επισκέπτονται γενικά πρακτικούς πριν καταλήξουν σε ειδικούς της ψυχικής υγείας. Συγκεκριμένα η έρευνα έδειξε ότι το 57% των ασθενών με ΓΑΔ είχε συμβουλευτεί αρχικά κάποιον πρακτικό για τα συμπτώματα της διαταραχής συγκριτικά με το 37% των ασθενών με άλλη αγχώδη διαταραχή. Παρά, όμως το υψηλό ποσοστό της χρήσης των συστημάτων πρωτοβάθμιας φροντίδας από τους ασθενείς με ΓΑΔ στα άτομα αυτά σπάνια γίνεται διάγνωση ή θεραπεύεται η διαταραχή είτε από τους γιατρούς της πρωτοβάθμιας φροντίδας είτε από ειδικούς ψυχιάτρους (Hans – ULRICH Wittchen, 2002).

Οικονομική επιβάρυνση της ΓΑΔ

Δυο μεγάλες κατηγορίες κόστους εξετάζονται σχετικά με τον υπολογισμό της οικονομικής επίδρασης των ψυχικών διαταραχών το άμεσο και το έμμεσο κόστος.

Το άμεσο κόστος αναφέρεται στο κόστος, το οποίο σχετίζεται με την χρήση των πηγών υγείας. Τυπικά, η κατηγορία περιλαμβάνει ψυχιατρικές ή ψυχολογικές υπηρεσίες κόστους (π.χ. ψυχοθεραπεία, νοσηλεία), το ιατρικό κόστος που δεν σχετίζεται με την ψυχική υγεία (συμβουλές πρακτικών, επείγοντα περιστατικά εναλλακτική ιατρική) και το κόστος των ιατρικών συνταγών.

Το έμμεσο κόστος προκύπτει από την έλλειψη της παραγωγικότητας των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Το κόστος αυτό μπορεί να προέρχεται από απουσία του ατόμου από το χώρο της εργασίας καθώς και από την μείωση της αποδοτικότητας του ατόμου στην εργασία του.

Σε άλλες μελέτες, ο διαχωρισμός σε άμεσο και έμμεσο κόστος αναφέρεται WG κοινωνικό και προσωπικό κόστος αντίστοιχα (NOOMI, KOERNER, 2002).

Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με πρόσφατη έρευνα, η ετήσια δαπάνη των αγχωδών διαταραχών στις U.S.A. ήταν 40-47 δισεκατομμύρια δολάρια το 1990. Λαμβάνοντας υπόψιν, λοιπόν, το ιδιαίτερα υψηλό ποσοστό επικράτησης της ΓΑΔ, είναι αναμενόμενο ότι οι οικονομικές δαπάνες θα οδηγηθούν σε αύξηση. Σε περιόδους αυξημένης αποχής, των

ασθενών με ΓΑΔ και συνοδές διαταραχές από την εργασία, η οικονομική δαπάνη ήταν ιδιαίτερα αυξημένη και λογοδοτείται για το 34,4% και το 33,1% του συνολικού κόστους (Naomio Koerner, 2002).

5.13. Η Επίδραση της Γενικευμένης Αγχώδους Διαταραχής στον Τομέα της Εκπαίδευσης.

Συνεχείς έρευνες αποδεικνύουν τις αρνητικές επιδράσεις του άγχους της παιδικής – εφηβικής ηλικίας σ' ένα ευρύ φάσμα ψυχοκοινωνικών θεμάτων, συμπεριλαμβανομένων και των σχολικών επιδόσεων καθώς και της κοινωνικής λειτουργικότητας του ατόμου. Σε παιδιά μικρότερης ηλικίας η ΓΑΔ, όπως και οι υπόλοιπες αγχώδεις διαταραχές είναι πιθανό να καταλήξουν σε χρόνια σχολική άρνηση, κοινωνική φοβία ή και σε ακαδημαϊκές δυσλειτουργίες. Παιδιά μεγαλύτερης ηλικίας και έφηβοι με ΓΑΔ ή άλλη αγχώδη διαταραχή έχουν περισσότερες πιθανότητες να αποτύχουν στο σχολικό τομέα ή / και να αφήσουν πρόωρα το σχολείο, σε σύγκριση με τον υπόλοιπο πληθυσμό. Ο Kessler και οι συνεργάτες του αναφέρουν ότι στις Ηνωμένες Πολιτείες τα άτομα που εγκαταλείπουν το λύκειο λόγω ψυχιατρικών διαταραχών ανέρχονται στο 14,2% ενώ στο 4,7% ανέρχεται ο αριθμός των ατόμων που εγκαταλείπουν την τριτοβάθμια εκπαίδευση. Ανάμεσα στις ψυχιατρικές αυτές διαταραχές η ΓΑΔ, καθώς και οι υπόλοιπες αγχώδεις διαταραχές γενικότερα, αποτελούν από τους πιο καθοριστικούς παράγοντες που οδηγεί το

γυναικείο κυρίως φύλο στην εγκατάλειψη του σχολείου (Michael Van Ameringen, Catherine Mauchini and Peter Farvolden, 2003).

ΜΕΡΟΣ Β

Θεραπεία της Διαταραχής Πανικού με ή χωρίς Αγοραφοβία και της Γενικευμένης Αγχώδους Διαταραχής μέσω της Γνωστικής – Συμπεριφοριστικής Θεραπείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1.1. Εισαγωγή

Στο Α' μέρος της εργασίας μας, αναλύσαμε εκτενώς τις αγχώδεις διαταραχές, συγκεκριμένα αυτή η διαταραχή πανικού με ή χωρίς αγοραφοβία, καθώς και την γενικευμένη αγχώδη διαταραχή. Πρόκειται για διαταραχές που επηρεάζουν σημαντικά την λειτουργικότητα και την ισορροπία του ατόμου που τις βιώνει γι' αυτό και απαιτείται άμεση θεραπευτική προσέγγιση και ψυχολογική υποστήριξη. Οι τρόποι αντιμετώπισης αλλά και θεραπείας των διαταραχών που πηγάζουν από το άγχος ή το στρες ποικίλουν ανάλογα με την αιτιολογία της διαταραχής, τα διαγνωστικά κριτήρια, της συμπτωματολογία και την σοβαρότητα ή την ένταση της κατάστασης.

Πολλές περιπτώσεις χρήζουν και φαρμακευτικής αγωγής, άλλες μόνο ψυχολογικής υποστήριξης και άλλες πάλι απαιτούν τον συνδυασμό και των δύο. Μορφές ψυχοθεραπείας υπάρχουν πολλές, οι οποίες αντιπροσωπεύουν – και είναι απαραίτητες για διαφορετικά είδη διαταραχών. Εμείς στη συγκεκριμένη εργασία θα αναλύσουμε και θα ασχοληθούμε με την γνωστική – συμπεριφοριστική θεραπεία (cognitive –

behavioral therapy). Για να προχωρήσουμε λοιπόν στην ανάλυση της συμπεριφοράς μεθόδου κρίναμε σκόπιμο να ορίσουμε πριν την έννοια της ψυχοθεραπείας γενικά.

Η ψυχοθεραπεία (που βρίσκεται στην λεκτική επικοινωνία ανάμεσα στον ασθενή και στον ιατρό, και στην σχέση μεταξύ τους) αποσκοπεί στο να βοηθήσει τον ασθενή να αντιμετωπίσει τα προβλήματά του, να προσαρμοστεί στην ζωή, να ανακουφιστεί από τα δυσάρεστα συμπτώματά του, να βελτιώσει τη νοητική του κατάσταση ή και να συμβάλλει στην κοινωνική του επανένταξη επιτρέποντας να ζήσει μια όσο το δυνατόν πιο ικανοποιητική ζωή. Οι ψυχοθεραπείες έχουν πολλά κοινά στοιχεία και εν μέρει το (όποιο) αποτέλεσμα στηρίζεται κυρίως στην ανάπτυξη καλής θεραπευτικής σχέσης. Παρόλα αυτά υπάρχουν διαφορετικές θεραπευτικές κατευθύνσεις και αντίστοιχες «σχολές», οι οποίες αρκετά συχνά υποστηρίζουν εκ διαμέτρου αντίθετες απόψεις. Αυτό που θα πρέπει να σημειωθεί εδώ είναι πως αν και στο παρελθόν η επικράτηση της ψυχαναλυτικής σχολής ήταν σχεδόν απόλυτη, τα τελευταία χρόνια η Γνωσιακή σχολή σε συνδυασμό με την συμπεριφορική έχουν αρχίσει να επικρατούν στις χώρες της Δύσης, κυρίως διότι έδωσαν σημασία στην τεκμηρίωση της κλινικής τους αποτελεσματικότητας (Πέτρος Σκαπινάκης, “Stress, Εισαγωγή στις ψυχοθεραπείες”).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

Εισαγωγή – Ανάλυση της Συμπεριφορικής Θεωρίας.

2.1. Εισαγωγή στην Θεραπεία Συμπεριφοράς – μια Γενική Περιγραφή

Είναι αναμφίβολο το γεγονός πως τα τελευταία χρόνια η γνωστική – συμπεριφορική προσέγγιση και θεραπεία έχει γνωρίσει ιδιαίτερη αποδοχή και άνθιση. Συχνά αν κανείς ακούσει επαγγελματίες να συζητούν για την θεραπεία συμπεριφοράς αποκαλώντας την σαν «σχολείο» της θεραπείας, την καθορίζει (αντιλαμβάνεται) ως έναν συνδυασμό ξεχωριστών ιδεών ή τεχνικών. Το θεωρούμε ανεπιθύμητο, ή και πραγματικά αδύνατο να οριοθετήσουμε τον εαυτό μας σε αυτή την στενή ιδέα γύρω από την θεραπεία συμπεριφοράς (Davinson & Goldfried, 1973). Αντίθετα πιστεύουμε πως η θεραπεία συμπεριφοράς είναι πιο κατάλληλα σχεδιασμένη μιας και αντανάκλα μια γενική κατεύθυνση στην κλινική εργασία που την φέρνει ίση (την ευθυγραμμίζει) με μια πειραματική προσέγγιση στην μελέτη της ανθρώπινης συμπεριφοράς.

Η βασική υπόθεση σ' αυτό τον μοναδικό προσανατολισμό (της θεραπείας της συμπεριφοράς), είναι πως οι προβληματικές συμπεριφορές που επεξεργάζονται και αναλύονται μέσα από κλινική σκοπιά μπορούν καλύτερα να κατανοηθούν κάτω από το φως αρχείων που πηγάζουν από μια μεγάλη ποικιλία ψυχολογικών πειραμάτων, αλλά και ότι αυτά τα αρχεία

έχουν σχέση με την αλλαγή της συμπεριφοράς μέσα από την κλινική τοποθέτηση. (Marvin R. Goldfried & Gerald C. Davinson, 1994 σελ. 3-4).

2.2. Ορισμός Συμπεριφορικής Προσέγγισης – Θεραπείας

Η έννοια και η σημασία της συμπεριφορικής προσέγγισης και συμπεριφοράς έχει αποτελέσει αντικείμενο μελέτης πολλών μελετητών και ερευνητών.

Τι ονομάζουμε όμως συμπεριφορά;

Συμπεριφορά αποκαλούμε ότι πράττουμε. Είναι δηλαδή αυτό ου κάνει ο κάθε οργανισμός. Υπάρχουν δύο τύποι (1) αντικειμενική συμπεριφορά – παρατηρούμενη από άλλα άτομα και (2) υποκειμενική συμπεριφορά – παρατηρούμενη από τα ίδια τα άτομα όπως συμπεριφέρονται στον ίδιο τον εαυτό τους, για παράδειγμα ιδέες, συναισθήματα κ.α. (Maxie C. Maultsby, Jr. M. and Mariusz Wirga MD, 1998).

Υπάρχουν ποικίλες απόψεις σχετικά με το ποιος είναι ο καλύτερος ορισμός για να καθορίσουμε τη θεραπεία της συμπεριφοράς. Παρόλα αυτά, οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας δέχονται την κατεύθυνση του Eysenck (σύμφωνα με τον οποίο ως θεραπεία συμπεριφοράς αποκαλούμε την προσπάθεια να αλλάξουμε την ανθρώπινη συμπεριφορά αλλά και τα συναισθήματα με ένα ωφέλιμο τρόπο σύμφωνα με τους νόμους της μοντέρνας θεωρίας της μάθησης. Υπάρχει μόνο ένα πρόβλημα σύμφωνα με αυτή την άποψη. Δεν υπάρχει καμία γενικά αναγνωρίσιμη θεωρία

κατανόησης και μάθησης της ανθρώπινης συμπεριφοράς (Maxie C. Maultsby jr. MD and Marinsz Wirga MD, 1998).

Επιπλέον σύμφωνα με τον οδηγό κατανόηση της γνωστικής – συμπεριφορικής συμπεριφοράς, οι συγκεκριμένες θεραπείες πρόκειται για ψυχολογικές προσεγγίσεις, οι οποίες είναι βασισμένες σε επιστημονικές αρχές και των οποίων η έρευνα έχει αποδειχτεί να είναι αποτελεσματική για ένα ευρύ φάσμα προβλημάτων. Πελάτες και θεραπευτές δουλεύουν μαζί για να αναγνωρίσουν και να κατανοήσουν προβλήματα που πηγάζουν από τη σχέση που φαίνεται να υπάρχει ανάμεσα στις σκέψεις, τα συναισθήματα και την συμπεριφορά. Η προσέγγιση αυτή συνήθως εστιάζει στις δυσκολίες του εδώ και του τώρα, και στηρίζεται στο γεγονός πως ο πελάτης και ο θεραπευτής μοιράζονται τις απόψεις τους σχετικά με το πρόβλημα του ατόμου. Αυτό στη συνέχεια οδηγεί στην αναγνώριση των προσωπικών, χρονικά – περιορισμένων θεραπευτικών στόχων και στρατηγικών, τα οποία συνεχώς παρατηρούνται και αξιολογούνται (A guide to understanding Cognitive and behavioral Psychotherapies).

2.3. Ιστορική Ανασκόπηση της Θεωρίας της συμπεριφοράς.

Προσπάθειες να βοηθήσουν τους ανθρώπους να λύσουν προβλήματα σχετικά με την συμπεριφορά τους, με χειρισμούς παρόμοιους μ' αυτούς που χρησιμοποιούνται στην θεραπεία συμπεριφοράς, σήμερα έχουν μεγάλη ιστορία (Maxie C. Maultsby jr. MD and Marinsz Wirga MD, 1998).

Κατά τη διάρκεια της ιστορικής της ανάπτυξης, η θεραπεία συμπεριφοράς μπορεί να θεωρηθεί σαν μια συρροή από διάφορες εύκριτες και σχετικές μεταξύ τους τάσεις. (Marvin R. Goldfried & Gerald C. Davinson 1994).

Σύμφωνα με την "Encyclopedia of Mental Health, 1998" η ακριβή ιστορία της θεραπείας συμπεριφοράς πρόκειται για μια άλυτα συυφασμένη κατάσταση με την ιστορία της ψυχολογίας που θεωρείται πως είναι η «αντιπροσωπευτική» της μητέρα.

Ο Wilhelm Wundt ξεκίνησε την στρουκτουραλιστική (ψυχολογία δομής) ψυχολογία στην Γερμανία. Μετά από εκπαίδευση στο πλευρό του, ο Edward R. Titchener έφερε τον δομισμό στην Αμερική γύρω στον 19^ο αιώνα. Η ενόραση όμως στο μυαλό κάποιου φάνηκε να είναι μη παραγωγική. Η ζήλια για τους φυσικούς επιστήμονες σύντομα αντιπύχθηκε ανάμεσα στους Αμερικάνους ψυχολόγους. Αυτό συνέβη γιατί σε αντίθεση με τους ψυχολόγους, οι φυσικοί επιστήμονες είχαν συγκεκριμένη αλλά και συμπαγής αντικειμενικά παρακολουθούμενη δομή. Η δομή αυτή μπορούσε να χειριστεί με ευχάριστα, προβλέψιμα και δεδομένα αποτελέσματα. Τα αποτελέσματα αυτά μπορούσαν να αναγνωριστούν και να επιφέρουν τιμές και αναγνώριση για τους επιστήμονες που τα ανακάλυψαν. Η έρευνα στο εργαστήριο του χαρισματικού Cattell, στο Πανεπιστήμιο της Columbia ήταν ανεξάρτητη της ενοράσεως αφού ήταν έρευνα φυσική ή ζωολογική. Το γρήγορα αυξανόμενο επαγγελματικό

ενδιαφέρον σ' αυτόν τον τύπο της έρευνας οδήγησε στην πρώτη Αμερικανική ψυχολογική επανάσταση που έλαβε μέρος τον 20^ο αιώνα.

Τα κύρια λοιπόν αποτελέσματα αυτού του αγώνα ήταν η παραγωγή τριών νέων σχολών στην Αμερικανική Ψυχολογία :1) Gestalt, 2) Μπηχεβιορισμός ή συμπεριφορισμός και 3) Λειτουργισμός. Η κάθε σχολή είχε δύο βασικούς στόχους: (1) να εξαλείψει αποτελεσματικά τις άλλες σχολές, κάνοντας την δική της σχολή συνώνυμη με αυτή της Αμερικανικής Ψυχολογίας και (2) να τοποθετήσει την Αμερικανική Ψυχολογία σε μια επιστημονική βάση όπως αυτή των φυσικών επιστημών.

Παρόλα αυτά δεν είχε φανεί ακόμα έκδηλο ενδιαφέρον για την επίλυση των προβλημάτων συμπεριφοράς που αντιμετώπιζαν οι άνθρωποι. Πιθανόν αυτό να οφειλόταν στο ότι εκείνη την εποχή, οι άνθρωποι θεωρούνταν πως ανήκαν σε μια από τις παρακάτω κατηγορίες: 1) φυσιολογικοί άνθρωποι, αυτοί οι οποίοι έχουν μια φυσιολογική καθημερινή ζωή, 2) τρελοί άνθρωποι, τέτοιοι όπως οι έγκλειστοι στα ιδρύματα που ονομάζονται άσυλα, 3) εγκληματίες, τέτοιοι όπως έγκλειστοι σε φυλακές και 4) παθολογικά άρρωστοι, άνθρωποι τέτοιοι όπως ασθενείς γιατρών. Δεν υπήρχε, όμως ανάγκη αναγνωρισμένη για ένα κομμάτι της υγείας, αφοσιωμένο στην συμπεριφορική ανάπτυξη της υγείας.

Όπως προαναφέραμε, η θεραπεία συμπεριφοράς καθώς και η ιστορική της ανάπτυξη μπορεί να χαρακτηριστεί ως μια συρροή από εύκριτες τάσεις. Η πρώτη λοιπόν, παρουσιάστηκε μέσα από την δουλειά του Joseph Wolpe και του Arnold Lazarus στην νότια Αφρική το 1950 αλλά

και μέσα από την πειραματική και κλινική εργασία στο νοσοκομείο του Maudsley στο Λονδίνο από τον M.B.Shapiro και H.J.Eysenck, δίνοντας έμφαση στην θεωρία μάθησης του Hullian όπως και στην υποθετική του Pavlov. Η έμφαση δινόταν κυρίως στο νευρωτικό άγχος. Οι τοποθετήσεις όλων των εργαζομένων ήταν μια προσπάθεια να ξεφύγουν από την πειραματική έρευνα στην απόκτηση άγχους και την εξάλειψή του στο εργαστήριο ζώων, στην βελτίωση μη πραγματικών φόβων αλλά και των συνεπειών τους στους ανθρώπους.

