

**Α.Τ.Ε.Ι ΠΑΤΡΩΝ
ΣΕΥΠ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΕΞΑΜΗΝΟ Η' ΕΑΡΙΝΟ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΦΟΒΙΕΣ ΚΑΙ Ο ΤΡΟΠΟΣ
ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΥΣ**

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:
**Γεωργουσοπουλου Βασιλική
Γιαννικοπουλου Αλεξάνδρα**

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ:
Dr. Δετοράκης

ΠΑΤΡΑ 2004

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	9

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ:

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ.....	11
1.2 ΟΡΙΣΜΟΣ ΦΟΒΙΑΣ.....	16
1.3 ΕΠΠΤΩΣΗ-ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ.....	18
1.4 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ.....	21
1.5 ΛΗΨΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ.....	24

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

2.1 ΕΙΔΗ ΦΟΒΙΩΝ.....	32
2.2 ΑΓΟΡΑΦΟΒΙΑ.....	33
2.3 ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΦΟΒΙΕΣ.....	45
2.4 ΕΙΔΙΚΕΣ ΦΟΒΙΕΣ.....	51
2.4.1 Ζωοφοβίες.....	51
2.4.2 Φοβίες στοιχείων της φύσης.....	52
2.4.3 Φοβίες αίματος-τραυματισμού-ενέσεων.....	52
2.4.4 Φοβίες καταστάσεων και σύνθηκών.....	53
2.4.5 Άλλες φοβίες.....	54

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

3.1 ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	59
3.2 ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	59

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ.....	67
4.1 Σωματικά συμπτώματα.....	67
4.2 Νοητικά και ψυχικά συμπτώματα.....	69

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	71
5.1 Ψυχοθεραπεία.....	71
5. Φαρμακοθεραπεία.....	83
5.3 Υπνωση με υποβολή, ναρκοανάλυση, ηλεκτροσπασμοθεραπεία.....	86

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

ΠΡΟΓΝΩΣΗ.....	87
---------------	----

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ:

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

7.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ.....	88
7.2 ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ.....	92
7.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	92
ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	94
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	95

ΟΦΕΙΛΕΣ ΚΑΙ ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστούμε το Θεο, που ήταν πάντα δίπλα μας και φτάσαμε ως το τέλος των σπουδών μας, έχοντας υγεία.

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τον Dr.Δετοράκη που δέχτηκε πρόθυμα να μας βοηθήσει στην επίτευξη της εργασίας μας.

Η συνεισφορά του υπήρξε ανεκτίμητη όσον αφορά την προετοιμασία της παρούσας εργασίας, δίνοντας ιδιαίτερα χρήσιμα σχόλια και συμμετέχοντας στην κριτική ανάγνωση του εγγράφου.

Ευχαριστούμε θερμά όλους τους καθηγητές, που μοιράστηκαν μαζί μας τις γνώσεις και την μεγάλη τους εμπειρία στο χώρο του νοσοκομείου.

Ευχαριστούμε τις οικογένειες μας, που τέσσερα χρόνια ήταν δίπλα μας και μοιράστηκαν το άγχος, τις ανασφάλειες και τις φιλοδοξίες μας, και μας στάθηκαν πνευματικά και υλικά.

Ευχαριστώ τη θεία μου και την οικογένεια της, για την σημαντική προσφορά της, στα χρόνια φοίτησης μου.

Ευχαριστώ την συμφοιτήτρια μου για την άψογη συνεργασία μας.

Βασια Γεωργουσοπούλου.

Αφιερωμένη σε όλους τους φοβικούς ασθενείς, δίνοντας τις ευχές μας για την αντιμετώπιση των φοβιών τους.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η εργασία αυτή υποστηρίζει ή προτείνει μια ολική προσέγγιση της ψυχικής υγείας με όλες τις βιοψυχοκοινωνικές, πολιτιστικές ή πνευματικές της διαστάσεις. Έχει σκοπό τον άνθρωπο, που είναι ενιαία ψυχοσωματική προσωπική ύπαρξη με ατίμητη αξία, ανεξάρτητα από το βαθμό της ψυχικής του υγείας.¹

Οι φόβοι ή φοβίες επηρεάζουν τον καθένα μας. Συχνά ο φόβος μας παραλύει, μας παίρνει τη ζωή, μας κλέβει την ευτυχία ή μας εμποδίζει να ζήσουμε μια ζωή γεμάτη νόημα.²

Σκοπός αυτής της εργασίας είναι να μας βοηθήσει να κατανοήσουμε τη φύση του άγχους και το πώς θα το υπερνικήσουμε.

Το άγχος είναι ένα καθημερινό πρόβλημα, που αφορά όλους ανεξαιρέτως τους ανθρώπους. Δεν υπάρχει ξεκάθαρη διαχωριστική γραμμή ανάμεσα στον φυσιολογικό φόβο, αυτόν που όλοι έχουμε και μπορούμε να αντιμετωπίσουμε μόνοι μας, και στις έντονες φοβίες, οι οποίες απαιτούν επαγγελματική βοήθεια.

Η βασική διαφορά τους εντοπίζεται στο βαθμό (τη συχνότητα και την ένταση) ενώ η επαγγελματική βοήθεια χρειάζεται συνήθως μόνον όταν οι φόβοι αρχίζουν να περιορίζουν με κάποιον τρόπο τη ζωή μας. Μερικές επεξηγήσεις είναι απαραίτητες για να καθορίσουν τις ρίζες και τις αιτίες της νευρικής εντάσεως, τις ποικίλες εκδηλώσεις της, καθώς και το τι μπορεί να κάνει κανείς όταν αρχίζει να τον κυριεύει το άγχος.

Είναι σημαντική βοήθεια να ξέρει κανείς τι προβλήματα έχουν οι άλλοι και τι κάνουν για να τα ξεπεράσουν.

Πολλοί άνθρωποι αισθάνονται πως είναι οι μόνοι που έχουν τέτοια προβλήματα.

Η εργασία αυτή σκιαγραφεί προβλήματα που εσείς πιθανόν αντιμετωπίζετε και που έχουν βασανίσει και άλλους· περιγράφει επίσης τις κύριες μορφές του άγχους που μπορεί να συναντήσει

κανείς στην καθημερινή ζωή ή στα νοσοκομεία, όπως τον φόβο του θανάτου, του τραυματισμού, της μόλυνσεως ή τον φόβο της τρέλας. Πολλά προβλήματα είναι πολύ πιο κοινά και διαδεδομένα απ' όσο νομίζουμε.

Αν αναγνωρίσετε κάποια απ' αυτά στον εαυτό σας, θα διαπιστώσετε πως δεν είστε οι μόνοι που τα έχετε.

Κάτι εξίσου σημαντικό είναι το γεγονός ότι η εργασία αυτή σας δίνει τη δυνατότητα να μάθετε τι μπορεί να κάνει κανείς όταν αντιμετωπίζει τέτοιου είδους δυσκολίες. Επί πλέον, σκιαγραφεί τις ιατρικές μεθόδους που χρησιμοποιούνται στις μέρες μας και αφορούν στην ανακούφιση των νευρωσικών διαταραχών.

Η θεραπεία του άγχους έχει σημειώσει εντυπωσιακή πρόοδο τον τελευταίο καιρό και για πρώτη φορά πολλοί πάσχοντες έχουν τη δυνατότητα να θεραπευθούν.

Η επανάσταση που προκάλεσε η θεωρία της συμπεριφοράς είχε σαν αποτέλεσμα τη ριζική αλλαγή του τρόπου θεραπείας, κάτι που με τη σειρά του οδήγησε σε νέες αποτελεσματικές μεθόδους θεραπείας τέτοιων προβλημάτων. Δεν είναι πια αναγκαίο να ανακαλύψει και να αξιολογήσει κανείς τις παιδικές του εμπειρίες για να ξεπεράσει τέτοια προβλήματα. Μια τέτοια διαδικασία ψυχανάλυσης ήταν συνήθως υπεύθυνη για το ότι οι ασθενείς συχνά είχαν την αίσθηση μιας ανικανότητας και ενός αδιεξόδου, αφού κανείς δεν μπορεί να επανοικοδομήσει τις ιστορίες της ζωής του ή να τροποποιήσει συμβάντα του παρελθόντος.

Από την άλλη μεριά, κατηγορώντας τους γονείς του, το μόνο που μπορεί να επιτύχει είναι να δημιουργήσει κίνητρο για επαχθείς και δυσβάσταχτες ενοχές. Οι θεραπευτές πίστευαν συνήθως ότι, προκειμένου να βοηθηθεί κανείς, πρέπει να «ξεθάψει» κάτι.

Παράλληλα, υπήρχε και ο μύθος της αντικατάστασης συμπτώματος, η πεποίθηση δηλαδή πως αν κάποιος ξεπερνούσε τον φόβο χωρίς να

αντιμετωπίσει το υποτιθέμενο «βαθύτερο» πρόβλημα, κάποιο άλλο σύμπτωμα θα ξεπηδούσε στη θέση του.

Η έρευνα έχει επανειλημμένως αποδείξει πως η αντίληψη αυτή είναι εν πολλοίς αβάσιμη. Άνθρωποι που έχαναν τις φοβίες τους όχι μόνο δεν παρουσίαζαν καινούργια συμπτώματα, αλλά συνήθως έδειχναν βελτίωση και σε άλλους τομείς της ζωής τους, σαν αποτέλεσμα της απελευθέρωσης τους από τους εξαναγκασμούς που παλιότερα τους επέβαλλαν οι φόβοι τους.

Τώρα πια υπάρχουν πάμπολλες αποδείξεις πως η συμπεριφοριολογική θεραπεία έχει βοηθήσει πάρα πολλούς ανθρώπους και θα μπορούσε να βοηθήσει και εσάς, αν έχετε κάποιο από τα προβλήματα που περιγράφονται στην εργασία αυτή.

Οι φοβίες, οι έμμονες ιδέες και τα σεξουαλικά προβλήματα θεραπεύονται με ενεργό θεραπεία και συνήθως η βελτίωση συνεχίζεται, όσο περνούν τα χρόνια. Ωστόσο, δεν μπορεί κανείς να ισχυρισθεί πως μπορούν να βοηθηθούν όλοι.

Για να υπάρξει επιτυχία, πρέπει να ξεκαθαρίσετε τι είδους βοήθεια ζητάτε και, πάνω απ' όλα, να αισθανθείτε ότι θα είστε καλύτερα χωρίς το πρόβλημα σας απ' ό,τι όταν ζείτε με αυτό. Είναι απαραίτητο επίσης να είστε προετοιμασμένοι να ανεχθείτε κάποια ταλαιπωρία και να συνεργαστείτε ενεργά με το θεραπευτικό σχέδιο.

Στη συνεργασία αυτή περιλαμβάνεται και αρκετή «κατ' οίκον εργασία» πάνω στο πρόβλημα σας. Μερικές φορές θα χρειαστεί και οι συγγενείς να βοηθήσουν λίγο.

Οι εμμονές, για παράδειγμα, μπορεί να εμπλέξουν και την οικογένεια, η οποία σε μια τέτοια περίπτωση πρέπει να εξασφαλίσει τη βοήθεια του θεραπευτή. Επίσης, στην περίπτωση των σεξουαλικών προβλημάτων, ο σύντροφος σας θα χρειαστεί να συμμετάσχει με κάποιον τρόπο.

Τα σοβαρά προβλήματα τα χειρίζονται καλύτερα οι επαγγελματίες θεραπευτές, αλλά ακόμη και σ' αυτήν την περίπτωση μπορείτε να τους βοηθήσετε να σας... βοηθήσουν αν έχετε καταλάβει κάπως την περίπτωση σας και αν έχετε κάποια ιδέα για το πώς θα τα βγάλετε πέρα.

Αν δεν υπάρχει κάποια επαγγελματική βοήθεια, σίγουρα θα είναι πιθανή κάποιου είδους αυτοβοήθεια. Οι ειδικευμένοι συμπεριφοριστικοί θεραπευτές εξακολουθούν να είναι σπάνιοι και ίσως να ζείτε πολύ μακριά από τον... πλησιέστερο. Ή μπορεί το πρόβλημα να είναι αρκετά πρόσφατο και ελαφράς μορφής κι έτσι να χρειάζεται απλώς κάποιος προσωπικός χειρισμός.

Όσο οι αρχές της θεραπείας γίνονται αντικείμενο επεξεργασίας και απλοποιούνται, τόσο περισσότερο πιθανή γίνεται η αυτοβοήθεια. Πρόκειται για ένα επαναλαμβανόμενο θέμα στον τομέα της υγείας, κάτι που συμβαίνει συνεχώς.

Ένα παράδειγμα μπορεί να αποτελέσει ο υποσιτισμός. Ο υποσιτισμός ήταν κάτι συνηθισμένο στο παρελθόν, πριν οι γιατροί καταλήξουν στην ισορροπημένη διαίτα που χρειαζόμαστε για να πετύχουμε φυσική ανάπτυξη και ομαλή λειτουργία του οργανισμού μας.

Στις μέρες μας, που οι αρχές της διατροφής αποτελούν κοινή γνώση, με το πλεονέκτημα της διδασκαλίας της στα σχολεία, της προβολής της από τα μέσα μαζικής επικοινωνίας και της διαδόσεως μέσω των βιβλίων, οι περισσότεροι μπορούν να επιτύχουν μόνοι τους μια σωστή φυσική διατροφή.

Η διάρροια σοβαρής μορφής, από οποιονδήποτε λόγο και αν είχε προκληθεί, οδηγούσε στο θάνατο αμέτρητα βρέφη, έως ότου διαπιστώθηκε πόσο σημαντικό είναι να διατηρεί κανείς τα υγρά και τα άλατα του σώματος σε ισορροπία. Μέχρι και πρόσφατα κάτι τέτοιο γινόταν με την ενδοφλέβια χορήγηση υγρών, διαδικασία που απαιτεί τη βοήθεια γιατρού ή νοσοκόμας.

Παρατηρήθηκε όμως πως τα μωρά που έχουν γαστρεντερίτιδα μπορούν να λαμβάνουν ειδικά συγκεκριμένα υγρά από το στόμα, αποφεύγοντας ταυτόχρονα και τον εμετό, κάτι που ανέστειλε την ανάγκη χορηγήσεως των υγρών ενδοφλεβίως. Έτσι, όταν υπάρχει επιδημία γαστρεντερίτιδας στα μωρά, οι μητέρες τους μπορούν να τους δώσουν τα απαραίτητα υγρά από το στόμα. Το παιδί δεν θα κάνει εμετό και έτσι το στομάχι του θα απορροφήσει το υγρό, με αποτέλεσμα να σωθεί η ζωή του.

Καθώς λοιπόν οι γιατροί κατέληξαν στις αρχές της θεραπείας και απλοποίησαν το πρόβλημα, περιόρισαν τη συμμετοχή τους στη θεραπεία και άφησαν τις μητέρες να χειριστούν μόνες τους την κατάσταση.

Μία παρόμοια διαδικασία αρχίζει να ακολουθείται στις συμπεριφοριολογικές θεραπείες, για αρκετές μορφές άγχους.

Το σύνθημα είναι «δύναμη στον κόσμο» και η έρευνα πάνω στην αυτοβοήθεια οδηγεί σε μια επιστημονική προσέγγιση της θέλησης αυτού του καθοριστικού παράγοντα για την επιτυχία.

Η έμφαση δόθηκε στο να αναλάβουν οι ασθενείς να εκτελούν ένα μεγάλο αέρος της θεραπείας μόνοι τους· ο θεραπευτής απλώς και μόνον καθορίζει την πορεία και εγγίζει μονάχα κατά διαστήματα λίγο το πεδάλιο, τροποποιώντας ελαφρά τη διαδρομή προς τη σωστή κατεύθυνση.³

Τέλος εξετάζουμε όλα τα σύνθετα συναισθήματα που σχετίζονται με το φόβο και τις φοβίες, όπως τις ενοχές, την ντροπή, την έλλειψη αυτό-συγχώρησης, την έλλειψη πίστης και εμπιστοσύνης, την ανησυχία, την αγωνία και τον πανικό. Αναφέρουμε επίσης τις διάφορες μορφές φόβου, τον τρόπο επίλυσης αυτών και τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις. Όλα αυτά που συμβαίνουν στη ζωή μας δεν είναι υποχρεωτικό να μας ελέγχουν. Μπορούμε να τα ξεπεράσουμε ή να απελευθερωθούμε από το φόβο ή τις φοβίες που δηλητηριάζουν την ζωή μας.²

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο φόβος είναι η συναισθηματική αντίδραση που ενεργεί σαν προειδοποιητικό σημάδι σε περιπτώσεις που γίνονται αντιληπτές ως επικίνδυνες. Και ως εδώ καλά, αρκεί η κατάσταση να είναι πράγματι επικίνδυνη και να απειλεί τη ζωή ή τη σωματική μας ακεραιότητα. Καλό και σωτήριο είναι να σταθούμε μακριά από το χείλος του γκρεμού, όταν φυσάει δυνατός άνεμος. Καλό είναι να μην πλησιάζουμε τον τεράστιο σκύλο που γρυλίζει. Και είναι λογικό να το βάλουμε στα πόδια, όταν παίρνει φωτιά το σπίτι μας. Σε όλες αυτές τις περιπτώσεις, ο φόβος ενεργεί ως θετική, προστατευτική παρόρμηση που μας κινητοποιεί προς τη φυγή, ώστε να ξεφύγουμε από μια επικίνδυνη κατάσταση. Ο έμφυτος αυτός μηχανισμός ενεργοποιείται από πολύ μικρή ηλικία. Έγιναν πειράματα σε βρέφη που μόλις άρχισαν να μπουσουλούν. Τα άφησαν ελεύθερα να κινηθούν σε επιφάνεια που φαινόταν ότι έγερνε απότομα στο κέντρο. Παρά το ότι η «η άβυσσος» ήταν καλυμμένη με ανθεκτικό γυαλί, κανένα από τα βρέφη δεν επιχείρησε να μπουσουλίσει πέρα από το χείλος. Με τον ίδιο τρόπο, τα περισσότερα παιδιά τρέφουν υγιή σεβασμό προς τα ζώα που είναι ίσα ή μεγαλύτερα σε όγκο απ'αυτά και δεν είναι τα πλησιάζουν, εκτός αν τα ενθαρρύνει κάποιος ενήλικος που θέλει να αποδείξει ότι τα ζώα είναι άκακα. Ο φόβος είναι θετικός, όταν μας ωθεί να αποφύγουμε τη σωματική βλάβη, στη σημερινή εποχή όμως δεν υπάρχουν στην καθημερινή ζωή τόσες πολλές περιπτώσεις που να κινδυνεύει η ζωή μας. Ενώ λίγες χιλιάδες χρόνια πριν ο άνθρωπος βρισκόταν κάτω από την απειλή άγριων ζώων, έντονων καιρικών φαινομένων και άλλων εξωτερικών κινδύνων, σήμερα ζούμε συγκριτικά εύκολη ζούμε εξασφαλισμένες τις βασικές ανάγκες μας. Το πιο άγριο ζώο που θα συναντήσουμε ποτέ είναι πιθανό η γάτα του γείτονα. Καλοχτισμένα σπίτια μας προστατεύουν από την κακοκαιρία, ενώ η

σύγχρονη ιατρική και πρόληψη παρατείνουν τη ζωή μας πολύ περισσότερο απ'ότι ήλπιζε να ζήσει ποτέ ο άνθρωπος του Νεάντερταλ. Ωστόσο εξακολουθεί να караδοκεί ο φόβος.²

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1.1

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Με τις παρακάτω γραμμές έχουμε σκοπό νά κάνουμε μια ολοκληρωμένη βιβλιογραφική ανασκόπηση του θέματος. Αυτό θα μας οδηγούσε πολύ μακριά. Φιλόσοφοι, λογοτέχνες και επιστήμονες αντίκρισαν τα προβλήματα αυτά από διάφορες πλευρές. ΟΙ πρώτοι περισσότερο μέσα στα πλαίσια μιας γενικής κοσμοθεωρίας. Στους δεύτερους χρωστάμε κυρίως τη φαινομενολογική όψη τους. Οι τελευταίοι μπάζοντας τα σ' επιστημονικά καλούπια, δεν παρέλειψαν νά κάνουν και το ένα και τ' άλλο. Ακολουθούμε στην έκθεση μας μία, όχι αυστηρή όμως, χρονολογική σειρά, και αναφέρουμε μαζί συγγραφείς, πού διαπραγματεύθηκαν τα θέματα αυτά με κάποια συγγένεια στη σκέψη τους.

Ο **Πλάτωνας** στον **Πρωταγόρα** αναρωτιέται κιόλας αν υπάρχει διαφορά ανάμεσα από φόβο και το δέος : ονομάζετε κάτι φόβο ; Και άραγε εκείνο πού ονομάζω και εγώ;... Είτε φόβο είτε δέος το ονομάζετε σεις, εγώ λέγω, πώς τούτο είναι κάποια προσδοκία κακού. "Ο **Πρωταγόρας** και ο **Ιππίας** είχαν τη γνώμη ότι δέος και φόβος είναι το ίδιο, ο Πρόδικος όμως ότι αυτό είναι δέος, όχι οόμως και φόβος». (Πρωταγόρας 38). Το δέος, πού ο **Πρόδικος** ξεχωρίζει από το φόβο, είναι ή εναγώνια αναμονή, δηλαδή το άγχος. Ο "**Αριστοτέλης** στη ρητορική του, γυρεύει να βρει τις αιτίες του φόβου και του θάρρους. Ο **Επίκτητος** έλεγε :« ΝΑ μη φοβάστε, ούτε τις αρρώστιες, ούτε τον πόνο, ούτε το θάνατο, να φοβάστε το φόβο», θα δούμε ότι οι σύγχρονοι επιστήμονες καταλήγουν στον ίδιο αφορισμό. «Άπ' όλες τις οδύνες πού συναντά ο άνθρωπος στην ζωή του, λέγει ο **M.De Fleury**, ή αγωνία είναι ή πιο ανυπόφορη».

Ο **Spinoza** κάνει την ίδια διάκριση με τους **Στωικούς**. «Τα πάθη εξαρτώνται από τις ανολοκλήρωτες ιδέες, οι πράξεις γεννιώνται από τις ολοκληρωμένες. Δίνει μία σειρά ορισμών: «Ο επηρεασμός κείνος, πού διαθέτει τον άνθρωπο έτσι, ώστε να μη θέλει κείνο πού θέλει, ή να θέλει κείνο πού δε θέλει, ονομάζεται φόβος. Ο φόβος δεν είναι λοιπόν άλλο παρά το σκιάξιμο, αφού κάνει έναν άνθρωπο να αποφύγει ένα κακό, πού νομίζει πώς έρχεται, μ' ένα μικρότερο. "Αν το κακό πού φοβόμαστε είναι ντροπή, τότε ο φόβος ονομάζεται αιδώς. «Λέγοντας κακό εννοώ κάθε είδους λύπη και κυρίως ο,τι διαψεύδει τις προσδοκίες μας....και καλό, κάθε είδους χαρά και ο,τι εξ αλλού συντελεί σ αυτήν και κυρίως, ο,τι γεμίζει την αναμονή, οποία και να ναι αυτή...

Ο **Stekel** γράφει, «ο φόβος είναι η αναμονή του αγνώστου» και πιο πέρα: «Φοβόμαστε το νέο» ο,τι γίνεται παλιό χάνει την ικανότητα να μας γεννήσει το φόβο. Ο άνθρωπος υποφέρει το παν, έκτος από το άγνωστο, με το χαρακτηριστικό του σύμβολο το σκοτάδι.

Ο **Descartes** έγραφε πως: «ή κυρία αίτια του φόβου είναι το ξάφνιασμα του φόβου. Το καλύτερο μέσο για να απαλλαγεί κανείς είναι ή προετοιμασία».

Και ο **Prizna** επίσης λέει«"Ονομάζουμε έκπληξη το πάθημα εκείνο της ψυχής, όπου ένα ξενότροπο πράγμα κατέχει όλη τη φαντασία. "Αν όμως προκαλείται από ένα αντικείμενο, πού φοβόμαστε, το ονομάζουμε κατάπληξη, γιατί ή έκπληξη από ένα κακό κρατά τον άνθρωπο σε τέτοιο σημείο μετέωρο με τη σκέψη πάνω σ' αυτό, ώστε είναι ανίκανος να σκεφθεί αλλά αντικείμενα, πού θα τον έκαναν ν" αποφύγει το κακό αυτό».

Ο **Darwin** γράφει: «Στο φόβο προηγείται συχνά ή έκπληξη.

Οι δυο αυτές συγκινήσεις έχουν τόσο στενές σχέσεις, πού και οι δυο ξυπνούν μονομιώς την όραση και την ακοή».

Ο φόβος για το άγνωστο είναι πολύ ζωηρός στο παιδί,

Ο **Ribot** δέχεται επίσης πώς ο ενήλικος άνθρωπος, αν και ο φόβος του στηρίζεται στην πείρα, εκδηλώνει κάποτε (τουλάχιστον ο πρωτόγονοι και οι αμόρφωτοι), αόριστους, ασυνείδητους φόβους για το άγνωστο, τα σκοτάδια, τις μυστηριώδεις δυνάμεις, τα κακοποιά πνεύματα της μαγείας κλπ. Η άγνοια είναι μεγάλη πηγή τρόμου και ο **Baïen** δεν είπε χωρίς λόγο : «Το μεγάλο φάρμακο για το φόβο είναι η επιστήμη».

Ο **Dumas** σκέπτεται επίσης, ύστερα από το **Ribot**, ότι «φαίνεται πώς ο φόβος του άγνωστου είναι μέρος της ιδιοσυστασίας του ζώου και ότι ο οργανισμός αντιδρά τυφλά με το φόβο, μπροστά στο ασυνήθιστο, στο βίαιο».

Μία από τις κυριότερες αιτίες αυτής της ασυμφωνίας είναι ή από διαφορετική σκοπιά αντιμετώπιση και διερεύνηση των ψυχικών φαινομένων από τους συγγραφείς.

Για κείνους, πού μεταχειρίζονται σα μόνη μέθοδο εργασίας την ενδοσκόπηση, ή έρευνα περιορίζεται σε ανάλυση, όσο το δυνατό πιο λεπτομερειακή, των καταστάσεων της συνείδησης.

