

Α.Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΘΕΜΑ: ΦΟΒΙΕΣ ΚΑΙ**

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ**

**ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ**



ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: ΓΚΟΓΚΟΝΗ ΑΝΙΤΑ

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ: ΓΑΚΗ ΕΛΕΝΗ

ΠΑΤΡΑ 2004

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	6024
----------------------	------

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	6
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο.....	11
<i>ΑΓΟΡΑΦΟΒΙΑ</i> .....	11
1.1. Ορισμοί.....	12
1.2. Κλινικά Χαρακτηριστικά.....	13
1.3. Επιδημιολογικά στοιχεία - Επιπολασμός.....	15
1.4. α) Αιτιολογία.....	15
1.4.β) Παθογενετικοί μηχανισμοί.....	16
1.5. Διαταραχή πανικού και αγοραφοβία.....	18
1.6. Έναρξη της Φοβίας.....	20
1.7. Διάγνωση.....	21
1.8. Διαφορική διάγνωση.....	23
1.9. Γιατί μερικοί άνθρωποι αναπτύσσουν αγοραφοβία.....	25
1.10. Θεραπεία αγοραφοβίας.....	27
1.11. Επίπτωση της αγοραφοβίας.....	31
1.12. Πρόγνωση αγοραφοβίας.....	32
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο.....	35
<i>ΕΙΔΙΚΕΣ ΦΟΒΙΕΣ (πρώην απλή φοβία)</i> .....	35
2.1. Ορισμοί - Κλινικά χαρακτηριστικά.....	35
2.2. Συνοδές διαταραχές - επιπλοκές.....	36

2.3. Διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV για την ειδική φοβία .....	39
2.4. Επιδημιολογικά στοιχεία .....	40
2.5. Έναρξη - Πορεία - Πρόγνωση .....	41
2.6. Διαφορική διάγνωση .....	41
2.7. Αίτια της Ειδικής Φοβίας .....	43
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3°</b> .....	<b>48</b>
<i>ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΦΟΒΙΑ (ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΑΓΧΟΥΣ)</i> .....	<i>48</i>
3.1. Ορισμός Κοινωνικής Φοβίας - Κλινικά χαρακτηριστικά .....	48
3.2. Συμπτωματολογία .....	49
3.3. Επιδημιολογικά χαρακτηριστικά .....	50
3.4. Διάγνωση: Διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV για την κοινωνική φοβία .....	50
3.5. Συνοδά συμπτώματα και σημεία - Συνοδές διαταραχές - Επιλοκές .....	52
3.6. Έναρξη - Πορεία - Πρόγνωση .....	53
3.7. Διαφορές Αγοραφοβίας από την Κοινωνική Φοβία .....	53
3.8. Θεραπεία της Ειδικής και Κοινωνικής Φοβίας .....	54
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4°</b> .....	<b>59</b>
<i>Σχολική Φοβία</i> .....	<i>59</i>
4.1. Ορισμός - Κλινική εικόνα .....	59
4.2. Επίπτωση - Επιδημιολογικά χαρακτηριστικά .....	60
4.3. Αιτιολογία .....	60
4.4. Αντιμετώπιση .....	61
4.5. Παραδοσιακή Ψυχοδυναμική θεραπεία με Εμπλοκή Νοσηλείας .....	62

4.6 Ταχείες θεραπείες της Σχολειοφοβίας.....	64
4.7. Πρόληψη.....	67
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 <sup>ο</sup> .....	71
<i>ΨΥΧΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΗ ΚΑΤΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ –</i>	
<i>ΙΔΕΟΨΥΧΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ .....</i>	<i>71</i>
5.1. Ορισμοί.....	71
5.2 Κλινικά συμπτώματα.....	72
5.3 Διάγνωση - Διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV.....	73
5.4. Διαφορική διάγνωση.....	75
5.5 Συμπτώματα και σημεία. Συνοδές διαταραχές. Επιπλοκές.....	76
5.6 Επιδημιολογικά στοιχεία.....	77
5.6. Αιτιολογία Ψ.Κ.Δ. ....	78
5.8 Θεραπεία της Ψ.Κ.Δ. ....	80
5.9. Θεωρίες κατά Sigmund Freud.....	83
5.10 Μελλοντικές προοπτικές .....	84
5.11. Πρόγνωση και πορεία Ι.Ψ.Δ. ....	84
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο .....	89
<i>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ .....</i>	<i>89</i>
1.1. Θεραπευτική προσέγγιση - Νοσηλευτικές παρεμβάσεις.....	89
1.2. Σκοποί.....	90
1.3. Νοσηλευτική αντιμετώπιση ασθενούς με κατάθλιψη (Αγοραφοβία) .....	91
1.4 Κριτήρια αξιολόγησης νοσηλευτικών παρεμβάσεων .....	94
1.5 Τρόποι (τεχνικές) αντιμετώπισης των φοβιών.....	94
1.6. Αναμενόμενα αποτελέσματα.....	95

---

1.7 Τα δικαιώματα του ψυχικά αρρώστου .....	95
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο .....	100
<i>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΕΠΙ ΚΛΙΝΙΚΟΥ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΙΔΕΟΨΥΧΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ (Ι.Ψ.Δ.) .....</i>	<i>100</i>
Περιγραφή της περίπτωσης της κας Κ. ....	100
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ .....	110
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....	112

**ΠΡΟΛΟΓΟΣ**

---

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Κάθε άνθρωπος σχεδόν, έχει νιώσει το συναίσθημα του φόβου· είναι μια φυσιολογική αντίδραση του ζώου και του ανθρώπου όταν έχει να αντιμετωπίσει κίνδυνο. Ο φόβος οδηγεί αμέσως τον οργανισμό σε δράση, ενεργοποιώντας τους ομοιοστατικούς και προσαρμοστικούς του μηχανισμούς, για να αποφύγει έτσι τον κίνδυνο ή την απειλή. Εάν δεν υπήρχε η απειλή του φόβου, ίσως το ανθρώπινο γένος να είχε εξαφανισθεί.



**ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η φοβία είναι ένας επίμονος και παράλογος φόβος για ένα συγκεκριμένο αντικείμενο, χώρο, δραστηριότητα ή κατάσταση, που έχει σαν αποτέλεσμα το άτομο να επιθυμεί έντονα την αποφυγή αυτού που φοβάται.<sup>1</sup>

Όταν η συμπεριφορά αποφυγής ενός ατόμου για το αντικείμενο ή την κατάσταση που φοβάται (π.χ. ο φόβος για τις κατσαρίδες) δεν επηρεάζει τις συνηθισμένες και καθημερινές του ενασχολήσεις, τότε η φοβική συμπεριφορά δεν αποτελεί διαταραχή. Αν όμως η φοβία ενός ατόμου για κάτι, το αναγκάζει να παραιτηθεί είτε από τη δουλειά του ή τις καθημερινές απλές δραστηριότητες (να πάει για ψώνια, να κάνει μια επίσκεψη ή ένα ταξίδι κ.λπ.), τότε πρόκειται για φοβική διαταραχή.<sup>2</sup>

Το άτομο γνωρίζει ότι ο φόβος του είναι παράλογος ή μη ρεαλιστικός, παρόλα αυτά όμως δεν μπορεί να αποφύγει το φοβικό αντικείμενο ή κατάσταση.<sup>2</sup>

Ενώ ο φόβος είναι το συναίσθημα της ανησυχίας που προκαλείται από την ύπαρξη επικείμενου κινδύνου, φοβία είναι ο επίμονος υπερβολικός φόβος που συνδέεται με ένα αντικείμενο ή κατάσταση, που αντικειμενικά δεν είναι σπουδαία πηγή κινδύνου. Όταν ο φόβος δεν αφορά σε συγκεκριμένη κατάσταση ή αντικείμενο και δεν μπορούμε να προσδιορίσουμε γιατί ή τι φοβάται, τότε λέμε ότι το άτομο έχει άγχος.<sup>3</sup>

Στις φοβίες (ή αλλιώς φοβικές διαταραχές), εάν η συμπεριφορά αποφυγής δεν επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό τη ζωή του ατόμου, η φοβική συμπεριφορά δεν αποτελεί διαταραχή (π.χ. να φοβάται τις αράχνες). Αν όμως η φοβία παραβλάπτει την ικανότητα του ατόμου να εκπληρώσει τις συνηθισμένες και απαραίτητες καθημερινές του ασχολίες

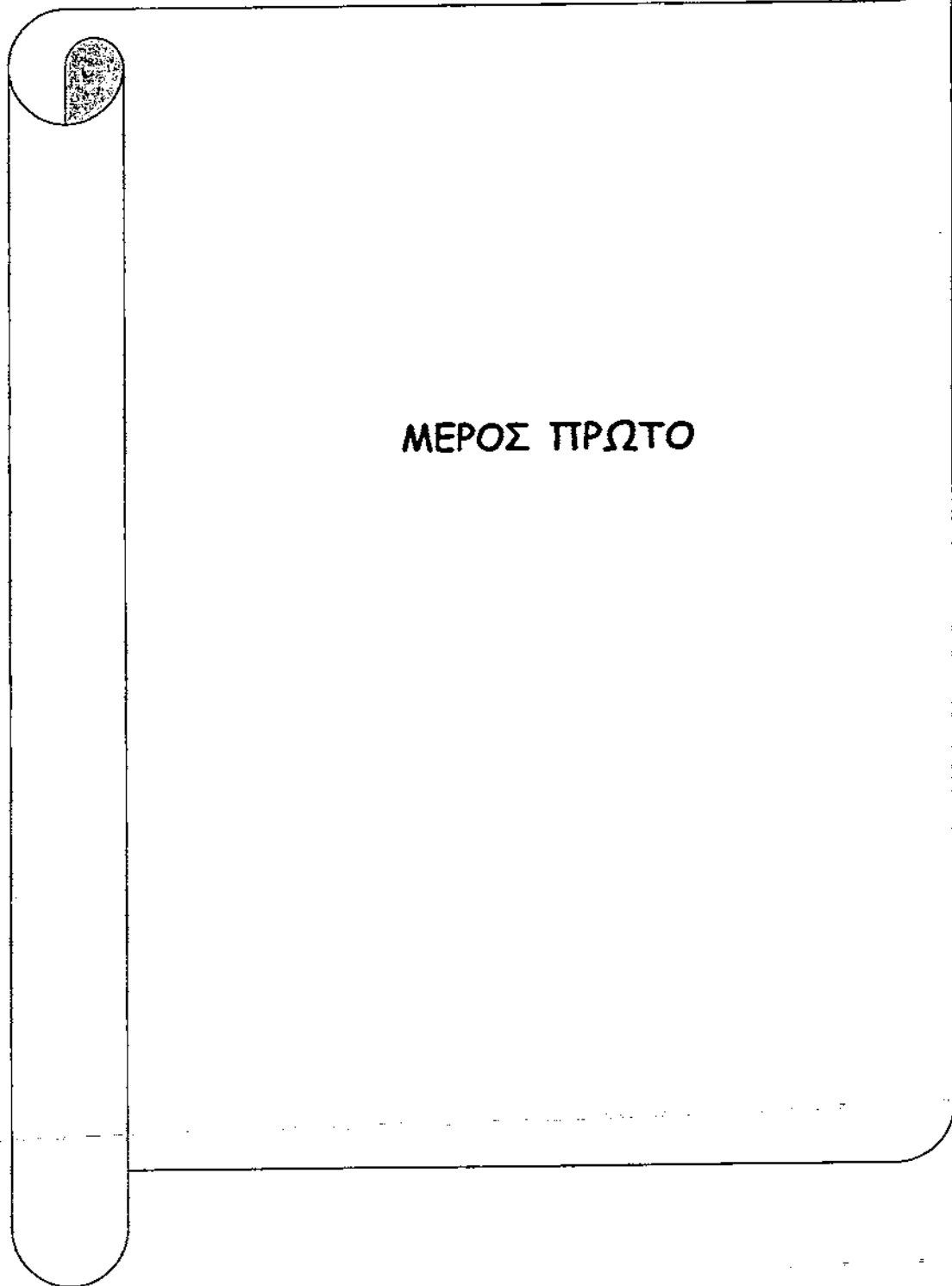
ή προκαλεί έντονη υποκειμενική ενόχληση, τότε πρόκειται για φοβική διαταραχή.<sup>2</sup>

Οι φοβίες γενικά διακρίνονται σε τρεις μεγάλες κατηγορίες:

**Αγοραφοβία:** Φόβος να είναι κανείς σε μέρη ή καταστάσεις απ' όπου η φυγή μπορεί να είναι δύσκολη (ή μπορεί να φέρει το άτομο σε δύσκολη θέση/αμηχανία) ή στις οποίες μπορεί να μην υπάρχει δυνατότητα βοήθειας σε περίπτωση εμφάνισης πανικού.