Σχετικό μ' αυτήν την Βρετανική παράδοση στην θεραπεία συμπεριφοράς είναι το έργο του Andrew Salter. Το 1949 ο Salter δημοσίευσε ένα πολεμικό αλλά πειστικό βιβλίο με τον τίτλο «Conditioned Reflex Therapy» στο οποίο πρότεινε πως τα ανθρώπινα νευρωτικά προβλήματα είναι αποτέλεσμα μιας υπερβολής της (εξωτερικής) αναχαίτισης. Ο θεωρητικός σκελετός του, η δομή δηλαδή είναι Παυλωφική. Ενώ πολλά θα μπορούσαν να διαφωνήσουν με την σχέση ανάμεσα στην θεωρία του και στις θεραπευτικές πρακτικές, ο Salter ασκεί κεντρικό ρόλο στην ανάπτυξη της θεραπείας συμπεριφοράς, ειδικά στην έμφαση που δίνεται στην εκπαίδευση ισχυρισμού.

Μια δεύτερη τάση στην ανάπτυξη της θεραπείας συμπεριφοράς φαίνεται να είναι κυρίως Αμερικάνικη δίνοντας έμφαση στις συνέπειες της ακόλουθης συμπεριφοράς. Ο προσανατολισμός αυτός φαίνεται να έχει ξεκινήσει από μια ανέκδοτη αναφορά από τον O.R. Lindsley και B.F. Skinner, δουλεύοντας με διανοητικούς ασθενείς σε ένα κρατικό

νοσοκομείο στην Massachusetts (Lindsley & Skinner, 1954). Στην συνέχεια πολλές αναφορές εκδόθηκαν εξηγώντας την χρησιμότητα του να θεωρείται η ανθρώπινη συμπεριφορά- ειδικά ασθενών με την διάγνωση ψυχωτικά – σαν συντελεστική στην φύση και γι' αυτό και υπαγόμενη σε ποικίλες ενισχυμένες ενέργειες του Skinner.

Απλοί κρατικοί θάλαμοι νοσοκομείου θεωρούνταν και τους φέρονταν σαν τεράστια κουτιά του Skinner, μέσα στα οποία τα περιβαλλοντολογικά γεγονότα που περιλάμβαναν ενέργειες ασθενών, ελέγχονταν έτσι ώστε να εξαφανίσουν ή να σχηματίζουν – τις επιθυμητές αντιδράσεις. Καθώς αυτό αποτελούσε χαρακτηριστικό αυτού του προσανατολισμού στην πειραματική ψυχολογία, υπήρχε ένας υψηλός βαθμός ελέγχου καθώς και δινόταν έμφαση στις προκαταλήψεις του παρατηρητή μέσα σ' αυτές τις κλινικές μελέτες.

Μια τρίτη τάση στην ανάπτυξη της θεραπείας συμπεριφοράς μπορεί να αποτελέσει έργο του Julian Rotter (1954) και η μετέπειτα δουλειά του Perry London (1964). Και των Goldstein, Heller και Secherest (1966) καθώς και οι σημαντικές συνεισφορές του Albert Bandura (1969). Ίσως σαν μια αντίδραση στις νεότερες θεραπείες ενόρασης, οι πρώτες αναπτύξεις στην θεραπεία συμπεριφοράς τείνουν να υποβαθμίσουν την σημαντικότητα των ανθρώπινων γνωστικών ικανοτήτων. Τόσο οι κλασσικοί συμπεριφοριστές, όσο και οι λειτουργικοί τροποποιητές συμπεριφοράς απέφυγαν να επικαλεστούν τις διαδικασίες σκέψης που αφορούν στα άτομα. Ενδιαφέρον αποτελεί το γεγονός πως, η κλίση στις

περισσότερες από τις νεότερες ψυχοδυναμικές θεωρίες ήταν πως η γνωστική διαδικασία θεωρούνταν βασικά πως διαστρεβλωνόταν στην φύση, απαιτώντας άμυνες τέτοιες όπως η άρνηση και η εκλογίκευση. Επίσης θεωρούνταν πως βρίσκονταν κάτω από ακούσιο έλεγχο μόνο. Σε αντίθεση οι πιο πρόσφατες αναπτύξεις στην θεραπεία συμπεριφοράς δίνουν έμφαση στην προσαρμόσιμη, αβίαστη και αυθόρμητη φύση της γνωστικής διαδικασίας (D Zyrilla & Goldfried 1971, Goldfried, Decentecceο & Weinberg, 1974, Mahoney 1974, Meichenbaum 1974). Το αποτέλεσμα αυτών των προσπαθειών ήταν, σαν αποτέλεσμα, στο να κάνουν την αιτία της γνωστικής διαδικασίας μια εύλογη και νόμιμη κτίση για τους θεραπευτές συμπεριφοράς.

Ανεξάρτητα από τις ιδέες τις οποίες οι επαγγελματίες ή τα πρωτόκολλα προτείνουν, θα αποδειχθεί ότι ο κοινός παρονομαστής σε όλες τις θεωρίες αλλά και τις έρευνες της θεραπείας συμπεριφοράς είναι η επιμονή σε ακριβή και άκαμπτα στάνταρτς αποδείξεων καθώς και μια δέσμευση – υπόσχεση σε πειραματική ανάλυση θεραπευτικής διαδικασίας (Marvin R. Goldfried & Gerald C. Davinson, 1994).

2.4. Οι Σημαντικότεροι Εκφραστές της Θεραπείας Συμπεριφοράς

Ο μπηχεβιορισμός (behaviorism) θεραπεία της συμπεριφοράς είναι κατά κάποιο τρόπο ο αντίποδας της ψυχαναλυτικής θεωρίας, που έχει κατακτήσει σημαντικό χώρο στην ψυχολογία. Ο μπηχεβιορισμός, καθώς

και η ψυχανάλυση εμφανίστηκε στις αρχές του αιώνα μας, μόνο όμως τις τελευταίες δεκαετίες απέκτησε ισχυρή επίδραση.

2.4i. John B. Watson (1878-1958).

Αρκετοί ασχολήθηκαν και ανέλυσαν την συμπεριφορική θεραπεία, ο καθένας από την δική του σκοπιά έτσι έχουμε τους εκφραστές της θεραπείας συμπεριφοράς, αρχίζοντας από τον Watson. Στην αρχή της δεύτερης δεκαετίας του αιώνα μας, ο αμερικανός ψυχολόγος John B. Watson (1878-1958) οδήγησε τους αμερικάνους μπηχεβιορίστες σε μια συνεχή επανάσταση απέναντι στις υπόλοιπες σχολές της ψυχολογίας (Maxie C, Maultsby, Jr. MD and Mariusz Wirga MD, 1998). Ο Watson λοιπόν προκάλεσε αληθινή επανάσταση διακηρύσσοντας ότι «η ψυχολογία είναι ένας αντικειμενικός κλάδος των φυσικών επιστημών. Ο θεωρητικός στόχος είναι η πρόβλεψη και ο έλεγχος της συμπεριφοράς» (Μαρία Νασιάκου, 1982).

Μέσα από αυτό διαφαίνεται ολοκάθαρα η καθαρή επίδραση θετικισμού, στις αντιλήψεις του John Watson. Μέσα από τέτοιες επιρροές ο Watson οδηγήθηκε στο συμπέρασμα πως για να γίνει η ψυχολογία επιστήμη, θα πρέπει να ασχοληθεί, ή ακόμα και να περιοριστεί στη μελέτη φαινομένων που μπορούν να παρατηρηθούν. Φαινόμενα δηλαδή τέτοια τα οποία να μπορούν να καταγράφουν, να μετρηθούν αλλά και να αποδειχθούν μέσα από πειραματικές διαδικασίες.

Ο Watson επηρεασμένος αλλά και προσανατολισμένος σ' αυτή την θετικιστική επίδραση, προκάλεσε αλλαγή στην εστία της ψυχολογία, μετατρέποντάς την από μια επιστήμη που μελετά εσωτερικές διεργασίες και ψυχισμούς σε μια επιστήμη, η οποία παρατηρεί και ερμηνεύει ανθρώπινες συμπεριφορές.

Σύμφωνα με τον Watson για να μπορέσουν να διαμορφωθούν οι αρχές της ανθρώπινης συμπεριφοράς θα έπρεπε να δίνεται έμφαση και σημασία σε ότι έχει κάνει με άμεση παρατήρηση της συμπεριφοράς, αλλά και στα ερεθίσματα του περιβάλλοντος που την προκαλούν και την ενισχύουν. Σύμφωνα με αυτές του τις απόψεις δικαιολογείται και το ότι υποστήριζε πως η μάθηση (την οποία θα αναλύσουμε σε επόμενο κεφάλαιο) και όχι η σκέψη, πρέπει να είναι αντικείμενο και κύριος στόχος της έρευνας στον χώρο της ψυχολογίας.

Όπως προαναφέρθηκε ο Watson, πίστευε απόλυτα στην δύναμη του περιβάλλοντος όσον αφορά στην διαμόρφωση και την εξέλιξη της συμπεριφοράς. Είναι αρκετά γνωστή η διαβόητη πρόκλησή του με την φράση «Δώστε μου μια ντουζίνα παιδιά, γερά και καλοφτιαγμένα και το περιβάλλον που θεωρώ κατάλληλο για να τα μεγαλώσω. Σας εγγυώμαι ότι μπορώ να πάρω στην τύχη ένα οποιοδήποτε απ' αυτά και να το εξασκήσω με τρόπο που να γίνει ότι επιλέξω: γιατρός, δικηγόρος, καλλιτέχνης, έμπορος, ακόμα και ζητιάνος και κλέφτης, ανεξάρτητα από τα ταλέντα του, τις κλίσεις του, τις ικανότητές του και την φυλετική του καταγωγή» (Μαρία Νασιάκου, 1982).

Με την παραπάνω φράση του John Watson, επιβεβαιώνεται η έντονη προσήλωση και υποστήριξη στο γεγονός πως η συμπεριφορά είναι κυρίως αποτέλεσμα μάθησης και συνθηκών που επικρατούν στον ευρύτερο οικογενειακό, σχολικό και κοινωνικό περίγυρο του ατόμου.

Ο Watson έκανε πολλά για να αναδειχθεί και να γνωρίσει αναγνώριση ο μπηχεβιορισμός, σαν περιοχή επιστημονικής μελέτης, περισσότερο από άλλους σύγχρονους του συμπεριφοριστές. Η θετική του επιρροή στον μπηχεβιορισμό φαίνεται πιο πολύ μέσα από τις ιδιαίτερες του ικανότητες στον γραπτό και προφορικό λόγο παρά με την έρευνά του.

2.4ii. Ivan P. Pavlov (1849-1936).

Ο Ivan P. Pavlov ο Ρώσος φυσικός και ψυχολόγος, ανακάλυψε σχεδόν τυχαία την κλασική εξάρτηση, που αποτελεί έναν από τους δύο βασικούς τύπους μάθησης, στα τέλη του 19^{ου} αιώνα. Χαρακτηριστικό είναι για τον Ρώσο αυτό φυσιολόγο το πείραμα με τον σκύλο, στο οποίο υπάρχει ο ζωντανός οργανισμός (σκύλος) και ένα ουδέτερο ερέθισμα προς αυτόν π.χ. ήχος από ένα κουδούνι. Χρησιμοποιώντας λοιπόν τον ήχο του κουδουνιού, και στην συνέχεια δίνοντας τροφή στον σκύλο, και έπειτα από πολλές εφαρμογές, η μάθηση από ουδέτερη μετατρέπεται σε εξαρτημένη. Αυτό συμβαίνει γιατί ενώ μέχρι πριν ο ήχος δεν συμβόλιζε τίποτα για τον σκύλο, μετά από τα πειράματα, ο ίδιος ήχος συνδέεται από τον σκύλο με τον ερεθισμό των σιελογόνων αδένων του. Το παραπάνω πείραμα δείχνει την εκμάθηση του εξαρτημένου αντανακλαστικού.

Μέσα από την συγκεκριμένη θεωρία και τις παραπάνω πειραματικές διαδικασίες οδηγούμαστε στο συμπέρασμα πως όχι μόνο η συμπεριφορά του ανθρώπου αλλά και τα συναισθήματά του και οι σκέψεις του μπορούν να ερμηνευθούν ως ανεξάρτητα και εξαρτημένα ερεθίσματα. Ανεξάρτητα ή ουδέτερα ερεθίσματα είναι αυτά που δεν γνωρίζουμε ή δεν έχουμε συνδυάσει με καταστάσεις γεγονότα ή συναισθήματα. Αντίθετα με τα εξαρτημένα που είναι αυτά τα οποία έχουμε μάθει να συνδυάζουμε με κάποιο συναίσθημα γεγονός ή διαδικασία. Έτσι σύμφωνα με την Μαρία Νασιάκου στο «Η ψυχολογία σήμερα», πολλές στάσεις μας, αξίες ή και προκαταλήψεις διαμορφώνονται με αυτόν τον τρόπο. Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα τέτοιας διαδικασίας είναι η διαφήμιση, η οποία συνδέει ένα ουδέτερο ερέθισμα (π.χ. επιλεγμένο προϊόν) με ένα εξαρτημένο τέτοιο όπως η επιτυχία, η υγεία, η αποδοχή κ.λ.π. Σε αυτήν την μέθοδο στηρίζονται όσοι θέλουν να επιβάλλουν στάσεις και αξίες τέτοιοι όπως δάσκαλοι, πολιτικοί και γενικά φορές της κοινωνικής εξουσίας.

Ο Watson εντυπωσιάστηκε πολύ από το πείραμα του Ρανιόν και έτσι προχώρησε παρόμοιο πείραμα με τον εντεκάχρονο Άλμπερτ. Αφού επιβεβαίωσε πως ο Άλμπερτ δεν είχε φοβίες στα ζώα π.χ. σκύλους, ποντίκια κ.λ.π. χρησιμοποίησε ένα ποντίκι (ουδέτερο ερέθισμα) σε συνδυασμό με έναν έντονο κρότο (εξαρτημένο ερέθισμα), αντανάκλαση, με αποτέλεσμα ο Άλμπερτ στην όψη και μόνο του ποντικιού να τρομάζει.

Σύμφωνα με τα δύο παραπάνω πειράματα, τόσο του Watson όσο και του Ρανιόν, αλλά και με τις θεωρίες που ανέπτυξαν, αποδεικνύεται

πως οι φόβοι και τα άγχη των ανθρώπων είναι μαθημένες συμπεριφορές, γι' αυτό και η θεραπεία τους θα πρέπει να έγκειται στην αποβολή της λαθεμένης συμπεριφοράς με βάση την αποβολή της εξαρτημένης (deconditioning).

2.4iii. Edward L. Thorndike (1874-1949).

Ο Edward L. Thorndike υπήρξε ο μεγαλύτερος επηρεαστής (μη-Παυλοφικός) Αμερικάνος συμπεριφοριστής στις πρώτες τρεις δεκαετίες του εικοστού αιώνα. Το δημοφιλές βιβλίο του το 1898 με τίτλο «Animal Intelligence» τον καθιέρωσε ως έναν από τους νωρίτερα Παγκόσμια γνωστούς Αμερικάνους Ψυχολόγους (Maxie C. Maultsby, Jr MD and Mariusz Wirga MD, 1998).

Όπως έχουμε προαναφέρει ο Ρανιον, υποστήριξε και εξέφρασε ένα από τα βασικά είδη μάθησης το οποίο ήταν η κλασική εξάρτηση. Ο δεύτερος λοιπόν τύπος μάθησης είναι η λεγόμενη συντελεστική μάθηση. Ενώ λοιπόν ο Παύλοφ, εξέτασε τα ερεθίσματα που προκαλούν και προηγούνται της συμπεριφοράς, είχε δηλαδή ως αντικείμενο της έρευνάς του την ακούσια συμπεριφορά, ο σύγχρονος του Thorndike ενδιαφέρθηκε για τα ερεθίσματα που ενισχύουν την συμπεριφορά, ερεθίσματα δηλαδή των οποίων η μάθηση δεν γίνεται εντελώς ακούσια (Μαρία Νασιάκου, 1982).

Η θεωρία του Thorndike ήταν πως μια αντίδραση η οποία ακολουθείται από μια ευχάριστη συνέπεια έχει την τάση να

επαναλαμβάνεται, ενώ αν η αντίδραση ακολουθείται από μια δυσάρεστη συνέπεια τότε υπάρχει η τάση να μειώνεται σε συχνότητα. Αυτό σύμφωνα με τον Thorndike ονομάζεται νόμος του αποτελέσματος (the law of effect) (Lewis M. Barker, 1997).

Βέβαια το παραπάνω, αποτελεί κοινή λογική και δεν είναι ένας κανόνας που πρωτοδιατυπώθηκε από τον ίδιο τον Thorndike. Ο άνθρωπος όπως είναι γνωστό διακατέχεται και από ένστικτα άρα και από ενστικτώδεις αντιδράσεις. Είναι λογικό λοιπόν κάτι που τον ευχαριστεί να το επαναλάβει με σκοπό να ξαναβιώσει ένα όμορφο συναίσθημα. Αντίθετα αν κάτι προκαλεί στο άτομο φόβο ή πόνο, ακόμα και υποσυνείδητα θα προσπαθήσει να το αποφύγει. Έτσι λοιπόν, σ' αυτό το σημείο πρέπει να ξεκαθαρίσουμε πως ο Thorndike δεν διατύπωσε πρώτος τον παραπάνω κανόνα. Η προσφορά του έγκειται στις προσπάθειές του να επεξεργαστεί μια «κοινότυπη» διαπίστωση και να την μετατρέψει σε θεωρία να την αποσαφηνίσει και να μπορεί να την μετράει και να την ελέγχει, να την αποδεικνύει.

Τις συνέπειες που έχει ένα γεγονός πάνω σε μια συμπεριφορά, ο Thorndike τις μελέτησε πειραματικά. Ένα από τα πιο γνωστά πειράματά του που αποδεικνύει τα παραπάνω είναι τα εξής: Μέσα σε κλουβί τοποθέτησε άγριες γάτες. Οι γάτες αυτές έκαναν τα πάντα προκειμένου να ελευθερωθούν, κάτι που περιλάμβανε γρατσουνίσματα, χτυπήματα πάνω στο κλουβί και γενικά οτιδήποτε περιλαμβάνει μια απεγνωσμένη προσπάθεια για να μπορέσει η γάτα να βγει έξω. Κάποιες κινήσεις που

έκαναν οι γάτες κατάφεραν να ενεργοποιήσουν τον μηχανισμό που άνοιγε το κλουβί και έτσι ελευθερώνονταν. Τοποθετώντάς τες λοιπόν ξανά στο ίδιο κλουβί παρατηρήθηκε πως οι γάτες χρειάζονταν όλο και λιγότερο χρόνο να ανοίξουν το κλουβί και να ελευθερωθούν, μέχρι που στο τέλος έκαναν μόνο τη συγκεκριμένη κίνηση που τις καθιστούσε ελεύθερες. Φαίνεται λοιπόν ξεκάθαρα αλλά και αποδεικνύεται μέσα από το παραπάνω πείραμα πως η ελευθερία των γατιών ήταν το κίνητρο για την πράξη τους. Άρα το ευχάριστο αποτέλεσμα οδηγεί σε επανάληψη της συγκεκριμένης πράξης ή αντίδρασης που οδήγησε σε αυτό. (Lewis M. Barker, 1997).

Ο Thorndike επίσης μίλησε και υποστήριξε τον έλεγχο της ανθρώπινης συμπεριφοράς τόσο μέσα από την ενίσχυση όσο και μέσα από την τιμωρία. Ως ενίσχυση ορίζουμε την επιβράβευση κάποιας πράξης θεωρητικά «θετικής» που έχει σαν αποτέλεσμα την ενδυνάμωση της εν λόγω συμπεριφοράς, είτε παρουσιάζοντας ένα θετικό ερέθισμα, είτε απομακρύνοντας το αρνητικό. Αντίθετα, η τιμωρία, με την ίδια πάντα λογική, υποτίθεται πως εξασθενίζει την «λανθασμένη» συμπεριφορά, την αποβάλλει ή απλώς την τροποποιεί.