Η γνώση δεν μπορεί να γνωρίσει παρά μόνο συνειδησιακές καταστάσεις. Οι συγγραφείς τούτοι εγκαταλείπουν κάθε στήριγμα στην εξωτερική πραγματικότητα και βασίζονται μονάχα στα αισθήματα, πού πιστεύουν ότι την απεικονίζουν, βασίζονται δηλαδή μονάχα σε άπλες εικόνες. Μ' αυτές προσπαθούν νά αναπαραστήσουν τις ψυχικές λειτουργίες του ανθρώπου, κι' ανάλογα με το αν θεωρούν βασικές τις νοητικές εικόνες ή τις περιφερικές ή τις αισθητηριακές, το σύστημα τους είναι ιδεαλιστικό, αισθητηριακό, ορθολογιστικό, εμπειρικό, πάντα όμως ή εικόνα μένει γι' αυτούς όριο, πού δεν μπορεί νά ξεπεραστεί.

Αντίθετα άλλοι ψυχολόγοι και ερευνητές θεωρούν την ψυχολογία σα μια φυσική επιστήμη. Τα ψυχικά φαινόμενα γι' αυτούς δεν είναι παρά εκδήλωση της ζωής κι' αποτέλεσμα της λειτουργίας των οργάνων. Προσπαθώντας νά παραμερίσουν ολότελα το ψυχικό φαινόμενο και νά

περιοριστούν στη φυσιολογική εξέταση των σωματικών εκδηλώσεων, πιστεύουν, ότι ή ψυχική ζωή έχει την ίδια σχέση με τον εγκέφαλο, πού έχει ή χολή με το συκώτι. Οι θεωρίες όμως αυτές αδυνατούν να εξηγήσουν την ποικιλία των ψυχικών εκδηλώσεων, παρόλο πού αυτές έχουν την ίδια ανατομική βάση. Πώς μπορούν λ. χ. να εξηγήσουν την ποικιλία των γλωσσών (πού αναπτύχθηκαν ανάλογα με τα διάφορα γλωσσικά περιβάλλοντα), αν όλες οι ψυχικές αντιδράσεις προσδιορίζονται αναγκαστικά και με ακρίβεια από το οργανικό υπόστρωμα των νευρικών λειτουργιών; Οι ψυχολόγοι αυτοί απομόνωσαν τον άνθρωπο από το κοινωνικό του περίγυρο. Παράβλεψαν το γεγονός, ότι οι ψυχικές εκδηλώσεις δεν μπορούν να παραβληθούν με τη χολή, γιατί προϋποθέτουν όλα τα μέσα έκφρασης πού ο άνθρωπος κατέχει από τη φύση και ιδίως άπ' τον πολιτισμό. Τα εκφραστικά αυτά μέσα καθρεφτίζονται στους θεσμούς και στις τεχνικές, πού είναι συνδεδεμένες με την κοινωνική ζωή. Ο σωματικός οργανισμός είναι ο πρώτος όρος της σκέψης, άλλα δεν είναι και ο αποδεικτικός της λόγος. Ο οργανισμός είναι το όργανο μιας δυνατότητας ακόμα αδιαφοροποίητης, πού το περιεχόμενο της το παίρνει απ' έξω, δηλαδή από την ομάδα και το περιβάλλον μέσα στα όποια τα άτομο ζει . Στην πραγματικότητα ο μηχανιστικός αυτός υλισμός (φυσικοψυχικός παραλληλισμός), δεν είναι παρά μία συμμετρική απάντηση στον ιδεαλισμό. Η ύλη του είναι μία ιδέα, δηλαδή ένας σταθερός ορισμός για ένα ξεχωριστό αντικείμενο, πού οι αμετάβλητες ιδιότητες του θα επιτρέψουν να εξηγήσουμε ο,τι υπάρχει ή και μπορεί να γίνει στον κόσμο. Οι θεωρίες αυτές παραδέχονται μία ριζική ταύτιση ανάμεσα σε αρχές και αποτελέσματα, ανάμεσα στην αρχική ύλη και κάθε τι πού μπορεί να πραγματοποιηθεί στην ιστορική εξέλιξη του κόσμου.

Για να αποφύγουν να εκφραστούν πάνω στην ουσία του όντος, «ζήτημα κατ' εξοχήν μεταφυσικό» πολλοί ψυχολόγοι και φιλόσοφοι βεβαιώνουν,

πώς δεν υπάρχει παρά ένα πρόβλημα, πού θα μπορούσε νά γνωρίσει ή επιστήμη, το πρόβλημα των σχέσεων πού μπορούν νά γίνουν αντιληπτές και νά σταθμιστούν ανάμεσα στα παρατηρήσιμα πράγματα, δηλαδή σε κείνα πού είναι αισθητά ή γίνονται αισθητά με τα τεχνικά μέσα, τα προσαρμοσμένα στη δική μας αντιληπτικότητα, στα φαινόμενα.⁴

1.2

ΟΡΙΣΜΟΣ

Η φοβία θα μπορούσε να θεωρηθεί ότι είναι κάτι ενδιάμεσο μεταξύ φόβου και άγχους. Ο φόβος είναι αντίδραση σε κάποιο συγκεκριμένο ή πραγματικό κίνδυνο. Είναι μια αντίδραση αυτοπροστασίας απαραίτητη για την αυτοσυντήρηση ώστε να αποφύγει ή να καταπολεμήσει μια εξωτερική απειλή.⁶

Μ'αυτή την έννοια ο όρος φόβος αφορά σε μια φυσιολογική συναισθηματική αντίδραση του οργανισμού μπροστά σε ένα συγκεκριμένο κίνδυνο. Η παθολογική φοβία πρέπει διαχωρίζεται από τους πιο πάνω φόβους διότι σ'αυτήν η αντίδραση φόβου είναι πολύ δυσανάλογη στην ηλικία και τον κίνδυνο που συχνά είναι φανταστικός. Κλινικό χαρακτηριστικό της φοβικής νεύρωσης είναι ότι το υπερβολικό συναίσθημα φόβου εντοπίζεται σε καθορισμένα αντικείμενα, πρόσωπα ή περιστάσεις,⁸ όπως είναι π.χ ο κλειστός χώρος, το πλήθος, το ύψος, κ.α αλλά είναι αδικαιολόγητος γιατί οι καταστάσεις αυτές δεν αποτελούν πραγματική απειλή.⁶

Έτσι ο άρρωστος προσπαθεί να τ'αποφύγει για να διατηρήσει την ηρεμία του.⁸

ΑΓΟΡΑΦΟΒΙΑ: Ο όρος αυτός είναι λίγο παραπλανητικός διότι δεν αφορά όπως πιστεύεται σε φόβο της αγοράς αλλά περισσότερο σε φόβο να πάει κανείς σε μέρη στα οποία εάν το άτομο πάθει κάτι η δυνατότητα διαφυγής θα είναι δύσκολη. Όσο πιο δύσκολη η διαφυγή τόσο πιο έντονος ο φόβος και άρα τόσο πιο έντονη η αποφυγή αυτής της δραστηριότητας.¹⁰

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΦΟΒΙΑ: Η διαταραχή αυτή χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση φοβικού άγχους όταν το άτομο ευρίσκεται σε κοινωνικές συναναστροφές ή αναπτύσσει κοινωνική συναλλαγή, κυρίως ενώπιον ατόμων, τα οποία είναι σημαντικά.⁹

ΖΩΟΦΟΒΙΑ: Ο λόγος για τον οποίο τα ζώα εκλέγονται σαν φοβικά αντικείμενα από το μικρό ασθενή είναι ότι αυτά είναι απόλυτα ελεύθερα, αδέσμευτα και ανεξέλεγκτα στην επίδειξη των γεννητικών τους οργάνων, χωρίς αναστολές, με αποτέλεσμα το παιδί να άγχεται μπροστά τους και να συσχετίζει τα ζώα με τα πραγματικά φοβογόνα πρόσωπα (πχ. Πατέρα).⁹

1.3

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Η φοβική διαταραχή αποτελεί την πιο συχνή διαταραχή στις ΗΠΑ. Με πρώτες τις ειδικές φοβίες. Μέχρι την εφηβεία δεν φαίνεται να υπάρχει διαφορά ανάμεσα στα δυο φύλα κατόπιν όμως υπερέχουν οι γυναίκες (2:1). Επίσης είναι πολύ συχνή διαταραχή μεταξύ των ουσιοεξαρτημένων ατόμων. Στο οικογενειακό περιβάλλον του φοβικού υπάρχουν συχνότερα άτομα που πάσχουν από ανάλογα παρόμοια σύνδρομα. Μετά την ηλικία των 25 ετών η συχνότητα εμφάνισης της φοβικής διαταραχής φθίνει προοδευτικά.⁹

Η επίπτωση της **αγοραφοβίας** στον γενικό πληθυσμό σε μια έρευνα στο Vermont των Ηνωμένων Πολιτειών ανερχόταν το 1969 στο 0,6 %. Νεότερες επιδημιολογικές έρευνες από το Εθνικό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας των Ηνωμένων Πολιτειών σε διαφορετικές πόλεις (πίνακας 1),

	New Haven	Baltimore	St. Louis
ΠΑΝΙΚΟΣ%			
Άνδρες	0,3	0.8	0.7
Γυναίκες	0,9	1.2	1.0
Σύνολο	0,6	1.0	0.9
ΑΓΟΡΑΦΟΒΙΑ%			
Άνδρες	1,1	3.4	0.9
Γυναίκες	4,2	7.8	4.3
Σύνολο	2,8	5.8	2.7

Πίνακας 1

Η επίπτωση του Πανικού και της Αγοραφοβίας για περίοδο έξι μηνών σε τρεις Πολιτείες της Αμερικής

έδειξαν ότι η **αγοραφοβία** στο γενικό πληθυσμό έχει αυξηθεί από 0,6% που ήταν το 1969 σε ποσοστά που κυμαίνονται από 2,7 έως 5,8% που σημαίνει ότι 9 έως 15 εκατομμύρια άτομα στις ΗΠΑ υποφέρουν από **αγοραφοβία**. Στην Αγγλία υπολογίζεται ότι μισό έως ένα εκατομμύριο άνθρωποι είναι αγοραφοβικοί, ενώ άλλα 4 εκατομμύρια υποφέρουν από κάποιο τύπο φοβικού άγχους. Από τις πρόσφατες αυτές μελέτες ακόμη διαπιστώνεται ότι το ποσοστό των γυναικών που υποφέρουν από **αγοραφοβία** φθάνει τώρα το 75%, δηλαδή σε αναλογία 4 προς 1 σε σχέση με τους άνδρες, και φαίνεται ότι το ποσοστό αυτό είναι σταθερό και το ίδιο σ'όλο τον κόσμο. Στην Αγγλία μάλιστα, το ποσοστό των γυναικών που πάσχει από **αγοραφοβία** φθάνει το 88%. Σε ακόμα πιο πρόσφατη μελέτη στον Καναδά το ποσοστό της επίπτωσης της **αγοραφοβίας** στο γενικό πληθυσμό επιβεβαιώνεται και είναι και στα δυο φύλα 2,9% (1,5% για τους άνδρες και 4,3% για τις γυναίκες). Τα διάφορα άτομα που έχουν τέτοια φοβικά συμπτώματα φθάνουν συνολικά το 16-19% του γενικού πληθυσμού, αν και το ποσοστό αυτό τελικά δεν καταλήγει να πάθει πραγματικά **αγοραφοβία**. Η επίπτωση των φόβων και των φοβιών μειώνεται με την πάροδο της ηλικίας. Φαίνεται ότι η εκδήλωση της αγοραφοβίας δεν έχει σχέση με τη κοινωνική τάξη, την εκπαίδευση, το επάγγελμα και τον αριθμό των παιδιών που έχει το άτομο. Παρόλο που δεν έχουν γίνει πολλές διαπολιτιστικές μελέτες πάνω στην εκδήλωση της αγοραφοβίας εντούτοις δεν φαίνεται να υπάρχουν διαφορές ούτε ανάμεσα σε φυλές και πολιτισμούς ούτε και μεταξύ αστικού και αγροτικού πληθυσμού. Είναι ακόμη δύσκολο, με τα δεδομένα που υπάρχουν, να πούμε εάν η αγοραφοβία είναι συχνότερη στην εποχή μας ή όχι. Δεν υπάρχουν επιδημιολογικές μελέτες για σύγκριση, εκτός των δύο μελετών, του 1969 και 1986 στην Αμερική, οι

οποίες και δείχνουν μεγάλη αύξηση **αγοραφοβίας** τα τελευταία χρόνια. Η μελέτη όμως του 1986 δεν έγινε στην ίδια πόλη της περιοχής Vermont που έγινε η μελέτη του 1969 ούτε και θεσπίστηκαν τα ίδια κριτήρια για τη διάγνωση της **αγοραφοβίας** και επομένως η εγκυρότητα των δεδομένων αυτών αμφισβητείται. Σύμφωνα με τα παραπάνω, μπορούμε να ότι οι φοβίες, και γενικά, οι αγχώδεις καταστάσεις δεν είναι προϊόν του Δυτικού πολιτισμού, όπως πολλοί θέλουν να πιστεύουν.¹⁰

Οι **ειδικές φοβίες** είναι συχνότερες στις γυναίκες απ' ότι στους άνδρες. Αν και οι φοβίες αντικειμένων και καταστάσεων είναι συχνές στον γενικό πληθυσμό, εντούτοις σπάνια οδηγούν σε λειτουργική έκπτωση ή υποκειμενική ενόχληση αρκετή για να δικαιολογήσει τη διάγνωση της **Ειδικής Φοβίας**. Ο επιπολασμός που αναφέρεται σε διάφορες έρευνες ποικίλει ανάλογα με το βαθμό έκπτωσης ή υποκειμενικής ενόχλησης που χρησιμοποιήθηκε σαν όριο και τον αριθμό των τύπων των φοβιών που διερευνήθηκαν. Σε δείγματα, λοιπόν, γενικού πληθυσμού ο επιπολασμός ζωής κυμαίνεται μεταξύ 10% και 11,3%. Σε κλινικούς πληθυσμούς ενηλίκων φοβικών ο πιο συχνός Τύπος είναι των Καταστάσεων και ακολουθούν του Φυσικού Περιβάλλοντος, του Αίματος - Ένεσης - Τραύματος και των Ζώων.¹²

1.4

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Κληρονομική επιβάρυνση δεν έχει αποδειχθεί, αλλά πολλές φορές το ψυχολογικό κλίμα της οικογένειας επηρεάζει τα άτομα αυτά. Στο γονεϊκό περιβάλλον των ατόμων αυτών επικρατεί πολλές φορές μια φοβική ατμόσφαιρα με δεισιδαιμονίες και φόβους και μάγια, καλικάντζαρους, κατάρες κτλ. Απειλητικές ιστορίες για γύφτους, θεομηνίες, που επηρεάζουν δυσάρεστα την ευφάνταστη παιδική σκέψη. Η ανασφάλεια επιτείνεται όταν οι γονείς, δείχνουν αστοργία και απόρριψη προς το παιδί, που συχνά συμβαίνει σε τέτοια ζευγάρια, υπάρχουν διαρκείς φιλονικίες στο σπίτι. Στη δημιουργία μιας φοβίας συμβάλλει κατά πολύ η έλλειψη γονέων αλλά και η υπερπροστασία από αυτούς. Εξάλλου το κύριο χαρακτηριστικό της φοβικής προσωπικότητας είναι η έντονη συναισθηματική εξάρτηση απ τους άλλους και η έλλειψη ατομικής πρωτοβουλίας συνάμα με χαμηλή αυτοεκτίμηση.

Συνηθισμένο εκλυτικό αίτιο στις φοβίες είναι μια απώλεια π.χ ένας θάνατος στην οικογένεια, ένα ατύχημα ή αρρώστια, όπως και μια απειλή π.χ ληστεία, χειροδικία. Πολλοί άρρωστοι εξάλλου σαν εκλυτικό αίτιο των κρίσεων τους αναφέρουν ένα σωματικό ενόχλημα, που ουσιαστικά είναι μέρος της όλης κατάστασης π. ταχυπαλμία, ζάλη, τάση για λιποθυμία κτλ.⁸

Ψυχαναλυτικές απόψεις. Ο Freud, αν και αρχικά πίστευε ότι το άγχος έχει σωματική αιτιολογία, στη συνέχεια υποστήριξε την άποψη ότι τα άγχος αντιπροσωπεύει την απειλή που εισέπραττε το άτομο από ανεπίτρεπτες καταπιεσμένες σεξουαλικές επιθυμίες τις οποίες, μέσω των μηχανισμών άμυνας του Εγώ, το άτομο μετέθετε σε κάποιο αντικείμενο ή συνθηκη.⁹

Ο Watson θεωρεί τις φοβίες εξαρτημένα αντανεκλαστικά συμπεριφορές εναντίον επώδυνων βιωμάτων (τα οποία όμως συγκρούονται με

αντίθετες τάσεις του ατόμου).. Παράδειγμα ο μικρός Albert, ο οποίος ενώ αρχικά αγαπούσε τα ποντίκια έμαθε μετά να τα αποφεύγει.¹³

Συμπεριφορική – γνωσιακή προσέγγιση. Οι γνωσιακές – συμπεριφορικές θεωρητικές απόψεις έχουν περάσει κατά καιρούς από διάφορα στάδια, έως ότου καταλήξουν τελικά σε 4 θεωρικά μοντέλα.

- a) **Κλασική εξάρτηση.** Σύμφωνα με αυτή, φοβογόνο γίνεται ένα αρχικά ουδέτερο ερεθίσμα, όταν συμπέσει ή προηγηθεί ελάχιστα ενός ερεθίσματος το οποίο έχει στο άτομο βλαπτική επίδραση.
- b) **Ο « φόβος του φόβου».** Αυτό συνιστά βασικό στοιχείο για την περαιτέρω ανάπτυξη του αντανεκλαστικού του φόβου. Με τον όρο αυτόν εννοούμε την αίσθηση πανικού που θα επιφέρει η αντίληψη του φοβικού ασθενούς ότι βρίσκεται κάτω από την επίδραση εξωγενούς βλαπτικού ερεθίσματος. Με άλλα λόγια, ένας φοβικός απαντά με εξαρτημένη αντίδραση πανικού όταν αρχίσει να αισθάνεται αισθητηριακά εσωγενή ερεθίσματα που προαναγγέλλουν τον πανικό και όχι απλώς διότι ευρίσκεται κάτω από εξαρτημένη βλαπτική συνθήκη.
- c) **Η « καταστροφολογικού τύπου»** παρερμηνεία των διάφορων σωματικών αισθήσεων. Η θεωρία αυτή μάλλον αποτελεί επέκταση της προηγούμενης θεωρητικής άποψης του «φόβου του φόβου». Σύμφωνα με την τρίτη αυτή θεωρητική υπόθεση, ο φοβικός ασθενής παρερμηνεύει και εκλαμβάνει ως πολύ επικίνδυνα και σοβαρά συμπτώματα διάφορες συνήθεις καθημερινές σωματικές αισθήσεις. Για παράδειγμα, λειτουργικού τύπου αθώε έκτατες καρδιακές συστολές εκλαμβάνονται ως σοβαρό έμφρακτο του μυοκαρδίου ή παροδικές ζάλες παρερμηνεύονται ως θανάσιμη εγκεφαλική αιμορραγία. Οι λανθασμένες αυτές αντιλήψεις «επερχόμενων σωματικών καταστροφών» συμβάλλουν σε μεγάλο

βαθμό στη γένεση και την εκδήλωση των κρίσεων φόβου και πανικού.

d) **Αγχώδης υπερευαισθησία.** Σύμφωνα με το θεωρητικό αυτό μοντέλο, κάποια άτομα, λόγω υψηλής αγχώδους υπερευαισθησίας, αναπτύσσουν «λαθεμένη» γνωσιακή αντίληψη και αντιδρούν με πανικό σε αθώα συνήθη σωματικά αισθητηριακά δεδομένα.

Βιολογικές θεωρίες. Η δυνατότητα να προκληθούν κρίσεις πανικού με ορισμένα φάρμακα συνηγορεί με την υπόθεση ότι στους φοβικούς υπάρχουν υποκείμενες νευροβιολογικές δυσλειτουργίες, υπεύθυνες για την ανάπτυξη διαταραχών πανικού.⁹

1.5

ΛΗΨΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ

Όπως στη Γενική Ιατρική και την Χειρουργική και στην Ψυχιατρική κατά την λήψη του ιστορικού έχει μεγάλη σημασία να μάθουμε όσο το δυνατόν το ταχύτερο για πιο ενόχλημα παραπονείται ο ασθενής ή ποίοι είναι οι λόγοι παραπομπής προς εξέταση ή εισαγωγή εφόσον ο ασθενής δεν έχει επίγνωση του νοσηρού της καταστάσεως του κατά την εξέταση. Σε αυτές τις περιπτώσεις είναι μέγιστης σημασίας η [πληροφορίες , οι οποίες; Λαμβάνονται από έναν ανεξάρτητο παρατηρητή η πληροφοριοδότη για την συμπεριφορά του ασθενούς.¹⁴

Η αξιοπιστία των πληροφοριών αυτών είναι υπό αμφισβήτηση και για αυτό το λόγο όταν λαμβάνονται στοιχεία του ιστορικού από πληροφοριοδότη θα πρέπει να αναγράφεται το όνομα αυτού, η σχέση του προς τον ασθενή, η διάρκεια γνωριμίας και στενής επαφής με αυτόν, η εντύπωση του ψυχιάτρου για τον πληροφοριοδότη κτλ.¹⁵

Θεωρείται αναγκαίο να αφήσουμε τον ασθενή να εκθέσει για λίγο τα ενοχλήματα του. Μετά την καταγραφή του κυριότερου ενοχλήματος, του οποίου αναφέρει ο ασθενής, το ψυχιατρικό ιστορικό διαφέρει από αυτό του παθολόγου εφόσον εισέρχεται σε περιοχές οι οποίες δεν διερευνώνται συνήθως από τον παθολόγο ή εξετάζει γεγονότα της ζωής του ασθενούς τα οποία ο παθολόγος θεωρεί προσωπικά ή τυχαία. Για να είναι ψυχιατρικό ιστορικό ολοκληρωμένο και να έχει όλα εκείνα τα στοιχεία τα οποία θα είναι αναγκαία για ένα διαφωτιστικό σκεπτικό, θα πρέπει να διερευνηθούν όλοι οι ακόλουθοι παράγοντες οι οποίοι πιθανός συμβάλλουν αιτιολογικός στην γένεση μιας ανωμάλους συμπεριφοράς:

1. Κληρονομικοί και ιδιοσυγκρασιακοί
2. Περιβαλλοντικοί παράγοντες που έχουν σχέση με φυσιολογικές και ψυχολογικές καταπονήσεις τόσο κατά το παρελθόν όσο και κατά την παρούσα ζωή του ασθενούς.

3. Η αθροιστική επίδραση των δυο προηγούμενων παραγόντων οι οποίοι πιθανώς προκαλούν την διαταραχή της ψυχοφυσιολογικής ισορροπίας.

Η λήψη των ανωτέρων δεδομένων εκτελείται με δυο βασικές μεθόδους:

1. Της ελεύθερης συνέντευξης
2. Της μεθόδου του ερωτηματολογίου

Και οι δύο μέθοδοι έχουν τα μειονεκτήματά τους και για αυτό ο λόγος καλύτερο θα είναι ο ψυχίατρος να λέει κατά νου το σκελετό των ερωτήσεων τις οποίες θα απευθύνει, αλλά ταυτοχρόνως θα πρέπει να αφήνει τον ασθενή να λέει την προσωπική του ιστορία. Πρέπει να λαμβάνεται φροντίδα ώστε να μην κουράζονται πολύ οι ασθενείς διότι η μακρά συνέντευξη είναι δυνατόν να οδηγήσει σε ποικίλα και άσχημα ευρήματα. Για την συλλογή όλων αυτών των δεδομένων απαραίτητος είναι συνήθως ο καταμερισμός της εξετάσεως σε περισσότερες από μια συνεδριάσεις. Κατά την πρώτη συνεδρίαση όμως είναι απαραίτητη η καταγραφή της ενάρξεως της παρούσης νόσου, οποία είναι η παρούσα ψυχική κατάσταση και αν ο ασθενής λαμβάνει ή μη φάρμακα και ποια.

Τα παραπάνω δεδομένα όπως και η πολύ απαραίτητη φυσική εξέταση συμπεριλαμβανομένης της εξετάσεως του νευρικού συστήματος η οποία συνήθως παραλείπεται με ολέθριες πολλές φορές συνέπειες, θα διαμορφώσουν μια προσωρινή διάγνωση βάσει της οποίας θα καθοριστεί η περεταίρω διερεύνηση του ασθενή. Για την λήψη ενός ολοκληρωμένου ιστορικού παρέχεται παρακάτω το ιστορικό λήψης του Αιγινήτειου νοσοκομείου:

Οικογενειακό ιστορικό: Αναζητείται η ηλικία, το επάγγελμα των γονέων, αδελφών και πληρέστερων συγγενών. Ποτέ μην αρχίζετε να ρωτάτε αν υπάρχει ψυχική ασθένεια ή αυτοκτονία στην οικογένεια. Πρώτα να ρωτάτε αν υπάρχει καμία σωματική νόσος και μετά εάν κάποιο μέλος της οικογένειας είναι «νευρικός» ή «υπερευαίσθητος».

Εάν η απάντηση είναι θετική τότε πρέπει να ρωτήσετε εάν υπάρχει ψυχική ασθένεια, επιληψία, αλκοολισμός, αυτοκτονία κτλ. σε κάποιο μέλος της οικογένεια του ασθενούς. Επίσης θα πρέπει να καταβάλλεται προσπάθεια για να διερευνηθεί η οικογενειακή ατμόσφαιρα διότι αυτή θα είναι ένας αξιόλογος δείκτης των πρώτων ετών της ανάπτυξης του ασθενούς.