**2) Ειδική φοβία:** Φόβος συγκεκριμένων αντικειμένων ή καταστάσεων.<sup>4, 1</sup>

**3) Κοινωνική φοβία:** Φόβος ταπείνωσης ή αμηχανίας ενός ατόμου σε κοινωνικές καταστάσεις ή σε καταστάσεις όπου το άτομο έχει να επιτελέσει κάτι μπροστά σε κόσμο (π.χ. μια ομιλία).<sup>4</sup>



**ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ**

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο**  
**ΑΓΟΡΑΦΟΒΙΑ**

---

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο. ΑΓΟΡΑΦΟΒΙΑ

- 1.1. Ορισμοί
- 1.2. Κλινικά χαρακτηριστικά
- 1.3. Επιδημιολογικά στοιχεία – Επιπολασμός
- 1.4. Αιτιολογία
- 1.5. Διαταραχή πανικού και αγοραφοβία - Κλινική εικόνα- Συμπτωματολογία.
- 1.6. Έναρξη της φοβίας
- 1.7. Διάγνωση
- 1.8. Διαφορική Διάγνωση
- 1.9. Γιατί μερικοί άνθρωποι αναπτύσσουν αγοραφοβία
- 1.10. Θεραπείας της αγοραφοβίας
- 1.11. Επίπτωση
- 1.12. Πρόγνωση

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο

### ΑΓΟΡΑΦΟΒΙΑ

#### 1.1. Ορισμοί

Η φοβική κατάσταση άγχους είναι το πιο συνηθισμένο και οδυνηρό σύνδρομο φοβίας, για το οποίο παραπονούνται ενήλικοι ασθενείς. Η λέξη αγοραφοβία προέρχεται από την ελληνική «αγορά», που σημαίνει συγκέντρωση ή τόπο συναλλαγής και την χρησιμοποίησε για πρώτη φορά ο γερμανός ψυχίατρος Westphal πριν 100 χρόνια για να περιγράψει την «αδυναμία του να περπατάς σε ορισμένους δρόμους ή πλατείες και τη δυνατότητα του να το κάνεις αυτό με βέβαιο αποτέλεσμα το φόβο ή την ανησυχία». Σήμερα η λέξη **αγοραφοβία** χρησιμοποιείται ακόμα για να αποδώσει τους φόβους του να βρίσκεται κανείς σε δημόσιους χώρους, όπως δρόμους, μαγαζιά ή λεωφορεία.

**Αγοραφοβία:** agoraphobia, φόβος δημοσίων χώρων· φοβική διαταραχή που χαρακτηρίζεται από φόβο να βγει κάποιος από το σπίτι του ή να μείνει μόνος του.<sup>5</sup>

#### 1.2. Κλινικά Χαρακτηριστικά

Τα βασικά χαρακτηριστικά της αγοραφοβίας είναι φόβοι που προκαλούνται όταν κάποιος βρίσκεται έξω σε πλήθη: δρόμους, μαγαζιά ή σε κλειστούς χώρους (θέατρα, κινηματογράφους, ασανσέρ, εκκλησία, όταν ταξιδεύει με τον υπόγειο, μετρό, με λεωφορεία, πλοία ή αεροπλάνα, τούνελ κ.λπ.). Αυτοί οι φόβοι εμφανίζονται σε πολλούς συνδυασμούς, μέσα σε ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα και συνήθως σχετίζονται με

άλλου είδους αλλαγής της πραγματικότητας (σαν σε κινηματογραφικό έργο).<sup>6</sup>

Στην κλινική πράξη η αγοραφοβία και η διαταραχή πανικού συμβαίνουν συχνά μαζί και είναι λίγες οι περιπτώσεις όπου συναντάμε μόνες τους τις διαταραχές αυτές. Το άτομο συνήθως υφίσταται κάποιες προσβολές πανικού, έπειτα αναπτύσσει το άγχος ότι αυτό θα επαναληφθεί και μετά αρχίζει να αποφεύγει τις καταστάσεις στις οποίες πιστεύει ότι υπάρχει η πιθανότητα να νιώσει πανικό.<sup>1</sup> Τα άτομα με τη διαταραχή αυτή αρχίζουν λοιπόν να αποφεύγουν μέρη με πολύ κόσμο (διότι ντρέπονται με την ιδέα να νιώσουν πανικό και ότι αν τους συμβεί κάτι τέτοιο δεν θα υπάρχει κάποιος να τους βοηθήσει, π.χ. ένας γιατρός), όπως μαγαζιά, κινηματογράφο, εκκλησία κ.λπ.

Για να μπορέσει το άτομο να πραγματοποιήσει τις απλές καθημερινές του δραστηριότητες χρειάζεται και ζητά συνέχεια κάποιο σύντροφο να τον συνοδεύει. Όταν κάποιος έχει βιώσει μια κρίση πανικού σε πολυκατάστημα, θα αρχίσει να αποφεύγει να πηγαίνει για ψώνια γενικά. Η χρήση των μέσων μαζικής μεταφοράς ή είσοδος σε πολυσύχναστα μέρη ή μπουτιλιάρισμα μπορεί να θυμίζουν στο άτομο τις κρίσεις πανικού που βίωσε σ' αυτές τις καταστάσεις, οπότε η αποφυγή τους είναι ο μόνος τρόπος για να εμποδίσει την εκδήλωση περισσότερου άγχους. Επίσης, ένα άτομο που πάσχει από αγοραφοβία έχει την τάση να αποφεύγει καταστάσεις από τις οποίες η διαφυγή μπορεί να είναι δύσκολη αν παρουσιάσει μια κρίση πανικού. Για παράδειγμα, αν κάποιος αγοραφοβικός αποφασίσει να πάει στον κινηματογράφο με συνοδεία κάποιου έμπιστου προσώπου (για να νιώσει ασφάλεια), θα επιλέξει να καθίσει σε ένα κάθισμα δίπλα στο διάδρομο της αίθουσας και όσο το



δυνατό πιο κοντά στην έξοδο, ώστε αν αισθανθεί άγχος να μπορεί να βγει έξω γρήγορα.<sup>6</sup>

### 1.3. Επιδημιολογικά στοιχεία - Επιπολασμός

Η αγοραφοβία αποτελεί ένα αρκετά σοβαρό πρόβλημα. Σύμφωνα με έρευνες, περισσότερες γυναίκες απ' ό,τι άνδρες με διαταραχή πανικού αναπτύσσουν αγοραφοβία. Πάνω από 7% των γυναικών και 3% των ανδρών εμφανίζουν αυτή τη διαταραχή κάποια στιγμή στη ζωή τους. Η αγοραφοβία μπορεί να εμφανιστεί οποτεδήποτε, συνήθως όμως εμφανίζεται ανάμεσα στην όψιμη εφηβεία (18 χρονών) και την ηλικία των 35 (μπορεί όμως να εμφανιστεί και στην παιδική ηλικία ή και μετά τα 45).<sup>1,7</sup>

Ο επιπολασμός ζωής της Διαταραχής Πανικού (με ή χωρίς αγοραφοβία) είναι 1,5%-3,5%. Ο επιπολασμός έτους είναι 1% - 2%. Σε δείγματα γενικού πληθυσμού περίπου το 1/3 ως 1/2 των ατόμων με διάγνωση διαταραχής πανικού έχουν επίσης και **αγοραφοβία**. Η συχνότητα της αγοραφοβίας είναι πολύ μεγαλύτερη σε κλινικά δείγματα. Η διαταραχή πανικού χωρίς αγοραφοβία είναι δυο φορές και η διαταραχή πανικού με αγοραφοβία τρεις φορές πιο συχνή στις γυναίκες απ' ό,τι στους άντρες.<sup>1,7</sup>

### 1.4. α) Αιτιολογία

Η αγοραφοβία συχνά αναπτύσσεται μετά από μεγάλες αναστατώσεις στη ζωή ενός ανθρώπου:

- Απώλεια γονιού ή άλλου σημαντικού ατόμου ή αποχωρισμός από γονιό ή άλλο σημαντικό άτομο.

- Σοβαρή ασθένεια του ίδιου ή κάποιου συγγενούς.
- Απώλεια της αγάπης λόγω θυμού ή αποδοκιμασίας από κάποιο σημαντικό άτομο.
- Έντονος κίνδυνος ή ταλαιπωρία.
- Βλάβη ή απώλεια των γεννητικών οργάνων (άγχος ευνουχισμού).
- Αρραβώνας, γάμος, εγκυμοσύνη, αποβολή, γέννα.
- Απώλεια της αυτοεκτίμησης, όταν το άτομο δεν καταφέρνει να ανταποκριθεί στις ηθικές και άλλες αξίες που υιοθέτησε από τους γονείς του και άλλες σημαντικές μορφές.
- Ή μπορεί να αρχίσει ύστερα από μια δυσάρεστη σκηνή σ' ένα μαγαζί, στο δρόμο ή στο λεωφορείο.

Φυσικά, πολλά άλλα προβλήματα εκτός από την αγοραφοβία μπορεί να εμφανιστούν ύστερα από μια μεγάλη συμφορά.

Κατάθλιψη, σχιζοφρένεια, ακόμα και θρόμβωση της στεφανιαίας μπορεί να προκληθεί από δραστικές αλλαγές στη ζωή των ανθρώπων.<sup>7</sup>

#### 1.4.β) Παθογενετικοί μηχανισμοί

Η έρευνα για την αιτιολογία της Αγοραφοβίας και Διαταραχής Πανικού είναι πολύ έντονη. Ιδιαίτερα δημοφιλείς τα τελευταία χρόνια έχουν γίνει οι νευροβιολογικές θεωρίες γύρω από την παθοφυσιολογία του πανικού. Βιολογικές διαταραχές που πιθανολογούνται ότι μπορεί να αποτελούν υπόστρωμα περιλαμβάνουν αύξηση των κατεχολαμινών στο ΚΝΣ, κάποια ανωμαλία στον υπομέλανα τόπο, υπερευαισθησία στο CO<sub>2</sub>, διαταραχές στο μεταβολισμό του γαλακτικού οξέος, διαταραχές στο νευροδιαβιβαστικό σύστημα του γ-αμινοβουτυρικού οξέος (GABA) κ.ά.