Τόσο ο Thorndike όσο και ο Skinner για τον οποίο θα μιλήσουμε στην συνέχεια οδηγήθηκαν τελικά στο συμπέρασμα πως η τιμωρία είναι σχετικά αναποτελεσματική στον έλεγχο της συμπεριφοράς. Η γενική πεποίθηση είναι πως η τιμωρία μπορεί να επιφέρει μακρόχρονα αποτελέσματα (Lewis M. Barker, 1997).

Σύμφωνη με την παραπάνω άποψη παρουσιάζεται και η Μαρία Νασιάκου, στο βιβλίο της «Η ψυχολογία σήμερα» καθώς αναφέρει πως ο Thorndike αρχικά πίστευε πως η ενίσχυση έχει ίδια βαρύτητα με την τιμωρία, στην συνέχεια όπως τόσο ο ίδιος όσο και άλλοι μπηχεβιορίστες ψυχολόγοι αναθεώρησαν και δέχτηκαν την άποψη πως η ενίσχυση έχει μεγαλύτερη βαρύτητα και καλύτερα αποτελέσματα χωρίς αυτό να σημαίνει πως η τιμωρία δεν έχει ισχύ.

Παρά το γεγονός πως ο Thorndike και ο Ραβίον είχαν διαφορετικές αντιλήψεις για την συμπεριφορά μέσα από το ερέθισμα – αντίδραση, και οι δύο θεωρίες φαίνεται να εξηγούν την συμπεριφορά προσεγγίζοντάς την το ίδιο καλά (Maxie C. Maultsby Jr. ID, MD and Marinsz Wirga MD, 1998).

2.4iv. Ο Burrhus F. Skinner (1904-1990).

Ο B.F. Skinner γεννήθηκε το 1904 στη Νέα Υόρκη. Αρχικά σπούδασε αγγλική φιλολογία στο Hamilton College. Αν και δεν είχε παρακολουθήσει μαθήματα Ψυχολογίας, κατά τη διάρκεια των προπτυχιακών του σπουδών έγινε δεκτός στο Πανεπιστήμιο του Harvard για μεταπτυχιακές σπουδές στην ψυχολογία. Στα χρόνια που πέρασε στο Harvard ο Skinner ανέπτυξε το ενδιαφέρον που ήδη είχε, σχετικά με την συμπεριφορά των ζώων.

Ο Skinner υπήρξε ο γνωστός και παραγωγικός μαθητής του Thorndike (Maxie C. Maultsby, MD and Mariusz Wirga, MD, 1998). Ο Skinner επέκτεινε, τροποποίησε και τελειοποίησε την θεωρία αμοιβόμενης

μάθησης ως συντελεστική εξαρτημένη. Όπως ο Watson έτσι και ο Skinner συνδέθηκε με τον Ριζοσπαστικό Μπηχεβιορισμό, ο οποίος σύμφωνα με την Μαρία Νασιάκου, δεν αρνείται την δυνατότητα της αυτοπαρατήρησης και της αυτογνωσίας, τον ενδιαφέρει όμως και η «φύση» του αντικειμένου των δύο παραπάνω διαδικασιών. Μέσα από τον ριζοσπαστικό μπηχεβιορισμό διορθώνεται οι ζημιά που δημιουργείται από τον «ψυχισμό» (mentalism) και αρχίζει να δίνεται ως βαρύτητα όχι μόνο στον ψυχισμό και το εσωτερικό του ατόμου αλλά και στο περιβάλλον του.

Ο κύριος ερευνητικός στόχος της «συντελεστικής εξαρτημένης μάθησης», της θεωρίας που ανέπτυξε ο Skinner, έγινε ο έλεγχος της συμπεριφοράς μέσα από τον χειρισμό των ανταμοιβών – ενισχύσεων και των τιμωριών (rewards and punishment) που παρέχονται από το περιβάλλον (Γρηγόρης Α. Ποταμιάνος κ Συνεργάτες, 1999). Γενικά για όλες τις συμπεριφοριστικές προσεγγίσεις όσο και ειδικά για την προσέγγιση του Skinner, ο ακρογωνιαίος λίθος μελέτης για την δομή της προσωπικότητας είναι η έννοια της αντίδρασης ή απόκρισης (response). Ως αντίδραση εννοείται οποιαδήποτε μορφή απόκρισης του οργανισμού. (από μια αντανάκλαστική κίνηση ή ενέργεια μέχρι πολύπλοκες μορφές οργανωμένης συμπεριφοράς) η οποία είναι παρατηρήσιμη και μπορεί να συσχετισθεί άμεσα ή έμμεσα με γεγονότα που λαμβάνουν χώρα στο ευρύτερο περιβάλλον (ορισμός παρμένος από το βιβλίο του Γρηγόρη Α. Ποταμιάνου «Θεωρίες προσωπικότητας και κλινική πρακτική»).

Η ανάλυση των δυναμικών διαδικασιών που χαρακτηρίζουν την προσωπικότητα, σύμφωνα με το μοντέλο του Skinner, δεν είναι εφικτή χωρίς την έννοια του ενισχυτή ή ενθαρρυντητή (reinforcer). Ως ενισχυτής θεωρείται το ερέθισμα – γεγονός που έπεται μιας συντελεστικής αντίδρασης και αυξάνει τις πιθανότητες επανεμφάνισης αυτής της αντίδρασης. Υπάρχουν βέβαια τόσο θετικοί όσο και αρνητικοί ενισχυτές.

Η παραπάνω θεωρία αποδεικνύεται και πειραματικά από τον Skinner. Σύμφωνα λοιπόν με το εν λόγω πείραμα, μέσα σε ένα κουτί τοποθετείται ένα ποντίκι. Το ποντίκι αρχίζει να κινείται μέσα στο χώρο και μόλις αγγίξει ένα συγκεκριμένο σημείο, πέφτει φαγητό μέσα στο κουτί που βρίσκεται. Μετά από τυχαίες προσπάθειες, γίνεται φανερό πως το ποντίκι, κάνει συνειδητοποιημένα την κίνηση που του εμφανίζει το φαγητό, που στο συγκεκριμένο πείραμα αποτελεί και τον ενισχυτή (Lewis M. Barker 1997).

Ακόμα ο Skinner ασχολήθηκε με την ποιότητα της ενίσχυσης. Αυτό σημαίνει πως η ποιότητα μπορεί να είναι ή μερική ή συνεχής. Αυτό φανερώνει μια ποικιλία στο χρόνο εμφάνισης της επιθυμητής συμπεριφοράς. Σύμφωνα με τον Γρηγόρη Ποταμιάνο, αναπληρωτή καθηγητή της Κλινικής Ψυχολογίας στο Πάντειο Πανεπιστήμιο, η προσέγγιση του Skinner, φαίνεται να εστιάζεται κυρίως στην μελέτη της ποιότητας των αντιδράσεων και των σχέσεων των αντιδράσεων με την συχνότητα και την ένταση ενίσχυσής τους, δηλαδή με το όλο πρόγραμμα ενίσχυσης (schedule of reinforcement) των διαφόρων συμπεριφορών.

Οι απόψεις του Skinner προκάλεσαν έντονες κριτικές που τον κατηγορούσαν πως δεν λαμβάνει υπόψη του τα συναισθήματα, τις συγκινήσεις και γενικά την πνευματική και ψυχική κατάσταση των ατόμων, για να κατανοήσει την συμπεριφορά τους.

Τέλος, μια παραλλαγή της συντελεστικής προσέγγισης του Skinner είναι η λεγόμενη «διαμορφωτική μάθηση» (modeling), που τα τελευταία χρόνια συγκεντρώνει έντονο ενδιαφέρον. Εδώ η μάθηση διαμορφώνεται σύμφωνα με τα πρότυπα συμπεριφοράς. Με την εν λόγω προσέγγιση ασχολήθηκαν έντονα οι αμερικάνοι μπηχεβιοριστές ψυχολόγοι Bandura και Mahoney που κατά το τέλος της δεκαετίας του 1960 μεταχειρίστηκαν στην θεραπευτική πρακτική αυτό τον τρόπο μάθησης.

Ο Skinner θεωρείται από πολλούς ως ο μεγαλύτερος σύγχρονος ψυχολόγος. Τιμήθηκε πολλές φορές με σημαντικά βραβεία, μεταξύ των οποίων και το Βραβείο του Αμερικανικού Ψυχολογικού Σύνδεσμου (APA) για Διακεκριμένη Επιστημονική Συμπεριφορά (1958) και το Εθνικό Μετάλλιο της Επιστήμης (1968). Το 1990 λίγο πριν τον θάνατό του έλαβε τον έπαινο του APA για την εξαιρετικά σημαντική συνεισφορά του στην ψυχολογία καθ'όλη την διάρκεια της ζωής του (Γρηγόρης Α. Ποταμιάνος & Συνεργάτες, 1999).

2.5. Γνωστική – Συμπεριφορική Θεραπεία.

Μια σύντομη ανάλυση των όρων

Όπως προαναφέρθηκε η γνωστική – συμπεριφορική προσέγγιση είναι ένα είδος θεραπείας για διάφορα προβλήματα και δυσάρεστες καταστάσεις. Όταν λοιπόν είμαστε αποφασισμένοι να ξεπεράσουμε κάποια αγχώδη διαταραχή θα πρέπει να προσεγγίσουμε την ανησυχία και το άγχος από κάθε θετική γωνία και προοπτική που μας είναι διαθέσιμη. Για αυτόν τον λόγο συγκεντρωνόμαστε σε τρεις κυρίως περιοχές, οι οποίες πρέπει να ληφθούν υπόψη στη θεραπεία.

Σύμφωνα λοιπόν με τον ψυχολόγο Thomas A. Richards οι περιοχές αυτές είναι:

1. Γνωστική (σκέψη μεθόδων)

Σε αυτό το σημείο μαθαίνουμε νέες μεθόδους και τρόπους να αλλάξουμε τους παλαιότερους τρόπους σκέψης μας. Αν συνεχώς σκεφτόμαστε και περιμένουμε το χειρότερο, τότε το μόνο που θα καταφέρουμε είναι να συνεχίσουμε να υποφέρουμε. Εκπαιδεύουμε και κάνουμε το μυαλό μας να σκέφτεται και να αντιδρά με διαφορετικό τρόπο από αυτόν του παρελθόντος. Αν έχουμε την δυνατότητα να σκεφτόμαστε και να αισθανόμαστε αρνητικά τότε σίγουρα μπορούμε να το μετατρέψουμε και να σκεφτούμε υγιή και θετικά. Υπάρχουν πολλές μέθοδοι και τεχνικές που μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε, διαλέγοντας αυτήν που μας ταιριάζει καλύτερα.

ii. Συμπεριφορική (το τι κάνουμε).

Το συμπεριφορικό κομμάτι της θεραπείας, είναι αυτό στο οποίο τοποθετούμε τα πάντα σε καθημερινό επίπεδο μέσα στη ζωή μας. Καθημερινές δηλαδή καταστάσεις και λειτουργίες, οι οποίες όμως εμποδίζονται από το άγχος, την ένταση και την καταθλιπτική διάθεση. Αυτή η περιοχή είναι αυτή που χειρίζεται τελευταία γιατί απαιτεί θεμέλια από γνωστικά και συναισθηματικές δεξιότητες και στρατηγικές, έτσι ώστε να μπορέσουμε να χειριζόμαστε πιο δυναμικά τις καθημερινές προκλήσεις. Αυτό το στάδιο είναι βασικό και ουσιώδες για άτομα με αγχώδεις διαταραχές (π.χ. διαταραχή πανικού) και χρησιμεύει ως επιπρόσθετη δύναμη στην θεραπεία του ατόμου.

iii. Συναισθηματική (χαλάρωση, ηρεμία, στρατηγικές δυναμικής και αντοχής).

Είναι πολύ σημαντικό να νιώθει κανείς ηρεμία, γαλήνη και να κατέχει στρατηγικές (χωρίς στρες) όπου είναι πιθανό και προσιτό. Σ' αυτή την περιοχή, οι στόχοι είναι η γαλήνη και η ηρεμία. Όσο πιο ξεκούραστος και ξέγνοιαστος είναι ο εγκέφαλος, τόσο πιο εύκολα μπορούν οι θεραπευτικές πληροφορίες να μπουν μέσα σ' αυτόν. Εδώ δεν θα πρέπει να εστιάζουμε στο άγχος και τον φόβο, αλλά αντίθετα στην ηρεμία και την όμορφη διάθεση.

Η γνωστική – συμπεριφορική θεραπεία, αποτελείται από τις παραπάνω περιοχές. Θα πρέπει και στις τρεις τα αποτελέσματα να είναι

τα επιθυμητά για να μπορέσουμε έτσι να πούμε πως η θεραπευτική διαδικασία είναι επιτυχής. Βέβαια οι μέθοδοι και οι τρόποι αντιμετώπισης που χρησιμοποιούνται κάθε φορά ποικίλουν και διαφέρουν μεταξύ τους αλλά οι περιοχές αυτές περιλαμβάνονται σχεδόν σε όλες τις μεθόδους.

2.6. Γνωστική – Συμπεριφορική Θεραπεία

Πως λειτουργεί και ποια η διαφορά της από άλλες μεθόδους;

Όπως έχουμε προαναφέρει η γνωστική – συμπεριφορική θεραπεία (cognitive – behavioral therapy) βασίζεται στην αντίληψη ότι αυτό που πρέπει να αλλάξει είναι η αρνητική σκέψη και στάση απέναντι σε υποτιθέμενο πρόβλημα, κάτι που έχει δυνατές συνέπειες στον συναισθηματικό κόσμο του ατόμου. Η συγκεκριμένη θεραπεία αναγνωρίζει, αναλύει και αλλάζει τις μη παραγωγικές σκέψεις και συμπεριφορές, το οποίο βοηθάει και οδηγεί στην ανακούφιση του ατόμου από αισθήματα κατάθλιψης, άγχους και ανησυχίας.

Μακρόχρονες επιστημονικές έρευνες έχουν δείξει πως αλλάζοντας τον τρόπο σκέψης και αντίδραση των ατόμων, οδηγεί σε προφανείς συναισθηματικές αλλαγές. Μέσα από την Γ.Σ.Θ. (γνωστική – συμπεριφορική θεραπεία) η συμπεριφορά του ατόμου βασίζεται σε λογικές, αληθινές και βάσιμες σκέψεις. (understanding cognitive behavioral therapy)¹.

¹ www.cognitive-behavioral-therapy.com.

Ο θεραπευτής συμπεριφοράς έχει στην διάθεσή του μεγάλη ποικιλία από τεχνικές με σκοπό να χρησιμοποιεί την καταλληλότερη για κάθε άτομο και πρόβλημα κάθε φορά. Για να επιλέξει το πρόβλημά του κάθε εξυπηρετούμενου αλλά και την ανάλογη θεραπευτική διαδικασία εστιάζει σε διάφορους τύπους μεταβλητών: προηγούμενες προτρεπτικές μεταβλητές, οργανικές μεταβλητές, φανερά κακές προσαρμοσμένες συμπεριφορές και συνεπώς αλλαγές στον περιβαλλοντικό περίγυρο (Marvin R. Goldfried & Gerald C. Davinson 1994).

Στις Γ.Σ.Θ ο πελάτης και ο θεραπευτής δουλεύουν μαζί με σκοπό: 1) να αναπτύξουν αμοιβαία κατανόηση στο πρόβλημα του πελάτη, 2) να αναγνωρίσουν πως αυτό το πρόβλημα επηρεάζει τα συναισθήματα αλλά και την καθημερινή λειτουργία του πελάτη.

Η θεραπεία είναι οργανωμένη πάνω σε έναν συμφωνημένο αριθμό συνεδριάσεων. Ο αριθμός συνεδριάσεων που χρειάζεται διαφέρει ανάλογα με την φύση και την σοβαρότητα του προβλήματος του κάθε πελάτη. Τυπικά, οι συνεδριάσεις πραγματοποιούνται ανά βδομάδα, διαρκούν μια ώρα και αναλογούν σε 10-15, αλλά αυτό μπορεί να κρατήσει λιγότερο ή και περισσότερο ανάλογα με την κατάσταση. Μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας ο πελάτης και ο θεραπευτής συμφωνούν σε ένα περιορισμένο αριθμό ακόλουθων συναντήσεων με σκοπό να εξακριβώσουν τη πρόοδο που επιτεύχθηκε.

Είναι λογικό πως η κάθε μορφή ψυχοθεραπείας, παρουσιάζει αλλαγές και διαφορετικότητα συγκριτικά με τις άλλες, και η κάθε μια

βασίζεται σε διαφορετική βάση, ακολουθεί διαφορετικό άξονα και μέσα από ξεχωριστό τρόπο και διαδικασία οδηγείται στο επιθυμητό αποτέλεσμα.

Χρόνια κλινικής έρευνας και εμπειρίας έχουν δείξει πως η γνωστική – συμπεριφοριστική θεραπεία είναι μια πολύ αποτελεσματική μορφή θεραπείας. Βασίζεται σε δυνατές παρεμβάσεις και όχι σε μοντέρνες, μη αποδεδειγμένες τεχνικές. Η Γ.Σ.Θ. είναι βασισμένη σε επιστημονική μέθοδο, στην λογική και την πίστη στην δύναμη του ατόμου να αναλάβει την ευθύνη του εαυτού του και να αλλάξει αρνητικές σκέψεις, συναισθήματα και πράξεις. Είναι συνήθως μικρής διάρκειας και προσανατολισμένη στην πράξη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

Συμπεριφοριστικές και Νεοσυμπεριφοριστικές Θεωρίες Μάθησης.

Μια γενική θεώρηση και αξιολόγηση

3.1. Εισαγωγή.

Είναι γεγονός αναμφισβήτητο ότι ο συμπεριφορισμός (behaviorism) άσκησε την μεγαλύτερη επιρροή, παράλληλα με την φρουϊδική ανάλυση, στην διαμόρφωση της ψυχολογικής ως ανεξάρτητου γνωστικού κλάδου.

Κεντρικός πυρήνας του ερευνητικού ενδιαφέροντος και βασικό αντικείμενο της συμπεριφοράς είναι ο ρόλος της μάθησης και ο τρόπος με τους οποίους η μάθηση επιδρά στην ανθρώπινη συμπεριφορά, εφόσον, σύμφωνα με το μπηχεβιοριστικό πρότυπο, η φυσιολογική και παθολογική συμπεριφορά του ατόμου είναι αποτέλεσμα της μάθησης.

Η μελέτη του φαινομένου της μάθησης αποτέλεσε ένα από τα κύρια και σχεδόν αποκλειστικά ερευνητικά πεδία της νεοσύστατης επιστημονικής ψυχολογίας. Όταν πριν από 100 χρόνια περίπου, αποσπάστηκε η Ψυχολογία από την Φιλοσοφία και εντάχθηκε στην επιροχή των εργαστηριακών και πειραματικών επιστημών, το φαινόμενο της μάθησης βρέθηκε στο επίκεντρο των ερευνητικών ενδιαφερόντων τόσο των θεωρητικών όσο και των εμπειρικών επιστημόνων – ψυχολόγων (Ε. Κολιάδης, 1992).