Ατομικό ιστορικό: Αναζητούνται όλα τα γεγονότα της ζωής του ασθενούς από την κύηση μέχρι την ολοκλήρωση ενός τύπου προνοσηρής προσωπικότητας, πριν δηλαδή την έναρξη της παρούσας νόσου, δηλαδή:συμβάντα κατά τον τοκετό, υγεία και ανάπτυξη του βρέφους, ο χρόνος ομιλίας και βαδίσσεως η ανατροφή του παιδιού από πραγματικούς η θετούς γονείς και η ανάπτυξη διαφόρων νευρωτικών συμπτωμάτων (εφιάλτες, ονυχοφαγία, νυχτερινή ενούρηρη κτλ). Τα στοιχεία αυτά είναι σημαντικά, ιδιαίτερα όταν η νόσος ξεκινάει κατά τη εφηβική ηλικία. Η ηλικία ενάρξεως και περατώσεως των σπουδών, η επίδοση και η τακτική η μη παρακολούθηση θα πρέπει να ερωτώνται. Οι συχνές απουσίες από το σχολείο υποκρύπτουν νόσο και είναι σκόπιμο ιδιαίτερα σε έφηβους ασθενείς να ζητείται ο έλεγχος του σχολείου στο οποίο φοιτά ο ασθενής. Ωστόσο και οι σχέσεις μεταξύ των μαθητών και των δασκάλων του ασθενούς. Η ψυχοσεξουαλικές ανάγκες κατά την εφηβική ηλικία όπως αυτές εκφράζονται (αυνανισμός, ομοφυλοφιλία, είδος σεξουαλικών φαντασιώσεως κτλ) θα πρέπει να αναζητούνται με διακριτικότητα και αποσαφηνίζονται στις μετέπειτα συνεδριάσεις.

Η συναισθηματική στάση έναντι ατόμων αυτού ή του αντίθετου φύλου κατά την ενηλικίωση είναι η μεγάλης σημασίας διότι αυτή αντικατοπτρίζει την προσαρμογή του στην ζωή. Η στάση αυτή φαίνεται τόσο στις επαγγελματικές του σχέσεις όσο και στις κοινωνικές του. Η κανονική στρατιωτική θητεία με τις τυχόν ποινές ή οι λόγοι απαλλαγής βοηθούν πολύ στην διάγνωση.

Ο χρόνος έναρξης της έμμηνου ρύσεως , η κυκλική ή μη εμφάνιση αυτής και η ύπαρξη έντονων προεμμηνορυσιακών ενοχλημάτων συστηματικά ερωτώνται.

Η διερεύνηση του έγγαμου βίου συμπεριλαμβάνει:

Την διάρκεια της προ του γάμου γνωριμίας, τους λόγους και τον τρόπο συζεύξεως. Την ηλικία, προσωπικότητα και το επάγγελμα της συζύγου. Τις σεξουαλικές σχέσεις και την τυχόν παρουσία εξωσυζυγικών σχέσεων. Το επιθυμητό ή μη των παιδιών, οι ηλικίες και τα ονόματα αυτών ως και τις συναισθηματικές στάσεις των γονέων προς τα παιδιά και αντιστρόφως πρέπει να ερευνώνται.

Ακόμη θα πρέπει να ρωτούνται η χρήση οινοπνευματωδών ποτών, καπνού, και φαρμακευτικών ουσιών, να καταγράφονται οι λόγοι έναρξη στους, ο τρόπος λήψης, η διάρκεια χρήσεως και η ποσότητα των οινοπνευματωδών ποτών.

Προνοσηρη προσωπικότητα. Η αξιολόγηση της προσωπικότητας του ασθενή προς την έναρξη τη νόσου θα γίνει αφού προηγουμένως διερευνηθούν οι σχέσεις του με την οικογένεια, τους φίλους και την εργασία του. Προσέχουμε να δούμε ένα ο ασθενής είναι υποχωρητικός, φιλόδοξος, θέλει να είναι αρχηγός, οργανωτικός, επιθετικός κτλ. Η διακυμάνσεις της διάθεσης, χωρίς κανένα λόγο, η στάση του προς την εργασία και το αίσθημα υπευθυνότητας, προσεκτικότητας, δυσκαμψία, και η επιθυμία να θέλει όλα να ελέγχονται πολλές φορές προκειμένου να πεισθεί ότι όλα είναι καλά. Η στάση του έναντι ηθικών, θρησκευτικών και κοινωνικών αξιών και η μη ανεκτικότητα του στην ματαίωση με έντονα εγωκεντρικά ή αλτρουιστικά χαρακτηριστικά θα πρέπει να ελέγχονται διότι αποτελούν χαρακτηριστικά ιδιαίτερων τύπων προσωπικότητας.

Γενικώς θα πρέπει να αναγράφονται όλες οι ιδιότητες της προηγούμενης του προσωπικότητας όπως αυτές αναφέρονται τόσο από τον ασθενή όσο και από τον πληροφοριοδότη.

Προηγούμενες νόσοι. Σωματικές, ψυχικές θα πρέπει να καταγράφονται χρονολογικώς και με λεπτομέρεια. Οι εισαγωγές των ασθενών στα νοσοκομεία, η διάρκεια της νοσηλείας, η διάγνωση και το είδος της χορηγηθείσας θεραπείας θα πρέπει να ερευνώνται με λεπτομέρεια. Η παρουσία συμπτωματολογίας όμοια της παρούσας κατά το παρελθόν είναι μεγάλης σημασίας ανεξάρτητα του εάν ο ασθενής υπέστη θεραπεία ή όχι ή ένα θεραπεύτηκε αυτομάτως.

Παρούσα νόσο. Η ακριβής ημερομηνία έναρξεως των συμπτωμάτων έχει σημασία και είναι συχνά δύσκολο να καθορισθεί. Αξιολογούνται μεταβολές της συμπεριφοράς του ασθενούς σε σχέση με τον προνοσηρη προσωπικότητα αυτού. Η αιφνίδια ή προοδευτική έναρξη των συμπτωμάτων με τις επακόλουθες επιπτώσεις στο κοινωνικό περιβάλλον πρέπει να διερευνώνται. Οι συγγενείς ερωτώνται ποτέ παρατήρησαν τέτοιες μεταβολές αν ο ίδιος δεν είναι σε θέση να τα προσδιορίσει. Η ύπαρξη τυχόν εκλυτικών αιτίων δηλαδή ψυχοτραυματικών γεγονότων χρονικά συσχετιζόμενα προς την έναρξη των συμπτωμάτων θα πρέπει να διερευνώνται. Η διάρκεια, η ένταση και οι διακυμάνσεις των συμπτωμάτων όπως και η τροποποίηση ή μη αυτών από εξωγενείς παράγοντες έχει σημασία για την διάγνωση.

Παρούσα ψυχική κατάσταση. Ο έλεγχος της παρούσας ψυχικής κατάστασης του ασθενούς γίνεται με εξέταση των επιμέρους ψυχικών λειτουργιών συστηματικά. Οι παρατηρήσεις όπως η εκτίμηση της ψυχικής καταστάσεως του ασθενή θα πρέπει να καταγράφονται σύμφωνα με το παρακάτω σχήμα:

- 1) Εμφάνιση και συμπεριφορά:πλήρης και ακριβή περιγραφή των παρατηρήσεων, ιδίως της ανώμαλης συμπεριφοράς, πχ ο ασθενής παρουσιάζει ιδιομορφισμούς, είναι απότομος η βραδύς, παραμελεί στην ίδια θέση συνεχώς, παραμελεί τον εαυτό του , κτλ.
- 2) Ομιλία:εδώ καταγράφεται ο τύπος ομιλίας και όχι το περιεχόμενο πχ μιλάει λίγο, αυθόρμητα, γρήγορα, απότομα, ή με διακοπές, αλλάζει θέματα ομιλίας, χρησιμοποιεί παράδοξες λέξεις ή ασύντακτες προτάσεις. Σκόπιμο επική είναι να γράφεται ένα δείγμα ομιλίας του ασθενούς.
- 3) Προσανατολισμός:Ελέγχεται απαντήσεις τις οποίες δίνει ο ασθενής ερωτούμενος για το όνομα του, την διεύθυνση του, την ημερομηνία και τον τόπο στο οποίο βρίσκεται κατά την ώρα της εξετάσεως
- 4) Μνήμη: Ελέγχεται απαντήσεις τις οποίες έδωσε ο ασθενής κατά την λήψη του ιστορικού. Σε σύγκριση με τα στοιχεία που δόθηκαν από τους πληροφοριοδότες.
- 5) Προσοχή και συγκέντρωση: Ελέγχεται τόσο από την κλινική εξέταση όσο και από ειδικές δοκιμασίες πχ αφαίρεση του αριθμού 7 από το 100 συνεχώς μέχρι το 0. Καταγράφεται ο αριθμός των τυχόν λαθών και ο χρόνος συμπλήρωσης της δοκιμασίας
- 6) Νοημοσύνη:Εκτιμάτε από τον τρόπο εξιστόρησης του ασθενούς του ιστορικού του, από το επίπεδο των γενικών γνώσεων και από ειδικές δοκιμασίες (δοκιμασίες νοημοσύνης)
- 7) Γενικές γνώσεις: Απαντήσεις σε ερωτήσεις γενικής φύσεως πχ όνομα πρωθυπουργού, συγγραφέων, σημαντικών γεγονότων ή ιστορικών προσώπων κτλ.
- 8) Σκέψεις: Εδώ ελέγχονται οι διαταραχές της λειτουργίας της σκέψης πχ ανακοπές και το περιεχόμενο των σκέψεων πχ(παραληρητικές είδες, παρερμηνείες)

- 9) Ιδεοληπτικά και ψυχαναγκαστικά συμπτώματα; Ιδέες ή πράξεις τις οποίες ο ασθενής κατά αναγκαστικό τρόπο επαναλαμβάνει και αναγνωρίζει το παθολογικό της καταστάσεως του αλλά αδύνατη να αντισταθεί σε αυτές.
- 10) Συναίσθημα: Καταγράφονται όλες οι αντιδράσεις και εμπειρίες του ασθενούς οι οποίες υποδηλώνουν διαταραχή του συναισθήματος της ευθυμίας ή στεναχώρια, η καταλληλότητα ή μη του συναισθήματος, η ευερεθιστότητα, η ψυχοκινητική ανησυχία, η αμηχανία, οι διάφοροι φόβοι, όπως εκφράζονται από τον ασθενή κατά την διάρκεια της εξετάσεως.
- 11) Βούληση: Καταγράφονται οι τυχόν διαταραχές αυτής πχ η μείωση ή η έλλειψη βουλευτικότητας, ο αρνητισμός, η εναντιωματική στάση, η προκλητή υποβολιμότητα κλπ.
- 12) Κρίση: Η ύπαρξη ή μη κριτικής ικανότητας του ασθενούς όπως αυτή αξιολογείται από τον τρόπο επίλυσης των προβλημάτων του κατά το παρόν ή παρελθόν
- 13) Αντίληψη: Καταγράφονται οι τυχούσες διάτορες αυτής πχ οι ψευδαισθήσεις παραισθήσεις κτλ.
- 14) Επίγνωση του νοσηρού: Ελέγχεται ερωτώντας τον ασθενή αν αυτός θεωρεί τον εαυτό του ασθενή και πως δικαιολογεί την νόσο του. Μετά την εκτίμηση της παρούσας ψυχικής και σωματικής κατάστασης του ασθενούς όλα τα παθολογικά ευρήματα ταξινομούνται ιεραρχικά και αξιολογούνται σε σχέση με τους αιτιοπαθογενετικούς και τροποποιητικούς αυτούς παράγοντες προκειμένου να έχουμε μια ορθολογιστική διάγνωση. Τα παραπάνω συνοψίζονται στο ΣΚΕΠΤΙΚΟ όπου συζητείται η

διαφορική διάγνωση, η πρόγνωση και τελικά η προτεινόμενη
θεραπευτική αγωγή.¹⁴

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΕΙΔΗ ΦΟΒΙΩΝ

Δεν υπάρχουν ενιαία κριτήρια ταξινόμησης και οι συνηθέστερες ταξινομήσεις γίνονται με βάση την φοβογόνο συνθήκη ή αντικείμενα. Σύμφωνα με την πρόσφατη ταξινόμηση της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Εταιρείας οι φοβίες υπάγονται στην ομάδα των αγχωδών διαταραχών και υποδιαιρούνται σε:

I. Αγοραφοβία

1. Με ιστορικό κρίσεων πανικού
2. Χωρίς ιστορικό κρίσεων πανικού

II. Κοινωνικές φοβίες

III. Ειδικές φοβίες

1. Ζωοφοβίες
2. Φοβίες στοιχείων της φύσης
3. Φοβίες αίματος, τραυματισμού, ενέσεων
4. Φοβίες καταστάσεων και συνθηκών
5. Άλλες φοβίες⁹

2.1

1. ΑΓΟΡΑΦΟΒΙΑ

Η αγοραφοβία είναι η πιο συχνή μορφή φοβικής νεύρωσης του ενήλικα και προκαλεί τη μεγαλύτερη αναπηρία. Αρχίζει ανάμεσα στην ηλικία των 18 έως 35 ετών και είναι συχνότερα στις γυναίκες.¹⁷

Οι άνθρωποι που παθαίνουν κρίσεις πανικού, στα μεσοδιαστήματα μεταξύ των κρίσεων πολλές φορές παρουσιάζουν μια ανησυχία σχετικά με τις πιθανές συνέπειες που μπορεί να έχει μια πιθανή επόμενη κρίση: «τι θα γίνει εάν πάθω κρίση πανικού την ώρα που οδηγώ?...», «εάν είμαι σε μια ταβέρνα με φίλους θα καταλάβουν ότι κάτι συμβαίνει με εμένα», «εάν είμαι στο δρόμο μεταξύ αγνώστων ποίος θα με πάει στο νοσοκομείο?...» κλπ. Οι ασθενείς γρήγορα ανακαλύπτουν ότι η γρήγορη απομάκρυνση από το μέρος όπου συνέβη η κρίση πανικού και η μετακίνηση σε ασφαλές μέρος που μπορεί να είναι το σπίτι ή ένα νοσοκομείο αρκεί για να μετριάσει τα συμπτώματα. Αυτό όμως οδηγεί γρήγορα σε αυτό που ονομάζεται αγοραφοβία.

Συνηθισμένα μέρη που αποφεύγουν οι αγοραφοβικοί είναι τα μέσα μαζικής μεταφοράς, τα super market, όλων των ειδών οι ουρές πχ σε ταμείο, το αυτοκίνητο ιδιαίτερα το μποτιλιάρισμα, εστιατόριο ή μπαρ με πολύ κόσμο κλπ. Το αποτέλεσμα της αγοραφοβίας είναι ότι περιορίζει πολύ την καθημερινή δραστηριότητα του πάσχοντα, πώς να πάει κανείς στην δουλεία του, πώς να βγει έξω να διασκεδάσει, να κάνει τα ψώνια του.¹⁸

Ο αγοραφοβικός αποφεύγει διάφορες καταστάσεις επειδή φοβάται ότι θα λιποθυμήσει και θα χάσει τον έλεγχο του. Πολλές φορές πιστεύει ότι αυτός ο φόβος είναι έξω από τον εαυτό του και γιαυτό θεωρεί καλύτερο το να αποφεύγει επώδυνες καταστάσεις. Οι αγοραφοβικοί

περιγράφουν τον εαυτό τους ως άτομα ανίκανα να αντιμετωπίσουν εξωτερικούς κινδύνους ή να εκδηλώσουν σεξουαλική επιθετικότητα, εκτός εάν έχουν μαζί τους ένα οικείο πρόσωπο που θα τους προστατεύσει. Δεν κάνουν προσπάθειες να αντιμετωπίσουν τη μοναξιά ούτε να μειώσουν την υποτιθέμενη ελευθερία τους. Η γνωσιακή δομή του αγοραφοβικού χαρακτηρίζεται από μειωμένη εμπιστοσύνη στον εαυτό του. Υποτίθεται ότι στην αγοραφοβία ενεργοποιούνται δυσπροσαρμοστικά σχήματα που αναφέρονται στον οριζόντιο χώρο πχ είναι επικίνδυνο όταν είσαι μακριά ή κοντά στους ανθρώπους. Ο αγοραφοβικός δε θέλει να αισθάνεται παγιδευμένος και επιδιώκει να έχει άμεσες διεξόδους διαφυγής. Έτσι προσπαθεί συνεχώς να αποφεύγει καταστάσεις μοναξιάς και περιορισμού για να μην αισθανθεί άγχος. Ο πίνακας δείχνει σε τι αναλογία ενοχλούν τον αγοραφοβικό οι διάφορες καταστάσεις περιορισμού και μοναξιάς που έχει να αντιμετωπίσει.

Πίνακας 2

καταστάσεις που προκαλούν άγχος στους αγοραφοβικούς.

A. Περιορισμού

- | | |
|---|-----|
| 1. Να περιμένει στην ουρά σε ένα κατάστημα | 96% |
| 2. Να έχει κλεισμένο ραντεβού | 91% |
| 3. Να αισθάνεται παγιδευμένος(πχ. Κομμωτήριο, μποτιλιάρισμα) | 89% |

B. Μοναξιά

- | | |
|--|------|
| 1. Να περπατά μόνος σε δρόμους που απέχουν πολύ από το σπίτι του | 100% |
| 2. Να μείνει μόνος στο σπίτι | 88% |

Εάν πρέπει οπωσδήποτε να αντιμετωπίσει μια τέτοια κατάσταση, τότε καταφεύγει σε διασπαστικές σκέψεις ώστε να μετριάσει το άγχος του, χωρίς να κάνει καμία προσπάθεια να καταλάβει τη φύση του ή να μάθει πώς να το αντέχει ή ακόμα, να το γελοιοποιήσει. Ο πίνακας δείχνει τις στρατηγικές στις οποίες καταφεύγει για να μην νιώσει άγχος. Είναι πιθανόν αρκετοί από αυτούς να βίωσαν εμπειρίες μοναξιάς κατά την παιδική και την εφηβική τους ηλικία και η εξερευνητική τους συμπεριφορά να ήταν μειωμένη λόγω της υπερπροστασίας των γονέων τους. Ως παιδιά φαίνεται ότι άρχισαν να μιμούνται τους φόβους των γονέων, οι δε γονείς είχαν την τάση να θεωρούν, άμεσα ή έμμεσα, τα παιδιά αυτά αδύναμα και ότι χρειάζονταν προστασία για να κινηθούν ελεύθερα και μόνα τους στο περιβάλλον έξω από το σπίτι.

Επίσης είναι πιθανό σαν παιδιά να ένιωσαν απειλή ή και πραγματικά να υπήρχε η απειλή εγκατάλειψης τους από τους γονείς από το ένα ή τον άλλο γονέα.

Πίνακας 3 Στρατηγικές αποφυγής άγχους από τους αγοραφοβικούς

ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ	%
Να συνοδεύεται από το σύντροφο του / της	85
Να συνοδεύεται από ένα φίλο / φίλη	60
Να μένει κοντά στην έξοδο σε δημόσιο χώρο που να έχει κόσμο	89
Να εστιάζει το μυαλό του / της σε κάτι άλλο	
Να έχει μαζί του / της ένα σκύλο, καροτσάκι κλπ.	63
Να έχει στην τσάντα ένα ηρεμιστικό	62
	53

Η απειλή εγκατάλειψης από τους γονείς, γινόταν, κατά την άποψη ορισμένων γονέων, με σκοπό να κάνουν το παιδί πιο ώριμο. Τις περισσότερες όμως φορές αυτό εξυπηρετούσε τις δικές τους ανάγκες.

Το συναισθηματικό – γνωσιακό σχήμα που κυριαρχούσε στην παιδική ηλικία του ατόμου ήταν ότι ο γονιός δε βρίσκονταν εκεί όταν τον αναζητούσε.

Έτσι το παιδί θεωρούσε ότι και στο μέλλον θα ήταν μόνο του.

Είναι δυνατόν μαζί με την αγοραφοβία να συνυπάρχουν και κοινωνικοί φόβοι αν και αυτοί δεν είναι το κύριο και πρωταρχικό σύμπτωμα. Ο φόβος να μιλήσουν σε δημόσιο χώρο είναι πολύ συχνός τόσο στα άτομα με κοινωνική φοβία όσο και στους αγοραφοβικούς.

Το 50% των αγοραφοβικών φοβάται ότι έχει κακή υγεία και ότι υποφέρει από κάποια ανίατη και θανατηφόρα ασθένεια, αν και στην πραγματικότητα οι αγοραφοβικοί δεν έχουν περισσότερες σωματικές ασθένειες απ'οτι οι εθελοντές με τους οποίους έγιναν συγκρίσεις.

Οι αγοραφοβικοί βαθμολογούν πολύ χαμηλά τον εαυτό τους όταν τους δίνονται ερωτηματολόγια φόβου, όπως οι κλίμακες άγχους του Hamilton. Στο ερωτηματολόγιο προσωπικότητας διαπιστώνεται ότι υπερέχει η διάσταση του νευρωτισμού. Δείχνουν ακόμη αυξημένο αριθμό αυτόματων διακυμάνσεων στη δερματική αγωγιμότητα, πράγμα που σημαίνει ότι παρουσιάζουν έντονη εφίδρωση, βραδύ ρυθμό εξοικειώσεις στις απαντήσεις της δερματικής αγωγιμότητας όταν χορηγούνται επαναληπτικά ηχητικά ερεθίσματα και μικρή αύξηση της βραχιόνιου σωματικής ροής όταν συγκρίνονται με φυσιολογικά άτομα. Τα δεδομένα των φυσιολογικών μεταβολών θα αναπτυχθούν λεπτομερώς στο κεφάλαιο της βιολογικής θεώρησης.

Σε τι διαφέρει όμως η αγοραφοβία από τις άλλες φοβίες και ειδικά από τις αγχώδεις καταστάσεις και την κατάθλιψη; Στις μονοσυμπτωματικές φοβίες σε κατάσταση ηρεμίας δεν παρατηρούνται οι ψυχοφυσιολογικές μεταβολές που αναφέρθηκαν παραπάνω και το άτομο εμποδίζεται πολύ λιγότερο από την φοβία του. Οι αγχώδεις καταστάσεις δεν έχουν το χαρακτηριστικό της

αποφυγής και οι διακυμάνσεις των συμπτωμάτων είναι μεγάλες, σε αντίθεση με την αγοραφοβία που παραμένει έτσι όπως έχει για χρόνια και για τούτο θεωρείται ότι είναι μια χρόνια διαταραχή. Είναι μια κλινική οντότητα που μπορούμε να την ορίσουμε πολύ καλά διότι σχετίζεται πάντοτε με την αποφυγή ορισμένων καταστάσεων.

Αντίθετα ασθενείς με αγχώδη κατάσταση παραπονούνται για διάχυτο άγχος, ενώ ο πανικός που αναφέρετε δε σχετίζεται με συγκεκριμένες καταστάσεις, όπως συμβαίνει στην αγοραφοβία. Ωστόσο, πολλοί αγοραφοβικοί εκδηλώνουν το πρόβλημα τους και με τέτοια συμπτώματα: μοιάζουν σα να υποφέρουν από αγχώδη κατάσταση, η αγοραφοβία δηλαδή επισκιάζεται από τα συμπτώματα με αποφυγή, όπως συμβαίνει και με αυτούς που υποφέρουν από αγχώδη νεύρωση και το ποσοστό συμμετοχής των φοβικών συμπτωμάτων στην αγχώδη νεύρωση ανέρχεται στο 10%.

Μια επιπλέον διαφορά ανάμεσα στις αγχώδεις καταστάσεις και τις αγοραφοβικές είναι ότι οι πρώτες έχουν μικρότερη επικράτηση στο γυναικείο πληθυσμό από ότι οι δεύτερες καθώς και λιγότερες φοβίες. Κι ακόμη ότι οι αγχώδεις ασθενείς έχουν περισσότερη διάχυτη τάση και πιο αυξημένη δερματική αγωγιμότητα και βραχιόνιο αιματική ροή από ότι οι αγοραφοβικοί ασθενείς.

Αυτά τα δεδομένα όμως δε θεωρούνται από ψυχιάτρους και ψυχολόγους ως αποδείξεις ικανές για να υποστηριχτεί η άποψη ότι η διαταραχή πανικού, η αγοραφοβία με πανικό και η γενικευμένη αγχώδης κατάσταση είναι ξεχωριστές νοσολογικές οντότητες. Δεν υπάρχουν φυσιολογικοί δείκτες τουλάχιστον μέχρι σήμερα που να διαφοροποιούν με βεβαιότητα τις καταστάσεις αυτές ούτε είναι επιστημονικά κατοχυρωμένη η υπόθεση ότι υπάρχει αυξημένη εγρήγορση του αυτόνομου νευρικού συστήματος που προδιαθέτει το άτομο στο να εκδηλώσει πανικό. Πολλές φορές συμπτώματα, όπως το

αίσθημα παλμών, η ταχυκαρδία και ο ίλιγγος παραπλανούν το γιατρό και αντί να διαγνώσει αγοραφοβικό πανικό, αποδίδει τα συμπτώματα αυτά σε κάποια πάθηση της καρδιάς ή των ωτών.

Τα περιθώρια λανθασμένης διάγνωσης μπορούν να μειωθούν αν ο γιατρός κάνει την κατάλληλη ερώτηση στον ασθενή του:

« τα συμπτώματα σου αυτά εκδηλώνονται κυρίως σε δημόσιους χώρους; Αποφεύγεις αυτές τις καταστάσεις για να μην ξανανιώσεις τα ίδια;»

Οι αγοραφοβικοί είναι υπερευαίσθητοι στα εσωδεκτικά ερεθίσματα και πιστεύουν ότι οι σωματοαισθήσεις που νιώθουν θα έχουν καταστρεπτικές συνέπειες επάνω τους. Αυτή η υπερευαισθησία όμως δεν είναι ειδική, δηλαδή δεν υπάρχει μόνο στους αγοραφοβικούς την έχουν και άλλοι ασθενείς. Είναι δυνατόν αυτή η υπερευαισθησία να υπάρχει επίσης στα φυσιολογικά άτομα. Ο υπαρξιακός φόβος του αγοραφοβικού, ο φόβος ότι είναι μόνος μέσα στον κόσμο και ο «φόβος του φόβου» μήπως τον πιάσει πανικός όταν απομακρύνεται από ζώνες ασφάλειας που έχει εφεύρει, χαρακτηρίζουν σχεδόν κάθε αγοραφοβικό. Γιαυτό το βαρύτερο σκέλος της θεραπείας είναι να μάθουμε στο αγοραφοβικό άτομο να ζει μόνο του. Το μεγαλύτερο ίσως πρόβλημα στην αγοραφοβία είναι η παρουσία της κατάθλιψης. Υπολογίζεται ότι οι μισοί σχεδόν ασθενείς με αγοραφοβία έχουν και κατάθλιψη. Η κατάθλιψη μπορεί να είναι πρωτοπαθής ή δευτεροπαθής και σύμφωνα με διάφορες μελέτες κυμαίνεται από 25-70%. Είναι πράγματι πολύ δύσκολο ο ειδικός να διακρίνει πότε η αγοραφοβία είναι πρωτοπαθής και πότε η κατάθλιψη είναι το πραγματικό πρόβλημα του ασθενή, ειδικά μάλιστα όταν η έναρξη του προβλήματος γίνεται μετά τα 45 του χρόνια.