και οι υποθέσεις αυτές βασίζονται κυρίως στην ικανότητα διάφορων ουσιών να προκαλούν προσβολές πανικού (π.χ. το CO<sub>2</sub>, το γαλακτικό νάτριο, η ισοπροτερενόλη κ.ά.).

**Μελέτες με διδύμους και οικογένειες** προτείνουν ότι η Διαταραχή Πανικού μπορεί να είναι κληρονομική. Έτσι, υπήρξαν μελέτες με διδύμους που έδειξαν μέχρι και πέντε φορές μεγαλύτερη συχνότητα της διαταραχής σε μονοζυγώτες απ' ό,τι σε διζυγώτες, ενώ στις οικογενειακές μελέτες οι βιολογικοί συγγενείς πρώτου βαθμού ατόμων με διαταραχή πανικού και αγοραφοβία εμφανίζονται να έχουν τέσσερις ως επτά φορές περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν Διαταραχή Πανικού απ' ό,τι η ομάδα ελέγχου.<sup>1</sup>

Οι ψυχολογικές θεωρίες για την αιτιολογία του άγχους και του πανικού είναι πολλές. Η ψυχαναλυτική θεωρία, ακολουθώντας τη δεύτερη θεωρία του Freud για το άγχος, αποδίδει το άγχος του ατόμου σε ενδοψυχική σύγκρουση. Το άγχος θεωρείται ως απάντηση τού εγώ σε απαγορευμένες ασυνείδητες ενορμήσεις, που έρχονται σε σύγκρουση με το εγώ και το υπερεγώ ή την πραγματικότητα. Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή, έχουμε δυο είδη άγχους:

**α) το προειδοποιητικό άγχος**, που κινητοποιείται από το εγώ για να προειδοποιήσει το άτομο για την επαπειλούμενη εισβολή, οπότε και ενδυναμώνονται οι αμυντικοί μηχανισμοί και διατηρείται η ψυχική ισορροπία, και

**β) το αυτόματο (τραυματικό) άγχος**, που όταν συμβεί τὸ άτομο το βιώνει σαν πανικό και μπορεί να εμφανιστεί όταν οι απαγορευμένες ενορμήσεις εισβάλουν στη συνείδηση. Οι ενδοψυχικές συγκρούσεις στην παιδική ηλικία μπορεί να είναι και συνειδητές, οπωσδήποτε όμως, καθώς

το παιδί μεγαλώνει, απωθούνται στο ασυνείδητο. Στην ενήλικη ζωή, όμως, διάφορες συνθήκες μπορεί να επανενεργοποιήσουν μια ασυνείδητη σύγκρουση και να προκαλέσουν άγχος. Συμβολικά, οι συνθήκες αυτές προκαλούν άγχος γιατί κινητοποιούν παιδικούς φόβους, οι οποίοι ήταν η αναμενόμενη συνέπεια της ύπαρξης της απαγορευμένης επιθυμίας (π.χ. αν το παιδάκι επιθυμεί να σκοτώσει το μικρό αδελφό του, φοβάται ότι θα το τιμωρήσουν αυστηρά).<sup>1</sup>

Η μαθησιακή θεωρία πρεσβεύει ότι το άγχος είναι μια εξαρτημένη (conditioned) απάντηση σε κάποια περιβαλλοντική κατάσταση που προκάλεσε φόβο (π.χ. αυτοκινητιστικό δυστύχημα), οπότε αργότερα και μόνο η αίσθηση κάποιας σωματικής αντίδρασης, π.χ. ταχυκαρδίας, μπορεί να δημιουργήσει εξαρτημένα μια προσβολή πανικού ή κάποια αγχώδη κατάσταση.<sup>1,8</sup>

### **1.5. Διαταραχή πανικού και αγοραφοβία**

Ορισμένα άτομα εκδηλώνουν επαναλαμβανόμενες κρίσεις πανικού και το πρόβλημα αρχίζει να παρακωλύει τη ζωή τους. Αυτά τα άτομα πάσχουν από διαταραχή πανικού. Οι έρευνες αναφέρουν ότι ένα ποσοστό 2-4% από το συνολικό πληθυσμό θα εμφανίσει διαταραχή πανικού κάποια στιγμή στη διάρκεια της ζωής του. Συνήθως οι άνθρωποι εκδηλώνουν μόνο 1 ή 2 έντονες κρίσεις πανικού και στη συνέχεια αρχίζουν να φοβούνται μήπως εκδηλώσουν κι άλλες. Η ενασχόληση με το πρόβλημα κυριαρχεί στο μυαλό τους, προκαλώντας τους περισσότερο άγχος και ίσως υποχρεώνοντας τους να προσαρμόσουν ανάλογα τον τρόπο ζωής τους.

Επίσης, σε ορισμένες περιπτώσεις (επαγγελματική συνέντευξη, διαγώνισμα ή ομιλία μπροστά σε κοινό) οι άνθρωποι εκδηλώνουν επεισόδια ξαφνικού και έντονου άγχους. Μπορεί να μη συνειδητοποιήσουν ότι πάσχουν από μια αγχώδη διαταραχή, αλλά να πιστεύουν ότι έχουν εκδηλώσει κάποια ασθένεια, όπως καρδιακή πάθηση ή έμφραγμα.<sup>4</sup>

Η κρίση πανικού ορίζεται ως το ξέσπασμα ενός έντονου άγχους, που συνήθως συνοδεύεται από σωματικά συμπτώματα και κατάστροφικές σκέψεις. Διαρκεί συνήθως 2-3 λεπτά, ωστόσο εκείνη την ώρα το άτομο αισθάνεται ότι θα διαρκέσει για πάντα. Όταν η κρίση υποχωρήσει, το άτομο νιώθει αδύναμο και εξουθενωμένο. Χωρίς θεραπεία οι κρίσεις πανικού μπορεί να εκδηλώνονται πολλές φορές στο διάστημα μιας βδομάδας ή καθημερινά.<sup>4</sup>

#### *Κλινική εικόνα - Συμπτωματολογία*

Είναι ιδιαίτερα τρομακτικές, γιατί εμφανίζονται ξαφνικά ή σε καταστάσεις που οι περισσότεροι άνθρωποι δεν αναμένουν να αισθανθούν εκνευρισμό ή φόβο. Η ταχύτητα με την οποία εμφανίζονται τα συμπτώματα, η έντασή τους και το γεγονός ότι επηρεάζουν τόσα πολλά μέρη του σώματος, κάνουν το αίσθημα του φόβου και της αβοηθητότητας (ανημπορίας) μεγαλύτερο. Τα συμπτώματα που εμφανίζουν συνήθως είναι τα εξής:

- Δυσκολία στην αναπνοή ή λαχάνιασμα.
- Αίσθημα πνιγμού.
- Σφίξιμο, πίεση ή πόνος στο στήθος.
- Τρέμουλο, έντονος τρόμος και αδυναμία.
- Ιδρωμένες παλάμες και εφίδρωση.

- Μυρμήγκιασμα ή μούδιασμα στα χέρια και τα πόδια.
- Αίσθημα δυνατών παλμών ή «σφυροκόπημα» της καρδιάς (ταχυκαρδίας).
- Αίσθημα κρύου ή ζέστης.
- Αίσθημα τάσης για λιποθυμία ή αστάθειας και ζαλάδα. Ναυτία, ανακατωσούρα, στομαχικές ή εντερικές ενοχλήσεις.

Παράλληλα με τα σωματικά συμπτώματα οι άνθρωποι κάνουν σκέψεις βασανιστικές, όπως «θα τρελαθώ», «θα χάσω τον έλεγχο», «θα λιποθυμήσω, θα καταρρεύσω», «θα πάθω καρδιακή προσβολή, εγκεφαλικό», «θα αρχίσω να ουρλιάζω και θα γελοιοποιηθώ». Η πιθανότητα να συμβεί κάτι από τα παραπάνω είναι ελάχιστη και όταν το επεισόδιο τελειώσει, οι σκέψεις αυτές συνήθως μοιάζουν ανόητες ή παράλογες. Ωστόσο, κατά τη διάρκεια της κρίσης είναι πάρα πολύ έντονες. Επίσης, οι φόβοι μπορεί να είναι τόσο πραγματικοί, ώστε παραμένουν «ζωντανοί» στη μνήμη και προκαλούν ανησυχία και άγχος στο διάστημα που μεσολαβεί ανάμεσα στις κρίσεις.<sup>7</sup>

### 1.6. Έναρξη της Φοβίας

Μερικοί άνθρωποι, για ένα μικρό χρονικό διάστημα, εμφανίζουν συμπτώματα αγοραφοβίας, που ύστερα από μερικές εβδομάδες ή μήνες εξαφανίζονται χωρίς καμιά θεραπεία. Η εκδήλωση μπορεί να είναι ξαφνική (μέσα σε λίγες ώρες), σταδιακή (μέσα σε λίγες εβδομάδες) ή ακόμη πιο αργή (σε μερικά χρόνια, μέσα από ένα αρχικό στάδιο μιας αόριστης επεισοδιακής ανησυχίας).

Σε πολλούς ανθρώπους πρώτα εμφανίζεται ένας έντονος, συγκρατημένος πανικός και ύστερα ακολουθούν οι φοβίες, που τους

αναγκάζουν να περιορίζονται στο σπίτι τους για μερικές εβδομάδες. Σε άλλους εμφανίζεται μια αόριστη, ταλαντευόμενη ανησυχία, που βαθμιαία γίνεται αγοραφοβική μέσα σε λίγα χρόνια. Μερικοί ασθενείς δυσκολεύονται για δεκαετίες να κυκλοφορούν μόνοι τους αλλά καταφέρνουν να αποκρύπτουν τους φόβους τους έως ότου το άγχος ξεφύγει από τον έλεγχο τους και αυξηθεί τόσο πολύ που αρχίζουν να αναζητούν βοήθεια για θεραπεία.<sup>8</sup>

### 1.7. Διάγνωση

Η διάγνωση της αγοραφοβίας με πανικό ή αλλιώς της διαταραχής πανικού με αγοραφοβία, σύμφωνα με τον ορισμό που έχει δώσει η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρία στην τελευταία της αναθεωρημένη έκδοση (Diagnostic and Statistical Manual - Revised, 1987), γίνεται όταν το άγχος αναμονής που έχει σχέση με τους πανικούς κάνει το άτομο απρόθυμο να εγκαταλείψει το σπίτι του ή να μπει σε μέρη που είναι δυνατό να του συμβεί πανικός. Λέμε ακόμα ότι ένα άτομο έχει αγοραφοβία όταν τα φοβικά συμπτώματα το εμποδίζουν να ανταποκριθεί στις ευθύνες της οικογένειας του, να πάει στη δουλειά του κ.λπ. Επίσης, τα φοβικά συμπτώματα πρέπει να διαρκούν περισσότερο από ένα χρόνο.