Οι διαφορετικές όμως αντιλήψεις και οι διαφωνίες των ειδικών, κυρίως γύρω από το αντικείμενο και τις μεθόδους της νέας επιστήμης, είχαν ως αποτέλεσμα να δημιουργηθούν διαφορετικές «ψυχολογικές

σχολές» (συστήματα ψυχολογίας). Μεταξύ του 1900 και του 1930 διαμορφώθηκαν στους κόλπους της νεογέννητης επιστήμης πλείστες σχολές, οι οποίες έδωσαν η κάθε μία, με βάση το διαφορετικό της φιλοσοφικό προσανατολισμό αλλά και την χρήση διαφορετικών μεθόδων έρευνας, μια διαφορετική εννοιολογική και θεωρητική ερμηνεία στο φαινόμενο της μάθησης, με αποτέλεσμα να διαμορφωθούν ποικίλες διαφορετικές θεωρίες για την ανθρώπινη μάθηση.

3.2. Ορισμός μάθησης

Αναλύοντας τις θεωρίες της μάθησης, γίνεται αντιληπτό πως πρώτα θα πρέπει να καθορίσουμε τι αποκαλούμε μάθηση.

Σύμφωνα με την Μαρία Νασιάκου στο βιβλίο της «θεωρίες συμπεριφοράς» η μάθηση ορίζεται ως η σχετικά μόνιμη αλλαγή της συμπεριφοράς, που προκύπτει από την εξάσκηση και την απόκτηση μιας εμπειρίας. Πρόκειται δηλαδή για αλλαγή της συμπεριφοράς, η οποία οφείλεται στις επιδράσεις του περιβάλλοντος και τον τρόπο με τον οποίο το άτομο αντιδρά σ' αυτές. Για αποφυγή παρανοήσεων οφείλουμε να πούμε πως υπάρχει διαχωρισμός ανάμεσα στις αυτόματες αντανεκλαστικές αντιδράσεις (reflexes) και τις αλλαγές στην συμπεριφορά που προκύπτουν από την ωρίμανση, δηλαδή την διαδικασία της φυσικής ανάπτυξης, που είναι σχετικά ανεξάρτητη από την εξάσκηση και την εμπειρία.

Ακόμα, σύμφωνα με τον Lewis M. Barker στο βιβλίο του «Learning and behavior» η μάθηση ορίζεται ως η περισσότερο ή λιγότερο αισθητή αλλαγή στην συμπεριφορά, που λαμβάνει χώρα μέσα σε ένα περιβάλλον. Η μάθηση μπορεί να οριστεί και σε διαφορετικό τρόπο. Έτσι ως μάθηση μπορεί να θεωρηθεί η αλλοίωση μια αλλαγή στον τρόπο που λειτουργεί το μυαλό του ατόμου ή ακόμα και ο τρόπος που το κάθε άτομο σκέφτεται. Αλλά με το πείραμα των χρόνων οι ψυχολόγοι έχουν καταλήξει με την λέξη μάθηση να ορίζουν την αλλαγή στην συμπεριφορά, μιας και η συμπεριφορά είναι κάτι που μπορεί ευκολότερα να παρατηρηθεί, να επεξεργαστεί και να αναλυθεί.

3.3. Σημαντικότερα είδη μάθησης

Μια σύντομη προσέγγιση (i).

Η θεραπεία συμπεριφοράς, προκύπτει από θεωρίες μάθησης γι' αυτό και θεωρείται απαραίτητο να τις αναφέρουμε και να κάνουμε μια σύντομη ανάλυση της κάθε μιας από αυτές.

Οι πιο σημαντικές θεωρίες μάθησης είναι 1) Η κλασική εξαρτημένη μάθηση, 2) Η συντελεστική εξαρτημένη μάθηση, 3) Η κοινωνικογνωστική. Έτσι λοιπόν αναλύοντας λίγο τις θεωρίες αυτές προκύπτουν τα παρακάτω:

1) Κλασική εξαρτημένη

Όπως αναφέραμε σε προηγούμενο κεφάλαιο, εκφραστές της συγκεκριμένης μάθησης ήταν ο Watson ο Pavlov και ο Thorndike. Μέσα από τα διάφορα πειράματά τους και ειδικότερα από τον Pavlov σχετικά με

τα σκυλιά και το σάλιο που εκκρίνουν οι σιελογόνοι αδένες τους, αποδεικνύει την βάση της κλασικής εξαρτημένης μάθησης. Σύμφωνα λοιπόν με το συγκεκριμένο πείραμα, ερέθισμα (π.χ. ένα κουδούνι) παρουσιάζεται την ίδια στιγμή με ένα άλλο ερέθισμα (π.χ. το φαγητό) το οποίο όμως προκαλεί αυτόματη αντίδραση (έκκριση σάλιου) τότε το ερέθισμα γίνεται ικανό να προκαλεί το δεύτερο ερέθισμα. Δηλαδή μόνο και μόνο ο ήχος του κουδουνιού ύστερα από κάποιες φορές, θα μπορεί να προκαλέσει στον σκύλο έκκριση σάλιου.

Έτσι έχουμε ένα μη εξαρτημένο ερέθισμα (το φαγητό) καθώς και μια μη εξαρτημένη αντίδραση (έκκριση σάλιου). Η έκκριση που γίνεται όμως μόνο από τον ήχο του κουδουνιού, πριν το σκυλί δεχτεί το φαγητό γίνεται πλέον εξαρτημένη αντίδραση και το κουδούνι εξαρτημένο ερέθισμα.

Τρεις βασικές διαδικασίες της κλασικής εξαρτημένης μάθησης είναι αυτή της γενίκευσης, της διάκρισης και της εξάλειψης. Μέσα από το παραπάνω πείραμα διαπιστώθηκε πως ο σκύλος ακόμα και σε έναν παρόμοιο ήχο κουδουνιού έκκρινε σάλιο νομίζοντας πως θα ακολουθήσει φαγητό. Αυτήν ακριβώς την διαδικασία την ονόμασε ο Ρανλον «γενίκευση». Ακόμα ο Ρανλον απέδειξε πως αν ένα ουδέτερο ερέθισμα είναι συνδεδεμένο με ένα μη εξαρτημένο ερέθισμα ενώ κάποια άλλα όχι ο σκύλος θα αρχίσει να κάνει «διάκριση» αυτών. Έτσι για παράδειγμα αν με τον ήχο του κουδουνιού ακολουθεί φαγητό ενώ με τον ήχο ενός βομβητή όχι, τότε ο σκύλος θα εκκρίνει σάλιο με τον ήχο του κουδουνιού.

Τέλος αν το εξαρτημένο ερέθισμα (κουδούνι) σταματήσει να εμφανίζεται με το μη εξαρτημένο (φαγητό) τότε σιγά-σιγά η αντίδραση θα εξαλειφθεί. Αν δηλαδή ο ήχος του κουδουνιού πάψει να συνεπάγεται φαγητό, τότε ο σκύλος έπειτα από κάποιες δοκιμές μειώνει την έκκριση σάλιου στον ήχο του κουδουνιού, ώσπου στο τέλος θα σταματήσει τελείως την έκκριση διαδικασία που αποκαλέστηκε εξάλειψη.

Αξίζει να σημειωθεί πως τα παραπάνω πειράματα μπορεί να διενεργήθηκαν με ζώα, οι συμπεριφοριστές όμως υποστηρίζουν πως τα ίδια ισχύουν και μπορούν να εφαρμοστούν πολύ εύκολα και στους ανθρώπους.

ii) Συντελεστική εξαρτημένη μάθηση (Operant conditioning learning).

Εκφραστής της εν λόγω μάθησης είναι ο Skinner, όπως ήδη έχουμε αναφέρει. Ο Skinner μέσα από τα πειράματα και την ενασχόλησή του με τα ζώα ήθελε να αποδείξει πως είναι εφικτό να καθορίσει κανείς την συμπεριφορά ενός ζώου και κατ' επέκταση και των ανθρώπων, αλλά με τον απόλυτο έλεγχο του περιβάλλοντος, έτσι ώστε να προκαλούνται προβλέψιμες και κανονιστικές αλλαγές στην συμπεριφορά του ζώου.

Έτσι λοιπόν κύριος ερευνητικός στόχος της συντελεστικής εξαρτημένης μάθησης της θεωρίας που ανέπτυξε ο Skinner ήταν ο έλεγχος της συμπεριφοράς μέσα από τον χειρισμό των ανταμοιβών ενισχύσεων και των τιμωριών (rewards and punishment) που παρέχονται από το περιβάλλον. (Γρηγόρης Α. Ποταμιάνος και συνεργάτες, 1999).

Η άποψη του Skinner είναι πως τα ερεθίσματα που υπάρχουν στο περιβάλλον δεν είναι αυτά που ωθούν ή υποκινούν τον οργανισμό να αντιδράσει, αλλά ότι ο κινητήριος μοχλός δεν είναι άλλος από τον ίδιο τον οργανισμό. Χαρακτηριστικά αναφέρει πως αντίδραση του οργανισμού μπορεί να είναι μια απλή σύμπτωση ως προς τα ερεθίσματα του περιβάλλοντος. Για παράδειγμα ο σκύλος τρέχει, περπατάει, το πουλί πετάει κ.λ.π. χωρίς να υπάρχει κάποιο ιδιαίτερο ερέθισμα να τους διεγείρει. Έτσι υποστηρίζει πως είναι μέσα στα πλαίσια της βιολογικής φύσης όλων των οργανισμών η ικανότητα να παράγουν τέτοιες θεμελιώδεις μορφές συμπεριφοράς, τέτοιες συντελεστικές συμπεριφορές (operant behavior).

Ανακεφαλαιώνοντας λοιπόν, η άποψη αυτή του Skinner βασικό ρόλο στην συμπεριφορά ζώων αλλά και ατόμων παίζει η έννοια του ενισχυτή – ενθαρρυντητή (reinforcer). Η έννοια αυτή μπορεί να πάρει τόσο θετική όσο και αρνητική μορφή. Έτσι λοιπόν οδηγούμαστε στο συμπέρασμα πως όταν ο ενισχυτής έχει θετικό ρόλο, οι πιθανότητες να επανεμφανιστεί μια συγκεκριμένη αντίδραση αυξάνονται, ενώ αντίθετα σε μια αρνητική ενίσχυση οι πιθανότητες ελαχιστοποιούνται.

Οι έννοιες αυτές παίζουν πρωταρχικό ρόλο στην ανάπτυξη και την εξέλιξη της προσωπικότητας των ατόμων. Τα παιδιά, σύμφωνα με την προσέγγιση του Skinner γίνονται αυτοδύναμα μέσα από τις διαδικασίες ενίσχυσης ή τιμωρίες σχετικά με τις πράξεις τους.

iii) Γνωστικοκοινωνική μάθηση (Cognitive – Social learning).

Η γνωστικοκοινωνική μάθηση ή κοινωνική θεωρία της μάθησης πρόκειται στην ουσία για μια σημαντική θεωρητική μετεξέλιξη όλων των προηγούμενων συμπεριφοριστικών θεωριών μάθησης.

Ερευνητές που ασχολούνται με αυτήν αποφάσισαν να διευρύνουν τις προηγούμενες θεωρίες και να συμπεριλάβουν και «διάμεσους σχηματισμούς» μέσα σε αυτές, τέτοιους όπως τα κίνητρα και τα πιστεύω των ατόμων (Μαρία Νασιάκου, 1982).

Η γνωστικοκοινωνική λοιπόν μάθηση πρόκειται για μια διάμεση θεωρία, η οποία υποστηρίζει πως το ερέθισμα δεν προκαλεί άμεση «απάντηση» αλλά ανάμεσα στο ερέθισμα και στην «απάντηση» η αντίδραση βρίσκεται η σκέψη του ατόμου ή άλλες εσωτερικές διεργασίες. Δίνει δηλαδή βάση στο πως το άτομο σκέπτεται, συλλογίζεται και κρίνει ώσπου να φτάσει στο σημείο να αποφασίσει και να πράξει.

Σημαντικότεροι εκφραστές της εν λόγω θεωρίας είναι οι Ψυχολόγοι Albert Bandura και Walter Mischel. Η θεωρία αυτή δίνει βάση στις κοινωνικές καταβολές της συμπεριφοράς καθώς και στην σπουδαιότητα των γνωστικών λειτουργιών για όλες τις ανθρώπινες εκδηλώσεις – από τα κίνητρα της κάθε συμπεριφοράς μέχρι τις συναισθηματικές αντιδράσεις των ανθρώπων.

Η γνωστικοκοινωνική θεωρία μάθησης θεωρεί απαραίτητη την ύπαρξη ενός ατόμου, το οποίο λειτουργεί ως πρότυπο (model) για ένα άλλο άτομο το οποίο παρατηρεί την συμπεριφορά του. Όπως για παράδειγμα ένα μικρό παιδί που παρατηρεί τους γονείς του και εκδηλώνει στην συνέχεια ίδιες συμπεριφορές. Οι συμπεριφορές που εκδηλώνονται μέσα από την παρατήρηση προτύπων αναφέρονται συχνά σύμφωνα με τους όρους «μίμηση» (imitation) και «ταύτιση» (identification). Αξίζει να σημειωθεί πως η γνωστικοκοινωνική μάθηση δεν περιορίζεται στην μίμηση και ταύτιση, αλλά δίνει βαρύτητα και στην ικανότητα σκέψης και εσωτερικής διεργασίας του κάθε ατόμου.

Σύμφωνα με τους Barlow και Durand στο βιβλίο τους «Ψυχολογία και Παθολογική συμπεριφορά» είναι σημαντικό πως ακόμα και στα ζώα αυτό το είδος μάθησης απαιτεί μια συμβολική ενσωμάτωση των εμπειριών των άλλων, καθώς και των κρίσεων του ατόμου για το τι θα μπορούσε να συμβεί στο ίδιο. Ο Bandura επέκτεινε τις παρατηρήσεις του σε ένα δίκτυο ιδεών στο οποίο η συμπεριφορά, οι γνωστικοί παράγοντες και οι περιβαντολλογικές επιδράσεις συγκλίνουν για να παράγουν την πολυπλοκότητα της συμπεριφοράς που αντιμετωπίζουμε.

Η θεωρία της γνωστικοκοινωνικής μάθησης θεωρείται από τις σημαντικότερες προσεγγίσεις γιατί συνυπολογίζει:

α) το βιολογικό παράγοντα (τις εγγενείς προδιαθέσεις του οργανισμού)

β) τον ψυχολογικό παράγοντα (τους τρόπους με τους οποίους το άτομο έχει μάθει να αντιμετωπίζει την πραγματικότητα).

γ) τον περιβαντολλογικό, στην γενική του έννοια, παράγοντα και θεωρεί τους παράγοντες αυτούς συστατικά στοιχεία της συμπεριφοράς σε συνεχή και αμοιβαία αλληλοεπίδραση. Σύμφωνα με την Μαρία Νασιάκου στο βιβλίο της «Η ψυχολογία σήμερα», οι σπουδαιότερες διαφορές ανάμεσα στις παραδοσιακές θεωρίες μάθησης και στην γνωστικοκοινωνική συνιστάται κυρίως στην ερμηνεία των διεργασιών που προκαλούν την αλλαγή της συμπεριφοράς και όχι στις διαδικασίες προσέγγισής της.

Έτσι λοιπόν συμπερασματικά κατανοούμε πως στην συγκεκριμένη θεωρία μάθησης, η συμπεριφορά των ανθρώπων καθορίζεται σε μεγάλο βαθμό από τις προσδοκίες και τις προβλέψιμες συνέπειες που αυτή έχει. Μέσα λοιπόν από την γνωστική επεξεργασία που υφίστανται σημαντικές μας πράξεις είμαστε ικανοί να σκεφτούμε τις συνέπειες που θα έχει κάποια πράξη μας, καθώς και πιθανές ανταμοιβές ή τιμωρίες που θα έχουμε στο μέλλον.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΤΗΣ ΓΝΩΣΤΙΚΗΣ – ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ.

4.1. Σημαντικότερες και πιο συχνά εφαρμόσιμες τεχνικές στην γνωστική – συμπεριφορική θεραπεία.

Η Γ.Σ.Θ. πρόκειται για μια κλινικά και ερευνητικά αποδεδειγμένα σημαντική προσφορά στον χώρο της ψυχικής υγείας. Εκατοντάδες μελέτες και έρευνες ψυχολόγων και ψυχιάτρων έχουν ξεκαθαρίσει γιατί η γνωστική – συμπεριφορική θεραπεία έχει καταλήξει να είναι η πιο ιδανική και προτιμώμενη θεραπεία για τις παρακάτω περιπτώσεις:

- Μελαγχολία – Κατάθλιψη
- Διαταραχή Πανικού
- Κοινωνική Φοβία
- Αγοραφοβία
- Γενικευμένη Αγχώδη Διαταραχή και διάφορες άλλες διαταραχές βασισμένες στο άγχος ή και την κατάθλιψη. Στην εργασία μας μας ενδιαφέρει να αναλύσουμε τις τεχνικές και τις μεθόδους της Γ.Σ.Θ. σχετικά με την επίλυση προβλημάτων που αφορούν στην Διαταραχή Πανικού με ή

χωρίς Αγοραφοβία αλλά και στην Γενικευμένη Αγχώδη Διαταραχή, κάτι που θα ακολουθήσει στο επόμενο κεφάλαιο (κεφάλαιο 5°).

Η Γ.Σ.Θ. είναι ένας συνδυασμός δύο πολύ αποτελεσματικών ειδών ψυχοθεραπείας: αυτό της γνωστικής και αυτό της συμπεριφορικής θεραπείας.

i) Η συμπεριφοριστική θεραπεία περιλαμβάνει την ικανότητα αποδυνάμωσης των αρνητικών σκέψεων και αντιδράσεων σε οποιοσδήποτε προβληματικές καταστάσεις. Επίσης περιλαμβάνει την εκμάθηση χαλάρωσης σώματος και πνεύματος με σκοπό το άτομο να αισθάνεται καλύτερα, να σκέφτεται πιο καθαρά και λογικά και να παίρνει καλύτερες για το ίδιο αποφάσεις.

ii) Η γνωστική θεραπεία διδάσκει στο άτομο διάφορες διαδικασίες και τρόπους σκέψης σχετικά με τα συμπτώματα της διαταραχής. Επίσης το καθοδηγεί στο να κατανοήσει πως οι δικές του αρνητικές σκέψεις είναι αυτές που του δυσκολεύουν την λειτουργικότητα και του διαστρεβλώνουν την ψυχική ισορροπία, αυξάνονται τα δυσάρεστα συμπτώματα (John Winston Bush, Psychologist at the New York Institute for C.B.T.). Ακόμα και οι αλλαγές που πραγματοποιεί το άτομο λαμβάνουν χώρο τόσο σε γνωστικό όσο και σε επίπεδο συμπεριφοράς με το ερέθισμα των συνεδριάσεων.

Οι μέθοδοι και τεχνικές που χρησιμοποιούνται ποικίλουν και διαφοροποιούνται ανάλογα με την προσωπικότητα του ατόμου, τις ανάγκες του, την σοβαρότητα και πολυπλοκότητα της κατάστασής του και

διάφορες άλλες επιμέρους παραμέτρους. Οι πιο γνωστές και διαδεδομένες θεραπείες είναι i) η λογικο-θυμική θεραπεία του Ellis (Rational – Behavioral therapy), ii) Η θεραπεία αποστροφής (Aversion therapy), iii) Η συστηματική απευαισθητοποίηση και iv) θεραπεία με βάση την συντελεστική υποκατάσταση. Στην συνέχεια κρίνεται σκόπιμο να περιγράψουμε περιεκτικά τις παραπάνω θεραπείες πριν προχωρήσουμε στην ανάλυση των τεχνικών που κυρίως χρησιμοποιούνται στην αντιμετώπιση της Διαταραχής Πανικού με ή χωρίς αγοραφοβία αλλά και της Γενικευμένης Αγχώδους Διαταραχής.

i) Λογικο-θυμική θεραπεία (Rational Emotive Behavior Therapy).