Η τόσο στενή σχέση αγοραφοβίας – κατάθλιψης αποδεικνύεται και από τη βελτίωση πολλών αγοραφοβικών ασθενών με την

αντικαταθλιπτική αγωγή. Η διαφορική διάγνωση της αγοραφοβίας από την κοινωνική δυσλειτουργία βασίζεται στο ότι τα άτομα με κοινωνική δυσλειτουργία δεν μπορούν να έχουν στενές διαπροσωπικές σχέσεις, παρότι το επιθυμούν. Δεν έχουν φίλους στο σχολείο και φοβούνται την κριτική των άλλων. Οι περισσότεροι δεν εργάζονται και έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση. Τέτοιο πρόβλημα συχνά μπορεί να παρουσιαστεί στο πρώτο παιδί μιας οικογένειας.

Η διαφορά της αγοραφοβίας από τη δυσμορφοφοβία βρίσκεται στο ότι τα άτομα με δυσμορφοφοβία έχουν μια επίπονη ενόχληση για κάποιο σωματικό μειονέκτημα, που συνήθως δε γίνεται αντιληπτό από τους άλλους. Αποφεύγουν τον κόσμο και μερικοί έχουν χαρακτηριστικά ψύχωσης ή οργανικής βλάβης. Ασχολούνται συνεχώς με το μέρος του σώματος που θεωρούν ότι μειονεκτεί. Αυτό μπορεί να είναι το πρόσωπο, οι μαστοί, το πέος, η λεκάνη κλπ.

Η πορεία της αγοραφοβίας εξαρτάται και από τις συμπεριφορές των ανθρώπων του περιβάλλοντος του αγοραφοβικού, που πολλές απ'αυτές εκδηλώνονται από καλή πρόθεση. Είναι γνωστό ότι ο αγοραφοβικός για να βγει έξω από το σπίτι, συχνά εξαρτάται από κάποιον ο οποίος θα τον συνοδεύσει στην έξοδο του. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα η εξάρτηση από τους άλλους να γίνεται πλέον συνήθεια και κατόπιν να είναι πολύ δύσκολο να αποθαρρύνθει.¹⁰

Η αγοραφοβία αντιμετωπίζεται από τον πάσχοντα με:

- ✓ Συμπεριφορές αποφυγής. Μερικά άτομα αποφεύγουν να πηγαίνουν έξω ή να συχνάζουν σε φοβογόνα περιβάλλοντα (πολυσύχναστοι δρόμοι, υπόγειος σιδηρόδρομος).
- ✓ Διάφορες προστατευτικές διευθετήσεις. Χρησιμοποιείται πάντα η ίδια διαδρομή όπου πα προσφερόμενα «καταφύγια» ‘έχουν προσεκτικά εντοπιστεί εκ των προτέρων. Η έξοδος γίνεται μόνο σε οικείες περιοχές (συγκεκριμένο τετράγωνο ή γειτονία) και η μετακίνηση μόνο με αυτοκίνητο.
- ✓ Καθησυχαστικά τεχνάσματα. Το άτομο ζητά να το συνοδεύσει κάποιο οικείο πρόσωπο, βγαίνει πάντα με τον σκύλο του ή στηρίζεται σε μπαστούνι. Μερικοί φοβικοί καταφεύγουν στα οινόπνευματώδη πριν βρεθούν αντιμέτωποι με την αγχογόνο κατάσταση.

Αγοραφοβία με κρίσεις πανικού

Greg Miller. 24 χρονών ανύπανδρος. Προγραμματιστής υπολογιστών.

Όταν ρωτήθηκε για το κύριο πρόβλημα του είπε: φοβάμαι να βγω έξω από το σπίτι μου ή να οδηγήσω το αυτοκίνητο του. Τα προβλήματα του ασθενούς ξεκίνησαν πριν από ένα χρόνο περίπου. Εκείνη την περίοδο έπρεπε να διασχίσει καθημερινά με το αυτοκίνητο του μια γέφυρα για να πάει στην δουλειά του. Ενώ οδηγούσε στην μέση ενός δρόμου μεγάλης κυκλοφορίας με έξι ρεύματα άρχισε να σκέφτεται πόσο τρομερό θα ήταν αν του συνέβαινε κάποιο ατύχημα σε κείνη τη γέφυρα. Το μικρό και εύθραυστο αυτοκίνητο του θα μπορούσε να τσαλακωθεί σαν ένα κουτί μύρας από αλουμίνιο, ενώ ίδιος θα μπορούσε να είχε ένα οδυνηρό και αιματηρό θάνατο ή ακόμη χειρότερα να μείνει ανάπηρος για όλη την υπόλοιπη ζωή του. Το αυτοκίνητο του θα μπορούσε ακόμη και εκσφενδονιστεί από την μια πλευρά της γέφυρας και να βυθιστεί στο ποτάμι. Καθώς συλλογιζόταν αυτές τις πιθανότητες άρχισε να αισθάνεται μια αυξανόμενη ένταση και ανησυχία. Έριξε μια ματιά μπροστά στα αυτοκίνητα και πίσω που βρισκόταν γύρω του και φοβήθηκε μήπως πέσει πάνω σε κάποιο. Την στιγμή εκείνη βίωσε ένα συντριπτικό συναίσθημα φόβου και πανικού. Η καρδιά άρχισε να χτυπά δυνατά και ένιωσε να άσφιαχτα.

Άρχισε να παίρνει βαθιές ανάσες, αλλά το μόνο που κατάφερε ήταν να εντείνει την αίσθηση τις δυσφορίας. Ένιωθε ένα σφίξιμο στο στήθος και αναρωτήθηκε αν επρόκειτο να πεθάνει από καρδιακή προσβολή. Κατάλαβε ότι σίγουρα θα του συνέβαινε κάτι φοβερό σύντομα...σταμάτησε το αυτοκίνητο του στην δεξιότερη λωρίδα κυκλοφορίας και προσπάθησε να επανακτήσει τον έλεγχο του σώματος και των συναισθημάτων του. Η κίνηση συσσωρεύτηκε πίσω του ενώ ακουγόταν κορναρίσματα και οι άλλοι οδηγοί τον έβριζαν. Στο αποκορύφωμα του τρόμου του ένιωσε ταπείνωση. Μετά από 3

λεπτά περίπου η αίσθηση του πανικού υποχώρησε και μπόρεσε να περάσει την γέφυρα και να πάει στην δουλειά...

Κατ την υπόλοιπη μέρα ωστόσο ανησυχούσε διαρκώς για τον αν θα μπορούσε να πραγματοποιήσει το ταξίδι της επιστροφής για το σπίτι. Περνώντας την γέφυρα χωρίς να ξαναιώσει τον ίδιο φόβο που τον έκανα να παραλύει. Εκείνη την ημέρα τα κατάφερε αλλά κατά τις επόμενες εβδομάδες ένιωθε ανησυχία καθώς πλησίαζε την γέφυρα και σε 3 η 4 περιπτώσεις είχε και πάλι αυτά τα έντονα συμπτώματα πανικού. Οι κρίσεις αυτές του συνέβαιναν όλο και συχνότερα ώσπου τις είχε σε καθημερινή βάση. Από τον περίοδο αυτή και έπειτα κατακλυζόταν από φόβο και έπαυε να πηγαίνει στην δουλειά επικαλούμενος κάθε μέρα λόγους υγείας. Ήξερε ότι το κύριο πρόβλημα του ήταν ένας παράλογος φόβος να διασχίσει την γέφυρα αλλά υπέθετε ότι είχε κάποιο είδους καρδιακό πρόβλημα. Επισκέφτηκε τον οικογενειακό γιατρό του ο οποίος δεν διέγνωσε κάποια σοβαρή ιατρική νόσο και του είπε ότι το βασικό πρόβλημα ήταν το υπερβολή άγχος του. Του χορήγησε κάποιο ηρεμιστικό και τον συμβούλεψε να επιστρέψει στην δουλειά. Τους επόμενους έξι μήνες ο Greg αγωνιζόταν με το φόβο του να περάσει την γέφυρα οδηγώντας. Συνήθως δεν τα κατάφερνε και η δουλειά του προχωρούσε. Τελικά αναγκάστηκε να πάρει αναρρωτική άδεια για μερικούς μήνες ενώ ο γιατρός της εταιρίας του είπε να ζητήσει βοήθεια από κάποιον επαγγελματία ψυχικής υγείας. Ο Greg δυσαρεστήθηκε και δεν ήταν καθόλου πρόθυμος να κάνει κάτι τέτοιο. Αντιθέτως έμενε στο σπίτι την περισσότερη ώρα διαβάζοντας βιβλία, ακούγοντας μουσική, παίζοντας σκάκι με τον υπολογιστή του και κάνοντας διάφορες δουλείες. Όσο έμενε στο σπίτι, είχε λίγα προβλήματα με το άγχος και τις τρομακτικές κρίσεις πανικού. Μερικές φορές, ωστόσο, όταν προσπαθούσε να οδηγήσει το

αυτοκίνητο του, ακόμη και μέχρι το κοντινό super market, οι κρίσεις πανικού εμφανίζονταν πάλι. Αυτό είχε ως συνέπεια, να μείνει μέσα σχεδόν όλο το 24ωρο και γρήγορα κατέληξε να είναι φυλακισμένος στο ίδιο του το σπίτι.¹¹

Πίνακας 4 συμπτώματα κατά σειρά έντασης (1: μεγαλύτερη - 12 μικρότερη) και συχνότητα (%) του πώς νιώθουν οι αγοραφοβικοί ασθενείς κατά την διάρκεια του πανικού για κάθε σύμπτωμα.¹⁰

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	ΕΝΤΑΣΗ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ (%)
Φόβος θανάτου, απώλεια ελέγχου. Τρέλας	1	90
Ταχυκαρδία	2	98
Τρεμούλες	3	88
Δύσπνοια	4	90
Ζάλη	5	96
Εξάψεις ζέστης ή κρύου	6	85
Λιποθυμία	7	76
Αποπραγματοποίηση	8	68
Εφίδρωση	9	93
Πόνος στη στήθος	10	76
Κόμπος στο λαιμό	11	73

ΑΝΔΡΕΣ N=12	%	ΓΥΝΑΙΚΕΣ N=818	%
Αδύνατον να εργαστεί	42	Κοινωνικούς περιορισμούς	29
Έλλειψη κοινωνικών επαφών	29	Προσωπικό ψυχολογικό πρόβλημα	23
Προσωπικό ψυχολογικό πρόβλημα	11	Συζυγική δυσαρμονία	14
Συζυγική δυσαρμονία	9	Αδύνατον να εργαστούν	14
Περιορισμός στα ταξίδια	4	Περιορισμός στα ταξίδια	11

Πίνακας 5. Κύρια αποτελέσματα αγοραφοβίας στη ζωή των αρρώστων⁷

2.2

2. ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΦΟΒΙΕΣ

Η έκφραση αυτή χρησιμοποιείται σήμερα από την ψυχιατρική αλλά και την ψυχολογία σαν διαγνωστικός όρος προκειμένου να χαρακτηρίσει ένα φοβικό άτομο.

Η ανασφάλεια, η ανασταλτικότητα, η αβεβαιότητα, η ανασταλτικότητα και η εσωστρέφεια που παρουσιάζουν χιλιάδες άτομα στον ευρύτερο κοινωνικό χώρο μέσα στον οποίο κινούνται και λειτουργούν δεν προέρχονται από γενικότερα και ευρύτερα κοινωνικά φαινόμενα αλλά από συγκεκριμένες βιωματικές καταστάσεις, γεγονότα. Φαινόμενα, συγκυρίες, συγκρούσεις και αντιπαραθέσεις. Μόνο μέσα από βιωματικές καταστάσεις δημιουργούνται στην επανάληψη τους και σε χρόνια διάσταση συμπτώματα που διαταράσσουν την ψυχοσωματική αρμονία και την ηρεμία του ατόμου.¹⁹

Το άτομο συνήθως ξεπερνά το πρόβλημα του κοινωνικού άγχους προοδευτικά, συμμετέχοντας στις διάφορες κοινωνικές δραστηριότητες. Οι επιδημιολογικές έρευνες καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η κοινωνική φοβία διαφέρει από τις άλλες φοβίες και τις αγχώδεις διαταραχές. Η κοινωνική φοβία προσβάλλει εξίσου γυναίκες και άνδρες, κάτι που δε συμβαίνει στην αγοραφοβία. Το άτομο που πάσχει από κοινωνική φοβία χαρακτηρίζεται από άγχος και αποφυγή όταν πρόκειται να μετάσχει σε μια κοινωνική ομαδική εκδήλωση πχ. Να πάει σε ένα πάρτι, να φάει στο εστιατόριο, να πει ένα ποτό σε μπαρ, να παρακολουθήσει διαλέξεις κλπ. διότι φοβάται ότι θα γίνει το κέντρο της προσοχής. Τότε κοκκινίζει, τρέμει, ιδρώνει, αισθάνεται άσχημα, έχει ναυτία ή ακόμη κάνει εμετό. Το άτομο με κοινωνική φοβία δεν έχει εμπιστοσύνη στον εαυτό του, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι δεν έχει αναπτύξει κοινωνικές δεξιότητες απλά δεν

μπορεί να τις εκδηλώσει στην πράξη. Έχει επίγνωση του προβλήματος του. Πολλοί διάσημοι άνθρωποι είχαν τέτοιο πρόβλημα. Ο μεγαλύτερος ρήτορας Δημοσθένης έτρεμε μπροστά στο Φίλιππο και ο Ιπποκράτης είχε έντονη κοινωνική φοβία, επειδή πίστευε όλοι οι άνθρωποι τον παρατηρούν.

Γενικά μπορεί να πει κανείς ότι ένα άτομο έχει κοινωνική φοβία όταν:

- Ø φοβάται ότι θα γελοιοποιηθεί κάνοντας κάποιο κραυγαλέο ή παράλογο λάθος
- Ø δε μπορεί να περπατά μπροστά σε κόσμο
- Ø δε νιώθει άνετα με άτομα που δεν γνωρίζει ή όταν φοβάται ότι θα γίνει το κέντρο της προσοχής, όταν πχ πρέπει να διασχίσει μια πιστά χορού.
- Ø Δε νιώθει άνετα επειδή δεν ξέρει τι αναμένει ο άλλος από αυτόν.
- Ø Γίνεται νευρικό όταν μιλάει σε κάποιον ανώτερο του.¹⁰

Οι κοινωνικές φοβίες εκδηλώνονται με αρκετούς τρόπους, οι πιο συνηθισμένοι από τους οποίους είναι :

- Ø Η εναγώνια προσπάθεια συγκάλυψης του συνδρόμου κοινωνικής φοβίας με σύνδρομο κατάχρησης ηρεμιστικών ουσιών
- Ø Φόβοι πνιγμού κατά την διάρκεια λήψης φαγητού ιδιαίτερα κατά την παρουσία σημαντικών άλλων προσώπων αλλά και μονοί. Η φοβία μπορεί να οδηγήσει σε απίσχνανση και λήψη μόνο υδαρών τροφών.
- Ø Φόβος απώλειας ελέγχου των σφικτήρων αλλά και αδυναμία χαλάρωσης των σφικτήρων. Συχνά η πιθανότητα άλλων

ανθρώπων, που χρησιμοποιούν την τουαλέτα, κάνει αδύνατη την ούρηση.

- Ø Ο τρόμος των χεριών, το κοκκίνισμα του προσώπου, τα αισθήματα λιποθυμίας, ταχυπαλμίας κ.α είναι κοινά με όλες τις άλλες φοβίες.⁷

Με ένα ερωτηματολόγιο, που δόθηκε σε Βρετανούς φοιτητές, βρέθηκε ότι 3-10% των φοιτητών του πρώτου έτους είχαν τυπική περίπτωση κοινωνικής φοβίας. Ένα πολύ χρήσιμο ερωτηματολόγιο φόβου που ο ασθενής το συμπληρώνει εύκολα και γρήγορα, παρουσιάζει ο πίνακας. Εκεί δίνονται σημαντικές πληροφορίες για το μέγεθος του προβλήματος. Εκτός του συνολικού σκορ της φοβίας του ασθενή με τη συμπλήρωση των 2-16 περιστάσεων-δηλώσεων(σκορ από 0-120 το μεγαλύτερο) δίνονται και επιμέρους τιμές που κυμαίνονται από 0-40 το μεγαλύτερο, για την αγοραφοβία με τη συμπλήρωση των δηλώσεων 5,6,8,12,15, τη φοβία αίματος-τραυματισμού με τις δηλώσεις 2,4,10,13 και την κοινωνική φοβία με τις δηλώσεις 3,7,9,11,14. Δίνεται ακόμη ένα σκορ, που κι αυτό κυμαίνεται από 0-40 το μεγαλύτερο για το άγχος και την κατάθλιψη με την συμπλήρωση των εκδηλώσεων 18-23.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΦΟΒΟΥ

Διάλεξε έναν αριθμό από την παρακάτω κλίμακα που αντιστοιχεί στο πως αισθάνεται όταν αντιμετωπίζεις τις διάφορες περιστάσεις και γράψε τον αριθμό που διάλεξες στο τετράγωνο απέναντι από την κάθε περίπτωση.



1. Κύρια φοβία από την οποία θέλεις να θεραπευτείς.....
2. Ενέσεις ή μικροεπεμβάσεις.....
3. Να τρώω και να πίνω με άλλους ανθρώπους.....
4. Νοσοκομεία.....
5. Να ταξιδεύω μόνος με λεωφορείο ή τρένο.....
6. Να περπατάω μόνος σε πολυσύχναστους δρόμους.....
7. Να με παρακολουθούν με το βλέμμα.....
8. Να πηγαίνω σε πολυσύχναστα μαγαζιά.....
9. Να μιλάω με ανθρώπους της εξουσίας.....
10. Να βλέπω αίμα.....
11. Να μου κάνουν κριτική.....
12. να πηγαίνω μόνος ή μακριά από το σπίτι μου.....
13. να σκέυτομαι τραυματισμό ή αρρώστια.....
14. να μιλώ ή να ενεργώ μπροστά σε ακροατήριο.....
15. μεγάλοι ανοιχτοί χώροι.....
16. να επισκεύτομαι τον οδοντίατρο.....
17. άλλες περιστάσεις (περιέγραψε).....

Το ίδιο ερωτηματολόγιο μπορεί να συμπληρωθεί και μετά το τέλος της θεραπείας, οπότε διαπιστώνουμε ότι όταν η θεραπεία είναι επιτυχής το σκορ μειώνεται. Το πρόβλημα για το οποίο οι ασθενείς ζητούν θεραπεία στα εξωτερικά ψυχιατρικά ιατρεία είναι μετά την αγοραφοβία, αυτό της κοινωνικής φοβίας. Η μέση ηλικία έναρξης της φοβίας αυτής είναι μικρότερη απ ό τι στην αγοραφοβία και συνήθως εκδηλώνεται μεταξύ των και χρονών. Όμως ο ασθενής συνήθως έρχεται για θεραπεία πολύ αργότερα, δηλαδή – χρόνια μετά τη που εμφανίστηκε το πρόβλημα.¹⁰

Διάφορες μελέτες, που έχουν γίνει για την διερεύνηση των διαφορών φοβιών της κοινωνικής φοβίας από την αγοραφοβία, έχουν δείξει ότι η κοινωνική φοβία:

- ✚ Προσβάλλει εξίσου άνδρες και γυναίκες
- ✚ Προσβάλλει κυρίως νέους σε ηλικία ανθρώπων
- ✚ Οι περισσότεροι είναι ανύπανδροι, ανήκουν στις υψηλά κοινωνικές τάξεις, έχουν λάβει πολύ καλή εκπαίδευση και έχουν υψηλό δείκτη νοημοσύνης, ιδίως δεν υπερέχουν στο λεκτικό σκέλος του τεστ νοημοσύνης
- ✚ Οι μητέρες τους εργάζονται λιγότερο χρόνο έξω από το σπίτι
- ✚ Ο πατέρας είχε κυριαρχική προσωπικότητα και η σχέση με τον πατέρα τους ήταν κακή
- ✚ Η έναρξη της φοβίας τους έγινε βαθμιαία και λιγότερο συχνά μετά ένα πένθος ή άλλες τραυματικές εμπειρίες
- ✚ Έχουν περισσότερα προβλήματα στο σχολείο και στην εργασία, γιατί κατά τρόπο περίεργο γίνονται επιθετικοί
- ✚ Κοκκινίζουν πιο πολύ, κάνουν υπερβολική χρήση αλκοόλ και έχουν κάνει πιο συχνά απόπειρες αυτοκτονίας
- ✚ Δεν παραπονιούνται για τον ύπνο τους ούτε παρουσιάζουν αδυναμία στα άκρα, δυσκολία στην αναπνοή ή

αλλοιοπροσωπικά φαινόμενα που είναι συχνές εκδηλώσεις της αγοραφοβίας.²⁰

Τα 20% των ατόμων με κοινωνική φοβία πίνει παρά πολύ, το 35% έχει και κατάθλιψη και ένα άλλο 20% έχει και γενικευμένο άγχος, δηλαδή άγχος κατά την ηρεμία, χωρίς να υπάρχουν φοβογόνα ερεθίσματα. Οι ασθενείς με διαταραχή πανικού έχουν σε πολύ μεγαλύτερο ποσοστό και κατάθλιψη (50-60%) από ότι ασθενείς με κοινωνική φοβία, γεγονός που εξηγεί και την ενεργητική επίδραση των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων στην διαταραχή πανικού, σε αντίθεση αυτών στην κοινωνική φοβία.

Άτομα με κοινωνική φοβία επιχειρούν αυτοκτονίες συχνότερα από ότι οι αγοραφοβικοί ασθενείς. Έχουν επίσης αυξημένο καρδιακό ρυθμό και αρτηριακή πίεση μεγαλύτερη από ότι τα φυσιολογικά άτομα. Όταν η κοινωνική φοβία συνοδεύεται και από γενικευμένο άγχος και κατάθλιψη μοιάζει να είναι βαριάς μορφής αγοραφοβία, τότε λέμε ότι το άτομο πάσχει από «φοβική – αγχώδη κατάσταση».¹⁰

2.3

3. ΕΙΔΙΚΕΣ ΦΟΒΙΕΣ

Συγκεκριμένα χαρακτηριστικά τους είναι ο μόνιμος παράλογος φόβος ενός συγκεκριμένου ερεθίσματος, διαφορετικός από το φόβο μίας κρίσης πανικού. Ο φόβος συνήθως προκαλεί μέτρια ή έντονη αποφυγή του ερεθίσματος και εμποδίζει τη συνηθισμένη δραστηριότητα του πασχοντα.⁷

I. ΖΩΟΦΟΒΙΕΣ:

Δεν είναι πολύ συχνές φοβίες και η έναρξη τους τοποθετείται στον προεφηβική ηλικία. Είναι συνήθως μονοσυμπτωματικές και αρχίζουν αιφνίδια.⁹

Ο Freud είχε την ευκαιρία να δει μια περίπτωση φοβικής νεύρωσης «στην γέννα της» την οποία και περιέγραψε. Είναι γνωστή η περίπτωση του μικρού Hans ο οποίος έπασχε από ιπποφοβία.

Ο Hans, πριν από την εκδήλωση της φοβίας του, έδειχνε ζωηρό ενδιαφέρον για τα άλογα, πάνω στα οποία και είδε για πρώτη φορά γεννητικά όργανα.

Συνέπεια αυτού υπήρξε η δημιουργία φαντασιώσεων σχετικών προς τα γεννητικά όργανα του πατέρα του, αλλά και του ίδιου. Οι φαντασιώσεις αυτές περιείχαν ιδέες, επιθυμίες και ευχές θανάτου στρεφόμενες προς τον πατέρα του, ανάμεικτες με συναισθήματα σεβασμού και αγάπης προς αυτόν. Παράλληλα, παρουσιάζουν φόβοι αντεκδίκησης και αντίποινων από μέρους του πατέρα του, με την έννοια ότι ο πατέρας του θα του έκοβε τα γεννητικά όργανα.

Σε ποσοστό 80-90% αφορούν το γυναικείο πληθυσμό και απαντούν θετικά στη θεραπεία.⁹

II. ΦΟΒΙΕΣ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΤΗΣ ΦΥΣΗΣ

Αυτές είναι η φοβία της πτήσης με αεροπλάνο όπου μπορεί να κάνει δύσκολη τη ζωή των ατόμων που οι επαγγελματικές τους ανάγκες είναι συνδεδεμένες με τη χρήση του αεροπλάνου, Η φοβία των κλειστών χώρων(κλειστοφοβία), παρόλο που πολύ συχνά είναι ένα από τα συμπτώματα της αγοραφοβίας είναι δυνατόν να αφορά μόνο τους χώρους αυτούς(ανελκυστήρα, μετρό κλπ).

Το ίδιο συμβαίνει και με τη φοβία του ύψους (ακροφοβία) που σε ελαφρά μορφή είναι μια φυσιολογική αντίδραση. Άτομα με ακροφοβία δεν μπορούν να δουν από ψηλά προς τα κάτω, ή από κάτω προς τα πάνω, να περάσουν γέφυρες, να ταξιδέψουν με το αυτοκίνητο ή να περπατούν κοντά στο χείλος του γκρεμού. Αυτά τα είδη φοβιών οφείλονται σε συγκεκριμένες τραυματικές εμπειρίες.