Η πορεία των συμπτωμάτων μπορεί μεν να έχει διακυμάνσεις αλλά ποτέ δεν παρατηρείται πλήρης υποχώρηση τους. Το κύριο σύμπτωμα του αγοραφοβικού είναι ο φόβος να βγει έξω· θέλει να μείνει στο σπίτι του, δεν ρισκινδυνεύει να βγει έξω από αυτό, κι αυτό διότι υπάρχουν οδηγοί - σήματα - ερεθίσματα, όπως δρόμοι, πλήθος κ.λπ., που του προκαλούν φόβο. Το ότι θέλει να μείνει στο σπίτι του, μπορεί κατά μια άποψη να σημαίνει ότι ο φόβος του ξεκινά από την απουσία οικειότητας και

ασφάλειας στους εκτός σπιτιού χώρους. Μια άλλη άποψη υποστηρίζει ότι το άτομο φοβάται να βγει έξω επειδή κάποια εσωτερικά ερεθίσματα πυροδοτούν σωματικά συμπτώματα, τα οποία το άτομο δραματοποιεί και έτσι φοβάται ότι θα λιποθυμήσει, θα πεθάνει ή θα χάσει τον έλεγχο.<sup>9</sup>

Ένα άλλο χαρακτηριστικό, που βοηθά στη διάγνωση της αγοραφοβίας, είναι η μη ύπαρξη των παρακάτω συμπτωμάτων: φόβος αίματος, αράχνης, κεραυνού και βρωμιάς. Αυτά είναι καταστάσεις που οι αγοραφοβικοί δεν φοβούνται, άγνωστο γιατί· απλώς είναι ένα δεδομένο το οποίο έχει διαπιστωθεί από έρευνες που έχουν γίνει σε φοβικούς με συμπλήρωση ερωτηματολογίων για τις φοβίες.

Το άτομο που φοβάται μην πάθει πανικό αλλά βγαίνει έξω, οπωσδήποτε δεν πάσχει από αγοραφοβία, σίγουρα όμως υποφέρει από διαταραχή πανικού. Η έναρξη της αγοραφοβίας μπορεί να γίνει αιφνίδια, να συμβεί αμέσως μετά από μια κρίση πανικού ή να εισβάλει σιγά-σιγά και τελικά να καταλήξει να γίνει χρόνια κατάσταση αναπηρίας. Η ουσιαστική αναπηρία του αγοραφοβικού αρχίζει συνήθως, κατά μέσο όρο, 15 μήνες μετά την έναρξη των συμπτωμάτων.

#### *Διάγνωση διαταραχής πανικού*

Σύμφωνα με την Chambless και τους συνεργάτες της (1984), τα κριτήρια για να γίνει η διάγνωση της διαταραχής του πανικού είναι:

α) το αυξημένο επίπεδο άγχους, που συνοδεύεται από έντονες σωματικές αντιδράσεις (καρδιακοί παλμοί, εφίδρωση, μυϊκές τρεμούλες, ζάλη, ναυτία),

β) η προσωρινή απώλεια της ικανότητας του ατόμου να σχεδιάσει και να σκεφτεί λογικά και

γ) η έντονη επιθυμία φυγής από την κατάσταση που αντιμετωπίζει.



Προσβολές πανικού εκδηλώνονται μερικές φορές και σε φυσιολογικά άτομα, αλλά τα συμπτώματα είναι λιγότερα και ηπιότερα απ' ό,τι οι ασθενείς με διαταραχή πανικού. Οι καταστάσεις που εκλύουν πανικό σε φυσιολογικά άτομα είναι: ομιλίες σε δημόσιο χώρο (55%), διαπροσωπικές συγκρούσεις (47%), περίοδοι έντονης τάσης (35%), εξετάσεις (77%).<sup>10, 1</sup>

### 1.8. Διαφορική διάγνωση

Η αγοραφοβία μπορεί να αναπτυχθεί μόνη της ή ως σύμπτωμα κάποιας άλλης διαταραχής, για παράδειγμα της κατάθλιψης. Ακόμη, μπορεί να παραμείνει και όταν οι κρίσεις πανικού έχουν υποχωρήσει. Ένα άτομο που ανησυχεί μήπως εκδηλώσει κρίσεις πανικού νιώθει ότι είναι δυνατό να τις εμποδίσει αποφεύγοντας όλες τις φοβογόνες καταστάσεις, με αποτέλεσμα η αποφυγή να συνεχιστεί και να γίνει τρόπος ζωής.

Η σχέση ανάμεσα στη διαταραχή πανικού και την αγοραφοβία είναι περίπλοκη. Αρκετοί άνθρωποι με διαταραχή πανικού αναπτύσσουν αγοραφοβία, άλλοι όμως όχι, οπότε η διάγνωση αναφέρεται ως Διαταραχή Πανικού χωρίς Αγοραφοβία. 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 έως 70%. Είναι πράγματι πολύ δύσκολο ο ειδικός να διακρίνει πότε η αγοραφοβία είναι πρωτοπαθής και πότε η κατάθλιψη είναι το πραγματικό πρόβλημα του ασθενούς, ειδικά μάλιστα όταν η έναρξη του προβλήματος γίνεται μετά τα 45 του χρόνια.<sup>10</sup>

Η διαφορική διάγνωση της αγοραφοβίας από την κοινωνική δυσλειτουργία (ή αλλιώς κοινωνική ανεπάρκεια, δηλαδή υπερβολική

δειλία ή ανεπαρκείς κοινωνικές δεξιότητες) 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 μπορεί να παρουσιαστεί στο πρώτο παιδί της οικογένειας.<sup>10</sup>

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

Υπάρχουν πολλές σωματικές καταστάσεις που προκαλούν άγχος και προσβολές πανικού, οπότε θα πρέπει να μελετηθεί με μεγάλη προσοχή η κάθε περίπτωση. Αναφέρουμε τις κυριότερες:

- Υπερθυρεοειδισμός
- καρδιακές αρρυθμίες
- υπερπαραθυρεοειδισμός
- υπερκοιλιακή ταχυκαρδία
- φαιοχρωμοκύττωμα
- καρδιακή ανεπάρκεια
- λαβυρινθική δυσλειτουργία
- πνευμονική εμβολή
- υπογλυκαιμία στηθάγχη
- υποξία

- επιληψία
- καρκινοειδές.

Η διαφορική διάγνωση θα γίνει φυσικά με τις κατάλληλες σωματικές και εργαστηριακές εξετάσεις<sup>1</sup>.

**Καταστάσεις που τα άτομα με αγοραφοβία συνήθως αποφεύγουν ή στις οποίες μπορεί να νιώσουν άγχος είναι:**

- Οδήγηση αυτοκινήτου σε μποτιλιάρισμα
- Πέρασμα με το αυτοκίνητο από γέφυρα ή τούνελ
- Ψώνια σε σούπερ-μάρκετ
- Είσοδος σε πολυσύχναστα εμπορικά κέντρα
- Χρήση μέσων μαζικής μεταφοράς
- Έξοδος για φαγητό, πάρτι, κινηματογράφο ή θέατρο
- Παραμονή σε χώρους αναμονής (π.χ. κομμωτήριο, ιατρείο κ.λπ.)
- Παραμονή στο σπίτι χωρίς την παρέα άλλου ατόμου.<sup>11,8</sup>

### **1.9. Γιατί μερικοί άνθρωποι αναπτύσσουν αγοραφοβία**

Δεν είναι ξεκάθαρο γιατί μερικοί άνθρωποι με διαταραχή πανικού αναπτύσσουν αγοραφοβία. Ωστόσο, δυο είναι οι μηχανισμοί που συντελούν σ' αυτό:

- 1) «Ο φόβος του φόβου», κατά τον οποίο το άτομο που έπαθε μια κρίση πανικού αναπτύσσει το φόβο ότι το άγχος θα επανέλθει αν πλησιάσει χώρους ή την κατάσταση που του προκάλεσε την κρίση.
- 2) Λειτουργούν άλλοι πιο αυτόματοι μηχανισμοί μάθησης. Όλοι έχουμε ακούσει για το σκύλο του Ρανλον που «έμαθε», σύμφωνα

με τους νόμους της κλασικής εξαρτημένης μάθησης, να εκκρίνει σάλιο κάθε φορά που χτυπούσε το κουδούνι. Με τον ίδιο τρόπο, οι άνθρωποι «μαθαίνουν» να αντιδρούν αυτόματα με άγχος σε επικίνδυνες καταστάσεις. Έτσι, χωρίς να το συνειδητοποιούν, συνδέουν τον πανικό με καταστάσεις στις οποίες είχε εμφανιστεί» στο παρελθόν, ακόμα κι αν αυτές δεν είναι πραγματικά επικίνδυνες. Μερικοί άνθρωποι «μαθαίνουν» ευκολότερα από άλλους. Αρκεί να βιώσουν λίγες μόνο κρίσεις πανικού σε ένα πολυκατάστημα, για να μάθουν να αποφεύγουν το συγκεκριμένο μέρος.<sup>9,6</sup>

#### *Παράγοντες που προκαλούν αγοραφοβία*

Οι παράγοντες αυτοί χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες:

- 1) Μερικοί άνθρωποι είναι ευάλωτοι, ως αποτέλεσμα της κράσης, της ιδιοσυγκρασίας τους ή εξαιτίας των εμπειριών που είχαν στα πρώτα χρόνια της ζωής τους.
- 2) Υπάρχουν άμεσοι στρεσογόνοι ή εκλεκτικοί παράγοντες (σωματικοί, ψυχολογικοί, κοινωνικοί παράγοντες που εκθέτουν σε αυξημένο κίνδυνο) που φέρνουν μια αιφνίδια κρίση.
- 3) Υπάρχει ένα σύνολο παραγόντων (παράγοντες διαιώνισης), που ασκούν επίδραση και συντηρούν τη διεργασία, δημιουργώντας ένα φαύλο κύκλο μέσα στον οποίο οι κρίσεις πανικού επιδεινώνονται ή εμφανίζονται πιο συχνά.<sup>8</sup>

**Παράγοντες κληρονομικότητας:** Σε μερικές περιπτώσεις οι κρίσεις πανικού εμφανίζονται σ' όλες τις γενιές της οικογένειας:

- Η φύση των οικογενειακών σχέσεων: πολλοί ενήλικες με αγοραφοβία χαρακτηρίζουν το περιβάλλον τους ως ψυχρό και ελάχιστα υποστηρικτικό. Παιδιά που εκτίθενται σε τραυματικά γεγονότα και υφίστανται κακοποίηση φαίνεται να διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσουν διαταραχή πανικού και αγοραφοβία καθώς μεγαλώνουν. Επίσης, η υπερπροστατευτικότητα των γονέων κάνει κάποια αγχώμενα και ανασφαλή παιδιά να απαιτούν περισσότερα και να ικανοποιούνται λιγότερο από την προσοχή που δέχονται από τους γονείς τους.<sup>8</sup>

### 1.10. Θεραπεία αγοραφοβίας

Τα τελευταία χρόνια έχουν ανακαλυφθεί αποτελεσματικές θεραπείες για διαρκή ανακούφιση από τις φοβίες. Αντίθετα με παλαιότερες ψυχαναλυτικές θεωρίες, αυτή η προσέγγιση δεν ερευνά τις ασυνείδητες φαντασιώσεις του ασθενούς. Δεν γίνεται προσπάθεια να αποκαλυφθούν κρυμμένες έννοιες. Λεπτομέρειες από φοβογόνες καταστάσεις αποσπώνται προσεκτικά και με τη βοήθεια τους σχεδιάζεται η επάνοδος του ασθενούς σ' αυτές, ώστε να μπορέσει να αντικαταστήσει το φόβο με την αντοχή.