Το βασικό χαρακτηριστικό αυτής της προσέγγισης αφορά στην έμμεση σχέση ανάμεσα σε κάποιο γεγονός ή κατάσταση (ερέθισμα) και στα σχετικά αισθήματα και συμπεριφορές που εμφανίζονται (συνέπειες). (Θωμάς Καλπάκογλου, 1997). Η λογικο-θυμική θεραπεία βασίζεται στην άποψη πως τα αισθήματα και η συμπεριφορές είναι αποτέλεσμα γνωστικών διαδικασιών, άρα είναι και εφικτό για τα άτομα να τροποποιήσουν αρνητικές σκέψεις και τρόπους αντίδρασης. (Wayne Froggatt, 1997).

Η λογικοθυμική θεραπεία αναπτύχθηκε από τον Dr. Albert Ellis το 1955. Η αποτελεσματικότητά της, η μικρή της διάρκεια και το χαμηλό της κόστος είναι οι πιο σημαντικοί λόγοι της διάδοσης και γενικής παραδοχής της (Dr. Michael R. Edelstein, clinical Psychologist in San Francisco).

Οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται στην εν λόγω θεραπεία είναι η αυτοπαρατήρηση, άμεση πρόκληση από τον θεραπευτή των μη ρεαλιστικών πεποιθήσεων του ασθενή, η «γνωσιακή» δοκιμή ή πρόβα» περισσότερων ρεαλιστικών πεποιθήσεων. Επίσης χρησιμοποιούνται μέθοδοι όπως αυτό-ομιλία και αυτό-διάλογος, ενθάρρυνση, τιμωρία, εκπαίδευση σε δεξιότητες.

Συμπληρωματικά λοιπόν η λογικο-θυμική θεραπεία προσπαθεί να δώσει δύο ειδών λύσεις στις προβληματικές καταστάσεις των ασθενών. Από την μια γίνεται προσπάθεια για πρακτικές λύσεις, διδάσκοντας στους ασθενείς στρατηγικές και δεξιότητες, ώστε να αντιμετωπίζουν θετικότερα αγχωτικές καταστάσεις. Από την άλλη γίνεται επεξεργασία στο συναισθηματικό κομμάτι, δίνονται δηλαδή συναισθηματικές λύσεις, βοηθώντας έτσι τους ασθενείς να αναπτύξουν μια πιο ρεαλιστική στάση, ώστε τα αρνητικά συναισθήματα να μην επηρεάζουν πλέον την καθημερινή τους λειτουργικότητα.

ii) Θεραπεία Αποστροφής (Aversion therapy).

Η συγκεκριμένη θεραπεία είναι βασισμένη στην παλαιά αντίληψη για την αξία της τιμωρίας. Ορισμένες απεκλίνουσες συμπεριφορές τέτοιες όπως (εξάρτηση από ποτό, τσιγάρα, ναρκωτικά, σεξουαλικές διαταραχές κ.λ.π.) αν και μακροπρόθεσμα ζημιώνουν πολύ την υγεία ή και την κοινωνική προσαρμογή του ατόμου, είναι συνδεδεμένα άμεσα και με ένα βαθμό ευχαρίστησης (Δρ. Κωνσταντίνος Χ. Πάνος, 1998).

Το όλο σκεπτικό της θεραπείας αποστροφής στηρίζεται στην κυρίαρχη υπόθεση ότι κάθε μορφή συμπεριφοράς η οποία ακολουθείται από δυσάρεστα γεγονότα έχει όλο και λιγότερες πιθανότητες να εμφανιστεί (Ποταμιάνος Α. Γρηγόρης και συνεργάτες, 1999).

Ο στόχος δηλαδή αυτής της θεραπείας είναι το άτομο να συνδυάσει την εν λόγω κάθε φορά αποκλίνουσα συμπεριφορά με μια δυσάρεστη ή και επίπονη κατάσταση (π.χ. ηλεκτροσόκ, χορήγηση εμετικού κ.λ.π.) έτσι ώστε να αποφεύγει σταδιακά παρόμοιες αντιδράσεις. Τέτοιου είδους θεραπείες έχουν πραγματοποιηθεί και σε περιπτώσεις ομοφυλοφιλίας ή παραφιλίας όπου εικαζόταν ότι υπήρχε η επιθυμία αλλαγή σεξουαλικού προσανατολισμού.

Αξίζει να σημειωθούν εδώ δύο βασικά χαρακτηριστικά. Το πρώτο είναι πως τέτοιου είδους θεραπείες δεν έχουν πάντα επιθυμητά αποτελέσματα παρά μόνο για πολύ σύντομο χρονικό διάστημα. Παρατηρήθηκε για παράδειγμα αλκοολικός κατά την διάρκεια της θεραπείας να μην έπινε λόγω φόβου του ηλεκτροσόκ αλλά μόλις βγήκε έξω από την κλινική άρχισε να πίνει ξανά (Δρ. Κωνσταντίνος Χ. Πάνος, 1998).

Το δεύτερο είναι πως ο θεραπευτής κρίνεται αναγκαίο να εξαντλήσει πρώτα άλλες μεθόδους πριν καταλήξει σε αυτή της αποστροφής μιας και είναι κοινά αποδεκτό πως πρόκειται για μια ιδιαίτερα δυσάρεστα και επίπονη διαδικασία για τον ασθενή.

iii) Συστηματική απευαισθητοποίηση (Systematic desensitization).

Η σημαντικότερη επιρροή της σκέψης των Watson και Pavlov στον χώρο της πρακτικής ψυχικής υγείας υπήρξε, χωρίς αμφιβολία, η διαμόρφωση της θεραπευτικής προσέγγισης που ονομάζεται συστηματική ευαισθητοποίηση, της οποίας θεμελιωτής ήταν ο Joseph Wolpe. (Ποταμιανός Α. Γρηγόρης 1999). Η συγκεκριμένη θεραπεία καλείται να καταστήσει εξαρτημένες εκείνες τις αντιδράσεις οι οποίες είναι ανταγωνιστικές ή ανασταλτικές στο άγχος και οι οποίες τελικά θα οδηγήσουν στην ανεξαρτητοποίηση των προηγούμενων λαθεμένων αντιδράσεων του υποκειμένου. Εδώ οφείλουμε να αναφέρουμε πως σημαντικό βαθμό παίζει η χαλάρωση του ατόμου, γι' αυτό το λόγο του διδάσκεται τρόπος ώστε να χαλαρώνει όλο το σώμα του από την ένταση σε σύντομο χρονικό διάστημα.

Στην αρχή αυτής της θεραπείας, ο θεραπευτής γνωρίζει το ιστορικό του πελάτη και συγκεντρώνει πλήθος πληροφοριών για ότι τον φοβίζει και τον εμποδίζει να νιώθει πλήρης και υγιής. Αμέσως μετά γίνεται μια ιεράρχηση καταστάσεων αγχογόνων για τον ίδιο, με βάση το φοβικό αντικείμενο, ξεκινώντας από τα περισσότερο προς τα λιγότερο ενοχλητικά και αγχογόνα. (Δρ. Κωνσταντίνος Χ. Πάνος, 1998).

Έτσι λοιπόν ακολουθώντας την κλίμακα αυτή το άτομο έρχεται σε επαφή και προσπαθεί να ξεπεράσει ότι τον φοβίζει πραγματοποιώντας μικρά βήματα κάθε φορά. Σκόπιμο είναι να αφήνεται λίγος χρόνος ανάμεσα στις προσπάθειες, με την προοπτική να αποφευχθούν πιθανές

αποτυχίες. Αντίθετα κερδίζοντας και κάνοντας ένα επιτυχημένο βήμα κάθε φορά, μετά από κάποιο χρονικό διάστημα τα αποτελέσματα μπορεί να είναι πραγματικά εκπληκτικά.

iv) Θεραπεία με βάση την συντελεστική υποκατάσταση.

Στο συγκεκριμένο είδος θεραπείας, σε αντίθεση με τις απόψεις του Watson και Pavlov το άτομο συμμετέχει ενεργά. Είναι βασισμένη και αυτή στην δύναμη και τα αποτελέσματα που μπορεί να επιφέρει η ενίσχυση ή η αμοιβή.

Το βασικό σκεπτικό της είναι πως τα άτομα θα πρέπει να επιβραβευσθούν έτσι ώστε να έχουν ένα κίνητρο να επαναλάβουν μια θετική συμπεριφορά. Έτσι έχουν δημιουργηθεί τεχνικές όπως αυτή η οποία εφαρμόζεται με επιτυχία στις κλινικές της Αμερικής. Έτσι λοιπόν το άτομο αναλαμβάνει δραστηριότητες και η ανταμοιβή του είναι είτε κουπόνια, είτε μάρκες παιχνιδιών τα οποία όμως μπορεί να ανταλλάξει με πράγματα της αρεσκείας του τέτοια όπως (φαγητό, τσιγάρα, παραμονή σε δωμάτιο με τηλεόραση κ.λ.π.) Μέσα από αυτήν την διαδικασία το άτομο και δημιουργεί αλλά και ανταμείβεται κάτι που αυξάνει σημαντικά τις πιθανότητες επανάληψης της συγκεκριμένης ή παρόμοιων θετικών πράξεων.

Διάφορες έρευνες έχουν αποδείξει πως η συγκεκριμένη θεραπεία είναι αποτελεσματική για την ενθάρρυνση και ενίσχυση συμπεριφορών όπως η κοινωνική αλληλοεπίδραση, η προσωπική φροντίδα αλλά και

ερασιτεχνική απασχόληση με κάποιο επάγγελμα σε σοβαρά και χρόνια διαταραγμένους ασθενείς καθώς και σε άτομο με νοητική υστέρηση (Ποταμιάνος 1999).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΤΕΧΝΙΚΕΣ – ΜΕΘΟΔΟΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΙΛΥΣΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΠΑΝΙΚΟΥ ΚΑΙ ΓΕΝΙΚΕΥΜΕΝΗΣ ΑΓΧΩΔΟΥΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ.

5.1. Προετοιμάζοντας τον πελάτη για θεραπεία.

Είναι λογικό πως σε οποιαδήποτε μορφή ψυχοθεραπείας, βασικό και μεγάλης σημασίας ρόλο παίζει η διάθεση του ερχόμενου για θεραπεία. Αυτό που αρχικά πρέπει να ξεκαθαριστεί είναι πως όπως και σε οποιαδήποτε θεραπευτική σχέση έτσι και εδώ για να ευδοκιμήσει η συνεργασία θα πρέπει το άτομο να έχει επιλέξει το ίδιο, την κίνηση αυτή για αναζήτηση βοήθειας. Αυτό λοιπόν συνεπάγεται πως έχει επίγνωση της κατάστασής του, άρα έχει και κίνητρο για την κίνησή του αυτή.

Από την στιγμή που το άτομο έρχεται σε επαφή με τον θεραπευτή είναι καλό να γίνονται κάποιες ενέργειες με μοναδικό σκοπό την ευκολότερη και ομαλότερη διεξαγωγής στην συνέχεια. Η γνωριμία του θεραπευτή με τον πελάτη, η αμοιβαία προσέγγιση και η πιθανή αίσθηση εμπιστοσύνης από την πλευρά του πελάτη είναι βασικά στοιχεία για την εξέλιξη της θεραπευτικής σχέσης. Όταν πρόκειται για καθαρά ψυχικά συμπτώματα τότε τα συνειδητά κίνητρα συμβαδίζουν με την υποσυνείδητη ανάγκη για λύση ορισμένων συγκρούσεων και έτσι η προσφορά βοήθειας

γίνεται ευκολότερα δεκτή. Όταν όμως σε μια διαταραχή περιλαμβάνονται και σωματικά συμπτώματα, τότε η προσφορά αυτή προσκρούει στις συνηθισμένες αντιλήψεις του μέσου ανθρώπου για φαρμακευτική αντιμετώπιση κάθε σωματικής εκδήλωσης ανεξάρτητα από την αιτιολογία της.

Είναι πολύ συχνό φαινόμενο, ασθενείς με αγχώδεις διαταραχές να επισκέπτονται πρώτα γιατρούς άλλων ειδικοτήτων όπως καρδιολόγους ή παθολόγους με σκοπό να βρουν απαντήσεις για τις σωματικές τους ενοχλήσεις τέτοιες όπως ταχυπαλμίες, ζάλη, δυσχέρεια στην αναπνοή, κεφαλαλγίες κ.λ.π. Είναι λοιπόν καλό, ο θεραπευτής να παροτρύνει τον πελάτη να πραγματοποιήσει τις απαραίτητες σωματικές εξετάσεις έτσι ώστε να αποκληθούν οργανικές αιτίες. Ακόμα με αυτήν την διαδικασία ο θεραπευτής βεβαιώνει στον πελάτη πως τα όσα νιώθει δεν είναι «φανταστικά» αλλά πραγματικά, απλά η προέλευση και η αιτιολογία τους αφορά σε ψυχολογικές αιτίες και παράγοντες (Χ.Σ. Ιεροδιακόνου, 1988).

Όταν η ύπαρξη σωματικών ενοχλημάτων είναι έντονη και η ικανότητα ελέγχου τους από το άτομο σχεδόν αδύνατη, τότε γίνεται λόγος και για φαρμακευτική αγωγή. Μια τέτοια ενέργεια θα πρέπει να συζητηθεί με τον πελάτη προκειμένου ο ίδιος να επιλέξει αν συμφωνεί ή όχι να προβούν σε τέτοια διαδικασία. Έχει αποδειχθεί πως ο συνδυασμός γνωστικής – συμπεριφοριστικής θεραπείας και φαρμακευτικής αγωγής είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικός στις αγχώδεις διαταραχές τέτοιες όπως

αυτή του πανικού με ή χωρίς αγοραφοβία αλλά και της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής.

Θεωρείται ιδιαίτερα βοηθητικό, ο θεραπευτής πριν ξεκινήσει η θεραπεία και οι συνεδρίες να εφαρμόσει ορισμένες διαδικασίες, όπως να ξεκαθαρίσει σε συνεργασία πάντα με τον πελάτη τους σκοπούς της θεραπευτικής διαδικασίας, να αξιολογήσει την σημαντικότητα του κινήτρου έτσι ώστε να δράσει ανάλογα, να συζητήσει μαζί του προσεγγίσεις που μπορούν να πάρουν μέρος και να φανούν βοηθητικές στην θεραπευτική διαδικασία και τέλος να αναπτύξει μια σχέση εμπιστοσύνης (Wayne Groggatt, 1997).

Στη συνέχεια, ακολουθεί ένας συνοπτικός πίνακας με κάποιες βασικές αρχές προκειμένου να ιδρυθεί μια συμμαχία και μια άρτια και υγιής σχέση ανάμεσα σε θεραπευτή και πελάτη, μιας και αυτό είναι η βάση για όλη την μετέπειτα θεραπευτική διαδικασία αλλά και την πιθανή επιτυχία ή αποδοκιμασία.

1. Δημιουργία μιας σωστής θεραπευτικής σχέσης προσφέροντας τα εξής: σεβασμό και προσοχή στα ενδιαφέροντα και τις ανησυχίες του πελάτη, πραγματική ανακούφιση επιβεβαίωση και εγκαθίδρυση ελπίδας, καθώς και προθυμία στο να είναι ο θεραπευτής εύκαιρος και ικανός αν κάτι απροσδόκητο προκύψει.
2. Ενημέρωση του ασθενή γύρω από την διαταραχή που αντιμετωπίζει όπως π.χ. διαταραχή πανικού (π.χ. είναι συνηθισμένη, δεν απειλεί την ζωή σου, είναι θεραπεύσιμη...)
3. Συζήτηση και ανάλυση των συμπτωμάτων που συνθέτουν την διαταραχή και πως μέσα από στόχους και θεραπεία επιτυγχάνονται αλλαγές και σε ποιο επίπεδο.

4. Έκθεση και συζήτηση γύρω από τις ανησυχίες του πελάτη για πιθανή χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής.
5. Εξήγηση και ανάλυση των διαφόρων ειδών θεραπείας, ενημερώνοντας τα θετικά αλλά και τα αρνητικά στοιχεία για κάθε μια από αυτές.

(S. Atezaz Saeed and Timothy's Bruce American Academy of family physicians, 1998)

5.A Γνωστική – Συμπεριφοριστική Θεραπεία: Ιδανική για την διαταραχή πανικού.

Η Διαταραχή Πανικού, μια από τις συχνότερες των αγχωδών διαταραχών γενικά, όπως αναφέραμε και αναλύσαμε στο προηγούμενο μέρος της εργασίας (ΜΕΡΟΣ Α) πρόκειται για μια δυσφορική και άκρως ενοχλητική και φοβική κατάσταση, που τις πιο πολλές φορές εμποδίζει και μειώνει την καθημερινή λειτουργία του ατόμου. Έτσι η αναζήτηση θεραπείας είναι απαραίτητη προκειμένου το άτομο να αποκτήσει ξανά την ισορροπία του και την χαμένη του αισιοδοξία.

Η γνωστική – συμπεριφοριστική μέθοδος καθώς και οι θεραπείες που αυτή περιλαμβάνει έχουν δεχτεί εμπειρική υποστήριξη μέσα από ποικίλες κλινικές δοκιμές και έχουν αποδειχθεί ιδανικές για την επίλυση προβλημάτων που αντιμετωπίζουν άτομα με διαταραχή πανικού. Με λίγες εξαιρέσεις, η ανάπτυξη και η εξέλιξη αυτού του είδους θεραπείας φαίνεται να συσχετίζεται με την επίλυση των συγκεκριμένων διαταραχών με ποσοστά που κυμαίνονται από το 80%-90%. (American Academy of Family Physicians, 1998).

Όπως είναι λογικό, η σοβαρότητα μιας κατάστασης ποικίλει ανάλογα με την ιδιοσυγκρασία και ψυχολογία του ατόμου καθώς και με την

επίδραση που έχουν άλλοτε περισσότερο και άλλοτε λιγότερο οι περιβαντολλογικές συνθήκες στο συγκεκριμένο άτομο. Εδώ θα πρέπει να αναφέρουμε πως είναι πολλές οι περιπτώσεις, που εκτός από την γνωστική – συμπεριφοριστική θεραπεία, τα άτομα χρήζουν και φαρμακευτικής αγωγής. Αυτό όμως δεν αφορά την εργασία μας, μιας και το αντικείμενό μας είναι μόνο η γνωστική – συμπεριφοριστική προσέγγιση και όχι η φαρμακευτική θεραπεία. Παρόλα αυτά σε επόμενο κεφάλαιο θα αναφέρουμε συνοπτικά τι περιλαμβάνει συνήθως η φαρμακευτική παρέμβαση σχετικά με την Δ.Π. και την Γ.Α.Δ.