Οι φοβίες των φυσικών φαινομένων (κεραυνού, καταιγίδα, βροντή, νερού, σκοταδιού, ύψους κλπ) μπορούν να κάνουν δύσκολη τη ζωή ενός ατόμου, ενδέχεται να παρακολουθεί το μετεωρολογικό δελτίο κάθε μέρα για μια οποιαδήποτε μετακίνηση του και κλείνεται στο σπίτι του αν κρίνει ότι τα καιρικά φαινόμενα δεν είναι ευνοικά.¹⁰

III. ΦΟΒΙΕΣ ΑΙΜΑΤΟΣ – ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΥ – ΕΝΕΣΣΕΩΝ

Φοβία του νοσοκομείου: Ένα είδος νεύρωσης, η φοβία του νοσοκομείου (το άτομο φοβάται να πλησιάσει, να μπει κλπ στο νοσοκομείο), χαρακτηρίζεται από έντονο φόβο που δεν προέρχεται από πραγματική λογική αιτία. Ο υπερβολικός φόβος αυτός μπορεί να ερμηνευθεί από τους Συμπεριφοριστές ως κάποια χωροχρονική σύνδεση του νοσοκομείου με κάποιο άλλο ερέθισμα που προκαλεί φυσικό φόβο και πόνο. Για να θεραπευθεί το άτομο που έχει τέτοιου είδους φοβία, πρέπει να γίνει νέα σύνδεση του αντικειμένου που

προκαλεί φόβο με ερεθίσματα που προκαλούν ευχάριστο συναίσθημα όπως πχ είναι η κατάσταση πλήρους ανάπαυσης και χαλάρωσης.²²

ΦΟΒΙΑ ΤΩΝ ΕΝΕΣΕΩΝ

Η αιτίες δημιουργήθηκαν συνήθως πολύ φυσιολογικά. Λόγω ταυτόχρονης εμφάνισης των ενέσεων με τον σωματικό πόνο. Δημιουργείται συνεξάρτηση ανάμεσα στο οπτικό ερέθισμα και στα συναισθήματα αποστροφής – φόβου. Λόγω παιδαγωγικών σφαλμάτων των γονέων= αταξίες ή προβλήματα συμπεριφοράς «τιμωρούνται» λεκτικά με την ιδέα ότι «θα του κάνουμε ένεση».²²

ΝΟΣΟΦΟΒΙΑ

Καλύπτουν διάφορες νοσολογικές καταστάσεις, οι οποίες συχνά διαφέρουν πολύ από τις πραγματικές φοβίες. Πρόκειται για:

Φόβο του αγγωτικού ατόμου 'το πάσχει από καρδιοπάθεια ή καρκίνο, μετά την ανάγνωση κάποιου άρθρου πάνω στο θέμα αυτό ή τη νόσηση κάποιου προσώπου του περιβάλλοντος του.

Συφιλοφοβία, συχνή παλαιότερα στους νευρωσικούς έφηβους με πολλές ενοχές και αναστολές στο σεξουαλικό τομέα.

Φόβος μόλυνσης από τα μικρόβια, σε ιδεοψυχαναγκαστική νεύρωση, όπου οι τελετουργίες καθαριότητας συνήθως επεκτείνονται και γίνονται περισσότερο καταναγκαστικές

Παραληρητική βεβαιότητα νόσησης από ανίατη αρρώστια σε μελαγχολικά επεισόδια. Τέλος, η νοσοφοβία είναι το επίκεντρο της νευρωσικής η παραληρητικής υποχονδρίας.¹⁷

IV. ΦΟΒΙΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ ΚΑΙ ΣΥΝΘΗΚΩΝ

Οι φοβίες καταστάσεων και συνθηκών αφορούν κυρίως την κλειστοφοβία ή την πτήση με αεροπλάνο.

Αναλυτικότερα η κλειστοφοβία δημιουργεί στον άρρωστο δυσανάλογο φόβο όταν βρίσκεται σε μέρος μικρό ή κλειστό από το οποίο πιστεύει ότι δεν θα μπορέσει, αν χρειαστεί να ξεφύγει. Τέτοια

μέρη συνήθως είναι οι ανελκυστήρες, οι σοφίτες, τα διαμερίσματα των τραίνων ή οι αίθουσες αμφιθεάτρων, κινηματογράφων κλπ. Πολλοί κάθονται κοντά στην έξοδο του αμφιθεάτρου ή του κινηματογράφου, ώστε να βγουν μόλις αισθανθούν δυσφορία και άγχος.^{8,10}

V. ΑΙΛΛΕΣ ΦΟΒΙΕΣ

Ιδεοληψία: Είναι όταν το άτομο έχει στο μυαλό του κάποια επίμονη σκέψη ή επιθυμία, που αντιλαμβάνεται βέβαια ως παράλογη, αλλά δεν μπορεί να την αποδιώξει.²

Ένα παράδειγμα: μια γυναίκα που ανησυχεί για την ασφάλεια του παιδιού της, μπορεί να εκφράζει ιδεοληπτικές αμφιβολίες(μήπως του συμβεί τίποτε), ιδεοληπτικό φόβο (κάτι μπορεί να συμβεί εξαιτίας της αμέλειας μου), ιδεοληπτικές εικόνες(ξανά και ξανά το βλέπω να πνίγεται) ή ιδεοληπτικής σκέψεις (αν παίξει έξω, μπορεί να κρυώσει και να το γυρίζει σε πνευμονία, που μπορεί να πεθάνει).⁷

Φόβος της αποτυχίας: Η μορφή αυτού του φόβου περιλαμβάνει καταστάσεις, στις οποίες το άτομο πρέπει να επιδείξει συγκεκριμένη ικανότητα ή γνώση σε επίσημη βάση. Αυτό μπορεί να σημαίνει εξετάσεις και διαγωνισμούς, επαγγελματικές συνεντεύξεις, δημόσιες ομιλίες όπως και η αντρική σεξουαλική επίδοση μπροστά σε άλλους ανθρώπους.

Φόβος χωρισμού: Όταν σκέυτομαι το φόβο του χωρισμού, η πρώτη εικόνα που μου έρχεται στο μυαλό είναι του παιδιού που κρεμιέται από την μαμά του, όταν το πηγαίνει στον παιδικό σταθμό, Δεν είναι βέβαια ίδια όλα τα παιδιά. Ορισμένα είναι πιο τολμηρά και μένουν σχετικά εύκολα στο νηπιαγωγείο. Ωστόσο δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι ο χωρισμός είναι πολύ

σοβαρό ζήτημα για το παιδί, ιδιαίτερα για το μικρό παιδί που βιώνει την εμπειρία του πρώτου αποχωρισμού από τους γονείς του.

Φόβος της απώλειας: απώλεια μπορεί να είναι χρεοκοπίες και κλείσματα καταστημάτων και πολλοί υπάλληλοι γνωρίζουν ότι η εταιρία τους περνά οικονομική κρίση, όπως και η απώλεια της εργασίας είναι τραυματικό γεγονός. Άλλη περίπτωση που μπορεί να εμφανιστεί ο φόβος της απώλειας είναι όταν κάποιο σας πρόσωπο προσβληθεί από ανίατη ασθένεια, όπως AIDS, ή ορισμένες μορφές καρκίνου. Επειδή το ετοιμοθάνατο πρόσωπο περνά διάφορα συναισθηματικά στάδια το ίδιο συμβαίνει και στο περιβάλλον του. Πολύ διαφορετικός φόβος απώλειας είναι το συναίσθημα της ζήλιας. Εδώ ο φόβος της απώλειας δεν συνοδεύεται απ θλίψη αλλά από οργή. Το ζηλότυπο πρόσωπο ζει με το φόβο ότι ο σύντροφος του θα βρει κάποιον άλλον πιο γοητευτικό και θα τον εγκαταλείψει.

Φόβος για το μέλλον: Κανένας μας δεν γνωρίζει τι επιφυλάσσει το μέλλον, ωστόσο πολλοί από εμάς χάνουν χρόνο ανησυχώντας για αυτό.²

Σχολική φοβία: Ανάμεσα στην ηλικία 12 και 13 ετών οι φόβοι που σχετίζονται με το σχολείο ή την αλλαγή του σχολείου αποτελούν το μισό όλων των άλλων φόβων. Η μετάβαση από το δημοτικό στο γυμνάσιο και οι αλλαγές που αυτή επιφέρει είναι ένα χρονικό σημείο στη διάρκεια του οποίου μπορούν να δημιουργηθούν πολλές ανησυχίες και προβλήματα.²⁰

Νεκροφοβία

Μοναχοφοβία: Το να μείνει κανείς μόνος του.¹³

Δυσμορφοφοβία: Είναι η παθολογική ενασχόληση με ελάχιστες ή φανταστικές αποκλίσεις στην εμφάνιση (ρυτίδες σπυράκια, τρίχωμα προσώπου, μυρουδιά κλπ).

Η ενασχόληση αυτή μπορεί τόσο έντονη, που να παίρνει παραληρητικό χαρακτήρα αλλά έτσι κι αλλιώς όταν η ενασχόληση είναι έντονη, τα πρακτικά της αποτελέσματα είναι η απομόνωση και η αποφυγή κοινωνικών δραστηριοτήτων. Σε αντίθεση με τους ανορεξικούς που πιστεύουν πως έχουν τη λάθος φυλετική ταυτότητα, οι άρρωστοι με δυσμορφοφοβία δεν ενοχλούνται με το κορμί τους συνολικά αλλά μόνο με τα μέρη τους. Επίσης σε αντίθεση με τους κοινωνικούς φοβικούς, δεν θεωρούν αδικαιολόγητο το άγχος τους ούτε αισθάνονται καλύτερα όταν απομακρύνονται από τις κοινωνικές συναναστροφές.

Τα ποσοστά φύλου στην κοινότητα δεν είναι σαφή. Στην Αγγλία οι άντρες παραπέμπονται από το γενικό γιατρό σε ψυχιατρείο, ενώ οι γυναίκες σε πλαστικό χειρουργό. Ήπιοι φόβοι και ενασχόληση με την εμφάνιση άλλωστε, είναι πολύ συχνοί στην εφηβεία και πολλοί από αυτούς συνδέονται γενικά με ντροπαλότητα. Η συνύπαρξη κατάθλιψης είναι συχνή γι'αυτό και οι θεραπείες συμπεριφοράς συνδυάζονται με αντικαταθλιπτικά.⁷

Ερυθματοφοβία: Αποτελεί πλέον σύνθετη μορφή φοβίας. Σε αυτή το άτομο φοβάται κυρίως την εξωτερίκευση του αισθήματος ανασφάλειας και αβεβαιότητας και άγχεται στην σκέψη ότι αυτά θα καταστούν αντιληπτά στους άλλους, μέσω ενός λειτουργικού φαινομένου, το οποίο θα εκδηλωθεί ακουσίως.²³

Το άτομο φοβάται μήπως κοκκινίσει, κοινότυπη κατά την εφηβεία, μπορεί να πάρει αναπυρογόνες διαστάσεις. Το άτομο προσπαθεί να αποφύγει το βλέμμα των άλλων, φοράει γυαλιά ή κρύβεται πίσω από μια εφημερίδα. Η ερυθματοφοβία επικαλύπτει καμιά φορά το φόβο ότι το πρόσωπο θα προδώσει κάποιο παράπτωμα, συνήθως σεξουαλικού τύπου. Κατά συνέπεια οι εκδηλώσεις αυτές δεν απέχουν πολύ από τις ιδέες αναφοράς των σχιζοφρενών.¹⁷

Φόβος της πτώσης: Αποτελεί ένα πολύ συνηθισμένο σύμπτωμα και έχει μια ορισμένη περιπλοκότητα. Υπάρχουν για παράδειγμα, λόγοι να πιστέψουμε ότι ο αστιγματισμός, με τον ίλιγγο που μας προκαλεί, είναι ένας από τους παράγοντες που μπορούν να προκαλέσουν αυτόν το φόβο. Άλλοι πιστεύουν ότι ο φόβος αυτός οφείλεται σε μια έλλειψη συντονισμού, ενώ τα μάτια μας, μας λένε ότι το σκαλί μπροστά μας απέχει δυο μέτρα, τα πόδια μας, μας λένε ότι απέχει ένα. Όμως όταν κάθεσαι στο αεροπλάνο, δεν υποφέρεις από το φόβο της πτώσης, για τι το ότι κάθεσαι σου δίνει την αίσθηση της σταθερότητας και της ασφάλειας. Ακόμα μπορεί να αποτελεί ένα αντικειμενικά εξαρτημένο σύμπτωμα, που ανάγεται στην τρομακτική εμπειρία μιας πραγματικής πτώσης κατά την νηπιακή ηλικία. Όμως τέτοιες εμπειρίες συνήθως περνούν χωρίς να αφήσουν ίχνη, εκτός αν ενισχυθούν ή αν επαναδραστηριοποιηθούν από μια νέα πτώση ή ένα ατύχημα ή και από ένα ηθικό πρόβλημα στη μετέπειτα ζωή μας. Ο φόβος της πτώσης αναπαριστά συμβολικά το φόβο μήπως πέσουμε από το βάθρο μας, είτε των φιλοδοξιών μας, όπως στην αντλεριανή ψυχοπαθολογία, είτε της ηθικότητας μας, δηλαδή ηθικό «ολίσθημα» σεξουαλικής κυρίως φύσης. Από της άλλη

μεριά, ο φόβος της πτώσης, να κατέβουμε δηλαδή από το βάθρο μας, αντί να αγωνιζόμαστε συνεχώς να κρατηθούμε στα ιλιγγιώδη ύψη του ιδεαλισμού. Της προσπάθειας και των φιλοδοξιών μας. Μπορεί ακόμα να αποτελεί μια ασυνείδητη παρόρμηση να κάνουμε ένα σεξουαλικό ολίσθημα.

Μια και το πρόβλημα είναι κατά βάση ηθικό, δεν μπορεί να λυθεί με το να αποφύγει κανείς τέτοιες αντικειμενικές καταστάσεις.²⁴

Φοβία της παρόρμησης: Ο φόβος που καταλαμβάνει το άτομο μόλις βρεθεί μπροστά σε αντικείμενα ή καταστάσεις που μπορεί να χρησιμοποιηθούν κατά τρόπο επιθετικό εναντίον των άλλων ή του ίδιου του εαυτού του. Φοβία αυτοκτονικής παρόρμησης(φόβοι εκπαραθύρωσης, φόβος ότι θα ριχτεί στις γραμμές του τραίνου), φοβίες παρορμητικής ανθρωποκτονίας μπροστά σε κοφτερά σκεύη (συχνές σε νεαρές μητέρες που φοβούνται μήπως θα τραυματίσουν το παιδί τους). Συχνά οι φοβίες αυτές επεκτείνονται πολύ πιο πέρα από τη φοβογόνο κατάσταση και μετατρέπονται σε συνεχή φόβο με ιδεοληπτικό χαρακτήρα. Το περιεχόμενο του είναι ένας δυνητικός κίνδυνος να καταληφθεί το άτομο από κάποια ακατανίκητη παρόρμηση. Τέτοιου τύπου ιδεοληψίες παρορμήσεων, παρατηρούνται στην ιδεοψυχαναγκαστική νεύρωση, κατά την οποία το άτομο ποτέ δεν πραγματοποιεί αυτό που φοβάται. Ορισμένα μελαγχολικά επεισόδια συνοδεύονται από έντονες φοβίες παρόρμησης σε πλαίσια χαρακτηριστικών ιδεών αυτομομφής (ο ασθενής φοβάται ότι θα κάνει κακό στους δικούς του ή σε παιδιά). Ο κίνδυνος αυτοκτονίας είναι πολύ μεγάλος σε αυτές τις περιπτώσεις.¹⁷

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

3.1

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η πορεία της πάθησης είναι χρόνια και η κατάσταση έχει εξάρσεις και υφέσεις, που μπορεί να διαρκέσουν πει μήνες. Οι επιπτώσεις στην ζωή του ατόμου εξαρτώνται από τις δραστηριότητες του και το είδος της φοβίας (η φοβία του ανελκυστήρα πχ. Δεν ενοχλεί τόσο έναν που μένει σε ισόγειο). Ο φοβικός όπως και ο αγχώδεις μπορεί να καταφύγει σε κατάχρηση οινόπνευματών, αντιαγχωδών ή βαρβιτουρικών.⁸

3.2

ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διαφορική διάγνωση περιλαμβάνει τη σχιζοφρένεια, την ψυχωτική κατάθλιψη, την ψυχαναγκαστική νεύρωση και διαταραχές στις προσωπικότητα, προπάντων την οριακή προσωπικότητα, όπου οι φοβίες είναι συνήθως πολλαπλές και συνοδεύονται από διάφορα αλλά νευρωτικά συμπτώματα.²⁵

Οι ειδικές φοβίες διαφέρουν από τις άλλες Αγχώδεις Διαταραχές στο ότι το ενδιάμεσο άγχος που νιώθει το άτομο συνήθως δεν είναι έντονο. Έτσι τυπικά, η διαφορική διάγνωση από τη Διαταραχή Πανικού Με Αγοραφοβία θα βασισθεί στο ότι το άτομο δεν νιώθει διάχυτο άγχος και φόβο, καθώς ο φόβος του περιορίζεται σε συγκεκριμένες καταστάσεις ή αντικείμενα , (αν βέβαια, οι συνθήκες ζωής κάνουν πιθανή ή απαιτήσουν έκθεση στη φοβική κατάσταση(πχ ανάγκη για αεροπορικά ταξίδια σε ένα άτομο που έχει φοβία πτήσης), τότε μπορεί να τότε μπορεί να εμφανισθεί έντονο άγχος αναμονής).

Η διαφοροδιάγνωση της Ειδικής φοβίας, τύπου Καταστάσεων από Διαταραχή Πανικού με Αγοραφοβία μπορεί να είναι ιδιαίτερα δύσκολη, καθώς και οι δύο διαταραχές μπορεί να περιλαμβάνουν Προσβολές Πανικού και αποφυγή παρόμοιων καταστάσεων (πχ οδήγησης, αεροπορικών ταξιδιών, μετακινήσεων με λεωφορείο ή κλειστών χώρων). Τυπικά, η Διαταραχή Πανικού Με Αγοραφοβία χαρακτηρίζεται στην αρχή από την εμφάνιση απροσδόκητων Προσβολών Πανικού και κατόπιν από την αποφυγή πολλαπλών καταστάσεων, που θεωρούνται ότι μπορεί να οδηγήσουν στην έκλυση Προσβολών Πανικού. Τυπικά, η Ειδική φοβία, Τύπος Καταστάσεων χαρακτηρίζεται από την αποφυγή διαφόρων καταστάσεων με απουσία επαναλαμβανόμενων απροσδόκητων Προσβολών Πανικού. Υπάρχουν, όμως, και κλινικές περιπτώσεις που βρίσκονται ανάμεσα σε αυτά τα δυο πρότυπα και απαιτούν προσεκτική κλινική εκτίμηση για να βγει η διάγνωση. Τη δύσκολη αυτή διαφορ.διάγνωση μπορεί να βοηθήσουν 4 παράγοντες: ο εστιασμός του φόβου/ άγχους, ο τύπος και αριθμός των Προσβολών Πανικού, ο αριθμός των καταστάσεων που αποφεύγονται και η ένταση του ενδιάμεσου άγχους. Για παράδειγμα, ένα άτομο που δεν είχε πριν φοβηθεί ή αποφύγει τους ανελκυστήρες παθαίνει μια Προσβολή Πανικού ενώ είναι μέσα σε ένα ανελκυστήρα και αρχίζει να φοβάται να πάει στη δουλειά του γιατί πρέπει να χρησιμοποιήσει ανελκυστήρα για να φτάσει στο υψηλό πάτωμα που είναι το γραφείο του. Αν στην συνέχεια αυτό το άτομο παθαίνει Προσβολές Πανικού μόνο στους ανελκυστήρες, τότε η κατάλληλη διάγνωση είναι Ειδική φοβία,. Αν όμως, το άτομο παθαίνει απροσδόκητες Προσβολές Πανικού σε άλλες καταστάσεις και αρχίζει να

αποφεύγει ή αν υπομένει με φόβο άλλες καταστάσεις εξαιτίας του φόβου μιας Προσβολής Πανικού, τότε η διάγνωση είναι Διαταραχή Πανικού Με Αγοραφοβία. Επιπλέον, η παρουσία έντονου φόβου μήπως πάθει μια Προσβολή Πανικού, ακόμη κι όταν δεν προβλέπεται έκθεση σε κάποια φοβική κατάσταση, επίσης υποστηρίζει τη διάγνωση Διαταραχής Πανικού Με Αγοραφοβία. Αν τώρα το άτομο παθαίνει απροσδόκητες Προσβολές Πανικού σε άλλες καταστάσεις, αλλά δεν αναπτύσσεται επιπρόσθετα αποφυγή ή μια συναισθηματική κατάσταση όπου την υπομένει με φόβο, τότε η κατάλληλη διάγνωση είναι Διαταραχή Πανικού Χωρίς Αγοραφοβία.

Μερικές φορές θα μπει διπλή διάγνωση Ειδικής φοβίας και Διαταραχής Πανικού με Αγοραφοβία, εφόσον οι διαταραχές του φόβου αφορά και τις δυο διαταραχές. Για παράδειγμα, αποφυγή του ατόμου να μείνει μόνο του επειδή φοβάται μήπως έχει απροσδόκητες Προσβολές Πανικού δικαιολογεί τη διάγνωση Διαταραχής Πανικού με Αγοραφοβία ενώ η επιπλέον αποφυγή αεροπορικών ταξιδιών από φόβο πχ. Μήπως πέσει το αεροπλάνο δικαιολογεί την επιπρόσθετη διάγνωση Ειδικής Φοβίας.

Η διαφορ.διάγνωση της Ειδικής Φοβίας και της Κοινωνικής Φοβίας θα γίνει πάλι με βάση τον εστιασμό του φόβου(πχ αν το άτομο αποφύγει να φάει σε εστιατόριο επειδή φοβάται την αρνητική εκτίμηση / κριτική των άλλων πρόκειται για Κοινωνική Φοβία, αν φοβάται μην πνιγεί τρώγοντας πρόκειται για Ειδική Φοβία).

Το ιστορικό ενός σοβαρού στρεσογόνου παράγοντα και η επαναβίωση του τραυματικού γεγονότος θα δ.δ την αποφυγή στη Διαταραχή Μετά Από Ψυχοτραυματικό Στρες. Η σύνδεση

της αποφυγής με το περιεχόμενο ενός ψυχαναγκασμού (βρωμιά, μόλυνση) θα δ.δ την Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή.

Σε άτομα με Διαταραχή Άγχους Αποχωρισμού πολύ σπάνια να δικαιολογηθεί επιπρόσθετη διάγνωση Ειδικής Φοβίας (η αποφυγή συνδέεται με φόβο αποχωρισμού και γενικότερα φόβο για οτιδήποτε ή οποιοδήποτε απειλεί την ακεραιότητα της οικογένειας πχ ληστές, ατυχήματα, αεροπορικά ταξίδια).

Ο τύπος της Ειδικής Φοβίας όπου το άτομο φοβάται μην κολλήσει κάποια αρρώστια θα δ.δ από την Υποχονδρίαση με βάση το ότι σε αυτήν το άτομο φοβάται ότι έχει μια αρρώστια (Ειδική φοβία, φοβάται μην κολλήσει μια αρρώστια, δεν πιστεύει ότι έχει μια αρρώστια).

Εφόσον η αποφυγή περιορίζεται αποκλειστικά και μόνο στην τροφή (χωρίς φόβο πνιγμονής ή αρνητικής εκτίμησης από τους άλλους) σε άτομα με Ψυχογενή Ανορεξία η Ψυχογενή Βουλιμία δεν θα δοθεί η διάγνωση Ειδικής Φοβίας.

Άτομα με Σχιζοφρένεια ή κάποια άλλη Ψυχωτική Διαταραχή (πχ Παραληρητική Διαταραχή) μπορεί να αποφύγουν ορισμένες δραστηριότητες εξαιτίας παραληρητικών ιδεών, αλλά δεν γνωρίζουν ότι ο φόβος τους είναι υπερβολικός ή παράλογος.

Κάθε μορφής φόβοι είναι πολλοί συχνοί, ιδιαίτερα στην παιδική ηλικία, αλλά δεν συνιστούν Ειδική φοβία, εκτός αν παρεμποδίζουν σημαντικά την λειτουργία του ατόμου ή του προκαλούν έντονη υποκειμενική ενασχόληση.

Άτομα που παρουσιάζουν Προσβολές Πανικού και κοινωνική αποφυγή μπορεί να αποτελέσουν μερικές φορές δύσκολο διαφοροδιαγνωστικό πρόβλημα. Τυπικά, η Διαταραχή Πανικού Με Αγοραφοβία χαρακτηρίζεται αρχικά από την εμφάνιση

απροσδόκητων Προσβολών Πανικού και κατόπιν από την αποφυγή πολλαπλών καταστάσεων που θεωρούνται ότι μπορούν να εκλύσουν Προσβολές Πανικού, η Διαταραχή Πανικού χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενες απροσδόκητες Προσβολές Πανικού που δεν περιορίζονται μόνο στις κοινωνικές καταστάσεις. Έτσι, η διάγνωση της Κοινωνικής Φοβίας δεν μπαίνει όταν ο μόνος κοινωνικός φόβος είναι μήπως οι άλλοι δουν το άτομο ενώ έχει μια Προσβολή Πανικού. Από την άλλη μεριά, τυπικά η Κοινωνική Φοβία χαρακτηρίζεται από την αποφυγή κοινωνικών καταστάσεων με απουσία επαναλαμβανόμενων απροσδόκητων Προσβολών Πανικού.

Αν συμβαίνουν Προσβολές Πανικού, είναι του τύπου των συνδεδεμένων με ή προδιατεθειμένων από καταστάσεις προσβολών(πχ, ένα άτομο που φοβάται με βρεθεί σε δύσκολη θέση / αμηχανία να μιλήσει μπροστά σε κόσμο βιώνει Προσβολές Πανικού που εκλύονται μόνον από ομιλία δημόσια ή από άλλες κοινωνικές καταστάσεις).