Οι περισσότερες μέθοδοι συμπεριφοράς χρησιμοποιούν τρόπους για να πείσουν τον φοβικό να αντιμετωπίσει και να παραμείνει στη φοβική του κατάσταση μέχρι να νιώσει καλύτερα, και να το κάνει αυτό τόσες φορές, μέχρι τελικά να εξοικειωθεί σ' αυτό και να μην έχουν μείνει πια άλλοι φόβοι. Η αρχή αυτών των ποικίλων μεθόδων είναι η έκθεση (in-vivo) του φοβικού στην κατάσταση του μέχρι να εξοικειωθεί μαζί της.<sup>1</sup>

Οι πρώτοι άνθρωποι στον πλανήτη προφανώς είχαν αναγνωρίσει τη σχέση φόβου και αποφυγής, όταν έλεγαν: «πρέπει να ανέβεις πάλι στο άλογο από το οποίο έπεσες για να ξεπεράσεις το φόβο σου». Ο

Ιπποκράτης (Ρόζος και Παπαβασιλείου, 1985) πάλι είχε γράψει: «Τα όμοια των ομοίων εισίν ιάματα», δηλαδή τα όμοια θεραπεύουν τα όμοια (εναντιοπαθολογία).<sup>6</sup>

Τρεις είναι οι βασικοί κανόνες για να επιτύχει η έκθεση και να εδραιωθεί η αλλαγή που θέλουμε να γίνει:

- 1) *Η διάρκεια.* Όσο πιο παρατεταμένη είναι η έκθεση, τόσο καλύτερο θα είναι το αποτέλεσμα. Εάν ο ασθενής μείνει λίγο και φύγει από τη φοβογόνο κατάσταση χωρίς να έχει μειωθεί η δυσφορία του, τότε δεν βελτιώνεται.
- 2) *Η συχνότητα.* Ο ασθενής θα πρέπει να κάνει ασκήσεις αυτοθεραπείας κάθε μέρα στο σπίτι και να μπαίνει σε καινούργιες φοβογόνες καταστάσεις, παίρνοντας ο ίδιος πρωτοβουλίες, εξερευνώντας το περιβάλλον του, έχοντας πάντα υπόψη ότι πρέπει να κάθεται μέσα στην κάθε φοβογόνο κατάσταση έως ότου τα συμπτώματα υποχωρήσουν.
- 3) *Η κατανόηση της θεραπείας έκθεσης.* Όταν λέμε κατανόηση της θεραπείας έκθεσης εννοούμε να δεχτεί ο ασθενής το λογικό της θεραπείας και την ανάγκη της ενεργούς συμμετοχής του, για να συμφιλιωθεί έτσι με τους φόβους του. Μερικοί ασθενείς περιμένουν κάτι διαφορετικό, μια πολύπλοκη θεραπεία και απορρίπτουν ένα τέτοιο απλό, κοινής λογικής τρόπο αντιμετώπισης του προβλήματός τους.<sup>11,6</sup>

Ένας ακόμη παράγοντας για να επιτύχει η έκθεση είναι η χρονική στιγμή κατά την οποία θα γίνει η πρώτη έκθεση. Είναι παράλογο να προτείνεται έκθεση όταν ο ασθενής είναι μελαγχολικός ή δεν την κάνει με τη σχετική τουλάχιστον θέληση του ή την κάνει κάτω από άσχημες

καιρικές συνθήκες (πολύ συχνά οι ασθενείς επηρεάζονται θετικά ή αρνητικά από την ηλιοφάνεια, το σούρουπο ή το σκοτάδι). Ακόμα, δεν θα πρέπει να έχουμε αφήσει τον ασθενή σε μεγάλη αναμονή για το πότε και που θα γίνει η έκθεση· αυτό είναι κάτι που του προκαλεί άγχος.<sup>11,6</sup>

Η έκθεση in-vivo γίνεται συνήθως ατομικά, αλλά μπορεί να γίνει και ομαδικά. Η ομαδική θεραπεία χρειάζεται να έχει έναν αρχηγό με πείρα και η συμμετοχή στην ομάδα ενός πρώην φοβικού ασθενή την βοηθάει να προχωρήσει. Υπάρχουν διάφορες ποικιλίες έκθεσης. Στην αυτοκατευθυνόμενη έκθεση, ο ασθενής παίρνει ο ίδιος τις πρωτοβουλίες ως προς το πού και πότε θα κάνει την έκθεση· βέβαια, απαιτείται πολύ θάρρος, κίνητρο και μεγάλη θέληση για να κάνει κανείς κάτι τέτοιο. Στην έκθεση που γίνεται με την παρουσία του θεραπευτή, ο θεραπευτής παίζει και το ρόλο του πρότυπου-μοντέλου για τον ασθενή, δείχνοντας του πώς να αντιμετωπίζει τις φοβογόνες καταστάσεις.

Επιδεικνύει ο ίδιος την κατάλληλη συμπεριφορά προσέγγισης της φοβικής κατάστασης και ενθαρρύνει τον ασθενή να επαναλάβει την ίδια συμπεριφορά. Η επιλογή του τύπου έκθεσης γίνεται με κριτήρια που απορρέουν από τη σχέση θεραπευτή - ασθενή, τις κλινικές εκδηλώσεις του ασθενή και το αντικείμενο της φοβίας του. Γενικά, όταν ο ασθενής παίρνει πρωτοβουλίες για έκθεση χωρίς να ακολουθεί πιστά τις οδηγίες του θεραπευτή, τότε η έκθεση είναι πιο αποτελεσματική.<sup>11</sup>

Όσον αφορά τη δυναμική ψυχοθεραπεία, αυτή μπορεί να χρειαστεί για τις περιπτώσεις εκείνες που το άγχος φαίνεται να σχετίζεται με συγκρούσεις (π.χ. για τον αποχωρισμό από σημαντικά άτομα) ή αντιδράσεις προς το περιβάλλον που πρέπει να διερευνηθούν πριν και για και για να γίνει δυνατό να υποχωρήσουν τα συμπτώματα. Έτσι π.χ. κάποια

άτομα, φοβούμενα ασυνείδητα τον αποχωρισμό, μπορεί να μην τολμούν να εκτεθούν στη συμπεριφορική θεραπεία πριν λύσουν τις συγκρούσεις γύρω από τον «κίνδυνο» της αυτονομίας.

- **Φαρμακευτική αγωγή:** θα χρησιμοποιηθεί μόνη ή καλύτερα σε συνδυασμό με τη θεραπευτική έκθεση in-vivo και τη δυναμική ψυχοθεραπεία, αν ο ασθενής δεν μπορεί να ακολουθήσει μόνο την ψυχολογική θεραπεία.

Τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, όπως η μιπραμίνη, η χλωριμιπραμίνη κ.ά. και εκλεκτοί αναστολείς της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (ΕΑΕΣ) όπως η φλουοξετίνη, η παροξετίνη κ.ά. είναι αποτελεσματικά στη θεραπεία του πανικού και της αγοραφοβίας, γιατί εμποδίζουν τις προσβολές πανικού ίσως και στο 80% των ασθενών. Οι αναστολείς της MAO μπορούν επίσης να χρησιμοποιηθούν αν αποτύχουν τα τρικυκλικά ή οι ΕΑΕΣ. Η βενζοδιαζεπίνη αλπραζολάμη είναι επίσης αποτελεσματική, αλλά μπορεί να οδηγήσει σε εξάρτηση (οπότε κι αν δοθεί πρέπει να διακοπεί σε λίγους μήνες).

Όσον αφορά τη δοσολογία των φαρμάκων, τα τρικυκλικά χορηγούνται σε δόσεις 150-300 mg, οι ΕΑΕΣ π.χ. φλουοξετίνη σε δόση 20 mg και η αλπροζολάμη σε δόσεις 2-6 mg ημερησίως. Πάντως, εφόσον ελεγχθούν οι πανικοί, ο ασθενής πρέπει να συνεχίσει την αγωγή για 6 μήνες έως 1 χρόνο μετά τη (βαθμιαία) διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής κάποιοι ασθενείς αμέσως ή αργότερα υποτροπιάζουν, οπότε μερικοί απ' αυτούς μπορεί να χρειαστεί να παίρνουν φάρμακα σε χρόνια βάση.<sup>1</sup>



### 1.11. Επίπτωση της αγοραφοβίας

Η επίπτωση της αγοραφοβίας στο γενικό πληθυσμό σε μια έρευνα στο Vermont των Η.Π.Α. ανερχόταν το 1969 στο 0,6 % (Marks, 1987). Νεότερες επιδημιολογικές έρευνες από το Εθνικό Ινστιτούτο Ψυχικής Αγωγής των Ηνωμένων Πολιτειών (Barlow & Cerny, 1988) 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 9-15 εκατομμύρια άτομα στις Η.Π.Α. υποφέρουν από αγοραφοβία. Στην Αγγλία υπολογίζεται ότι μισό έως ένα εκατομμύριο άνθρωποι είναι αγοραφοβικοί, ενώ άλλα 4.000.000 υποφέρουν από κάποιον τύπο φοβικού άγχους.<sup>12</sup>

Το ποσοστό των γυναικών που υποφέρουν από αγοραφοβία φτάνει τώρα το 75%, δηλαδή σε αναλογία 4:1 σε σχέση με τους άνδρες, και φαίνεται ότι το ποσοστό αυτό είναι σταθερό και το ίδιο σ' όλον τον κόσμο. Στην Αγγλία μάλιστα το ποσοστό των γυναικών που πάσχουν από αγοραφοβία φτάνει το 88% (Marks, 1987). Τα διάφορα άτομα που έχουν φοβικά συμπτώματα φτάνουν συνολικά το 16-19% του γενικού πληθυσμού, αν και το ποσοστό αυτό τελικά δεν καταλήγει να πάθει πραγματικά αγοραφοβία.<sup>12</sup>

Η επίπτωση των φόβων και των φοβιών μειώνεται με την πάροδο της ηλικίας· η εκδήλωση της αγοραφοβίας δεν έχει σχέση με την κοινωνική τάξη, την εκπαίδευση, το επάγγελμα και τον αριθμό των παιδιών που έχει το άτομο. Παρόλο που δεν έχουν γίνει πολλές μελέτες, δεν φαίνεται να υπάρχουν διαφορές ούτε ανάμεσα σε φυλές και πολιτισμούς ούτε και μεταξύ αστικού και αγροτικού πληθυσμού. Δεν υπάρχουν επιδημιολογικές μελέτες για σύγκριση, εκτός των δυο μελετών

του 1969 και 1986 στην Αμερική, οι οποίες δείχνουν και μεγάλη αύξηση της αγοραφοβίας τα τελευταία χρόνια. Σύμφωνα με τα παραπάνω, μπορούμε να πούμε ότι οι φοβίες και γενικά οι αγχώδεις καταστάσεις δεν είναι προϊόν του δυτικού πολιτισμού, όπως πολλοί θέλουν να πιστεύουν.<sup>12</sup>

### 1.12. Πρόγνωση αγοραφοβίας

Η εξέλιξη ποικίλλει. Μπορεί η συμπτωματολογία να εξαφανιστεί σε λιγότερο από ένα χρόνο, μπορεί να πάρει έντονο χαρακτήρα, προκαλώντας σοβαρές και δυσάρεστες επιπτώσεις στην κοινωνική και επαγγελματική ζωή του ατόμου. Συνήθως όμως, εξελίσσεται με διακυμάνσεις.