Μερικές λοιπόν από τις πιο συχνά εφαρμοζόμενες στην κλινική πράξη τεχνικές είναι:

i) Εξάσκηση στην ικανότητα ελέγχου (Controllability): Η δύναμη δηλαδή χειρισμού καταστάσεων με την χρησιμοποίηση συμπεριφορολογικού ελέγχου (behavioral control). Το άτομο προβαίνει σε ενέργειες, πράξεις που αναβάλλουν ή τροποποιούν αποστροφικά γεγονότα και – γνωσιακό έλεγχο (cognitive control) – το άτομο με το «πιστεύω» του μπορεί να χειριστεί τις απειλές του περιβάλλοντος που του δημιουργούν αποστροφικές καταστάσεις.

ii) Έκθεση στην πράξη (exposure in viro). Ο ασθενής έρχεται σε επαφή με την πραγματική κατάσταση που του προκαλεί δυσφορία χωρίς να έχει κάνει ασκήσεις χαλάρωσης.

iii) Γνωσιακή αναδόμηση (cognitive restructuring). Σειρά γνωσιακών μηχανισμών που βασίζονται στην θεωρία της κοινωνικής μάθησης και

γνωσιακής ψυχολογίας και που σκοπεύουν να βρουν και να αλλάξουν τις διαστρεβλωμένες γνωσίες.

iv) Παίξιμο ρόλου (Role – play). Η υιοθέτηση ενός ρόλου από τον θεραπευτή, του ασθενή ή και τους δύο και η επακόλουθη αλληλοεπίδραση που βασίζεται στον συγκεκριμένο ρόλο είναι αρκετά βοηθητική και

v) Εξάσκηση στην απόκτηση δεξιοτήτων (Social – Skills training). Θεραπευτικό πρόγραμμα που περιλαμβάνει την εκμάθηση δεξιοτήτων και συνδυάζεται με την χορήγηση κατάλληλων οδηγιών, μίμηση ρόλου κ.τ.λ. για να επιτευχθεί κάποιος στόχος και να αποκτήσει το άτομο κοινωνική ενίσχυση (Μπουλουγούρης , 1992).

Οι τεχνικές της γνωσιακής – συμπεριφοριστικής θεραπείας για την διαταραχή πανικού άρχισαν να αναπτύσσονται σχετικά πρόσφατα (Rapee & Barlow, 1988). Αρκετοί είναι αυτοί οι οποίοι ασχολήθηκαν με την θεραπεία της Δ.Π. και ένας από αυτούς είναι και ο Beck (1988) ο οποίος είχε συνοψίσει τα βήματα της θεραπείας της διαταραχής πανικού στα ακόλουθα:

1) Ερμηνεία της παθολογικής φύσης των συμπτωμάτων

2) Επανεξέταση των αισθημάτων που γεννούν τον πανικό και των ιδιοσυγκρασιακών εξηγήσεων και ερμηνειών τους.

3) Απόσπαση των αυτόματων σκέψεων και των εικόνων που σχετίζονται με τον πανικό.

4) Επαναξιολόγηση των συμπτωμάτων και των αντιδράσεων στις αυτόματες σκέψεις.

5) Χαλάρωση και ασκήσεις αναπνοής

6) Μικροπροβολή σε μικροπανικούς και υπεραερισμό, άσκηση εικόνες κ.λ.π.

7) Απόσπαση προσοχής και

8) Συστηματική έκθεση

(Καλπάκογλου Θωμάς, 1997).

Από όλα τα παραπάνω προκύπτει πως όλο και περισσότερο κυριαρχεί η άποψη ότι η επιτυχία της θεραπείας της διαταραχής πανικού μπορεί να βασιστεί σε μεγάλο βαθμό πάνω σε γνωσιακές τεχνικές. Σύμφωνα με την Greenberg (1989), η φύση των πεποιθήσεων που σχετίζονται με τον πανικό έχει τρία βασικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα: 1) ευπάθεια (π.χ. είμαι ευπαθής στον κίνδυνο, 2) κλιμάκωση (π.χ. ότι νιώθω θα χειροτερέψει και 3) ανικανότητα (δεν μπορώ να ελέγχω όσα νιώθω) (Καλπάκογλου, 1997).

Λόγω της φύσης του πανικού σε συνδυασμό με όσα αναφέραμε παραπάνω καταλήγουμε στο συμπέρασμα πως οι ιδανικότερες μέθοδοι – για να καταπολεμήσει το άτομο τα δυσφορικά συναισθήματα που του προκαλεί μια διαταραχή τέτοια όπως αυτή του πανικού – είναι α) Η γνωσιακή μάθηση – έκθεση στον πραγματικό κίνδυνο και β) Η χαλάρωση και η μάθηση σωστών αναπνοών. Γι' αυτό τον λόγο κρίναμε σκόπιμο να αναλύσουμε λίγο παραπάνω τις δύο αυτές αποτελεσματικές μεθόδους – τεχνικές.

α) Γνωσιακή μάθηση – έκθεση στον κίνδυνο

Αναμφίβολα υπάρχει έντονη σχέση ανάμεσα στις δύο αυτές διαδικασίες. Το άτομο που βιώνει πανικό ή και διάφορα άλλα αγοραφοβικά συναισθήματα έχει σαν κύριο γνώμονα την λανθασμένη ερμηνευση για όσα συμβαίνουν καθώς και την λάθος αντίδραση σ' αυτά. Σκοπός λοιπόν σ' αυτήν την φάση είναι η τροποποίηση των παλιών αρνητικών και φοβικών συναισθημάτων και η αντικατάστασή τους από φυσιολογικά και πιο ισορροπημένα, έτσι ώστε το άτομο να αποκτήσει με τον καιρό την χαμένη του ταυτότητα. Για να γίνει όμως αυτό, θα πρέπει το άτομο να εκτεθεί σε τέτοιες δυσάρεστες καταστάσεις έτσι ώστε να οικοδομήσει τον τρόπο ερμηνευσης των όσων αισθάνεται.

Οι περισσότεροι βέβαια ασθενείς που πάσχουν από φοβίες αντιλαμβάνονται καλά την λογική του ότι δεν υπάρχει πραγματικός λόγος να νιώθουν απειλή ή κίνδυνο, αλλά θα πρέπει να πειστούν και σε συναισθηματικό επίπεδο, όπως επίσης και μέσα από μια κατάσταση «ελέγχου της πραγματικότητας» (Barlow: Durand 1999).

Το κάθε άτομο όπως συχνά έχουμε αναφέρει αισθάνεται φόβο, ένταση ή ακόμα και πανικό για διαφορετικά ερεθίσματα ή καταστάσεις. Έτσι λοιπόν ο θεραπευτής σ' αυτήν την φάση θα πρέπει να καθορίσει τι ακριβώς τροφοδοτεί τον ασθενή με στρεσογόνα συναισθήματα και έπειτα να προχωρήσει στην έκθεσή του σ' αυτά. ([www. Cognitive – Behavioral Therapies for panic disorder, com](http://www.Cognitive-BehavioralTherapiesforpanicdisorder.com) “Understanding panic disorder”). Η

έκθεση σε τέτοιες καταστάσεις είναι σίγουρα δύσκολη και δυσάρεστη για το άτομο διαδικασία αλλά συνήθως φέρει σημαντικά αποτελέσματα. Για αυτόν τον λόγο και για να μπορέσει η μέθοδος αυτή να καρποφορήσει η έκθεση (exposure in vivo) θα πρέπει να είναι σταδιακή και άκρως μελετημένη και προσεγμένη από τον θεραπευτή.

Ένας μεγάλος αριθμός ερευνών γύρω από την γνωστική – συμπεριφοριστική αλλά και φαρμακευτική θεραπεία της Δ.Π. έχουν εκδοθεί, ανάμεσα στο 1973 και το 1988. Οι έρευνες αυτές απέδειξαν πως η έκθεση σε αγχογόνες και απειλητικές για το άτομο καταστάσεις έχει αξιοσημείωτα αποτελέσματα για τις φοβίες, την διαταραχή πανικού, την γενικευμένη αγχώδη διαταραχή και την κατάθλιψη. Μέσα από σύγκριση ερευνών που πραγματοποιήθηκαν σε διάφορα χρονολογικά διαστήματα και χρησιμοποιώντας πότε την Γ.Σ.Θ. πότε φαρμακευτική αγωγή και άλλοτε του συνδυασμό και των δύο αποδείχτηκε πως η καλύτερη θεραπεία και προσέγγιση για την αντιμετώπιση της Δ.Π. είναι ο συνδυασμός Γ.Σ.Μ. και η χορήγηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων (Lars – Goran Ost, Ulrika Thulin and Jonas Romnero “Department of Psychology, Stockholm University”). Άλλες πάλι έρευνες αναφέρουν ότι ο συνδυασμός αντικαταθλιπτικών και Γ.Σ.Θ. δεν έχει τόσο δυνατά πλεονεκτήματα και πως πολλές φορές η ανακούφιση από αντικαταθλιπτικά είναι placebo (Barlow D, Gorman J., Shear M., Woods S., 2000)

Ένα παράδειγμα σταδιακής έκθεσης σε καταστάσεις φόβου από τις λιγότερο ως τις περισσότερες δύσκολες για ένα άτομο με Δ.Π. φαίνεται στον παρακάτω πίνακα.

- 1) Μόνος για ψώνια σε σουπερ – μάρκετ με πολύ κόσμο για 30 λεπτά
- 2) Να περπατήσει μόνος του πέντε τετράγωνα μακριά από το σπίτι του
- 3) Να οδηγεί μόνος ή με την σύντροφό του σε λεωφόρο με πολύ κίνηση για πέντε μίλια.

(Barlow – Durand 1999)

Ο θεραπευτής πέρα από το να προγραμματίζει μαζί με τον ασθενή την κλίμακα των διαδικασιών και των καταστάσεων που θα συμμετέχει ο ασθενής, πολλές φορές τον συνοδεύει σε δύσκολες τέτοιες κινήσεις. Άλλες πάλι φορές, ο θεραπευτής δίνει απόλυτα ενεργό ρόλο στον ασθενή ο οποίος αναλαμβάνει μόνος του να βγάλει εις πέρας τέτοιες δυσάρεστες διαδικασίες. Ανάλογα με τις ικανότητες και την θέληση του ασθενή οι εκθέσεις αυτές στον κίνδυνο δυσκολεύουν ή όχι. Αν δηλαδή ο ασθενής τα καταφέρει τότε το πέρασμα στην επόμενη διαδικασία είναι πιο γρήγορο (Lars – Goran Ost, Ulrika thuling and Jonas Ramnero "Department of Psychology", Stockholm University, 2002).

Ακόμα πολλές φορές αντί η έκθεση σε τρομακτικές καταστάσεις να είναι πραγματική, δημιουργείται από τον ίδιο τον θεραπευτή ή ακόμα και τον ασθενή. Αυτό σημαίνει πως ο ασθενής δημιουργεί συναισθήματα ανάλογα με αυτά του πανικού όπως για παράδειγμα ταχυπαλμία, ζάλη,

εφίδρωση, αίσθημα δυσφορίας κ.τ.λ. Έτσι ο θεραπευτής μπορεί να βάζει το άτομο να κάνει ασκήσεις γυμναστικής έτσι ώστε να αισθανθεί ταχυπαλμία, η οποία φέρνει φόβο για προσδοκώμενη καρδιακή προσβολή (David M. Clark, 2004). Ακόμα μπορεί ο θεραπευτής να βάλει το άτομο να νουνά το κεφάλι του μέχρι να νιώσει ζάλη, ή να τρέχει μέχρι να ιδρώσει κ.τ.λ. Αυτές οι τεχνικές έχουν σκοπό να φέρουν το άτομο σε ανάλογη συναισθηματική κατάσταση όπως αυτή του πανικού έτσι ώστε: 1) να εξετάσει και να αξιολογήσει τους φόβους του ασθενή, 2) να τους αποκλείσει, 3) να ενισχύσει την ικανότητα του ατόμου πως μπορεί να ανταπεξέλθει και 4) να αναπτύξει την ανεκτικότητα του ατόμου απέναντι σε δυσφορικά συναισθήματα (Wayne Froggatt, 1997).

β) Χαλάρωσης – ασκήσεις αναπνοής

Ο άνθρωπος από την αρχή της ύπαρξής του προσπαθεί να αντιμετωπίσει τις ψυχοσωματικές εντάσεις, που τον έκαναν να αισθάνεται δυσάρεστα και του προκαλούσαν προβλήματα στις σχέσεις του με τους άλλους ανθρώπους. Λόγω του ότι ο πανικός περιλαμβάνει έντονο άγχος και σωματικές ενοχλήσεις που είναι άκρως ενοχλητικές και τρομακτικές για το άτομο που τις βιώνει, γίνεται αμέσως αντιληπτό πόσο πρωταγωνιστικό ρόλο παίζει η ικανότητα χαλάρωσης σε μια διαταραχή όπως αυτή του πανικού.

Ως χαλάρωση ορίζουμε την τεχνική που επιτρέπει στο άτομο να επιτύχει ένα συγκεκριμένο συνειδησιακό επίπεδο παράλληλα με μια

αντίστοιχη ψυχοφυσιολογική κατάσταση – απάντηση. Βασικό ρόλο στην διαδικασία αυτή παίζει η αποσύνδεση από εξωτερικά ερεθίσματα κατόπιν σειράς φλοιο-διεγκεφαλικών λειτουργικών. Πρόκειται φυσικά για ένα φαινόμενο πλήρως αναστρέψιμο (Δεγλέρης, 1992).

Ο Γερμανός Ψυχίατρος Johannes Schultz (1884-1970) περιγράφει ως μέθοδο χαλάρωσης της αυτοαποσύνδεσης. Αρχή της μεθόδου αυτής είναι να επιτύχει μια (αναστρέψιμη) αποσύνδεση σώματος, πνεύματος και εξωγενών ερεθισμάτων βάση μιας διαδοχικής σειράς ιεραρχημένων ασκήσεων, έτσι ώστε να βρουν πρόσφορο έδαφος οι μηχανισμοί υποβολής.

Σύμφωνα με τον Δεγλέρης σε πρακτικό επίπεδο χρειάζεται ένα ήρεμο, δροσερό και ευχάριστο περιβάλλον. Το άτομο είναι ξαπλωμένο με κλειστά μάτια και κάνει τα εξής: α) ρύθμιση αναπνοής β)προσήλωση της φαντασίας και απορρόφησή της από την θετικά ουδέτερη εικόνα και γ) μέλος προς μέλος του σώματος μυϊκή χαλάρωση (Επειδή στο πρώτο μέρος (Α) της εργασίας αναφερθήκαμε αναλυτικά στον τρόπο χαλάρωσης δεν θα το επαναλάβουμε σ' αυτήν την φάση).

Το μόνο που είναι σίγουρο, είναι πως αν το άτομο που πάσχει από διαταραχή πανικού μάθει να χαλαρώνει κάποια ώρα της μέρας, τότε σύντομα θα είναι σε θέση σιγά-σιγά να χαλαρώνει και στιγμιαία αλλά και να μετριάσει το αίσθημα του πανικού κάθε φορά που αυτό βγαίνει στην επιφάνεια. Η χαλάρωση συνάγεται μείωση της σωματικής έντασης άρα και οδηγεί στην παράλληλη μείωση της εσωτερικής ταραχής και ανησυχίας.

Λόγω της φύσης της έντασης στον πανικό βασικό χαρακτηριστικό ατόμων που τον βιώνουν είναι η επιφανειακή αναπνοή ή υπεραερισμός ο οποίος οδηγεί σε ζάλη, τάση λιποθυμίας, δυσφορία και άλλα παρόμοια απειλητικά συναισθήματα. Κρίνεται λοιπόν απαραίτητο το άτομο να μαθαίνει ασκήσεις αναπνοής έτσι ώστε η αντιμετώπιση του πανικού να είναι πιο γρήγορη, εύκολη και αποτελεσματική. Η αναπνοή του ατόμου θα πρέπει να είναι αργή, βαθιά, γεμάτη. Η εισπνοή είναι καλό να πραγματοποιείται από την μύτη ενώ η εκπνοή από το στόμα.

Κατά την διάρκεια των συνεδριών που είναι απαραίτητες για την αντιμετώπιση της αγχώδους διαταραχής από το άτομο, σημαντικό ρόλο παίζουν και άλλες διαδικασίες. Η συνέντευξη, για παράδειγμα στην κλινική θεραπεία συμπεριφοράς, είναι διαφορετική σχετικά με την χρήση της σε άλλες κατευθύνσεις, αλλά εξίσου σημαντική. Η χρήση της συνέντευξης στην Γ.Σ.Θ. είναι απαραίτητη έτσι ώστε ο θεραπευτής να μπορέσει να συγκεντρώσει τα στοιχεία που χρειάζεται τόσο για τον ασθενή, όσο και για το πρόβλημα που αντιμετωπίζει. Ακόμα, είναι σημαντική γιατί μέσα από αυτήν, αντανακλώνονται τα συναισθήματα του ασθενή και ο θεραπευτής είναι σε ευνοϊκή θέση έτσι ώστε να συλλέξει τις απαιτούμενες πληροφορίες και να θέσουν από κοινού τους στόχους τους οποίους ο ασθενής θα προσπαθήσει να επιτεύξει. (Marvin R. Goldfried, Gerald C. Davinson, 1994).

Πολλές φορές, στην προσπάθεια του ασθενή να αντιμετωπίσει το πρόβλημά του (π.χ. διαταραχή πανικού) βοηθητικά είναι και τα διάφορα

τεστ που μετράνε την ένταση, την διάρκεια ή και την συμπτωματολογία του πανικού. Συμπληρώνοντας τέτοια τεστ ο ασθενής είναι σε θέση να βλέπει και γραπτώς την πρόοδο που σημειώνει κάθε φορά, που παρουσιάζει εντονότερη βελτίωση και που χρειάζεται περισσότερη επιμονή και προσπάθεια. Με αυτόν τον τρόπο υπάρχει περισσότερη οργάνωση και πρόκειται για μια απόδειξη των όσων επιτυγχάνει ο ασθενής σε κάθε συνεδρία, κάτι που είναι πολύ βοηθητικό για τον ίδιο και την εξέλιξη της κατάστασής του.

Τα διάφορα test που χρησιμοποιούνται ποικίλουν ανάλογα με το αντικείμενο το οποίο θέλουν να μετρήσουν κάθε φορά. Τα περισσότερα περιλαμβάνουν ερωτήσεις – όπως αυτά που παρουσιάσαμε σε προηγούμενο κεφάλαιο οι οποίες μετρούν την ένταση και την διάρκεια των συμπτωμάτων σε κάποια συγκεκριμένη χρονική στιγμή π.χ. πριν τον βραδινό ύπνο, ή μετά από την κατανάλωση καφεΐνης κ.τ.λ. Είναι φυσικά προτιμότερο η επανάληψη του τεστ να γίνει παρόμοια ώρα έτσι ώστε τα αποτελέσματα να είναι όσο το δυνατόν περισσότερο αξιόπιστα, αληθή και πραγματικά. Άλλες πάλι φορές τα τεστ χρησιμοποιούν κλίμακες οι οποίες μετρούν την ένταση των συμπτωμάτων ή τα μέρη και τις δραστηριότητες στις οποίες η ύπαρξη πανικού είναι εντονότερη.

Πιο συγκεκριμένα η κλίμακα μέτρησης κρίσεων πανικού (Clark, Salkovskis, Hackman, Middleton, Anastasiades and Gelder, 1994) χρησιμοποιούνταν για να εκτιμήσουν την συχνότητα (0-4) και την αποδοκimasία – στενοχώρια (0-8) των κρίσεων πανικού. Ο φόβος από τα

συμπτώματα του άγχους μετρίοταν με την κλίμακα της ευαισθησίας στο άγχος (Reiss, Peterson, Gursky and McNally 1986) περιέχοντας 16 θέματα (0-4 κλίμακας) (Lars – Gorau, Ost, Ulrika Thulin and Jonas Ramnero, Department of Psychology, Stockholm University, 2002). Υπάρχουν πολλών ειδών τεστ και διάφορα άλλα είδη μέτρησης, γεγονός που αποδεικνύει την σημαντικότητά τους και την βοηθητική τους ιδιότητα στην αντιμετώπιση των αγχώδων διαταραχών όπως αυτή του Πανικού με ή χωρίς αγοραφοβία.

5.B Γνωστική – Συμπεριφοριστική Θεραπεία για την Γενικευμένη Αγχώδη Διαταραχή.