Ορισμένες όμως, περιπτώσεις μπορεί να είναι ανάμεσα στα τυπικά αυτά πρότυπα και χρειάζονται λεπτή κλινική κρίση για την επιλογή της πιο κατάλληλης διάγνωσης. Για παράδειγμα, ένα άτομο που δεν είχε προηγουμένως φόβο να μιλήσει δημόσια παθαίνει μια Προσβολή Πανικού ενώ κάνει μια ομιλία και αρχίζει να φοβάται τις παρουσιάσεις. Αν το άτομο αυτό κατόπιν παθαίνει Προσβολές Πανικού μόνο σε κοινωνικές καταστάσεις όπου πρέπει να επιτελέσει κάτι μπροστά σε κόσμο (ακόμη κι αν ο εστιασμός του φόβου του είναι στην πιθανότητα να πάθει κι άλλη Προσβολή Πανικού), τότε η κατάλληλη διάγνωση είναι Κοινωνική Φοβία.

Αν όμως, το άτομο συνεχίζει να έχει απροσδόκητες Προσβολές Πανικού σε άλλες καταστάσεις, τότε η διάγνωση είναι Διαταραχή Πανικού Με Αγοραφοβία. Μπορούν όμως να δοθούν και οι δυο διαγνώσεις αν τα κριτήρια πληρούνται και για Κοινωνική Φοβία και για Διαταραχή Πανικού. Για παράδειγμα, ένα άτομο που είχε για μια ζωή φόβο και αποφυγή κοινωνικών καταστάσεων (Κοινωνική Φοβία) αναπτύσσει αργότερα Προσβολές Πανικού σε μη κοινωνικές καταστάσεις και μια ποικιλία από επιπρόσθετες συμπεριφορές αποφυγής (Διαταραχή Πανικού Με Αγοραφοβία).

Ο φόβος πιθανής ταπείνωσης ή αμηχανίας(και η συνεπακόλουθη αποφυγή κοινωνικών καταστάσεων εξαιτίας του), που είναι χαρακτηριστικός για την Κοινωνική Φοβία, μπορεί να υπάρχει και σε άλλες καταστάσεις. Έτσι σε διαταραχή Πανικού Με Αγοραφοβία και σε Αγοραφοβία Χωρίς Ιστορικό Διαταραχής Πανικού μπορεί το άτομο να φοβάται διάφορες καταστάσεις και γιατί νιώθει ότι σε αυτές υπόκειται σε εξονυχιστικό έλεγχο. Η δ.δ θα βασισθεί στο 'τι οι φοβικές καταστάσεις είναι πολλές και χαρακτηριστικές στη Αγοραφοβία Με ή Χωρίς Ιστορικό Διαταραχής Πανικού μπορεί το άτομο να φοβάται διάφορες καταστάσεις και γιατί νιώθει ότι σε αυτές υπόκειται σε εξονυχιστικό έλεγχο. Η δ.δ θα βασισθεί στο ότι οι φοβικές καταστάσεις είναι πολλές και χαρακτηριστικές στην Αγοραφοβία Με ή Χωρίς Διαταραχή Πανικού (πχ το να είναι το άτομο μόνο του στο σπίτι ή έξω από το σπίτι, το να είναι σε μια γέφυρα ή σε έναν ανελκυστήρα, να ταξιδεύει με λεωφορείο, τραίνο, αυτοκίνητο ή αεροπλάνο) και στο ότι στις διαταραχές αυτές τα άτομα προτιμούν να μην είναι μόνα τους, αλλά να έχουν κοντά τους κάποιον έμπιστο

συνοδό, ενώ μια Προσβολή Πανικού όταν είναι μόνα τους. Σε Διαταραχή Άγχους Αποχωρισμού το άτομο μπορεί να αποφύγει κοινωνικές καταστάσεις όχι μόνο από τον φόβο απομάκρυνσης από τους δικούς του, αλλά και από το φόβο μήπως έρθει σε δύσκολη θέση / αμηχανία αν αναγκασθεί να φύγει πρόωρα και να γυρίσει σπίτι. Γενικά, δεν δίνεται επιπλέον διάγνωση Κοινωνικής Φοβίας σε άτομα με Διαταραχή Άγχους Αποχωρισμού(καθώς αυτά νιώθουν φόβο αμηχανίας μόνον έξω από το σπίτι τους, ενώ στην Κοινωνική φοβία μπορεί να νιώσουν φόβο ακόμη κι αν η κοινωνική εκδήλωση γίνει στο σπίτι τους). Αν και ο φόβος αμηχανίας ή ταπείνωσης μπορεί να υπάρχει και στη Γενικευμένη Αγχώδη Διαταραχή ή στην Ειδική Φοβία(πχ ο φόβος μήπως λιποθυμήσει ενώ του παίρνουν αίμα), οπωσδήποτε δεν αποτελεί τον κύριο εστιασμό του φόβου ή του άγχους του ατόμου.

Η Βαριά Εκτεταμένη Διαταραχή της Ανάπτυξης και η Σχιζοειδής Διαταραχή της Προσωπικότητας πρέπει επίσης να διαφοροδιαγνωσθούν από την Κοινωνική Φοβία με βάση την έλλειψη σε αυτές ενδιαφέροντος για σχέση με άλλα άτομα, που απουσιάζει από την Κοινωνική Φοβία.

Η Αποφευκτική Διαταραχή της Προσωπικότητας έχει πολλά κοινά χαρακτηριστικά με την Κοινωνική Φοβία και ιδιαίτερα τη Γενικευμένη, οπότε αν πληρούνται τα κριτήρια και τις δυο διαταραχές θα δοθούν και οι δύο διαγνώσεις.

Κοινωνικό άγχος και κοινωνική αποφυγή υπάρχουν και σε πολλές άλλες ψυχικές διαταραχές (πχ Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή, Σχιζοφρένεια, Παραληρητική Διαταραχή, Σωματοδυσμορφική Διαταραχή). Εφόσον, όμως, τα συμπτώματα αυτά συμβαίνουν μόνον κατά την διάρκεια της

πορείας τους και εξηγούνται καλύτερα από αυτές τις διαταραχές, δεν μπαίνει η επιπρόσθετη διάγνωση της Κοινωνικής Φοβίας.

Αν τελικά η κοινωνική αποφυγή είναι κλινικά σημαντική, τότε μπαίνει και η διάγνωση Αγχώδης Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς (όπως και ότι αν προϋπήρχε η διάγνωση της Κοινωνικής Φοβίας, αυτή φυσικά παραμένει).

Τέλος, σημειώνουμε ακόμη, ότι φόβος να επιτελέσει κανείς κάτι μπροστά σε κόσμο δηλ. φόβος παράστασης(ομιλία, συνέντευξη, εμφάνιση στην τηλεόραση, να βγει στη σκηνή κλπ.) ή ντροπαλότητα μπροστά σε άγνωστα άτομα είναι στοιχεία που χαρακτηρίζουν πολλά άτομα και δεν πρέπει να διαγνωσθούν ως Κοινωνική Φοβία, εκτός αν προκαλούν κλινικά σημαντική έκπτωση λειτουργικότητας ή έντονη υποκειμενική ενόχληση.¹²

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο

ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

4.1

ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ:

ΜΑΛΛΙΑ: Σηκώνονται όρθια με την εμφάνιση του φαινόμενου που προκαλεί το φόβο.

ΣΑΓΟΝΙ: Σφίγγονται και τρίζουν τα δόντια μέσα στον ύπνο.

ΛΑΙΜΟΣ: Σφίξιμο, αδυναμία κατάποσης, ξηρότητα στο στόμα, πνίξιμο, ομιλία με σφιγμένη φωνή.

ΩΜΟΙ/ΣΒΕΡΚΟΣ: Σφίξιμο και ένα συναίσθημα «κλειδώματος». Πόνος στην κίνηση, πόνος στην ακινησία, ευαισθησία στο άγγιγμα, ακαμψία, πονοκέφαλος από την ένταση στην περιοχή.

ΠΛΑΤΗ: Όπως και στους ώμους/ σβέρκο. Επίσης οξύς πόνος στην περιοχή της πλάτης.

ΑΝΑΠΝΟΗ: Ακανόνιστη, κοφτή, μόνο στα άνω ήμισυ των πνευμόνων, επειδή συσπάται το διάφραγμα. Παρατεταμένη, γρήγορη και βαθιά αναπνοή που μπορεί να εμφανιστεί και χωρίς φανερή αιτία. Και καταλήγει σε ζαλάδα και φόβο για λιποθυμία ή πτώση.

ΚΑΡΔΙΑ: Ταχυπαλμία χωρίς φανερή αιτία, σφίξιμο γύρω από την καρδιά και στο στήθος, όπως στις περιπτώσεις πριν από την καρδιακή προσβολή.

ΣΤΟΜΑΧΙ: Κόμπος, «πεταλούδες», θόρυβοι, συναίσθημα δυσφορίας και απώλεια της όρεξης. Αν η τροφή αντικατασταθεί από οινόπνευμα ή τσιγάρο ίσως εμφανιστεί έλκος. Ναυτία, φόβος για εμετό.

ΕΝΤΕΡΑ: Αρνητικές μεταβολές στην λειτουργία των εντέρων, όπως δυσκοιλιότητα ή διάρροια, σύνδρομο ερεθισμού των σπλάχνων, συχνοουρία.

ΑΝΟΣΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ: Τάση προς τις ασθένειες, μεγαλύτερη πιθανότητα ασθένειας, λόγω ασθενούς αντίστασης στους ιούς και άλλα παθογόνα στοιχεία. Υπάρχουσες ασθένειες ίσως επιδεινωθούν, πληγές δεν επουλώνονται κανονικά ή αργούν να επουλωθούν. Το νοητικό σύμπτωμα εμφανίζεται μόνο σε άτομα που έχουν προδιάθεση στο άγχος.

ΕΜΜΗΝΟΡΡΟΙΚΟΣ ΚΥΚΛΟΣ: Σοβαρότεροι πόνοι περιόδου, ανώμαλη περίοδος ή απουσία περιόδου.

ΣΠΑΣΜΟΙ: Μπορεί να παραταθούν για μεγάλο χρονικό διάστημα και μετά σταματούν απότομα και επανέρχονται αργότερα.

ΚΟΚΚΙΝΙΣΜΑ ΣΤΑ ΜΑΓΟΥΛΑ ΤΡΕΜΟΥΛΑ ΚΑΙ ΡΙΓΗ

ΚΟΠΩΣΗ: Συχνό χασμουρητό, έλλειψη ενεργητικότητας, ανεξάρτητα από ώρες ύπνου. Γενικό συναίσθημα εξάντλησης.

ΔΕΡΜΑ: Εμφάνιση εκζέματος ή αν υπάρχει ήδη, επιδεινώνεται. Εξανθήματα, μούδιασμα.

4.2

ΝΟΗΤΙΚΑ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ:

ΑΔΥΝΑΜΙΑ ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΣΗΣ: Δεν αφομοιώνετε τίποτα απ* όσα ακούτε. Αναγκάζεστε να διαβάσετε πολλές φορές την ίδια σελίδα.

ΜΝΗΜΗ: Εξασθενεί και δεν μπορεί να συγκρατήσει απλά, καθημερινά πράγματα.

ΝΕΥΡΙΚΕΣ ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΕΙΣ: Ανικανότητα να στέκεστε σταθερά. Τρώτε τα νύχια σας, τσιμπάτε τη μύτη σας, τραβάτε τα μαλλιά σας.

ΑΝΑΣΦΑΛΕΙΑ: Δεν μπορείτε να πάρετε αποφάσεις. Αποφεύγετε να αναλάβετε ευθύνες.

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ: Δεν θέλετε να αντικρίσετε πια τον κόσμο. Αποσύρετε από την κοινωνική ζωή.

ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ: Γίνεστε υπερβολικά επικριτικοί, επιθετικοί με το παραμικρό και ευερέθιστοι.

ΥΠΕΡΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑ: Διάθεση για κλάμα. Αποφεύγετε οτιδήποτε μπορεί να προκαλέσει άγχος. Νιώθετε στο έλεος άλλων ανθρώπων, δύσπιστοι, αποδιωγμένοι και υπερεπικριτικοί προς τον εαυτό σας.

ΑΛΛΟΠΡΟΣΑΛΛΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ: Δεν καταφέρνετε να βάλετε σε σειρά τα πράγματα. Αρχίζετε πολλά και δεν τελειώνετε τίποτα. Γίνεστε αδέξιοι, κάνετε ανόητα λάθη, κάνετε τα ίδια λάθη ξανά και ξανά. Προσπαθείτε να τα κάνετε όλα μαζί.

ΒΕΒΙΑΣΜΕΝΗ / ΙΔΕΟΛΗΠΤΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ: Επίμονες αρνητικές σκέψεις. Θέλετε να βάζετε τα πάντα σε απόλυτη τάξη συνεχώς. Υπερβολική ανάγκη για τάξη. Ελέγχετε και ξανά ελέγχετε κλειδαριές, βρύσες κουζίνες και κτλ.

ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑΣ: Ζητάτε συνέχεια συγνώμη και υποβιβάζεται τον εαυτό σας.

ΕΝΤΟΝΗ ΤΑΣΗ ΥΠΟΧΩΡΗΣΗΣ: Παραιτείστε εύκολα, όταν κάτι δεν πάει αμέσως όπως το θέλετε.

ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΕΣ ΠΡΟΣΔΟΚΙΕΣ: Και από τον εαυτό σας και από τους άλλους.

ΕΛΛΕΙΨΗ ΚΙΝΗΤΡΩΝ: Απάθεια. Απώλεια ενδιαφέροντος για οτιδήποτε δεν είναι απόλυτα αναγκαίο για την καθημερινή επιβίωση.

ΟΜΙΛΙΑ: Τραύλισμα, ψέλλισμα, σκάλωμα σε ορισμένες λέξεις

ΥΠΝΟΣ: Με διακοπές. Αϋπνία, εφιάλτες και στα παιδιά βρέξιμο κρεβατιού.

ΣΕΞ: Ανικανότητα, πρόωγη εκσπερμάτωση, κολεόσπασμος-κολπισμός, αναφροδισία.

ΛΠΟΣΥΝΔΕΣΗ: Νιώθετε ότι δεν είστε σε επαφή με τον εαυτό σας, ότι δεν είστε ο εαυτό σας.

ΑΠΟΠΡΟΣΑΝΑΤΟΛΙΣΜΟΣ: Χάνετε εύκολα το δρόμο σας.²

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Κατ'αρχήν θα πρέπει να τονιστεί ότι ψυχοθεραπεία και ψυχανάλυση δεν είναι ταυτόσημες έννοιες όπως πιστεύουν μερικοί. Ψυχοθεραπεία είναι ένας γενικός όρος που αναφέρεται σε μορφές θεραπείας οι οποίες στοχεύουν στην επίλυση προβλημάτων ψυχολογικής υφής μέσω της δημιουργίας μιας σχέσης με έναν ειδικό θεραπευτή και με την χρησιμοποίηση ειδικών τεχνικών που βασίζονται σε μια συγκεκριμένη θεωρία. Οι τεχνικές αυτές είναι βεβαίως καθαρά ψυχολογικές, δηλαδή το μόνο επικοινωνιακό μέσον που χρησιμοποιούν είναι ο λόγος. Υπάρχουν πολλά είδη ψυχοθεραπειών, όπως η ψυχαναλυτική (που βασίζεται στην θεωρία του Freud), η γνωσιακή- συμπεριφορική, η διαπροσωπική, η συστημική, η οικογενειακή κ.λ.π.¹⁸

5.1

ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Θεωρίες Συμπεριφοράς.

Η σημαντικότερη επιρροή της σκέψης των Watson και Pavlov στο χώρο της πρακτικής της ψυχικής υγείας υπήρξε, χωρίς αμφιβολία, η διαμόρφωση της θεραπευτικής προσέγγισης που ονομάζεται *συστηματική απευαισθητοποίηση*, θεμέλιο της οποίας ήταν ο Joseph Wolpe. Είναι ενδιαφέρον το γεγονός ότι αυτή η θεραπευτική μέθοδος αναπτύχθηκε από έναν ψυχίατρο, και όχι από ψυχολόγο, ο οποίος μάλιστα μέχρι τότε θηράπευε τους ασθενείς του εφαρμόζοντας ένα ψυχαναλυτικό μοντέλο. Μετά από μια σειρά ετών άσκησης της ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας, ο Wolpe, μελετώντας το ερευνητικό έργο του Pavlov και του Hull, εντυπωσιάστηκε. Έτσι, άρχισε να πιστεύει ότι η νεύρωση δεν είναι τίποτα λιγότερο και τίποτα περισσότερο από μια εξακολουθητική, μη

προσαρμόσιμη στις κοινωνικές συνθήκες μαθημένη αντίδραση του υποκειμένου, η οποία σχεδόν πάντοτε συνδέεται με το άγχος. Υπο αυτή την έννοια, η θεραπεία πρέπει να είναι σε θέση να αναστέλλει το άγχος μέσα από την εξάλειψη εκείνης της εξάρτησης που έχει δομηθεί μεταξύ κάποιων ερεθισμάτων και μιας δεδομένης απόκρισης του υποκειμένου, δηλαδή μέσα από την *απεξαρτητοποίηση* της συγκεκριμένης ή των συγκεκριμένων αντιδράσεων του (counterconditioning). Με άλλα λόγια, η θεραπεία καλείται να καταστήσει εξαρτημένες εκείνες της αντιδράσεις αποκρίσεις οι οποίες είναι ανταγωνιστικές ή ανασταλτικές και οι οποίες τελικά θα οδηγήσουν στην επεξαρτητοποίηση των προηγούμενων λαθεμένων αντιδράσεων του υποκειμένου. Σε αυτό το σημείο πρέπει να τονιστεί ότι σύμφωνα με αυτή την προσέγγιση, η πιο σημαντική αγχολυτική αντίδραση που πρέπει να μάθει ο ασθενής είναι η ικανότητα να χαλαρώνει μυικά. Δηλαδή μέσα από την όλη διαδικασία της συστηματικής απευαισθητοποίησης, ο ασθενής θα μάθει αρχικά να αντιδρά με την νέα εξαρτημένη αντίδραση της χαλάρωσης σε ερεθίσματα που προηγουμένως του προκαλούσαν έντονο άγχος. Έτσι η συστηματική απευαισθητοποίηση ως θεραπευτική πρόταση αποτελείται από έναν αριθμό συγκεκριμένων σταδίων. Στην αρχή επιχειρείται προσεκτική αξιολόγηση των θεραπευτικών αναγκών που έχει ο ασθενής γιαυτό το λόγο. Ο θεραπευτής παίρνει ένα λεπτομερειακό ιστορικό του κάθε συμπτώματος και της κάθε πτυχής της ζωής του ασθενή στην οποία έχει αντιμετωπίσει αδικαιολόγητες και υπερβολικές δυσκολίες. Επίσης απαιτείται ένα γενικό ιστορικό της ζωής του. Αφού προσδιοριστούν τα προβλήματα του ασθενή και εφόσον ο θεραπευτής συμπεράνει ότι αυτά μπορούν να θεραπευθούν με την συστηματική απευαισθητοποίηση ο ασθενής εκπαιδεύεται από το θεραπευτή στη χαλάρωση. Μέσα από μια πολύ συγκεκριμένη διαδικασία ο ασθενής μαθαίνει να χαλαρώνει σταδιακά ολόκληρο το σώμα. Έτσι, ενώ στην αρχή οι ασθενείς

αντιμετωπίζουν μεγάλη δυσκολία στο να επιτύχουν την απαιτούμενη μυϊκή χαλάρωση μετα απο έξι περίπου συναντήσεις καταφέρνουν να χαλαρώσουν, όλο τους το σώμα μεσα σε σύντομο χρονικό διάστημα. Η επόμενη φάση της θεραπείας έχει σχέση με την δημιουργία ενός καταλόγου μεσα στον οποίο θα γράφονται με ιεραρχική σειρά όλες οι αγχωγόνες καταστάσεις που βιώνει ο ασθενής. Προκειμένου να κατασκευαστεί αυτός ο κατάλογος, ο θεραπευτής θα πρέπει να αποσπάσει από τον ασθενή συγκεκριμένες πληροφορίες για το ποια ακριβώς ερεθίσματα του προκαλούν άγχος και φόβο, κι έπειτα θα πρέπει να τα ομαδοποιήσει ανάλογο με το θέμα τους (για παράδειγμα, φόβος του ύψους ή φόβος της απόρριψης κ.λπ.). Στη συνέχεια, από την κάθε ομάδα ερεθισμάτων που ανήκουν σε μια θεματική ενότητα ο θεραπευτής πρέπει να κατατάξει τα ερεθίσματα κατά τέτοιο τρόπο ώστε να πηγαίνει από τα περισσότερο προς τα λιγότερο ενοχλητικά και αγχωγόνα. Πα παράδειγμα, αν η θεματική ενότητα σχετίζεται με την κλειστοφοβία, διάφορα ερεθίσματα μπορούν να καταταχθούν ως εξής μέσα στη λίστα: ο φόβος εγκλωβισμού του ασθενούς μέσα σε ένα ασανσέρ θα είναι πάνω πάνω στη λίστα η ανησυχία που του προκαλεί η ιδέα οτι μπορεί να ταξιδέψει με ένα τρένο θα βρίσκεται στη μέση περίπου της λίστας και η ανησυχία που αισθάνεται όταν του ζητείται να διαβάσει ένα άρθρο σχετικά με τους μεταλλωρύχους που έχουν εγκλωβιστεί μέσα σε ένα ορυχείο θα τοποθετηθεί χαμηλά στη λίστα. Ομοίως, αν το θέμα ήταν ο θάνατος, τότε το πιο αγχωγόνο ερέθισμα θα ήταν η σκέψη οτι ο ασθενής είναι μέσα σε έναν τάφο, η οποία και θα έμπαινε πάνω πάνω στη λίστα η λέξη «θάνατος» ως ερέθισμα θα βρισκόταν κάπου στη μέση και η ιδέα τού να περάσει έξω από ένα νεκροταφείο θα έμπαινε στο τέλος της λίστας ως το λιγότερο φοβογόνο ερέθισμα

Μετά την κατασκευή αυτής της ιεραρχίας των αγχωγόνων καταστάσεων, ο ασθενής είναι έτοιμος να αρχίσει τη διαδικασία της

απευαισθητοποίησης μόνος του. Αυτό σημαίνει ότι ο θεραπευτής ενθαρρύνει τον ασθενή να επιτύχει ένα πολύ καλό στάδιο χαλάρωσης και, κατόπιν, να φανταστεί το λιγότερο αγχογόνο και ενοχλητικό ερέθισμα μέσα από τον κατάλογο των αγχογόνων καταστάσεων. Αν ο ασθενής καταφέρει να φανταστεί αυτό το ερέθισμα χωρίς να αισθανθεί άγχος, τότε ενθαρρύνεται να φανταστεί το αμέσως επόμενο ερέθισμα του καταλόγου, παραμένοντας όμως χαλαρωμένος. Πρέπει να σημειωθεί ότι, στην όλη διαδικασία και μεταξύ των περιόδων όπου ο ασθενής χαλαρώνει και συγχρόνως φαντάζεται τα ερεθίσματα, παρεμβάλλονται και περίοδοι όπου το μόνο που πρέπει να κάνει είναι να χαλαρώνει. Αν στη συνέχεια ο ασθενής αισθανθεί άγχος με τη σκέψη ενός ερεθίσματος, τότε του ζητείται να χαλαρώσει και να συνεχίσει να σκέφτεται ένα λιγότερο αγχογόνο ερέθισμα. Η ίδια διαδικασία συνεχίζεται, έως ότου ο ασθενής καταφέρει να παραμείνει χαλαρωμένος ενώ φαντάζεται όλα τα ερεθίσματα της ιεραρχίας. Μετά από αυτό το στάδιο, αναμένουμε ότι η χαλάρωση που σχετίζεται με τη σκέψη των ερεθισμάτων θα γενικευθεί και σε σχέση με τα ίδια ερεθίσματα στην καθημερινή ζωή. «Πολλές φορές αποδείχθηκε ότι, σε κάθε στάδιο, ένα ερέθισμα το οποίο έπαυε να προκαλεί άγχος όταν ο ασθενής το φανταζόταν σε μια κατάσταση χαλάρωσης, σταματούσε να του προκαλεί άγχος και όταν το συναντούσε απρόσμενα και στην καθημερινή ζωή».

Επίσης, άλλοι ερευνητές που ασχολήθηκαν με τη συστηματική απευαισθητοποίηση έδειξαν πόσο σημαντικό είναι για τον ασθενή να εκτίθεται και σε πραγματικές καταστάσεις προκειμένου να θεραπευθεί. Έτσι, μόλις ξεπερνά το άγχος του απέναντι σε συγκεκριμένα ερεθίσματα μέσα στα πλαίσια των θεραπευτικών συνεδριών, κρίνεται αναγκαίο να εκτίθεται (in vivo) και στα ανάλογα, πραγματικά αυτή τη φορά, ερεθίσματα.

Αξίζει να σημειωθεί ότι ένας σημαντικός αριθμός τόσο κλινικών όσο και πειραματικών ερευνών έδειξαν ότι η συστηματική απευαισθητοποίηση μπορεί να είναι μια αρκετά έως πολύ χρήσιμη θεραπεία. Η αποτελεσματικότητα των προσπαθειών τους οδήγησαν τον Wolpe και τους συνεργάτες του να αμφισβητήσουν έντονα την ψυχαναλυτική άποψη, σύμφωνα με την οποία, όσο οι ασυνείδητες συγκρούσεις παραμένουν άλυτες, ο ασθενής κάθε φορά θα παρουσιάσει ένα νέο σύμπτωμα στη θέση ενός συμπτώματος που εξαφανίστηκε (υποκατάσταση του συμπτώματος). Επίσης, όπως έχει ήδη αναφερθεί, η συμπεριφοριστική προσέγγιση της ψυχοπαθολογίας δεν αποδέχθηκε ποτέ την άποψη ότι ένα σύμπτωμα μπορεί να οφείλεται σε μια μη επιλυμένη ασυνείδητη σύγκρουση. Αντίθετα, οι Συμπεριφοριστές πάντοτε υποστήριζαν και προσπάθησαν μάλιστα να το δείξουν και με τη συστηματική απευαισθητοποίηση ότι δεν υπάρχουν συγκρούσεις, αλλά μόνο απροσάρμοστες προς το περιβάλλον εκμαθημένες συμπεριφορές και από τη στιγμή που μια τέτοια συμπεριφορά εξαλείφεται, δεν υπάρχει λόγος να πιστεύουμε ότι μπορεί να επανεμφανιστεί με την ίδια ή με άλλη μορφή.