Οι περισσότερες επιπτώσεις αγοραφοβίας θεωρείται ότι οφείλονται σε διαταραχή πανικού. Εάν αντιμετωπιστεί η διαταραχή πανικού, συχνά βελτιώνεται και η αγοραφοβία με την πάροδο του χρόνου. Για την ταχύτερη και πλήρη υποχώρηση της αγοραφοβίας, μερικές φορές ενδείκνυται θεραπεία συμπεριφοράς.

Η αγοραφοβία χωρίς ιστορικό διαταραχής πανικού μπορεί να είναι μια χρόνια αναπηρική κατάσταση. Κατά την πορεία της, η αγοραφοβία μπορεί να επιπλακεί από κατάθλιψη, εξάρτηση και αλκοόλ.<sup>13,11</sup>

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο**  
**ΕΙΔΙΚΕΣ ΦΟΒΙΕΣ (πρώην απλή φοβία)**

---

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο  
**ΕΙΔΙΚΕΣ ΦΟΒΙΕΣ (πρώην απλή φοβία)**

- 2.1. Ορισμοί – Κλινικά χαρακτηριστικά
- 2.2. Συνοδές διαταραχές – επιπλοκές
- 2.3. Διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM – IV για την ειδική φοβία.
- 2.4. Επιδημιολογικά στοιχεία
- 2.5. Έναρξη – Πορεία – Πρόγνωση
- 2.6. Διαφορική Διάγνωση
- 2.7. Αιτία της ειδικής φοβίας

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο

### ΕΙΔΙΚΕΣ ΦΟΒΙΕΣ (πρώην απλή φοβία)

#### 2.1. Ορισμοί - Κλινικά χαρακτηριστικά

Ως ειδικές φοβίες ορίζονται οι απλές ή μονοσυμπτωματικές ή εστιακές φοβίες, που πρακτικά αφορούν σε οποιοδήποτε αντικείμενο ή κατάσταση. Οι πιο συχνές ειδικές φοβίες είναι: οι φοβίες ζώων ή εντόμων, του αίματος, του οδοντιάτρου ή άλλων ιατρικών επεμβάσεων, της ούρησης ή αφόδευσης σε δημόσιες τουαλέτες, του ύψους (ακροφοβία), του θορύβου, της αστραπής και βροντής, θύελλας, του σκοταδιού, της οδήγησης, των κλειστών χώρων (κλειστοφοβία), της σεξουαλικής δραστηριότητας, ο φόβος να φάει κανείς ορισμένα φαγητά (Marks, 1987), αίμα - ενέσεις - τραύματα, διάφορες καταστάσεις (π.χ. δημόσιες συγκοινωνίες, όπως λεωφορεία κ.ά., τούνελ, γέφυρες, πτήσεις με αεροπλάνα). Άλλες καταστάσεις που μπορεί π.χ. να οδηγήσουν το άτομο σε πνιγμονή, εμετό, να κολλήσει μια αρρώστια ή που να φοβάται να απομακρυνθεί από τους τοίχους μήπως πέσει. (Στα παιδιά, φόβοι δυνατών ήχων ή μεταμφιεσμένων προσώπων).<sup>1</sup>

Οι μονοσυμπτωματικές φοβίες, σε αντίθεση με την αγοραφοβία, δεν συνοδεύονται από γενικευμένο άγχος, αυτόματους πανικούς και φυσιολογικές μεταβολές κατά την ηρεμία. Ο εστιασμός του φόβου μπορεί να είναι είτε σε κάποια σωματική βλάβη που μπορεί να προκληθεί από το αντικείμενο ή την κατάσταση (π.χ. να πέσει το αεροπλάνο, να τον δαγκώσει το σκυλί, να τον χτυπήσουν ή να χτυπήσει άλλα αυτοκίνητα ενώ οδηγεί), είτε στη δυνατότητα να χάσει το άτομο τον έλεγχο του, να πανικοβληθεί ή να λιποθυμήσει κατά την έκθεση στη φοβική κατάσταση

(π.χ. να λιποθυμήσει στη θέα του αίματος, να ζαλιστεί και να πέσει από το ψηλό μέρος, να χάσει τον έλεγχο του και να αρχίσει να ουρλιάζει σ' ένα κλειστό μέρος). Το άγχος που νιώθει το άτομο κατά την έκθεση του στο φοβικό αντικείμενο ή κατάσταση είναι τόσο μεγαλύτερο όσο πιο κοντά (στο χώρο ή στο χρόνο) είναι το φοβικό ερέθισμα και όσο πιο δύσκολη είναι η διαφυγή απ' αυτό. Μερικές φορές αναπτύσσονται πλήρεις προσβολές πανικού.<sup>1</sup>

## 2.2. Συνοδές διαταραχές - επιπλοκές

Οι ειδικές φοβίες μπορεί να συνυπάρχουν με άλλες Αγχώδεις Διαταραχές και ιδιαίτερα με Διαταραχή Πανικού με Αγοραφοβία (συνήθως οι άλλες αγχώδεις διαταραχές υπερισχύουν στην κλινική εικόνα).

Η φοβία του αίματος - ένεσης - τραύματος συχνά χαρακτηρίζεται από έντονη αντίδραση του πνευμονογαστρικού που οδηγεί σε λιποθυμία, οπότε το άτομο μπορεί να αποφεύγει απαραίτητη ιατρική ή οδοντιατρική φροντίδα. Η φοβία του αίματος ή της παραμόρφωσης αρχικά εκδηλώνεται με ταχυκαρδίες· γρήγορα όμως εγκαθίσταται βραδυκαρδία, πτώση της Α.Π. και λιποθυμία. Η διφασική αυτή αντίδραση του καρδιαγγειακού συστήματος κάνει την παραπάνω φοβία να διαφέρει από τις άλλες ειδικές φοβίες. Πολύ συχνά συγγενείς των ασθενών με τέτοια φοβία έχουν και αυτοί την ίδια φοβία.<sup>1,10</sup>

Η νοσοφοβία ή αλλιώς «υποχονδρίαση» είναι η φοβία για μια συγκεκριμένη αρρώστια (π.χ. καρκινοφοβία) και η συνεχής ενασχόληση με διάφορα σωματικά συμπτώματα. Η νοσοφοβία και η υποχονδρίαση είναι δυνατό να είναι εκδηλώσεις μόνο φοβικής νεύρωσης, πολύ συχνά

όμως είναι συμπτώματα καταθλιπτικής νόσου ή ακόμα και ψύχωσης. Τα άτομα που πάσχουν από νοσοφοβία κάνουν συνεχείς εργαστηριακές εξετάσεις και ζητούν επιβεβαίωση για την καλή τους υγεία από τους ιατρούς.<sup>5</sup>

**Η φοβία της πτήσης με αεροπλάνο** μπορεί να κάνει πολύ δύσκολη τη ζωή των ατόμων που οι επαγγελματικές τους ανάγκες είναι συνδεδεμένες με τη χρήση του αεροπλάνου. Έτσι, για παράδειγμα, ένα στέλεχος μιας μεγάλης εταιρίας μπορεί να αποφύγει να πάρει μια προαγωγή. Περίπου το 10% των ανθρώπων που αποφεύγουν να ταξιδεύουν με αεροπλάνο έχουν τέτοια φοβία, αλλά και απ' αυτούς που ταξιδεύουν το 90% κάνει το ταξίδι με πολύ άγχος. Τόσο πριν όσο και κατά τη διάρκεια της πτήσης καταφεύγει στο αλκοόλ ή τα ηρεμιστικά. Η φοβία της πτήσης με αεροπλάνο μπορεί να αφορά μόνο το αεροπλάνο, μπορεί όμως να είναι και ένα σύμπτωμα της αγοραφοβίας.<sup>6</sup>

Οι ζωοφοβίες είναι πολύ συχνές, ειδικά στην παιδική ηλικία. Τα άτομα που πάσχουν από αυτές φοβούνται και εκδηλώνουν έντονη απέχθεια για ορισμένα ζώα, όπως π.χ. το σκυλί (κυνοφοβία), τα ερπετά (κυρίως τα φίδια), τα έντομα (μέλισσες, αράχνες), ακόμα και τα πτηνά (π.χ. κόττες). Εκδηλώνεται μετά από μια τραυματική εμπειρία που είχε το άτομο (π.χ. μετά από δάγκωμα σκύλου). Μέχρι την ηλικία των 10 ετών είναι το ίδιο συχνές και στα δυο φύλα· μετά την ηλικία αυτή εμφανίζονται πολύ σπάνια στα αγόρια.

**Η φοβία των κλειστών χώρων** (κλειστοφοβία), παρόλο που πολύ συχνά είναι ένα από τα συμπτώματα της αγοραφοβίας, είναι δυνατό να αφορά μόνο τους χώρους αυτούς (ασανσέρ, μετρό κ.λπ.). 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 ή να περπατήσουν κοντά στο χείλος ενός γκρεμού.<sup>6</sup>

Οι φοβίες των φυσικών φαινομένων (κεραυνού, καταιγίδας, βροντής, σκοταδιού κ.λπ.) μπορούν να κάνουν δύσκολη τη ζωή ενός ατόμου. Ενδέχεται να παρακολουθεί το μετεωρολογικό δελτίο κάθε μέρα για μια οποιαδήποτε μετακίνηση του. Από τη στιγμή που βλέπει τον καιρό να χαλάει και σιγά-σιγά να συννεφιάζει, πανικοβάλλεται έως ότου δεν μπορεί να ελέγξει τον εαυτό του. Όταν βρίσκεται στο σπίτι το μόνο που μπορεί να κάνει είναι να κουκουλωθεί κάτω από τα σκεπάσματα (για να μη βλέπει τις αστραπές) και να έχει τον ήχο της τηλεόρασης στη μέγιστη ένταση (για να μην ακούει τις βροντές). Πιστεύει ότι ο καιρός θα εξελιχθεί σε μπόρα και ακυρώνει όλα του τα ραντεβού. Μέσα στον πανικό του ψάχνει κάπου να κρυφτεί και σκεπάζοντας με τα χέρια τα μάτια και τα αυτιά διπλώνεται σε «εμβρυϊκή» στάση. Εάν χαλάσει ο καιρός ενώ το άτομο οδηγεί, επιταχύνει επικίνδυνα για να «φτάσει» πιο νωρίς και ας μην έχει προορισμό. Νιώθει να γελοιοποιείται χωρίς να μπορεί να κάνει τίποτε. Τα άτομα αυτά γενικότερα φοβούνται τους θορύβους, τις κόρνες, τα βεγγαλικά. Σωματικά συμπτώματα που εκδηλώνονται είναι: έντονη εφίδρωση κυρίως των χεριών και του προσώπου, ταχυκαρδία, αυξημένη μυϊκή τάση, αναπνευστικά συμπτώματα (αρχικά λαχάνιασμα, μετέπειτα δύσπνοια).<sup>14</sup>

Η φοβία πνιγμού από κατάποση ή από μάσηση διάφορων τροφών κάνει το άτομο που την έχει να αποφεύγει στερεές τροφές, με αποτέλεσμα να χάνει βάρος. Η φοβία αυτή πολλές φορές είναι σύμπτωμα γενικευμένου άγχους ή αγοραφοβίας.