Η Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή, είναι και αυτή συχνή και βασικό χαρακτηριστικό της είναι το γενικευμένο άγχος και η ανησυχία για καθημερινές λειτουργίες και καταστάσεις. Περιλαμβάνει δηλαδή την εργασία, τις ανθρώπινες σχέσεις, τα οικονομικά, την κριτική των άλλων και άλλες συχνές δραστηριότητες. Η θεραπεία της μέσω της γνωστικής – συμπεριφοριστικής μεθόδου δεν διαφέρει σημαντικά από αυτήν που χρησιμοποιείται – καθώς αναλύσαμε στο προηγούμενο κεφάλαιο για την διαταραχή πανικού. Εδώ ο θεραπευτής δίνει σημασία και βάρος σ' όλα αυτά που απασχολούν τον ασθενή και η Γ.Σ.Θ. δίνει την προσοχή της στην πιθανή αδυναμία του ασθενή να χαλαρώσει, να συγκεντρωθεί ή ακόμα και στον φόβο του μήπως χάσει τον έλεγχο (Καλπάκογλου, 1997).

Ανάλογα με την ένταση των συμπτωμάτων και την ανάγκη του ασθενή η θεραπεία της ΓΑΔ πέρα από ψυχολογική μπορεί να συνδυαστεί και με φαρμακευτική αγωγή – για την οποία όμως δεν θα κάνουμε αναφορά σε αυτό το κεφάλαιο. Οι πρόσφατες αναφορές για τις καινοτομίες στις σύντομες ψυχολογικές θεραπείες είναι ενθαρρυντικές. Καθώς μαθαίνουμε περισσότερα για το γενικευμένο άγχος, ανακαλύπτουμε ότι το να βοηθήσουμε τους ανθρώπους με αυτή την διαταραχή να εστιάσουν στο τι πραγματικά τους απειλεί είναι χρήσιμο (Barlow – Durand, 1999).

Η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή, έχει αποδειχθεί πως ανταποκρίνεται καλύτερα στην γνωστική – συμπεριφοριστική θεραπεία, μια δηλαδή ενεργή θεραπεία που περιλαμβάνει πολλά περισσότερα από το να πάει ο ασθενής απλά στον θεραπευτή (<http://www.psychnet-uk.com/dsm> “Generalised Anxiety Disorder”).

Εδώ ο ασθενής έχει ενεργό ρόλο και προσπαθεί έντονα για να πετύχει τους στόχους που έχει θέσει στην αρχή των συνεδρίων. Οι τεχνικές και εδώ είναι παρόμοιες με αυτές που χρησιμοποιούνται στην αντιμετώπιση του πανικού. Και στην ΓΑΔ όπως και στην Δ.Π. η έκθεση στην απειλή και το φοβικό συναίσθημα παίζει πρωταρχικό ρόλο ([http://www.queendom.com/articles/mental health/gadcod.html](http://www.queendom.com/articles/mental%20health/gadcod.html)).

Ο θεραπευτής εδώ, όσον αφορά στο γνωστικό κομμάτι δουλεύει με τον ασθενή προκειμένου να αλλάξει τον τρόπο σκέψης του γύρω από το πρόβλημα και να τον βοηθήσει να αναθεωρήσει τις αντιδράσεις του ως προς τις πηγές του άγχους. Στο κομμάτι που αφορά στην συμπεριφορά, ο

θεραπευτής μαθαίνει τον ασθενή τεχνικές χαλάρωσης και το πώς να αποκτά τον έλεγχο της κατάστασής του (Julie Riley, 1999). Η έκθεση στον κίνδυνο και εδώ προκαλείται πολλές φορές από τον ίδιο τον ασθενή έτσι ώστε να ευνοήσει και να αναπτύξει σωστούς χειρισμούς της ανησυχίας του μέσα σε ασφαλές περιβάλλον. Αυτό έχει σαν συνέπεια την σταδιακή ανάπτυξη ικανότητας να αντιμετωπίζει λογικά και τον πραγματικό κίνδυνο που βιώνει στις καθημερινές του δραστηριότητες.

Τα άτομα που πάσχουν από ΓΑΔ, πολλές φορές τείνουν να αποφεύγουν τα «αισθήματα» του άγχους και τα αρνητικά συναισθήματα που σχετίζονται με τις εικόνες, οι κλινικοί έχουν σχεδιάσει θεραπείες προκειμένου να βοηθήσουν τα άτομα αυτά να επεξεργαστούν πληροφορίες σε συναισθηματικό επίπεδο χρησιμοποιώντας εικόνες ώστε να αισθανθούν άγχος. Μέσα λοιπόν από συγκεκριμένες τεχνικές και με την πάροδο των συνεδριών, το άτομο καθίσταται ικανό να μετριάσει και να ελέγξει την ανησυχία του (Barlow – Durand 1991). Οι κλίμακες, τα ψυχολογικά τεστ μέτρησης συμπτωμάτων – σε ένταση και διάρκεια – και η τεχνική της χαλάρωσης καθώς και η σωστή αναπνευστική λειτουργία είναι άκρως βοηθητικά και απαραίτητα.

Βασικό στοιχείο για την θεραπεία της ΔΠ και λιγότερο της ΓΑΔ είναι πως στην εξέλιξη και την βελτίωση της κατάστασης του ασθενή πρωταρχικό ρόλο παίζει ο ίδιος. Αυτό σημαίνει πως θα πρέπει να έχει την διάθεση αλλά και την υπομονή να προσπαθεί και μόνος του να κάνει μικρά βήματα κάθε φορά έτσι ώστε σταδιακά να ξεπεράσει ευκολότερα τους

φόβους του. Ασκήσεις τέτοιες για εξάσκηση του ασθενή πέρα απ την ώρα των συνεδρίων καθορίζονται συνήθως από τον θεραπευτή αλλά κατόπιν συμφωνίας με το άτομο που βιώνει την διαταραχή.

Για την εκτίμηση της αλλαγής της συμπεριφοράς με την θεραπεία που αναφέρουμε, έχει προταθεί να γίνει η κοινωνική αξιολόγηση της αλλαγής. Αυτό γίνεται με εκτιμήσεις ανεξάρτητων κριτών σχετικά με το κατά πόσο η αλλαγμένη συμπεριφορά ευνοεί τώρα την καλύτερη απόδοση του ατόμου μέσα στο κοινωνικό του περιβάλλον. Η βελτίωση μετριέται ποιοτικά και ποσοτικά. Δεν έχει σημασία εάν η αλλαγή της συμπεριφοράς που έγινε είναι μεγάλη. Σημασία έχει α) τι σημαίνει η αλλαγή γι' αυτόν και β) πόσο αυτή, έστω και μικρή αλλαγή, είναι σημαντική ή όχι για την ζωή του. (Μπουλουγούρης, 1992).

5.2. Φαρμακοθεραπεία – Μια Σύντομη Αναφορά

Όπως αναφέραμε πολλές φορές σε προηγούμενα κεφάλαια πόσο η διαταραχή του πανικού όσο και η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή, πολλές φορές χρήζουν και φαρμακευτικής αγωγής. Μιας και αυτό δεν αποτελεί αντικείμενο της εργασίας μας θα κάνουμε μια απλή αναφορά του τι συνήθως χορηγείται για διευκόλυνση της κατανόησης του όλου θέματος.

Η φαρμακοθεραπεία περιλαμβάνει ένα συνδυασμό αγχολυτικών ή ηρεμιστικών (anxiolytics) και αντικαταθλιπτικών (antidepressants). (National Institute for clinical excellence). Στην διαταραχή πανικού συνιστώνται φάρμακα που περιέχουν βενζοδιαζεπίνες όπως "Xanax" τα

οποία όμως παίρνονται για μικρό χρονικό διάστημα και σε μικρές ποσότητες μιας και είναι πιθανό να προκαλέσουν εξάρτηση. Ακόμα συνίσταται η παράλληλη λήψη αντικαταθλιπτικών τέτοια όπως (Prozac, Efexor κ.τ.λ.) τα οποία συνήθως λαμβάνονται μακροπρόθεσμα (John Winston Bush, New York Institute for Cognitive and Behavioral Therapies).

Έχει παρατηρηθεί πως κάθε φάρμακο έχει τόσο πλεονεκτήματα όσο και μειονεκτήματα. Η ημιπραμίνη, ένα από τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά έχει έντονες παρενέργειες όπως ζάλη, ξηροστομία, μείωση σεξουαλικής λειτουργίας με αποτέλεσμα τη συχνή αντίδραση των ασθενών στο να τα παίρνουν μακροχρόνια. Όμως όταν το άτομο έχει την υπομονή να ανεχτεί τα συμπτώματα αυτά και να τα αφήσει να περάσουν θα διαπιστώσει σοβαρή μείωση των κρίσεων πανικού. Από την άλλη μεριά οι βενζοδιαζεπίνες όπως η αλπραζολάμη (Xanax) έχουν πολύ γρήγορα και εύκριτα αποτελέσματα στην μείωση των πανικών αλλά είναι δύσκολο να κοπούν λόγω της σωματικής και ψυχολογικής εξάρτησης που δημιουργούν (Barlow – Durand, 1991).

Και στην γενικευμένη αγχώδη διαταραχή χρησιμοποιείται συνδυασμός ηρεμιστικών φαρμάκων που περιέχουν βενζοδιαζεπίνες (π.χ. Xanax) και αντικαταθλιπτικά (π.χ. Prozac). Τα ηρεμιστικά έχουν σκοπό την μείωση της σωματικής έντασης ενώ τα αντικαταθλιπτικά βοηθούν στην αλλαγή των σκέψεων και την αντικατάσταση των αρνητικών με θετικούς μηχανισμούς αντίδρασης.

Αυτό που πρέπει να σημειωθεί είναι πως η λήψη φαρμάκων πρέπει να συνίσταται αυστηρά από ψυχίατρο και σε αυστηρά κανονισμένες δόσεις από τον ίδιο για λόγους ασφάλειας του ασθενούς. Δεν πρέπει να ξεχνάμε πως η χορήγηση φαρμάκων δεν είναι ίδια σε όλες τις περιπτώσεις αλλά ποικίλει και διαμορφώνεται ανάλογα με την κατάσταση του ασθενούς κάθε φορά.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΤΗΝ ΓΝΩΣΤΙΚΗ – ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΣΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ Δ.Π. ΚΑΙ ΤΗΣ ΓΑΔ.

Είναι σαφές πως ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού είναι πολύπλευρος και ποικίλει ανάλογα με τις καταστάσεις που καλείται να αντιμετωπίσει. Καθώς συμβαίνει και σε πολλές άλλες περιπτώσεις, ο κοινωνικός λειτουργός έχει μια βασική και σημαντική αρμοδιότητα την παραπομπή του ατόμου που έρχεται σε επαφή, στον κατάλληλο κάθε φορά φορέα σχετικά με την περίπτωση που προκύπτει.

Συνήθως όταν οι περιπτώσεις των ασθενών αφορούν σε διαταραχές όπως αυτή του πανικού ή η γενικευμένη αγχώδη διαταραχή, ο κοινωνικός λειτουργός διαπιστώνει την ανάγκη του ατόμου και το παραπέμπει σε ψυχολόγο, ψυχίατρο, ψυχοθεραπευτή ή σύμβουλο ανάλογα με τις απαιτήσεις της κάθε περίπτωσης. Η αναζήτηση του ιστορικού του ασθενή σε συνδυασμό με μια αντικειμενική και βασισμένη σε αμοιβαία κατανόηση, επαγγελματική σχέση μπορεί να επιφέρει ανακούφιση από τα συμπτώματα και αντιμετώπιση του προβλήματος (Anne K. Frenkel, Clinical Social Worker – Chicago Women's Psychotherapy Associates).

Ανάμεσα στους επαγγελματίες, που μπορούν να βοηθήσουν σε επίλυση αγχωδών διαταραχών είναι ψυχίατροι, κοινωνικοί λειτουργοί και σύμβουλοι. Βέβαια το ιδανικό για τον πάσχοντα σε τέτοιες περιπτώσεις

είναι να στραφεί σε κάποιον που να έχει εξειδικευτεί στην συγκεκριμένη μορφή θεραπείας (γνωστικο-συμπεριφοριστική), ως καταλληλότερο άτομο για την επίλυση του προβλήματός του. (www.copwuer.your.anxiety.com). Ο θεραπευτής εδώ, θα πρέπει να συνεργάζεται με τον ασθενή και σέβεται τις ανάγκες του και τις επιλογές του. Θα πρέπει δηλαδή να ενισχύσει με κατάλληλες τεχνικές το εσωτερικό του ασθενή έτσι ώστε ο ίδιος να επιφέρει ουσιαστικά την προσωπική του ολοκλήρωση και εξέλιξη.

Στην περίπτωση της γνωστικής – συμπεριφοριστικής θεραπείας θα μπορούσαμε να αναφερθούμε στον «αρχιτεκτονικό» ρόλο του κοινωνικού λειτουργού όσον αφορά στον σχηματισμό της ομάδας καθώς και στις παρεμβατικές δραστηριότητες· ο ρόλος του όμως δεν έγκειται στο θεραπευτικό μέρος. Η γνωστική – συμπεριφοριστική θεραπεία συνήθως διαρκεί ως 20 συνεδρίες και οργανώνεται από κοινωνικούς λειτουργούς, ψυχιάτρους ψυχολόγους, συμβούλους (Deborah C. Pontillo, Ariel J. Lang and Murray B. Stein).

Ο Κ.Λ. μπορεί να είναι μέρος της ομάδας φροντίδας που είναι υπεύθυνη για τον ασθενή. Αυτό που συνήθως έχει ως αρμοδιότητα είναι να κάνει μια ψυχοκοινωνική αξιολόγηση καθώς και να προσφέρει υποστήριξη στους γονείς και τις οικογένειες των ατόμων που πάσχουν από τέτοιες διαταραχές. Για να μπορέσει ένας κοινωνικός λειτουργός να αναλάβει πιο ουσιαστικό και δυναμικό ρόλο σε αντιμετώπιση τέτοιων διαταραχών θα πρέπει να έχει μεταπτυχιακές σπουδές (Master degree) που να σχετίζεται με το αντικείμενο. Να έχει δηλαδή την άδεια να αναλάβει

άτομα που πάσχουν από αγχώδεις διαταραχές (Maureen McKinley, Wendy Funk Shrag "Neurology Social Worker as Clinician")

Η εξειδίκευση στον τομέα της ΓΣΘ δεν είναι μόνο προσόν των ψυχολόγων ή ψυχιάτρων. Συχνά όμως η θεραπεία τέτοιων ατόμων παραπέμπεται σε ψυχιάτρους για ένα σημαντικό ρόλο. Ο Κ.Λ. δεν έχει στην δικαιοδοσία του το ελεύθερο της χορήγησης φαρμάκων, ενώ αντίθετα ο ψυχίατρος είναι υπεύθυνος για την χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής όπου αυτό απαιτείται. Λόγω λοιπόν της φύσης της διαταραχής του πανικού αλλά και της ΓΑΔ που τα σωματικά συμπτώματα είναι έντονα και η φαρμακοθεραπεία συχνά αναγκαία προτιμάται ένας εξειδικευμένος ψυχίατρος. Πολύ συχνό βέβαια είναι και το φαινόμενο συνεργασίας ψυχιάτρων (χορήγηση φαρμακοθεραπείας) και κοινωνικών λειτουργών ή ψυχολόγων (ψυχολογική υποστήριξη) για όσο το δυνατόν πιο αξιόπιστα και επιθυμητά αποτελέσματα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7°

ΚΡΙΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΩΝ ΘΕΩΡΙΩΝ

Στα προηγούμενα κεφάλαια αναλύσαμε τις συμπεριφοριστικές θεωρίες, την ιστορική τους αναδρομή, τους κυριότερους εκφραστές τους, αλλά και τις θεραπείες που συχνότερα χρησιμοποιούνται σε αυτήν την προσέγγιση. Τελειώνοντας αυτό το κεφάλαιο, κρίναμε σημαντικό να παρουσιάσουμε μια σύντομη κριτική αξιολόγηση των θεωριών αυτών.

Η παραδοσιακή και ορθόδοξη θεωρία της συμπεριφοράς συνέβαλε στην εξέλιξη της ψυχολογίας στις αρχές του αιώνα με την προσπάθειά της να αποσπάσει την ψυχολογία από την φιλοσοφία και να την εντάξει στις επιστήμες. Ο μπηχεβιορισμός αντιμετώπισε την θεραπεία συμπεριφοράς σαν «επιστήμη» έτσι ώστε να μπορεί να λύνει τα προβλήματα των ασθενών με τρόπο «επιστημονικό». Οι μελέτες για την τροποποίηση της συμπεριφοράς, που επέτρεψαν την ανάπτυξη μεθόδων και τεχνικών επάνω στα πρότυπα της φυσικής, με πειράματα μακρόχρονες παρατηρήσεις και αποδείξεις, έχουν προσφέρει πολλές νέες γνώσεις για την σχέση οργανισμού και περιβάλλοντος (Νασιάκου Μαρία, 1982).

Είναι βέβαια λογικό πως ότι επιφέρει τόσο μεγάλες αλλαγές δεν στερείται κριτικής τόσο θετικής όσο και αρνητικής. Έτσι και ο συμπεριφορισμός αποτελείται από πλεονεκτήματα αλλά και μελανά σημεία. Όσον αφορά στα θετικά του, πρόκειται για μια προσέγγιση που 1) επιτρέπει την επαλήθευση, 2) είναι σύντομη και περιορίζεται στο σύμπτωμα άρα είναι και 3) οικονομικότερη αναφορικά με άλλες και 4) είναι

ευκολότερη στην μάθηση και στην εφαρμογή τους (Δρ. Κωνσταντίνος Χ. Πάνος, 1998). Οι συμπεριφοριστικές μέθοδοι ανέπτυξαν τεχνικές που ανταποκρίνονται στην αντιμετώπιση διαφόρων περιπτώσεων.

Στις διαταραχές που πηγάζουν από το άγχος, όπως οι δύο που αναλύσαμε, βασικό χαρακτηριστικό των ασθενών είναι οι αρνητικές ιδέες που έχουν τα άτομα αυτά, το ότι τις πιστεύουν και αδυνατούν να τις αποτρέψουν. Αυτό ακριβώς καλείται να κάνει η γνωστική – συμπεριφοριστική θεραπεία. Να αλλάξει τον τρόπο σκέψης μέσα από την μάθηση νέων τακτικών και τρόπων επεξεργασίας των ερεθισμάτων. Και σε μεγάλο βαθμό τα καταφέρνει, γεγονός που προδίδει ένα ακόμα θετικό χαρακτηριστικό του συμπεριφορισμού.

Αναλυτικότερα, ο συμπεριφορισμός έκανε πράξη την υποχρέωση που είχε εξ αρχής αναλάβει, σχετικά με την διεξαγωγή των συστηματικών ερευνών, οι οποίες και θα συντελούσαν στην ανάπτυξη του θεωρητικού οπλοστασίου της ψυχολογίας. Οι συμπεριφοριστικές προσεγγίσεις παρουσιάζουν μια εμμονή σε συγκεκριμένες επιστημονικές και μεθοδολογικές αρχές (Ποταμιάνος και συνεργάτες, 1999). Εδώ και δεκαετίες εξάλλου, κυριαρχεί η άποψη ότι ο συμπεριφορισμός, περισσότερο από κάθε άλλη ψυχολογική θεωρία, δίνει μεγάλη έμφαση στην ανάγκη διεξαγωγής πειραμάτων και στην εδραίωση αιτιακών σχέσεων στα υποπαράτηρηση φαινόμενα.