Θεραπεία αποστροφής

Το όλο σκεπτικό της θεραπείας αποστροφής στηρίζεται στην κυρίαρχη υπόθεση ότι κάθε μορφή συμπεριφοράς η οποία ακολουθείται από κάποια δυσάρεστα γεγονότα έχει όλο και λιγότερες πιθανότητες να επαναληφθεί στο μέλλον. Με βάση αυτή την αρχή, η θεραπεία αποστροφής συνίσταται στην επαναληπτική και συνεχή συσχέτιση μιας ανεπιθύμητης συμπεριφοράς με ένα δυσάρεστο ερέθισμα. Για παράδειγμα αν θέλουμε να μειώσουμε τη σεξουαλική διέγερση που προκαλεί ένα φετιχιστικό αντικείμενο σε έναν ασθενή, θα χρησιμοποιήσουμε ένα επώδυνο ερέθισμα το οποίο θα παρουσιάζεται κάθε φορά που ο ασθενής διεγείρεται. Είναι εμφανές, επομένως, ότι κύριος στόχος της θεραπείας αποστροφής είναι η *απεξαρτητοποίηση* της ανεπιθύμητης

αντίδρασης (εν προκειμένω της διέγερσης) από ένα ερέθισμα (π.χ. το αντικείμενο του φετιχισμού). Ωστόσο, λόγω του ότι αυτή η θεραπεία είναι δυσάρεστη και επίπονη για τον ασθενή, δεν χρησιμοποιείται πολύ συχνά εφαρμόζεται κυρίως στην αποτοξίνωση αλκοολικών, στη θεραπεία σεξουαλικών διαστροφών και ιδεοψυχαναγκαστικών νευρώσεων, καθώς και στην απεξάρτηση από ναρκωτικές ουσίες.

Όπως ήδη αναφέρθηκε, η θεραπεία αποστροφής έχει στόχο την επίτευξη ενός αρκετά ικανοποιητικού συσχετισμού μεταξύ κάποιων ερεθισμάτων που προκαλούν μια ανεπιθύμητη συμπεριφορά και κάποιων επώδυνων ερεθισμάτων που σκοπό έχουν να εξαλείψουν αυτή τη συμπεριφορά. Είναι προφανές ότι αυτό το μοντέλο θεραπείας στηρίζεται στην πρακτική εφαρμογή των συμπερασμάτων και του πειραματικού πλαισίου που έθεσε ο Ρανλόν με τη θεωρία της κλασικής εξαρτημένης μάθησης. Έτσι, στην περίπτωση αποτοξίνωσης ενός αλκοολικού, η διαδικασία που θα ακολουθηθεί είναι η εξής: θα χορηγούνται στον αλκοολικό, καθημερινά και για περίπου 7 έως 10 ημέρες, δόσεις αλκοόλης και ταυτόχρονα θα του δίνονται φάρμακα τα οποία θα του προκαλούν ναυτία και εμετό. Σύμφωνα με το συγκεκριμένο επιστημονικό «παράδειγμα», η αποτελεσματικότητα της θεραπείας θα φανεί όταν, μετά την πάροδο των 10 ημερών, θα δοθεί στον ασθενή η δυνατότητα να πει αλκοόλ χωρίς όμως την ταυτόχρονη χορήγηση των φαρμάκων. Τότε, αν όντως έχει επιτευχθεί μη σημαντική συσχέτιση μεταξύ των δύο ερεθισμάτων (αλκοόλ και ναυτία-εμετός), αναμένεται ότι και μόνο η θέα του αλκοόλ θα του προκαλέσει ναυτία και τάση προς εμετό. Έτσι, σύμφωνα με τους συμπεριφοριστές, στο βαθμό που η (ίδια διαδικασία μπορεί να επαναληφθεί δυο με τρεις φορές το χρόνο, η επιθυμία του ατόμου να πίνει θα κατασταλεί πλήρως.

Επίσης, η θεραπεία αποστροφής χρησιμοποιήθηκε σε περιπτώσεις ομοφυλοφιλίας ή παραφιλίας, όπου εικαζόταν ότι υπήρχε η επιθυμία

αλλαγής σεξουαλικού προσανατολισμού. Η αποστροφική θεραπεία συνίστατο στο να προβάλλονται οι αυτά τα άτομα σκηνές από φιλμ με παραφιλικό ή ομοφυλοφιλικό, αντίστοιχα, περιεχόμενο και συγχρόνως να τους χορηγούνται χάπια που προκαλούν ναυτία και εμετό ή να τους χορηγούνται ελαφρά ηλεκτρικά σοκ κατά την προβολή. Στη συνέχεια, προβάλλονταν φιλμ με ετεροφυλοφιλικές ερωτικές σκηνές χωρίς τη χορήγηση εμετικών φαρμάκων ή ηλεκτροσόκ.

Ύστερα από αυτά τα παραδείγματα, θα μπορούσε συμπερασματικά να υποστηριχθεί ότι το αποστροφικό ερέθισμα, που είναι ουσιαστικά η πεμπουσία της θεραπείας αποστροφής, πρέπει να έχει τα εξής χαρακτηριστικά: (α) να είναι αρκετά έντονο ώστε να μπορεί να εξαλείψει την ανεπιθύμητη συμπεριφορά, (β) να παρουσιάζεται συγχρόνως και σχεδόν πάντοτε με την εκδήλωση της ανεπιθύμητης συμπεριφοράς. και (γ) να παρουσιάζεται με μια αμετάβλητη υψηλή ένταση από την αρχή της θεραπείας.

Ωστόσο, από πολλούς θεραπευτές προτιμάται η αποστροφή να λαμβάνει χώρα στη φαντασία του ασθενούς κι όχι στην πραγματικότητα, δηλαδή ο ασθενής καθοδηγείται να φανταστεί ότι κάνει εμετό κ.λπ.

Πάντως, σε κάθε περίπτωση εφαρμογής της θεραπείας αποστροφής, ο θεραπευτής θα πρέπει να εξαντλήσει πρώτα όλες τις άλλες ηπιότερες θεραπευτικές προτάσεις που θα ήταν κατάλληλες για την περίπτωση και, μόνον αφού τις εξαντλήσει και εφόσον βεβαίως πάρει τη συγκατάθεση του ασθενούς και εξετάσει τα όρια αντοχής του, να συνεχίσει με τη θεραπεία αποστροφής, γιατί είναι κοινά αποδεκτό ότι πρόκειται για μια ιδιαίτερα δυσάρεστη και επίπονη διαδικασία για τον ασθενή.

Οικονομία κουπονιών

Η *οικονομία κουπονιών* ως θεραπευτική πρόταση στηρίζεται άμεσα στο θεωρητικό και πειραματικό μοντέλο του Skinner, έτσι όπως εκφράστηκε με τη θεωρία της συντελεστικής εξαρτημένης μάθησης. Η δημιουργία

αυτής της θεραπευτικής μεθόδου οφείλεται, κατά κύριο λόγο, στους Ayllon και Azrin.

Οι πρώτες τους έρευνες, που πραγματοποιήθηκαν το 1965, έδειξαν ότι η χορήγηση «κουπονιών» θα μπορούσε να αποβεί ιδιαίτερα αποτελεσματική οι ην προσπάθεια να ενισχυθούν υγιείς και επιθυμητές συμπεριφορές, όπως για παράδειγμα η φροντίδα της προσωπικής υγιεινής στα πλαίσια ενός νοσοκομείου, ενός σχολείου ή ενός ψυχιατρείου. Γενίκευση αυτής της πρακτικής χορήγησης κουπονιών αποτελεί και η θεραπευτική προσέγγιση με τον ορο «οικονομία κουπονιών», η οποία εφαρμόζεται κυρίως για το θεραπευτικό χειρισμό ενός κοινωνικού περιβάλλοντος, όπως είναι, για παράδειγμα, μια τάξη ή ένα ψυχιατρικό τμήμα.

Η διαδικασία που ακολουθείται στην οικονομία κουπονιών έχει ως εξής: ο θεραπευτής ανταμείβει με κουπόνια τις διάφορες συμπεριφορές του ασθενούς που κρίνονται ικανοποιητικές ή/και επιθυμητές. Έπειτα ο ασθενής μπορεί να χρησιμοποιήσει τα κουπόνια και να τα ανταλλάξει με διάφορα επιθυμητά προϊόντα, όπως γλυκά, τσιγάρα κΑπ. Με αυτό τον τρόπο οι ασθενείς ενθαρρύνονται να ασχοληθούν με δραστηριότητες του τύπου «σερβίρισμα γευμάτων» ή «καθαρισμός πατωμάτων». Με την (ίδια διαδικασία και μέσα σε ένα ελεγχόμενο περιβάλλον, όπως είναι ένα ψυχιατρικό τμήμα για χρόνιους ασθενείς, είναι απολύτως δυνατό οι ασθενείς να ενθαρρυνθούν να κάνουν οτιδήποτε θέλουν μέσα στα πλαίσια αυτών που η διεύθυνση του τμήματος ορίζει ως επιθυμητές συμπεριφορές. Επίσης, από διάφορες έρευνες φάνηκε ότι η οικονομία κουπονιών είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική για την ενθάρρυνση και ενίσχυση συμπεριφορών όπως η κοινωνική αλληλεπίδραση, η προσωπική φροντίδα αλλά και η ερασιτεχνική ενασχόληση με ένα επάγγελμα, σε σοβαρά και χρόνια διαταραγμένους ασθενείς καθώς και σε άτομα με νοητική υστέρηση. Σε αυτό το σημείο πρέπει να τονιστεί ότι, ακόμα κι

όταν πρόκειται για χώρους όπου συμβιώνουν πολλοί ασθενείς, η οικονομία κουπονιών πρέπει πάντα να εξειδικεύεται ανάλογα με τις ανάγκες του εκάστοτε μεμονωμένου ασθενούς. Ακόμη, η οικονομία κουπονιών φάνηκε αποτελεσματική στον περιορισμό της παιδικής επιθετικότητας και στη μείωση της έντασης των οικογενειακών συγκρούσεων.

Γενικά, θα λέγαμε ότι το κύριο χαρακτηριστικό της οικονομίας κουπονιών είναι η προσπάθεια που γίνεται από το θεραπευτή να εφαρμόσει κατά γράμμα στην πράξη τη συντελεστική εξαρτημένη μάθηση με σκοπό την αλλαγή της συμπεριφοράς.

Έτσι, επιλέγονται οι συμπεριφορές που κρίνονται ικανοποιητικές και επιθυμητές και έπειτα κατασκευάζονται εκείνοι οι ενισχυτές της συμπεριφοράς που θα προκαλέσουν την εκδήλωση των συγκεκριμένων συμπεριφορών. Είναι σαφές, λοιπόν, ότι μέσα από αυτή την προοπτική δίνεται μεγάλη έμφαση όχι στον τρόπο με τον οποίο το άτομο αντιδρά στο περιβάλλον, αλλά στο πώς το περιβάλλον επιδρά στον καθορισμό της συμπεριφοράς του ατόμου

Επίσης, ως προέκταση αυτής της θεραπευτικής προσέγγισης, δημιουργήθηκαν σε πολλές χώρες ομάδες κοινωνιολόγων μηχανικών, των οποίων έργο είναι η δημιουργία συγκεκριμένων περιβαλλοντικών συνθηκών. Εξάλλου, ήδη από την εποχή του, ο Watson πίστευε ότι μέσα από τον έλεγχο του περιβάλλοντος θα μπορούσε να εκπαιδεύσει ένα νήπιο να εκτελεί άριστα οποιεσδήποτε ειδικευμένες εργασίες επέλεγε ο ερευνητής. Έτσι, οι κοινωνιολόγοι μηχανικοί, επηρεασμένοι και από τον Skinner, δεν αρκέστηκαν στην απλή εφαρμογή της τεχνικής αυτής στη θεραπεία ασθενών και στον επαγγελματικό προσανατολισμό των ανθρώπων, αλλά διεύρυναν τις εφαρμογές της οικονομίας κουπονιών με σκοπό να καθορίζουν μέσα από τον έλεγχο του περιβάλλοντος ευρύτερες εκφάνσεις της ανθρώπινης συμπεριφοράς.³⁰

Μια άλλη είναι η μέθοδος της «πλημμύρας» κατά την οποία εκθέτει κανείς απότομα το άτομο στο φοβικό αντικείμενο, αλλά δεν έχει πάντα τα αναμενόμενα αποτελέσματα, γιατί μπορεί ο άρρωστος να υποστεί αγχώδη κρίση ή να μεταθέσει σε αλλού αντικείμενο την φοβία του.⁸

Σχετικά με το πρόγραμμα αυτοβοήθειας

Το πρόγραμμα που περιγράφεται στο παρόν εγχειρίδιο στόχο του έχει να παράσχει τις βασικές δεξιότητες που είναι απαραίτητες για τον έλεγχο των κρίσεων πανικού και την αντιμετώπιση της αγοραφοβίας. Πολλά χρόνια έρευνας και κλινικής εμπειρίας έχουν αποδείξει την αποτελεσματικότητα των τεχνικών που περιγράφονται εδώ. Δεν είναι όλες οι δεξιότητες που παρουσιάζονται κατάλληλες για τον καθένα, αλλά τουλάχιστον μερικές από αυτές θα αποδειχθούν χρήσιμες στους περισσότερους από σας. Είναι προτιμότερο να μην κρίνετε και απορρίπτετε εκ των προτέρων την αποτελεσματικότητα του κάθε βήματος, μέχρι να εξασκηθείτε στις τεχνικές για λίγο καιρό. Όπως και με τις περισσότερες δεξιότητες, χρειάζεστε χρόνο για να μάθετε τις τεχνικές διαχείρισης του άγχους. Επίσης τα οφέλη μπορεί να μην είναι άμεσα εμφανή.

Τα περισσότερα άτομα μπορούν να μελετήσουν διεξοδικά και να εφαρμόσουν αυτό το εγχειρίδιο σε έξι με οκτώ εβδομάδες, αυτή είναι μόνο μια πρώτη, χονδρική εκτίμηση. Το σημαντικότερο είναι να επεξεργαστείτε τα έξι βήματα με συστηματικό τρόπο και να προχωράτε στο επόμενο μόνο όταν θα έχετε εφαρμόσει και τελειοποιήσει τα προηγούμενα. Είναι σημαντικό επίσης να μην εφαρμόζετε το πρόγραμμα βιαστικά, αλλά να κατανοείτε τις τεχνικές και να εξασκείστε στις δεξιότητες, όσος χρόνος και αν χρειαστεί.

Πώς να χρησιμοποιήσετε αυτό το εγχειρίδιο

Η καλύτερη μέθοδος είναι να ξεφυλλίσετε τις σελίδες όπου παρουσιάζεται το πρόγραμμα και να διαμορφώσετε μια πρώτη ιδέα για τις τεχνικές και τα έργα που περιλαμβάνονται.

Έτσι το πρόγραμμα θα φαίνεται λιγότερο τρομακτικό και το άγχος σας σχετικά με τα όσα θα επακολουθήσουν θα περιοριστεί. Αφού εξοικειωθείτε με το εγχειρίδιο με αυτό τον τρόπο, μελετήστε καθένα από τα έξι βήματα με τη σειρά του, διαβάζοντας όλο το κεφάλαιο που αντιστοιχεί σε κάθε βήμα προτού επιχειρήσετε να κάνετε τις ασκήσεις και τα έργα που προτείνονται. Πριν προχωρήσετε στο επόμενο βήμα βεβαιωθείτε ότι κατανοήσατε κάθε βήμα και ότι είστε σε θέση να εφαρμόσετε με σιγουριά και άνεση τις τεχνικές που παρουσιάζονται. Αφού μελετήσετε συστηματικά και τα έξι βήματα, ξαναδιαβάστε το εγχειρίδιο για να ενδυναμώσετε τις δεξιότητες που έχετε μάθει.

Επιστρατεύοντας ένα βοηθό

Κατά τη διάρκεια αυτού του προγράμματος μπορεί να επιθυμείτε τη βοήθεια ενός φίλου ή συγγενή. Είναι ένας καλός τρόπος για να βεβαιωθείτε ότι θα εξασκηθείτε στις δεξιότητες και ότι θα διατηρήσετε το κίνητρο για να μελετήσετε όλο το βιβλίο. Ένας αξιόπιστος βοηθός θα σας υποστηρίξει στις δύσκολες αυτές στιγμές, όπου μπορεί να απογοητευτείτε ή να μπειτε στον πειρασμό να παραιτηθείτε. Θα σας βοηθήσει να αναγνωρίσετε τις επιτυχίες σας, ιδιαίτερα όταν οι ίδιοι δεν τις θεωρείτε σημαντικά κατορθώματα. Από την άλλη πλευρά, κάποιες φορές θα χρειαστεί να ολοκληρώσετε μόνοι σας ορισμένα έργα για να πετύχετε την πλήρη θεραπεία. Αυτό θα πρέπει να γίνει κατανοητό και από σας και από το βοηθό σας από την αρχή· θα χρειαστεί λοιπόν να συζητάτε τακτικά μαζί του το θέμα αυτό, για να μην καθυστερήσει η στιγμή της ανεξαρτητοποίησης σας.

Πρώτο βήμα

*Αναγνωρίστε πότε αισθάνεστε άγχος
και εντοπίστε τους εκλυτικούς παράγοντες του πανικού
(μαθαίνοντας να καταγράφετε με ακρίβεια τα σωματικά
και ψυχολογικά συμπτώματα του πανικού και των πηγών του στρες)*

Δεύτερο βήμα

*Εντοπίστε τους παράγοντες του τρόπου ζωής
που συντελούν στο άγχος και τις κρίσεις πανικού
(αλλάζοντας πτυχές του τρόπου ζωής για να μειώσετε
την πιθανότητα εμφάνισης των κρίσεων πανικού)*

Τρίτο βήμα

*Ελέγξτε τις κρίσεις πανικού (μαθαίνοντας τεχνικές για να ελέγχετε και να
εξαλείψετε τις κρίσεις πανικού)*

Τέταρτο βήμα

*Αλλάξτε τους αναποτελεσματικούς τρόπους σκέψης
(εντοπίζοντας, προκαλώντας και μαθαίνοντας
να αλλάζετε τους αρνητικούς τρόπους σκέψης)*

Πέμπτο βήμα

*Περιορίστε την ευαισθησία σε σωματικά αισθητηριακά αισθήματα
(μαθαίνοντας να μη φοβάστε τα «φυσιολογικά» σωματικά αισθητηριακά
αισθήματα)*

Έκτο βήμα

*Εφαρμόστε αυτές τις δεξιότητες στην πράξη
(ξεπερνώντας την αγοραφοβία και εδραιώνοντας έναν καινούριο τρόπο
ζωής).³⁰*

5.2

Φαρμακοθεραπεία

Οι απόψεις των ειδικών σχετικά με τη χρήση φαρμάκων στη διαταραχή πανικού διαφοροποιούνται. Πολλές έρευνες έχουν δείξει ότι φάρμακα όπως τα ήπια ηρεμιστικά, που είναι γνωστά ως βενζοδιαζεπίνες, και τα τρικυκλικά, που παραδοσιακά χρησιμοποιούνται στη θεραπεία της κατάθλιψης, είναι αποτελεσματικά στη μείωση των συμπτωμάτων του πανικού. Οι θεραπευτές που εκφράζουν ανησυχίες για τη χρήση φαρμάκων θίγουν τα παρακάτω ζητήματα:

- Πολλοί ασθενείς δεν επιθυμούν να πάρουν φάρμακα.
- Τα φάρμακα μπορεί να έχουν παρενέργειες που προκαλούν ανησυχία.
- Μερικά φάρμακα είναι δυνατόν να προκαλέσουν εξάρτηση μετά από μακροχρόνια χρήση και τα επακόλουθα συμπτώματα στέρησης μπορεί να μοιάζουν με το άγχος.
- Η λήψη φαρμάκων δεν βοηθά τον ασθενή να αποκτήσει τον έλεγχο του προβλήματος.
- Ορισμένα άτομα μπορεί να υποτροπιάσουν μετά από τη διακοπή της χρήσης φαρμάκων.
- Σε μερικές περιπτώσεις τα φάρμακα παρεμποδίζουν τις προσπάθειες μάθησης τεχνικών αυτοελέγχου.

Τα φάρμακα μπορεί να είναι αποτελεσματικά σε βραχυπρόθεσμη βάση: για παράδειγμα, όταν το άγχος είναι πάρα πολύ έντονο, οπότε το άτομο δεν μπορεί να αρχίσει να εξασκείται σε τεχνικές διαχείρισης του άγχους, ή σε περιστάσεις στις οποίες δεν είναι εύκολη η εφαρμογή ψυχολογικών θεραπειών. Όποτε όμως είναι δυνατόν, θα πρέπει να μην ακολουθείται φαρμακευτική θεραπεία ώστε να περιοριστεί η ανάγκη του πάσχοντα να χρησιμοποιήσει φάρμακα. Τέλος, όταν η χορήγηση ενός φαρμάκου

κρίνεται απαραίτητη, η χρήση του θα πρέπει να βρίσκεται κάτω από την άμεση επίβλεψη ενός έμπειρου γιατρού.

Έτσι θα εξασφαλιστεί ο προσεκτικός έλεγχος της δόσης, η ανίχνευση των πιθανών παρενεργειών και η σταδιακή διακοπή του φαρμάκου, όταν κριθεί απαραίτητο.

Είδη φαρμάκων

Τρικυκλικά φάρμακα

Τα τρικυκλικά φάρμακα είναι μια ομάδα φαρμάκων που αρχικά χρησιμοποιήθηκαν για τη θεραπεία της κατάθλιψης, αλλά στη συνέχεια καταδείχθηκε η αποτελεσματικότητά τους και σε πολλές άλλες παθήσεις, όπως είναι η διαταραχή πανικού, η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή και ο χρόνιος πόνος. Ο Donald Klein παρατήρησε ότι η ιμιπραμίνη περιόριζε τα συμπτώματα της διαταραχής πανικού και διεξοδικές έρευνες επιβεβαίωσαν την αποτελεσματικότητά αυτής της ουσίας και των σχετικών τρικυκλικών φαρμάκων στη θεραπεία του πανικού. Αυτά τα φάρμακα φαίνεται ότι αυξάνουν την επίδραση ορισμένων φυσικών χημικών ουσιών στον εγκέφαλο, των νευροδιαβιβαστών, που μεταδίδουν σήματα ανάμεσα στα νεύρα. Η επαναλειτουργία αυτών των νευρικών οδών φαίνεται ότι σταθεροποιεί το άγχος.

Τα συγκεκριμένα φάρμακα συνήθως λαμβάνονται το βράδυ και η δόση αυξάνεται σταδιακά. Οι θετικές επιδράσεις γίνονται εμφανείς σε μία ως τρεις εβδομάδες. Οι πιθανές παρενέργειες είναι η καταστολή γι' αυτό και είναι προτιμότερο το φάρμακο να λαμβάνεται το βράδυ, η ξηροστομία, η θόλωση της όρασης και, μερικές φορές, η ορθοστατική υπόταση. Μερικές φορές οι άνθρωποι με διαταραχή πανικού παρατηρούν ότι αισθάνονται νευρικότητα και ένταση όταν αρχίζουν να παίρνουν φάρμακα αυτού του τύπου. Αυξάνοντας τη δόση σταδιακά με μεγάλη προσοχή, οι παρενέργειες μπορεί να ελαττωθούν αν εμφανιστούν, συνήθως υποχωρούν μετά από μερικές εβδομάδες θεραπείας. Παρόλο

που αυτά τα φάρμακα, σε γενικές γραμμές, είναι ασφαλή για όσους δεν αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας, δεν είναι κατάλληλα για όσους πάσχουν από προβλήματα στην καρδιά και το συκώτι. Επίσης, πρέπει να σημειωθεί ότι υπάρχουν κίνδυνοι σε περίπτωση υπερδοσολογίας ή λήψης του φαρμάκου σε συνδυασμό με αλκοόλ ή άλλα φάρμακα.

Στη θεραπεία της διαταραχής πανικού χρησιμοποιούνται νεότερες ομάδες φαρμάκων: οι εκλεκτικοί αναστολείς πρόσληψης σερο-τονίνης ή SSRI (φλουοξετίνη-Ladose, παροξετίνη-Seroxat και σετραλίνη-ZoIoft) και οι αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης ή MAOI (μοκλοβεμίδη-Aurorix).

Τα παραπάνω φάρμακα είναι ασφαλέστερα για όσους πάσχουν από κάποια σοβαρή σωματική πάθηση και έχουν λιγότερες παρενέργειες. Συνήθως λαμβάνονται το πρωί, γιατί μπορεί να διαταράξουν τον ύπνο στα αρχικά στάδια της θεραπείας. Άλλες πιθανές παρενέργειες είναι οι πονοκέφαλοι και η ναυτία, που όμως υποχωρούν μετά τις πρώτες εβδομάδες θεραπείας. Παρόλο που αυτά τα φάρμακα φαίνεται να υπόσχονται πολλά, χρειάζονται περαιτέρω έρευνες για να επιβεβαιωθεί η αποτελεσματικότητά τους στη διαταραχή πανικού.

Οι βενζοδιαζεπίνες ή τα ήπια ηρεμιστικά

Η ομάδα φαρμάκων που ονομάζονται «βενζοδιαζεπίνες» συνταγογραφούνται συχνά για τη διαταραχή πανικού. Η ουσία που έχει ερευνηθεί εκτενέστατα σε αυτή την ομάδα είναι η αλπραζολάμη (Xanax), που είναι το ίδιο αποτελεσματική με την ιμιπραμίνη.

Μία από τις πιο σημαντικές παρενέργειες αυτής της ουσίας είναι το αίσθημα καταστολής και η διάσπαση της προσοχής. Τα βασικότερα μειονεκτήματα αυτής της ομάδας είναι η ανάπτυξη ανοχής στο φάρμακο, δηλαδή όσο προχωρά η θεραπεία ίσως χρειάζεται να αυξάνεται η δόση για να επιτευχθεί το ίδιο αποτέλεσμα, η πρόκληση εθισμού και ο κίνδυνος εμφάνισης άλλων δυσάρεστων παρενεργειών, αν το φάρμακο διακοπεί απότομα. Αυτά τα στερητικά συμπτώματα μοιάζουν με τα

συμπτώματα του πανικού και, επομένως, αποθαρρύνουν τα άτομα να διακόψουν τη λήψη του φαρμάκου. Η μείωση της δόσης θα πρέπει λοιπόν να ελέγχεται από έναν έμπειρο γιατρό. Πολλοί γιατροί προτείνουν την επιλεκτική χρήση αυτών των φαρμάκων, και μόνο για μια σύντομη περίοδο, με σκοπό (σε μακροχρόνια βάση) να υποκαταστήσουν τη φαρμακοθεραπεία για τον έλεγχο του άγχους με μη φαρμακευτικές μεθόδους.