Η σεξουαλική φοβία: η αποστροφή του σεξ και γενικά τα προβλήματα δημιουργίας μιας στενής σχέσης μπορεί να είναι συμπτώματα διαταραχής πανικού ή ενδοψυχικών συγκρούσεων (Marks & Gelber, 1966). Άλλη ονομασία που έχει δοθεί στη φοβία αυτή είναι «ανδροφοβία και γυναικοφοβία».<sup>7,11</sup>

### 2.3. Διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV για την ειδική φοβία

**A.** Έντονος και επίμονος φόβος που είναι υπερβολικός ή παράλογος, εκλυόμενος από την παρουσία ή την αναμονή ενός συγκεκριμένου αντικειμένου ή κατάστασης (π.χ. πτήση, ύψη, ζώα, το να κάνει το άτομο ένεση).

**B.** Η έκθεση στο φοβικό ερέθισμα σχεδόν πάντα προκαλεί άμεση απάντηση άγχους, που μπορεί να παίρνει τη μορφή μιας συνδεδεμένης με ή προδιατεθειμένης από την κατάσταση προσβολής πανικού. Στα παιδιά, το άγχος μπορεί να εκφράζεται με κλάματα, εκρήξεις θυμού, πάγωμα ή προσκόλληση σε άλλους.

**Γ.** Το άτομο γνωρίζει ότι ο φόβος του είναι υπερβολικός ή παράλογος. (Στα παιδιά το στοιχείο αυτό μπορεί να απουσιάζει).

**Δ.** Η φοβική κατάσταση αποφεύγεται ή αλλιώς υπομένεται με έντονο άγχος ή υποκειμενική ενόχληση.

**Ε.** Η αποφυγή, η αγχώδης αναμονή ή η υποκειμενική ενόχληση κατά την επίφοβη κατάσταση παρεμποδίζει σημαντικά την καθημερινή φυσιολογική ρουτίνα του ατόμου, την επαγγελματική (ή τη σχετική με τις σπουδές) λειτουργικότητα του ή τις κοινωνικές του δραστηριότητες ή τις σχέσεις του.

ΣΤ. Σε άτομα κάτω των 18 ετών, η διάρκεια είναι τουλάχιστον 6 μήνες.

Ζ. Το άγχος, οι προσβολές πανικού ή η φοβική αποφυγή που συνδέονται με το συγκεκριμένο αντικείμενο ή κατάσταση, δεν εξηγούνται καλύτερα ως κάποια άλλη ψυχική διαταραχή, όπως ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή (π.χ. φόβος βρωμιάς σε κάποιο άτομο με ψυχαναγκασμό σχετικό με μόλυνση), Διαταραχή Μετά από Ψυχοτραυματικό Στρες (αποφυγή ερεθισμάτων που συνδέονται με έναν σοβαρό στρεσογόνο παράγοντα), Διαταραχή Άγχους Αποχωρισμού (π.χ. αποφυγή του σχολείου), Διαταραχή Πανικού με Αγοραφοβία ή Αγοραφοβία χωρίς ιστορικό Διαταραχής Πανικού.<sup>1,10</sup>

#### 2.4. Επιδημιολογικά στοιχεία

Οι ειδικές φοβίες είναι συχνότερες στις γυναίκες απ' ό,τι στους άντρες. Αν και οι φοβίες αντικειμένων και καταστάσεων είναι συχνές στο 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% με 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.<sup>15</sup>

## 2.5. Έναρξη - Πορεία - Πρόγνωση

Η ηλικία έναρξης των ειδικών φοβιών ποικίλλει ανάλογα με τον τύπο τους. Η έναρξη των Τύπων Ζώων και Αίματος - Ένεσης - Τραύματος είναι συνήθως στην παιδική ηλικία. Ο Τύπος Φυσικού Περιβάλλοντος αρχίζει κυρίως στην παιδική ηλικία, αν και ορισμένες φορές μπορεί να εμφανιστεί και στη νεαρή ενήλικη ζωή. Ο Τύπος Καταστάσεων, σύμφωνα με έρευνες, έχει δυο κορυφώσεις στη συχνότητα εμφάνισης, μια στην παιδική ηλικία και μια γύρω στα 25. Ο φόβος πνιγμονής μπορεί να εμφανιστεί οποτεδήποτε, συνήθως ύστερα από ένα συμβάν σχεδόν πνιγμονής. Οι ειδικές φοβίες τείνουν να υποχωρήσουν αυτόματα με την ηλικία. Όταν οι ειδικές φοβίες επιμένουν στην ενήλικη ζωή, τότε συχνά γίνονται χρόνιες, όμως σπάνια προκαλούν σημαντική αναπηρία του ατόμου.<sup>1,11</sup>

**Προδιαθετικοί παράγοντες για την έναρξη της φοβίας περιλαμβάνουν:**

- Τραυματικά γεγονότα (π.χ. να επιτεθεί στο άτομο ένα σκυλί ή να κλειστεί το άτομο σε μια ντουλάπα).
- Απροσδόκητες προσβολές πανικού, όπως π.χ. το να γίνει κανείς μάρτυρας του τραυματισμού ή του φόβου άλλων ατόμων.
- Επανειλημμένες προειδοποιήσεις για κινδύνους από τους γονείς, τα ΜΜΕ, κ.λπ.<sup>12,15</sup>

## 2.6. Διαφορική διάγνωση

Οι ειδικές φοβίες διαφέρουν από τις άλλες αγχώδεις διαταραχές στο ότι το ενδιαμέσο άγχος που νιώθει το άτομο συνήθως δεν είναι έντονο.

Έτσι, τυπικά η διαφορική διάγνωση από τη **Διαταραχή Πανικού με Αγοραφοβία** θα βασιστεί στο ότι το άτομο δεν νιώθει διάχυτο άγχος και φόβο, καθώς ο φόβος του περιορίζεται σε συγκεκριμένες καταστάσεις ή αντικείμενα. Η διαφοροδιάγνωση της ειδικής φοβίας Τύπου Καταστάσεων από **Διαταραχή Πανικού με Αγοραφοβία** μπορεί να είναι ιδιαίτερα δύσκολη, καθώς και οι δυο διαταραχές μπορεί να περιλαμβάνουν προσβολές πανικού και αποφυγή παρόμοιων καταστάσεων (π.χ. οδήγησης, αεροπορικών ταξιδιών). Τυπικά η Ειδική Φοβία Τύπου Καταστάσεων χαρακτηρίζεται με απουσία επαναλαμβανόμενων απροσδόκητων Προσβολών Πανικού. Υπάρχουν, όμως, και κλινικές περιπτώσεις που βρίσκονται ανάμεσα σ' αυτά τα δυο πρότυπα και απαιτούν προσεκτική κλινική εκτίμηση για να μπει η διάγνωση. Τη δύσκολη αυτή διαφορική διάγνωση μπορεί να βοηθήσουν τέσσερις παράγοντες: ο εστιασμός του φόβου/άγχους, ο τύπος και ο αριθμός των προσβολών πανικού, ο αριθμός των καταστάσεων που αποφεύγονται και η ένταση του ενδιάμεσου άγχους.<sup>1</sup>

Αν 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 ο εστιασμός του φόβου αφορά και τις δυο διαταραχές.

Η διαφορική διάγνωση Ειδικής Φοβίας και **Κοινωνικής Φοβίας** θα γίνει πάλι με βάση τον εστιασμό του φόβου (π.χ. αν το άτομο αποφεύγει να τρώει σε εστιατόριο επειδή φοβάται την αρνητική εκτίμηση/κριτική

των άλλων πρόκειται για Κοινωνική Φοβία - αν φοβάται μην πνιγεί τρώγοντας, πρόκειται για Ειδική Φοβία).

Σε άτομα με Διαταραχή Άγχους Αποχωρισμού πολύ σπάνια θα δικαιολογηθεί επιπρόσθετη διάγνωση Ειδικής Φοβία (η αποφυγή συνδέεται με το φόβο αποχωρισμού και γενικότερο φόβο για οτιδήποτε ή οποιονδήποτε απειλεί την ακεραιότητα της οικογένειας, π.χ. ληστές, ατυχήματα, αεροπορικά ταξίδια).

Ο Τύπος της ειδικής φοβίας όπου το άτομο φοβάται μην κολλήσει κάποια αρρώστια θα διαφοροδιαγνωστεί από την Υποχονδρίαση με βάση το ότι σ' αυτήν το άτομο φοβάται ότι έχει μια αρρώστια (στην ειδική φοβία φοβάται μην κολλήσει μια αρρώστια).<sup>1,10</sup>

Εφόσον η αποφυγή περιορίζεται αποκλειστικά και μόνο στην τροφή (χωρίς φόβο πνιγμού ή αρνητικής εκτίμησης από τους άλλους) σε άτομα με ψυχογενή ανορεξία ή ψυχογενή βουλιμία δεν θα δοθεί η διάγνωση της Ειδικής Φοβίας.<sup>1, 10, 11</sup>

## 2.7. Αίτια της Ειδικής Φοβίας

Υπάρχει χαλαρή συμφωνία μεταξύ των ερευνητών του χώρου ότι οι φοβίες ξεκινούν για τρεις κυρίως λόγους:

1) *Λανθασμένη μάθηση*: όπως στο περιβόητο παράδειγμα του Μικρού Άλμπερτ (Watson & Raynor, 1920) που αφενός «έμαθε» να φοβάται το μικρό άσπρο κουνελάκι του και αφετέρου γενίκευσε το φόβο του και σε άλλα άσπρα μαλλιαρά αντικείμενα και ζωάκια.. Κλασική, συντελεστική, μιμητική, κοινωνική και οποιαδήποτε άλλη μορφή μάθησης μπορεί να προκαλέσει μια φοβία. Πολλές φορές, έστω και ένα (μαθησιακό) γεγονός αρκεί. Σ' αυτό το σημείο αξίζει να αναφερθεί η

θεωρία των «δύο φάσεων» του Hauger, σύμφωνα με την οποία η κλασική εξαρτημένη μάθηση σχετίζεται με την έναρξη της φοβίας και η συντελεστική μάθηση (μέσω της άμεσης ανακούφισης που προκαλούν οι αποφυγές) στη διατήρηση της.<sup>13,14</sup>

2) *Μετάθεση*: σύμφωνα με τη Φροϋδική σκέψη, η φοβία είναι αποτέλεσμα άλυτων ενδοψυχικών συγκρούσεων και μεταθέσεων που προκύπτουν από αυτές. Ένα παιδί που φοβάται το σχολείο, πιθανότατα να φοβάται τον αποχωρισμό από τη μητέρα του. Χαρακτηριστικό της μετάθεσης είναι ότι ο φοβικός ανταλλάσσει έναν μεγαλύτερο (κύριο) φόβο με έναν μικρότερο (δευτερεύοντα): ο σύζυγος που έχει φοβία με τα μαχαίρια μπορεί να έχει μεταθέσει το φόβο του ότι θα σφάζει τη γυναίκα του. Γενικά, ο ασθενής φοβάται κάτι το οποίο, λόγω της έντασης του, δεν μπορεί να φέρει σε συνειδητό επίπεδο και το μεταθέτει σε φόβο για κάτι άλλο, το οποίο μπορεί να ελέγξει.

3) *Μηχανισμός άμυνας σε επικίνδυνες τάσεις του ίδιου του ατόμου*: κάποιος που φοβάται να μιλήσει δημόσια, ίσως να φοβάται την τάση του να εκθέτει τα γεννητικά του όργανα δημοσίως. Κάποιος με ακροφοβία ίσως να φοβάται την τάση του να πηδήξει.