Ακόμα δεν θα πρέπει να παραλείψουμε να αναφέρουμε πως ο συμπεριφορισμός έδωσε μεγάλη βαρύτητα στον τρόπο που το περιβάλλον

επηρεάζει την συμπεριφορά μου κάθε φορά. Η σημασία αυτή που δόθηκε στον περιβαντολογικό μας περίγυρο αλλά και την δύναμή του από τους συμπεριφοριστές προκάλεσε την θεωρητική πόλωση μέσα στον χώρο της ψυχολογίας, έτσι όπως αυτό εκφράζεται σχηματική ατόμου – περιβάλλοντος (Ποταμιάνος κ' συνεργάτες, 1999).

Όπως προαναφέραμε δεν λείπει και η αρνητική κριτική για την σημαντική αυτή προσέγγιση του συμπεριφορισμού. Πολλοί ήταν αυτοί που αμφισβήτησαν την αποτελεσματικότητα αυτής της μεθόδου. Συχνά γνώρισε κριτική μιας και τα πειράματα που απέδειξαν διάφορες θεωρίες πραγματοποιήθηκαν σε ζώα και όχι σε ανθρώπους. Πράγματι, τα πειράματα των εκφραστών αυτής της μορφής θεραπείας, όπως ο Ρανιόν και ο Skinner έγιναν χρησιμοποιώντας ποντίκια, σκύλους κ.τ.λ. αλλά όχι ανθρώπους. Τίθεται λοιπόν το ερώτημα αν οι ίδιες λειτουργίες που διέπουν την συμπεριφορά των ζώων μπορούν να χρησιμοποιηθούν και στην μελέτη της ανθρώπινης συμπεριφοράς.

Πολλοί επικριτές αναφέρουν σαν σημαντικότερο μειονέκτημα το ότι οι μέθοδοι αυτοί θεραπεύουν το σύμπτωμα και όχι την βαθύτερη αιτία, και σ' αυτήν την περίπτωση υπάρχει φόβος για εμφάνιση άλλων συμπτωμάτων (Δρ. Κωνσταντίνος Χ. Πάνος, 1998). Κατηγορείται δηλαδή ο συμπεριφορισμός πως δίνει βαρύτητα σε επιφανειακές προβληματικές καταστάσεις και όχι στην ρίζα του πιθανού προβλήματος. Είναι βέβαια γεγονός πως οι συμπεριφοριστές ασχολούνται με το παρόν του ασθενή

και όχι με το παρελθόν του, αλλά αυτό δεν σημαίνει και απαραίτητα πως δεν μπορεί η συμβολή του να είναι βοηθητική και επιτυχής.

Μια ακόμα κριτική η οποία σχετίζεται με την προβληματική της εξαπλούστευσης της ανθρώπινης συμπεριφοράς έχει να κάνει με το ζήτημα της γνωστικής συμπεριφοράς των ατόμων. Ο όρος «γνωστική συμπεριφορά» σχετίζεται με τον τρόπο τον οποίο το κάθε υποκείμενο αντιλαμβάνεται, οργανώνει, επεξεργάζεται και μεταδίδει πληροφορίες (Ποταμιάνος κ' συνεργάτες, 1999).

Έτσι λοιπόν πολλοί κατηγορούν τον συμπεριφορισμό για ανικανότητα να ερευνήσει αυτό το πεδίο, ή ακόμα και για απροθυμία του να προχωρήσει σε τόσο βαθιά εσωτερικές διαδικασίες. Πολλές είναι και οι επικρίσεις γύρω από τις θεωρίες της μάθησης και το κατά πόσο αυτές κατάφεραν να συμφωνήσουν ή όχι με τις διαδικασίες μάθησης, καθώς και το κατά πόσο ή όχι υπάρχουν πολύμορφα κενά.

Αξίζει εδώ να αναφέρουμε πως τα τελευταία χρόνια, πολλοί από τους μελετητές συμπεριφοράς συνειδητοποίησαν τα τρωτά της θεωρίας και αισθάνθηκαν την ανάγκη να την βελτιώσουν. Η προσπάθεια αυτή οδήγησε στο «γνωστικό – κοινωνικό» πρότυπο, που πράγματι αποτελεί εξέλιξη γιατί λαμβάνει υπόψη τόσο τον γνωστικό όσο και τον κοινωνικό παράγοντα στην πρόβλεψη και την τροποποίηση της ανθρώπινης συμπεριφοράς (Νασιάκου Μαρία, 1982). Ο εμπλουτισμός αυτός που κάνει την θεωρία αυτή πολύ πιο εύπλαστη και ελαστική, θεωρείται από πολλούς μεγάλη ελπίδα για το μέλλον, όταν δηλαδή το πρότυπο αυτό που

βρίσκεται ακόμα σε πειραματικό στάδιο μπορεί να επικυρωθεί ως θεραπευτική μέθοδος με θετικά αποτελέσματα.

Τελειώνοντας, αξίζει να αναφέρουμε πως ο συμπεριφορισμός και κατά επέκταση η γνωστική – συμπεριφοριστική θεραπεία, είναι αναμφίβολα πολύ σημαντική και χρήσιμη, αλλά σίγουρα δεν καλύπτει όλο το εύρος των ψυχικών διαταραχών. Πάντως σύμφωνα με πολλές έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί η Γ.Σ.Θ. συνιστάται σε μεγάλο βαθμό για αγχώδεις διαταραχές, τέτοιες όπως αυτή του πανικού και η Γ.Α.Δ.

Συμπεράσματα

Τελειώνοντας την εργασία μας, ανακεφαλαιώνουμε παραθέτωντας τα παρακάτω κυριότερα συμπεράσματα. Συνοπτικά λοιπόν τα σημαντικότερα σημεία της εργασίας μας είναι τα εξής:

- Τόσο η ΔΠ όσο και η ΓΑΔ, αποτελούν δύο από τις βασικότερες και συχνότερες αγχώδεις διαταραχές. Οι εν λόγω διαταραχές παρουσιάζουν έντονες ψυχοσωματικές ενοχλήσεις, με αποτέλεσμα να μειώνουν την καθημερινή λειτουργικότητα, αλλά και να διαταράσσουν την ισορροπία του ατόμου που τις βιώνει.
- Στην αιτιολογία των δύο αυτών διαταραχών, συμβάλλουν τόσο βιολογικοί όσο και κληρονομικοί παράγοντες ο σημαντικότερος όμως λόγος εκδήλωσής τους αφορά στα ψυχολογικά αίτια και τα βιώματα του καθενός.
- Η ΔΠ εμφανίζεται μόνη της αλλά και πολύ συχνά συνοδεύεται από αγοραφοβία η οποία μπορεί να είναι άλλοτε περισσότερο και άλλοτε λιγότερο αισθητή. Τα συμπτώματα της ΔΠ χωρίς αγοραφοβία δεν διαφέρουν σημαντικά από των ΔΠ με αγοραφοβία, παρόλα αυτά υπάρχουν και συμπτώματα που τις καθιστούν διαφορετικές.
- Η συνύπαρξη των διαταραχών ΔΠ και ΓΑΔ με ποικίλα συνοδά συμπτώματα, είναι ιδιαίτερα συχνή, με κυρίαρχο αυτό της μείζων καταθλιπτικής διαταραχής.

- Η συχνότητα εμφάνισης των δύο διαταραχών είναι ιδιαίτερα μεγάλη, προσεγγίζοντας το 2,3% του πληθυσμού. Η ηλικία έναρξής τους οριοθετείται στο 25^ο έως το 40^ο έτος ηλικίας.
- Τόσο η ΔΠ όσο και η ΔΑΠ αφορούν κυρίως στο γνωστικό πεδίο του ασθενή, στον τρόπο δηλαδή που το άτομο αντιλαμβάνεται την προβληματική κατάσταση καθώς και την αντίδρασή του σ' αυτήν.
- Οι αρνητικές σκέψεις γύρω από τις δύο αυτές διαταραχές, οδηγούν σε έναν φαύλο κύκλο, τόσο κατά την διάρκεια της κρίσης όσο και μετά την κορύφωση αυτής (άγχος → αρνητικές σκέψεις → κρίση → αρνητικές σκέψεις → κορύφωση → αρνητικές σκέψεις → επικείμενο άγχος).
- Στην πλειοψηφία των άρθρων και των ερευνών που έχουν διεξαχθεί γύρω από την ΔΠ και την ΓΑΔ η γνωστική – συμπεριφοριστική θεραπεία, παρουσιάζεται ως η ιδανικότερη και αποτελεσματικότερη (κυρίως για την ΔΠ).
- Η ΓΣΘ περιλαμβάνει το γνωστικό κομμάτι που αφορά στην αλλαγή αντίληψης του ατόμου γύρω από το πρόβλημα αλλά και τον τρόπο αντίδρασής του. Συμπληρωματικά, το συμπεριφοριστικό κομμάτι αφορά στην αποκατάσταση λειτουργικής συμπεριφοράς του ατόμου στην καθημερινή του ζωή μέσα από την έκθεσή του σε αγχώγones γι' αυτό καταστάσεις, με σκοπό την μείωση της ανησυχίας και του φόβου.
- Η χαλάρωση ή οι ασκήσεις αναπνοής παίζουν σημαντικότερο ρόλο στην μείωση των συμπτωμάτων και κατά συνέπεια στην εξάλειψη της διαταραχής.

- Η φαρμακοθεραπεία πολλές φορές συνιστάται προκειμένου να εξαλειφθούν τα συμπτώματα. Περιλαμβάνουν τον συνδυασμό ηρεμιστικών π.χ. Χαπακ και αντικαταθλιπτικών π.χ. Prozac. Ακόμα όμως και αν το άτομο λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή ο συνδυασμός με ΓΣΘ είναι απαραίτητος για μια πιο αποτελεσματική θεραπεία.
- Η ΓΣΘ ολοκληρώνεται σε περίπου 12 συνεδρίες, ενώ το άτομο παίζει βασικό ρόλο στην βελτίωση της κατάστασής του έχοντας έμπρακτη συμμετοχή και πραγματοποιώντας ασκήσεις έκθεσης και εκτός συνεδριών.
- Ο ρόλος του ΚΛ είναι σημαντικός, όσο και του ψυχολόγου ή του ψυχοθεραπευτή. Ο ΚΛ είναι αρμόδιος να παραπέμψει το περιστατικό στον ανάλογο επαγγελματία ενώ αν είναι ενημερωμένος και εξειδικευμένος στο αντικείμενο, μπορεί και ο ίδιος να αναλάβει τον ασθενή μέχρι να τελειώσει η θεραπευτική συναλλαγή και να επιτευχθούν οι επιθυμητοί στόχοι.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Ελληνική εταιρία έρευνας συμπεριφοράς, Ινστιτούτο έρευνας συμπεριφοράς «Θέματα ψυχοθεραπείας της συμπεριφοράς» Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1992.
- Barlow – Durand, «Ψυχολογία και Παθολογία συμπεριφοράς – Μια σύνθετη βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση. Εκδόσεις: ΕΛΛΗΝ, Αθήνα, 1999.
- Θωμάς Καλπάκογλου «Άγχος και Πανικός» Γνωσιακή Θεωρία και Θεραπεία. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1997.
- Νίκος Μάνος «Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής» Εκδόσεις επιστημονικών βιβλίων και περιοδικών, Θεσ/κη 1997.
- Μαρία Νασιάκου «Η ψυχολογία σήμερα» ΚΛΙΝΙΚΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ Εκδόσεις: Παπαζήση, Αθήνα 1982.
- Γιώργος Μαρίνος «Το άγχος οι νευρώσεις και η θεραπεία τους» Εκδόσεις Γλάρος, 1992.
- Δρ. Κωνσταντίνος Χ. Πάνος, «Ψυχοκοινωνικές διαταραχές και αντιμετώπισή τους», Εκδόσεις: ΕΛΛΗΝ, 1998.

- Γρηγόρης Α. Ποταμιάνος και συνεργάτες, «Θεωρίες προσωπικότητας και κλινική πρακτική» Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1999.
- Glenys Parry, «Ψυχολογικές κρίσεις και η αντιμετώπισή τους», Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1996
- Χριστόφορος Α. Χριστοφορίδης, «Ψυχικές διαταραχές και η αντιμετώπισή τους», Λευκωσία, 1991
- Χ.Σ. Ιεροδιακόνου «Ψυχαναλυτική Ψυχοθεραπεία κείμενα και περιπτώσεις», Εκδόσεις Μαστορίδη, Θεσ/κη 1988.
- Πέτρος Σκαπινάκης, «Πανικός και Αγοραφοβία».
- Λίζα Βάρβογλη, «Αντιμετωπίζοντας τις κρίσεις πανικού», 2001
- Ορέστης Γιωτάκος, «Κρίσεις πανικού», 2002
- Dr. med Γεώργιος Γεωργιάδης (Διδάκτωρ Ψυχοσωματικής), «Αγχώδεις Διαταραχές».

- Επιτροπή κοινωνικής πολιτικής του Αριστοτελείου Παν/μίου Θεσ/κης και ξένοι φοιτητές του Α.Π.Θ., «Φροντίζοντας τον εαυτό σου – Η αγοραφοβία», 2002.

- Νικήτας Καυκίου, «Η κορύφωση των αρνητικών σκέψεων και των αρνητικών αισθημάτων» - Διαταραχή άγχους, Δημοσίευση στην εφημερίδα Χανιώτικα Νέα, στις 30-03-03.

- Medical Magazine 2000-2002, «Διαταραχή Πανικού».

- Επιτροπή Κοινωνικής Πολιτικής του Αριστοτελείου Παν/μίου Θεσ/κης και ξένοι φοιτητές του Α.Π.Θ. «Φροντίζοντας τον εαυτό σας – Ο πανικός», 2002.

- Γεώργιος Δ. Στοιχεία Κοινωνικής Ψυχολογίας Πανεπιστημιακές παραδόσεις), τόμος Β, Αθήνα 1984.

- Ζωγράφου Α, «Κοινωνική Εργασία με Ομάδα (Σημειώσεις από παραδόσεις), Μέρος Α', Πάτρα 1993.

- Κατσορίδου Παπαδοπούλου Χ, «Κοινωνική εργασία με ομάδες», Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ, Αθήνα, 1999.

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Marvin R. Goldfried, Gerald C. Davinson, "Clinical behavior therapy" A wiley-interscience Publication, 1994
- American Psychiatric Association "Diagnostic and statistical manual of mental Disorders" fourth edition, 1995
- Lewis M. Barker "Learning and behavior", Biological, psychological and sociocultural Perspectives, 1997
- Wayne Froggatt, "A brief introduction to Rational Emotive Behavior Therapy" New Zealand, 1997.
- National Institute of Mental Health, "Understanding panic disorder, NIH Publication No95-3509, 1993.
- Cathleen Henning, "Research in the field of Panic disorder and panic attacks", 2000.
- Learn what panic disorder is, and its related symptoms at Paxil CR.com, 2001
- The anxiety panic internet resource (tAPir) 1993-2000 TaPir.

- American Academy of Family Physicians, "Panic Disorder Panic Attacks and Agoraphobia" 1995-2002.

- Julie Riley, MS, RD "Generalised Anxiety disorder", ehc.com. 1999.

- Alexander J., Schunt, Louis G. Castougnay, Thomas D, Borkovec, "Compulsive checking behaviors in Generalised Anxiety Disorder", Journal of Clinical Psychology, vol. 57 (6), 705-715.

- Barlow David H. "Anxiety and its disorders", Guilford Press, NY, 1988

- Barlow David H, "Clinical handback of Psychologic disorders, 2th edition, the Guilford Press, NY, 1993

- Borkovec T.D. Hazlett – Stevens H & Diaz, ML "The role of positive beliefs about worry in Generalized Anxiety Disorder and its treatment, Clinical Psychology and Psychotherapy", 1999

- Brawman – Mintzer O., Lydiard RB, Emonauuel N. Payen R., Johnson M. Roberts J., Jarrel MP, Ballenger J.C., « Psychiatric comorbidity in patients with Generalized Anxiety Disorders" American Journal of Psychiatry, 150:1216-1218, 1993.

- C. Hunt – C. Issakidis and G. Andrews, “Australian National Survey of Mental Health and well being”, Copyright John Willey & Sons, 1999.
- Elizabeth Roemer, Swan M. Orsillo (2000): Expanding our conceptualization of and treatment For Generalized Anxiety Disorder: Integrating Mindfulness / acceptance – based approaches with exiting cognitive behavioral models, American Psychological Association.
- Freeman, Garety, Phillips (2000): An examination of hypervigilance for external health in individuals with GAD and individuals with persecutory delusions ng visual scan paths, journal of experimental Psychology.
- Gosselin P. Laberge B (2003): Etiological Factors of Generalized Anxiety disorder lucephale, 29 (4P+1): 351 61
- Hans – Ulrich Wittchen, PuD (2002): Generalized Anxiety Disorder: Prevalence, burden and cost to society, Wills interscience.
- Hoyer, lui S. Becker, Walton T. Roth (2001) : Characteristic of worry in GAD patients, social phob’s and control Willey - Liss
- Lester M. Sdorow (1996): Ψυχολογία δεύτερη έκδοση, 4^{ος} τόμος, copyright, Αθήνα.

- Massion AO, Warshaw MG, Keller MB, (1993): Quality of life and psychiatric morbidity in panic disorder and Generalized anxiety disorder, Journal of American Psychiatry.

- Michael Van Ameringen, Catherine Mauchim and Peter Fawolden (2003): The impact of anxiety disorders on educational achievement, Journal of anxiety disorders, volume 17, issue 5.

- Naomi Koerner (2002): The cost associated with Generalized Anxiety disorder, Coucordia University, Montreal, Quebec, Canada

- Reiman Fusselman, Fox & Raichle ME (1989): Neuroanatomical correlates of anticipatory anxiety, science.

- S.L. Bourland, M.A. Stanley A.G., D.U. Novy J.G. Beck, P.M. Averill & A.C. Swaun (2000): Quality of life in older adults with GAD Taylor & Francis.

- Van Praag (1991): Serotonergic dysfunction and aggression control, Psychological Medicine

- Zinbarg, R.E. Barlow D.H., Bown T.A. & Hertz R.M. (1992): Cognitive – behavioral approaches to the nature and treatment of anxiety disorders. Annual Review of Psychology.
- Mental Health articles, “General Anxiety Disorder”, Cognitive – behavioral treatment of GAD, Copyright QueenDau Cau, 1996
- Encyclopedia Article from Encarta “Learning and Research”, Stress psychology, Copyright Microsoft Corporation, 1993.
- Thomas A. Richards, Ph.D. “Anxiety therapy: Cognitive behavioral therapy”, 1996
- S. Atezaz Sqeed, MD and Timothy J. Bruce, PH.D.
- American family physician, “Panic Disorder”: Effective treatment options, εκδόσεις American Academy of family physicians, 1998.
- John Winston Bush PhD, “Learning Theory” A fuller – fuller explanation / the basics” 1996

- Lars – Goran Ost, Ulrika Thulin and Jonas Ramuero, "Cognitive behavior therapy VS exposure in vivo in the treatment of panic disorder with agoraphobia", Stockholm University, 2002.

- Maxie C. Maultsby, JR, MD and Mariusz Wirga, MD, „Encyclopedia of Mental Health” Academic Press, 1998.

- David M. Clark, Dphil, "Cognitive therapy for panic disorder", American Psychological Association, 2004.

- Barlow David H (1993) : Clinical Handbook of Psychological Disorders, 2nd edition, The Guilford Press, NY.

- [file:///A:\Gale Encyclopedia of Psychology Stress.htm](file:///A:\Gale%20Encyclopedia%20of%20Psychology%20Stress.htm)

- [http://www.psyhnet-uk.com/dsm iv/generalized anxiety disorder.htm](http://www.psyhnet-uk.com/dsm%20iv/generalized%20anxiety%20disorder.htm)