Άλλα φάρμακα

Περιστασιακά οι γιατροί συνταγογραφούν ένα β-αναστολέα (Inderal) ο οποίος συνήθως χρησιμοποιείται για τη θεραπεία της υψηλής πίεσης και κάποιων άλλων καρδιακών προβλημάτων για να περιορίσουν ή να απαλείψουν μερικά από τα σωματικά συμπτώματα του πανικού, ιδιαίτερα το τρεμούλιασμα και την ταχυκαρδία. Αυτή η ουσία επενεργεί ελάχιστα στα ψυχολογικά συμπτώματα που εμφανίζονται στην κρίση πανικού. Όταν όμως τα σωματικά συμπτώματα είναι λιγότερο έντονα, αρκετοί θεωρούν ότι μπορούν να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικότερα τις κρίσεις τους.

Η βουσπιρόνη είναι ένας άλλος παράγοντας που έχει χρησιμοποιηθεί επιτυχημένα στη θεραπεία πολλών μορφών άγχους ωστόσο, συχνότερα για το γενικευμένο άγχος παρά για τον πανικό. Όπως συμβαίνει και με τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα, η θετική επίδραση μπορεί να καθυστερήσει. Γιαυτό το λόγο το συγκεκριμένο φάρμακο είναι απαραίτητο να λαμβάνεται για μερικές εβδομάδες ώσπου να επιτευχθεί το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα.¹³

5.3

ΥΠΝΩΣΗ ΜΕ ΥΠΟΒΟΛΗ, ΝΑΡΚΟΑΝΑΛΥΣΗ, ΗΛΕΚΤΡΟΣΠΑΣΜΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο

ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Η έναρξη των περισσότερων φοβικών διαταραχών τοποθετεί στο τέλος της μετεφηβικής ηλικίας. Πρωτογενής φοβικές διαταραχές πολύ σπάνια εμφανίζονται μετά την ηλικία των 45 ετών. Η πορεία είναι χρόνια και ένταση τους διακυμαίνεται, επιδεινούμενη από στρεσογόνα γεγονότα. Η πρόγνωση είναι σχετικά καλή: 30-40 % των ασθενών εμφανίζουν πολύ μεγάλη βελτίωση, 30-50 % έχουν συμπτώματα αλλά ζουν μια κανονική ζωή και μόνο 10-20 % χρονίζουν επιδεινούμενοι. Οι κρίσεις πανικού, οι καταθλιπτικές διαταραχές, η κατάχρηση ουσιών και οι απόπειρες αυτοκτονίας συνοδεύουν συχνά τα φοβικά σύνδρομα.⁹

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

7.1

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

Οι νευρώσεις έχουν βαθιές ρίζες, χρειάζεται μεγάλο χρονικό διάστημα μέχρι να παρουσιαστούν τα πρώτα συμπτώματα και πολύ αργότερα εμφανίζεται η ψυχοπαθολογία τους, με τις γνωστές ψυχοσωματικές διακυμάνσεις.

Οι νευρώσεις δεν καταπολεμούνται με χάπια. Το θεραπευτικό σχήμα είναι: ψυχοδυναμική διείσδυση στην προσωπικότητα που ασθενή, επιστημονικά τεκμηριωμένη .επιχειρηματολογία για την γένεση των συμπτωμάτων, ψυχοβιολογική και νευροφυσιολογική ανατομία των σωματικών διαταραχών στο πρώτο στάδιο. Στην συνέχεια εφαρμόζω την αυτογενή άσκηση ως θεραπεία, προετοιμάζοντας τον ασθενή μου για την υπνοθεραπεία με την βοήθεια της οποίας αρχίζω να μειώνω την οποιαδήποτε φαρμακοθεραπεία. Οι περιπτώσεις αυτές χρειάζονται πολύπλευρη αντιμετώπιση, γιατί το φοβικό στοιχείο δεν εκφυλλίζεται γρήγορα. Τα άτομα αυτά επαναλαμβάνονται συνεχώς, είναι καχύποπτα και αμφισβητούν εύκολα και αβασάνιστα κάθε μορφή θεραπείας που τους προτείνεται. Εάν τα αποτελέσματα δεν είναι άμεσα, τότε ο ασθενής θα ην σταματήσει χωρίς να μας προειδοποιήσει.¹⁹

Αναγκαίο είναι να δημιουργηθεί ένα υποστηρικτικό, ψυχοθεραπευτικό πλαίσιο αισιοδοξίας, συμπράστασης και αγωνιστικότητας.¹²

Η εμπιστοσύνη είναι μία από τις βασικές προϋποθέσεις για να βοηθήσουμε τον ασθενή θεραπευτικά. Η ψυχοθεραπεία δεν είναι πειραματική ψυχολογία, δεν είναι ψυχαγωγία αλλά ούτε και απασχόληση. Ο νοσηλευτής όχι μόνο πρέπει να ταυτίζεται με το πρόβλημα του ασθενή του, αλλά πάνω απ' όλα πρέπει να μπορεί, με αμεσότητα και δυναμική επιστημονική επιχειρηματολογία, να φτάνει

στην ρίζα του προβλήματος μέσα από την σύνθεση και την ανάλυση της συμπτωματολογίας.¹⁹

Ο νοσηλευτής αφού κάνει τις πρώτες του εκτιμήσεις και σκέψεις για το πρόβλημα του ασθενή κατά τις πρώτες προκαταρκτικές συνεδρίες, κατόπιν θα πρέπει να εξηγήσει στον ασθενή πώς παράγονται και αναπαράγονται τα συμπτώματα που τον κάνουν να νιώθει άσχημα, θα τον ενημερώσει δίνοντας του κατάλληλα διευκρινιστικά φυλλάδια και απλά βιβλία για την φύση της αρρώστιας του, θα τον καθησυχάσει και θα τον κινητοποιήσει ώστε να συμφωνήσουν μαζί για την θεραπεία που θα ακολουθηθεί. Η σωστή ενημέρωση παίζει καθοριστικό ρόλο στην θεραπεία γιατί έτσι δίνεται η ευκαιρία στον ασθενή να κατανοήσει τι ακριβώς του συμβαίνει και να μάθει να ελέγχει τις φοβίες του με αποτέλεσμα να είναι δυνατόν το πρόβλημα του να μην καταστεί χρόνιο. Αντίθετα, απλές εξηγήσεις και επιβεβαιώσεις του τύπου «δεν έχεις τίποτα», δεν είναι αποτελεσματικές μέθοδοι.²⁰

Το άτομο αξιολογεί την βελτίωση του και επερχόμενες αλλαγές του πριν, κατά την διάρκεια και μετά το πέρας της θεραπείας. Για το λόγο αυτό είναι αναγκαία η συμπλήρωση ειδικών ερωτηματολογίων, οι κρατήσεις ημερολογίων και η καταγραφή ψυχοφυσιολογικών ενδείξεων. Ο ασθενής θα πρέπει να σημειώνει οτιδήποτε ασυνήθιστο συμβαίνει στην διάρκεια της ημέρας. Τα απρόβλεπτα γεγονότα μπορεί να εντείνουν το βαθμό του άγχους και να επιδεινώσουν το συναίσθημα του φόβου. Οι σημειώσεις αυτές θα διαφωτίσουν το αν ο φόβος είναι συγκεκριμένος για παράδειγμα η κοινωνική φοβία, ή αν είναι γενικότερη φοβία που κάνει τον ασθενή να φοβάται τους πάντες και τα πάντα.²

Η αγοραφοβία συνοδεύεται από φόβο αποτυχίας, κριτικής και κοινωνικής αποφυγής, ο νοσηλευτής είναι σκόπιμο να αρχίσει με εξάσκηση για απαιτητική συμπεριφορά, να μάθει στον ασθενή κοινωνικές δεξιότητες ώστε να αυξηθεί η αυτοεκτίμησή του. Η πορεία

της φοβίας εξαρτάται και από τις συμπεριφορές των ανθρώπων του περιβάλλοντος του φοβικού που πολλές από αυτές εκδηλώνονται από καλή πρόθεση.¹⁰

Γιαυτό ο νοσηλευτής πρέπει να διερευνήσει εάν η οικογένεια παίζει θετικό ή αρνητικό και ιδιαίτερα στην περίπτωση της αγοραφοβίας. Εάν διαπιστώσει ότι ο/η σύζυγος ή άλλος στενός συγγενής παίζει θετικό ρόλο ενισχυτή, τότε θα πρέπει να προχωρήσει σε θεραπεία ζεύγους ή οικογένειας ώστε να αλλάξουν οι συνθήκες ενίσχυσης. Πολλές φορές όμως μπορεί να συμβεί το αντίθετο.²

Τυπικό παράδειγμα είναι ο σύζυγος που ανησυχεί για την υγεία της γυναίκας του, δείχνει μεγάλη φροντίδα για αυτή και την παροτρύνει να παραμείνει μέσα στο σπίτι, με αποτέλεσμα η εξάρτηση της από αυτόν να αυξάνει. Άλλες φορές πάλι, είναι βολικό για την οικογένεια ένα μέλος της να παραμένει στο σπίτι όλη μέρα. Ίσως ακόμα ο σύζυγος να νιώθει ασφαλής όταν η γυναίκα του μένει στο σπίτι, επειδή πιστεύει ότι έτσι θα του είναι πιστή. Πράγματι πολλές συμπεριφορές μας ενθαρρύνουν έναν αγοραφοβικό να εξαρτηθεί από εμάς, μάλιστα. Αυτό δεν το συνειδητοποιούμε πάντοτε και έτσι το πρόβλημα διαιωνίζεται.¹⁰

Ο βαθμός άγχους ενός ατόμου μπροστά σε επικίνδυνες ή απειλητικές καταστάσεις εξαρτάται και από τη προσωπικότητα και την ευαισθησία του απέναντι στις καταστάσεις αυτές.²⁶

Υποχρέωση του νοσηλευτή προς τον ασθενή είναι η εκπαίδευση του στον έλεγχο του άγχους. Αναλυτικότερα περιλαμβάνει ασκήσεις μυοχαλάρωσης και ελέγχου της αναπνοής, ώστε να βοηθηθεί ο ασθενής να νιώσει πιο άνετα σε καταστάσεις stress. Η χαλάρωση εφαρμόζεται κυρίως όταν διαπιστώνεται υπερβολική και παρατεταμένη εγρήγορση που βιώνεται ως μυϊκή ένταση. Οι ασκήσεις αναπνοής εφαρμόζονται κυρίως στις περιπτώσεις που διαπιστώνεται ύπαρξη δυσλειτουργικού τύπου αναπνοής, όπως π. χ: ο ασθενής αναπνέει πολύ γρήγορα, πολύ

βαθιά, με χασμουρητά, ακανόνιστα, από το στόμα και κ.ο.κ με αποτέλεσμα κάποιου είδους υπέρπνοια. Η υπέρπνοια προκαλεί ζάλη, σύγχυση, θαμπή όραση, αποπροσωποποίηση, ταχυκαρδία, ιδρώτας, μυϊκός τρόμος, αδυναμία, αιμωδίες. Η εκπαίδευση συνίσταται στην ομαλοποίηση και τον έλεγχο της αναπνοής, ιδίως την στιγμή κοινωνικής έκθεσης του ατόμου.

Όσον αφορά την εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες, απευθύνεται κυρίως σε εκείνους τους ασθενείς με κοινωνική φοβία, που έχουν έλλειμμα στην εκτέλεση κοινωνικών δραστηριοτήτων. Πρόκειται για ασκήσεις κοινωνικής ευελιξίας, όπως για παράδειγμα να μπορεί το άτομο να ανευρίσκει τα κατάλληλα θέματα για συζήτηση, ασκήσεις για αύξηση της λεκτικής και μη επικοινωνίας, εγκατάσταση και διατήρηση φιλικών σχέσεων κ.ο.κ. Οι ασθενείς εκπαιδεύονται σε ένα συστηματικό τρόπο σκέψης, με στόχο να εντοπίσουν, να αξιολογήσουν και να τροποποιήσουν τις καταστροφολογικές διερμηνείες ενώπιον κοινωνικών καταστάσεων, καθώς και την αρνητική αντίληψη αναφορικά με την ικανότητα τους να τα βγάλουν πέρα.²⁷

Άλλοι μέθοδοι που μπορεί ο νοσηλευτής να βοηθήσει στον ασθενή να ξεπεράσει τους φόβους του, είναι η λεκτική ερμηνεία και ενθάρρυνση (κουράγιο), επίσης είναι η λεκτική ερμηνεία και μαζί με πρακτική επίδειξη που θα αποδεικνύει ότι το αντικείμενο ή η κατάσταση που προκαλεί το φόβο δεν είναι επικίνδυνα. Αναγκαία είναι η παρουσίαση παραδειγμάτων έλλειψης φόβου όσον αφορά το αντικείμενο ή την κατάσταση. Τέλος, καλό θα ήταν η δημιουργία προϋποθέσεων έτσι ώστε να πιστέψει ο φοβικός, ότι το αντικείμενο του φόβου δεν είναι επικίνδυνο αλλά ευχάριστο, ή τουλάχιστον «ουδέτερο».²⁰

7.2

ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

1. Μείωση του επιπέδου τόσο του γενικευμένου όσο και του περιστασιακού άγχους
2. Μείωση των ενοχλητικών ψυχολογικών συμπτωμάτων
3. Μείωση της συμπεριφοράς της αποφυγής
4. Μείωση των προεκτάσεων των φοβιών στην καθημερινή ζωή.²⁰

7.3

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η αποφυγή φοβογόνων καταστάσεων κάνει το φόβο να γίνει εντονότερος. Έτσι, ακολουθώντας μια σειρά από συγκεκριμένα βήματα μπορεί κάποιος να βοηθηθεί να υπερνικήσει το φόβο του.

1. Ενθαρρύνετε τον ασθενή να εξασκηθεί σε μεθόδους ελεγχόμενης αναπνοής, για να μειώσει τα σωματικά συμπτώματα του φόβου.
2. Ζητήστε από τον ασθενή να κάνει ένα κατάλογο με όλες τις καταστάσεις που φοβάται και αποφεύγει, ενώ άλλα άτομα δεν τις φοβούνται.
3. Συζητήστε με τον ασθενή τρόπους να αμφισβητεί αυτούς τους υπερβολικούς φόβους (π.χ ο ασθενής υπενθυμίζει στον εαυτό του «αισθάνομαι λίγο αγχώδεις επειδή υπάρχει μεγάλος συνωστισμός. Το συναίσθημα αυτό θα περάσει σε λίγα λεπτά».
4. Σχεδιάστε μια σειρά από βήματα, για να ενδυναμώσετε τον ασθενή να αντιμετωπίσει και να εξοικειωθεί με τις φοβογόνες καταστάσεις:
 - > Καθορίστε ένα μικρό πρώτο βήμα προς την φοβογόνο κατάσταση (π.χ απομακρυνθείτε λίγο από το σπίτι σας μαζί με ένα μέλος της οικογένειας).

> Σε αυτό το βήμα θα πρέπει να εξασκηθείτε μία ώρα κάθε μέρα μέχρι να μην σας προκαλεί πλέον φόβο.

> Αν η φοβογόνος κατάσταση προκαλεί ακόμα άγχος, ο ασθενής θα πρέπει να εξασκηθεί σε ήσυχη και χαλαρή αναπνοή, λέγοντας στον εαυτό του, ότι ο πανικός θα περάσει σε 30 λεπτά. Ο ασθενής δεν θα πρέπει να εγκαταλείπει τη φοβογόνο κατάσταση μέχρι να υποχωρήσει ο φόβος.

Προχωρήστε σε ένα ελαφρά πιο δύσκολο βήμα και επαναλάβετε την διαδικασία (π.χ μείνετε περισσότερο χρόνο μακριά από το σπίτι).

> Μην παίρνετε οινόπνευμα ή αγχολυτικά φάρμακα για τέσσερις τουλάχιστον ώρες πριν εξασκηθείτε σε αυτά τα βήματα.

> Επιλέξτε ένα φίλο ή μέλος της οικογένειας που θα σας βοηθήσει να υπερικήσετε το φόβο. Ομάδες αυτοβοήθειας μπορεί να βοηθήσουν να αντιμετωπίστε φοβογόνες καταστάσεις.

> Ο ασθενής θα πρέπει να αποφεύγει να χρησιμοποιεί οινόπνευμα ή βενζοδιαζεπινικά φάρμακα για να αντεπεξέλθει σε φοβογόνες καταστάσεις. Σκεφτείτε την παραπομπή σε ειδικό, όταν οι φόβοι που αδρανοποιούν τον ασθενή (π.χ όταν είναι ανίκανος να βγει από το σπίτι) επιμένουν. Η ψυχοθεραπεία συμπεριφοράς, αν είναι διαθέσιμη, μπορεί να είναι αποτελεσματική σε ασθενείς που δεν βελτιώνονται.²⁸

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Ο φόβος επιδρά ανάλογα με την δομή και της συγκρότηση της ιδιοσυγκρασίας του ατόμου. Εάν και πόσο δυναμικά μπορεί να ελέγξει τις εσωτερικές του ανησυχίες, τις αγωνίες, τις αντιθέσεις, τους πόνους και την παθολογική ή ψυχική νοσηρότητα. Πόσο εύκολα ή δύσκολα μπορεί να ελέγξει τον εαυτό του και ιδιαίτερα τις ψυχικές του διαθέσεις, πόση ψυχική αντοχή διαθέτει ώστε να διασκεδάσει την όλη διάσταση του βιώματος, τι νοσηρές προεκτάσεις δίνει στο συμβάν, ώστε στην οποιαδήποτε παλινδρόμηση να μην υπάρξουν επιπλοκές και υποτροπή. Και, βέβαια, βασικός παράγοντας είναι η όλη φιλοσοφία του ατόμου, η ιστορική του εξέλιξη, τα βιώματα και η κουλτούρα του.²⁰

Και όμως, ακόμη και στα συγκροτημένα άτομα, και ο φόβος εκφράζεται και η ανησυχίες κορυφώνονται και τα αισθήματα προσεγγίζουν τα όρια της υπερβολής.

Γεγονός είναι πως ο φόβος είναι συνδεδεμένος, ταυτισμένος θα λέγαμε, με τις ψυχοβιολογικές διαταραχές, με στρεσογόνους ερεθισμούς, με αγχώδεις καταστάσεις, με την σύνθεση και την δομή του κοινωνικού συστήματος, με υπαρξιακά προβλήματα και με τους ρόλους που καλείται να παίξει το άτομο προκειμένου να επιβιώσει και επιπλεύσει στα δρώμενα και στην ρευστότητα του κοινωνικού « γίγνεσθαι».³⁰

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1) ΡΑΓΙΑ ΑΦΡΟΔΙΤΗ.ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ. Γ' ΕΚΔΟΣΗ ΒΕΛΤΙΩΜΕΝΗ 2001
- 2) REIFFER VERA . ΦΟΒΟΙ ΚΑΙ ΦΟΒΙΕΣ. ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΔΙΟΠΤΡΑ 1997
- 3) Dr. ΚΑΣΒΙΚΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ . ΝΙΚΗΣΤΕ ΤΙΣ ΦΟΒΙΕΣ. ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΛΗΘΗ ΑΘΗΝΑ 1991
- 4) Φ.ΣΚΟΥΡΑΣ.Α.ΧΑΤΖΗΔΗΜΟΣ.Α.ΚΑΛΟΥΤΣΗΣ.Γ.ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ. Η ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΠΕΙΝΑΣ, ΤΟΥ ΦΟΒΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ. ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΟΔΥΣΣΕΑΣ ΕΠΕ ΠΡΩΤΗ ΕΚΔΟΣΗ 1991
- 5) WWW.IATRONET.GR
- 6) ΙΩΑΝΝΟΥ.Ν.ΠΑΡΑΣΚΕΥΟΠΟΥΛΟΥ.ΚΛΙΝΙΚΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ-ΔΙΑΓΝΩΣΗ, ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ. ΑΘΗΝΑ 1988
- 7) Α.ΚΑΛΑΝΤΖΗ-ΑΖΙΖΙ.Ν.ΔΕΓΛΕΡΗΣ.ΘΕΜΑΤΑ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ.ΤΟΜΟΣ Α'.Γ ΕΚΔΟΣΗ ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ ΑΘΗΝΑ 1992
- 8) ΧΡ.Β.ΡΑΜΜΟΣ. ΠΕΡΙΕΚΤΙΚΕΣ ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ. ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΙΔΗ.ΘΕΣ/ΝΙΚΗ 2000
- 9) ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ Α' ΤΟΜΟΣ.ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΒΗΤΤΑ 2000
- 10) Γ.ΜΠΟΥΛΟΥΓΟΥΡΗΣ. ΦΟΒΙΕΣ ΚΑΙ Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥΣ. Γ' ΕΚΔΟΣΗ ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ ΑΘΗΝΑ 1996

- 11) Π. ΚΑΣΤΕΛΛΑΚΗΣ. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΜΟΡΙΑΚΗΣ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΒΙΟΛΟΓΙΚΟ ΥΠΟΣΤΡΩΜΑ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ. ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΕΛΛΗΝ 1997
- 12) ΜΑΝΟΥ ΝΙΚΟΣ . ΒΑΣΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ. ΕΚΔΟΣΕΙΣ UNIVERSITY STUDIO PRESS 1997
- 13) Φ. ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ. ΕΓΧΕΙΡΙΔΙΟ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ. ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΛΙΤΣΑΣ 1992
- 14) Ι.ΜΠΟΥΛΟΥΓΟΥΡΗΣ. ΘΕΜΑΤΑ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ. ΣΤΕΦΑΝΗΣ ΚΑΙ ΣΥΝΕΡΓΑΤΕΣ. ΑΘΗΝΑ. ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣ/ΝΙΚΗΣ ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ Ε.ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ,Α.ΠΑΡΑΣΧΟΣ. ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΜΑΣΤΟΡΙΔΗ ΘΕΣ/ΝΙΚΗ 1996
- 15) Ε.ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ,ΠΑΡΑΣΧΟΣ.ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΜΑΣΤΟΡΙΔΗ.ΘΕΣ/ΝΙΚΗ 1996. Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ ΚΑΙ Η ΛΗΨΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ.ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΕΙΟ ΠΑΝ/ΜΙΟ ΘΕΣ/ΝΙΚΗΣ
- 16) ΣΑΚΕΛΛΑΡΟΠΟΥΛΟΣ. ΕΓΧΕΙΡΙΟ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΩΝ. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.Α' ΤΟΜΟΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΠΑΠΑΖΗΣΗ 1995
- 17) WWW.STRESS.GR
- 18) Γ.Ζ.ΜΑΡΙΝΟΣ-ΣΤ.ΑΝΘΟΠΟΥΛΟΣ. ΝΕΥΡΩΣΕΙΣ-ΔΙΑΓΝΩΣΗ-ΘΕΡΑΠΕΙΑ. ΝΕΑ ΣΥΝΟΡΑ Α.Α.ΑΘΗΝΑ 1999
- 19) HERIBERIT MARITIN . ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΕΦΗΒΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ. ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ. ΑΘΗΝΑ 1996
- 20) ΓΕΩΡΓΑΡΑΣ ΑΝΔΡΕΑΣ . ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ. ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ

- 21) Α.ΚΑΝΤΖΗ-ΑΖΙΖΙ. ΕΦΑΡΜΟΣΜΕΝΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ. Ε' ΕΚΔΟΣΗ ΒΕΛΤΙΩΜΕΝΗ. ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ.ΑΘΗΝΑ 1999
- 22) .Ι.ΜΠΑΛΟΓΙΑΝΝΗΣ.ΣΤΑΥΡΟΣ. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΙΜΑΝΤΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ. ΕΚΔΟΣΕΙΣ Π.ΠΟΥΡΝΑΡΑ. ΘΕΣ/ΝΙΚΗ 1986
- 23) ΧΑΝΤΦΙΛΑΝΤ ΤΖΕΙΜΣ . ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΗΓΕΙΑ. Β' ΕΚΔΟΣΗ. ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΘΥΜΑΡΙ. ΑΘΗΝΑ 1991
- 24) Π.ΧΑΡΤΟΚΟΛΛΗΣ. ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ. ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΘΕΜΕΛΙΟ Β' ΕΚΔΟΣΗ 1991
- 25) ΚΑΛΠΑΚΟΓΛΟΥ ΘΩΜΑΣ. ΓΝΩΣΙΑΚΗ ΘΕΩΡΙΑ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ. ΑΓΧΟΣ ΚΑΙ ΠΑΝΙΚΟΣ Β' ΕΚΔΟΣΗ ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ ΑΘΗΝΑ 1998
- 26) Ν.ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ.ΤΡΙΜΗΝΙΑΙΑ ΕΚΔΟΣΗ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΙΑΣ ΤΟΜΟΣ 10' ΕΚΔΟΣΗ ΖΕΒΕΛΑΚΗ & ΣΙΑ 1999
- 27) Ν.ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ,ΑΛΕΒΙΖΟΣ,ΜΑΥΡΕΑΣ. ΟΙ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΗ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ. ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ. ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΒΗΤΤΑ 1998
- 28) Κ.ΣΟΛΔΑΤΟΣ. ΑΓΧΩΔΕΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ. ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ ΑΘΗΝΩΝ 2000
- 29) Γ.Α.ΠΟΤΑΜΙΑΝΟΣ.Δ'ΕΚΔΟΣΗ.ΘΕΩΡΙΕΣ,ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ Σ, ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗ.ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ ΑΘΗΝΑ 1999
- 30) DERIRILCK SILOVE-VIJAYA MANICAVASAGARI. ΞΕΠΕΡΝΩΝΤΑΣ ΤΟΝ ΠΑΝΙΚΟ. ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ ΝΙΚΟΣ ΒΟΥΛΑΛΑΣ. ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ ΑΘΗΝΑ 2000.Θ.ΚΑΛΠΑΚΟΓΛΟΥ