Το 1959, ο Freud δημοσίευσε το περιστατικό του μικρού Χανς, ενός πεντάχρονου αγοριού του οποίου η φοβία για τα άλογα του επέτρεπε να μην αποχωρίζεται τη μητέρα του, καθώς δεν έβγαινε ποτέ μόνος του έξω. Σύμφωνα με τον Freud, ο φόβος του Hans για τα άλογα ήταν δευτερογενής. Ο κύριος φόβος του ήταν ο πατέρας του, λόγω μιας οιδιπόδειας σύγκρουσης. Ο μικρός έτρεφε σεξουαλικές επιθυμίες για τη μητέρα του και φοβόταν ενουχισμό από τον πατέρα του - την τιμωρία με την οποία τον φόβισε η μητέρα του όταν τον έπιασε να χαϊδεύει το πέος

---

του. Ο Freud πίστευε ότι ο Hans αντιμετώπισε αυτή την απειλή με το να μεταθέσει τον πραγματικό φόβο του στα άλογα. Οι συμπεριφοριστές Wolpe και Rachman όμως, σημειώνουν ότι ο Hans είχε εκτεθεί σε μια τραυματική εμπειρία με άλογα, εξαιτίας της οποίας του δημιουργήθηκε η φοβία: προτείνουν ότι η τρομακτική εμπειρία εξηγεί τη φοβία του παιδιού καλύτερα από τη σκέψη του Freud.<sup>13,14</sup>

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>**  
**Κοινωνική Φοβία**  
**(Διαταραχή Κοινωνικού Άγχους)**



---

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>

### Κοινωνική Φοβία (Διαταραχή Κοινωνικού Άγχους)

- 3.1 3.1. Ορισμός
- 3.2. Συμπτωματολογία
- 3.3. Επιδημιολογικά στοιχεία
- 3.4. Διάγνωση κατά (DSM –IV)
- 3.5. Συνοδά συμπτώματα και σημεία. Συνοδές διαταραχές – Επιπλοκές.
- 3.6. Έναρξη – Πορεία - Πρόγνωση
- 3.7. Διαφορές Αγοραφοβίας από την κοινωνική φοβία
- 3.8. Θεραπεία της Ειδικής & Κοινωνικής Φοβίας

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3°

### ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΦΟΒΙΑ (ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΑΓΧΟΥΣ)

#### 3.1. Ορισμός Κοινωνικής Φοβίας - Κλινικά χαρακτηριστικά

Η κοινωνική φοβία είναι μια συχνή εκδήλωση αγχώδους διαταραχής. Το βασικό χαρακτηριστικό της Κοινωνικής Φοβίας είναι ένας έντονος και επίμονος φόβος ταπείνωσης ή αμηχανίας σε κοινωνικές καταστάσεις ή σε καταστάσεις που το άτομο πρέπει να επιτελέσει κάτι μπροστά σε κόσμο. Ο φόβος στις καταστάσεις αυτές υφάινεται γύρω από την αίσθηση του ατόμου ότι είναι εκτεθειμένο στην παρατήρηση, την κριτική ή τον εξουχιστικό έλεγχο των άλλων, ιδιαίτερα αν είναι άγνωστος (γι' αυτό η διαταραχή ονομάζεται επίσης και Διαταραχή Κοινωνικού Άγχους). Σ' ένα βαθμό το κοινωνικό άγχος είναι ένα φαινόμενο που κάθε σχεδόν άτομο έχει νιώσει κατά τη διάρκεια κάποιας φάσης της ανάπτυξης του· αυτό μάλλον οφείλεται στο ότι ο φόβος των ξένων στα νήπια και η μετέπειτα ανάπτυξη της δειλίας και της εσωστρέφειας έχουν πιθανόν τις καταβολές τους σε κάποιο τύπο γενετικής επιρροής.<sup>1</sup>

Πολλοί διάσημοι άνθρωποι είχαν τέτοιο πρόβλημα. Ο μεγάλος ρήτορας Δημοσθένης έτρεμε μπροστά στο Φίλιππο και ο Ιπποκράτης είχε έντονη κοινωνική φοβία, επειδή πίστευε ότι όλοι οι άνθρωποι τον παρατηρούν (Marks, 1987).<sup>16</sup>

Το άτομο που πάσχει από κοινωνική φοβία χαρακτηρίζεται από άγχος και αποφυγή όταν πρόκειται να μετάσχει σε μια κοινωνική ομαδική εκδήλωση, π.χ. να πάει σε ένα πάρτι, να φάει στο εστιατόριο, να πιει ένα ποτό στο μπαρ, να παρακολουθήσει διαλέξεις κ.λπ., διότι φοβάται ότι θα γίνει το επίκεντρο της προσοχής. Έτσι, το άτομο φοβάται ότι οι άλλοι θα

δουν ότι έχει άγχος ή θα το κρίνουν ως αδύνατο, «τρελό» ή ηλίθιο. Εάν το άτομο φοβάται να μιλήσει δημόσια, ο φόβος του είναι μήπως οι άλλοι δουν ότι τρέμουν τα χέρια του ή η φωνή του, μήπως λιποθυμήσει ή μήπως πανικοβληθεί, αν φοβάται να συνομιλήσει με άλλους, ο φόβος του είναι ότι δεν θα μπορέσει να μιλήσει- αν φοβάται να φάει, να πιει ή να γράψει δημοσίως, ο φόβος του μπορεί να είναι ότι θα βρεθεί σε δύσκολη θέση καθώς οι άλλοι θα προσέξουν ότι τρέμουν τα χέρια του. Το άτομο με κοινωνική φοβία δεν έχει εμπιστοσύνη στον εαυτό του, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι δεν έχει αναπτύξει κοινωνικές δεξιότητες - αλλά δεν μπορεί να τις εκδηλώσει στην πράξη. Ωστόσο, έχει επίγνωση του προβλήματος του.<sup>12, 6</sup>

### 3.2. Συμπτωματολογία

α) Συμπτώματα άγχους και μάλιστα σωματικά: αίσθημα παλμών, τρόμος, ιδρώτες, γαστρεντερική δυσφορία, διάρροια, μυϊκή τάση, κοκκίνισμα, έχει ναυτία ή ακόμη κάνει και εμετό. Τα συμπτώματα αυτά είναι σχεδόν πάντα παρόντα και σε σοβαρές περιπτώσεις το άτομο φθάνει σε πανικό.

β) Συχνό είναι το έντονο άγχος αναμονής, όπως π.χ. πριν από ένα προγραμματισμένο κοινωνικό ή δημόσιο γεγονός.

γ) Γενικά, μπορεί να πει κανείς ότι το άτομο έχει κοινωνική φοβία όταν:

- i) Φοβάται ότι θα γελοιοποιηθεί κάνοντας κάποιο κραυγαλέο ή παράλογο λάθος,
- ii) Δεν μπορεί να περπατά μπροστά σε κόσμο,

- iii) Δεν νιώθει άνετα με άτομα που δεν γνωρίζει ή όταν φοβάται ότι θα γίνει το κέντρο της προσοχής, π.χ. πρέπει να διασχίσει μια πίστα χορού.
- iv) Δεν νιώθει άνετα επειδή δεν ξέρει τι αναμένει ο άλλος απ' αυτόν,
- v) Γίνεται νευρικό όταν μιλάει σε κάποιον ανώτερό του.<sup>17</sup>

### 3.3. Επιδημιολογικά χαρακτηριστικά

Στο γενικό πληθυσμό, η Κοινωνική Φοβία φαίνεται να είναι πιο συχνή στις γυναίκες. Στους κλινικούς πληθυσμούς, όμως, έχει την ίδια συχνότητα σε άντρες και γυναίκες ή είναι πιο συχνή στους άντρες. Ο επιπολασμός ζωής της κοινωνικής φοβίας στο γενικό πληθυσμό κυμαίνεται ανάλογα με τις μελέτες από 3% ως 13%. Σε κλινικούς πληθυσμούς η συχνότητα της κοινωνικής φοβίας είναι 10% έως 20% των Αγχωδών Διαταραχών.<sup>4</sup>

### 3.4. Διάγνωση: Διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV για την κοινωνική φοβία

A. Ένας έντονος και επίμονος φόβος μιας ή περισσότερων κοινωνικών καταστάσεων ή καταστάσεων στις οποίες το άτομο θα πρέπει να εκτελέσει κάτι, στις οποίες το άτομο εκτίθεται σε άγνωστο κόσμο ή σε πιθανό εξουχιστικό έλεγχο από μέρους των άλλων. Το άτομο φοβάται ότι θα ενεργήσει με τρόπο που θα είναι ταπεινωτικός ή αμήχανος (ή θα δείξει συμπτώματα άγχους).

B. Η έκθεση στην επίφοβη κοινωνική κατάσταση προκαλεί σχεδόν πάντοτε άγχος, που μπορεί να παίρνει τη μορφή μιας συνδεδεμένης με ή προδιατεθειμένης από την κατάσταση προσβολής πανικού.

**Σημείωση:** Στα παιδιά, το άγχος μπορεί να εκφράζεται με κλάματα, εκρήξεις θυμού, πάγωμα ή με το να αποτραβιέται το παιδί από κοινωνικές καταστάσεις με άγνωστα άτομα.

**Γ.** Το άτομο γνωρίζει ότι ο φόβος του είναι υπερβολικός ή παράλογος. Στα παιδιά, το στοιχείο αυτό μπορεί να απουσιάζει.

**Δ.** Οι επίφοβες κοινωνικές καταστάσεις ή καταστάσεις όπου το άτομο θα πρέπει να επιτελέσει κάτι αποφεύγονται ή αλλιώς υπομένονται με έντονο άγχος ή υποκειμενική ενόχληση.

**Ε.** Η αποφυγή, αγχώδης αναμονή ή υποκειμενική ενόχληση κατά τις επίφοβες κοινωνικές καταστάσεις παρεμποδίζει σημαντικά την καθημερινή φυσιολογική ρουτίνα του ατόμου, την επαγγελματική λειτουργικότητα του ή τις κοινωνικές δραστηριότητες.

**ΣΤ.** Σε άτομα κάτω των 18, η διάρκεια είναι τουλάχιστον 6 μήνες.

**Ζ.** Ο φόβος ή η αποφυγή δεν οφείλεται τα άμεσα φυσιολογικά αποτελέσματα της δράσης μιας ουσίας (π.χ. κάποια ουσία κατάχρησης, κάποιο φάρμακο) ή μιας γενικής ιατρικής κατάστασης και δεν εξηγείται καλύτερα ως κάποια άλλη ψυχική διαταραχή (π.χ. Διαταραχή Πανικού με ή χωρίς Αγοραφοβία, Διαταραχή Άγχους Αποχωρισμού, Σωματοδυσμορφική Διαταραχή, Σχιζοειδής Διαταραχή της Προσωπικότητας).

**Η.** Αν κάποια γενική ιατρική κατάσταση ή κάποια άλλη ψυχική διαταραχή είναι παρούσα, ο φόβος στο κριτήριο Α δεν σχετίζεται μ' αυτήν, π.χ. ο φόβος δεν είναι μήπως τραυλίσει, μήπως τρέμει από τη νόσο του Parkinson ή μήπως δείξει παθολογική συμπεριφορά στην πρόσληψη τροφής σε Ψυχογενή Ανορεξία ή Ψυχογενή Βουλιμία.<sup>1,18</sup>

### 3.5. Συνοδά συμπτώματα και σημεία - Συνοδές διαταραχές - Επιπλοκές

Τα άτομα με Κοινωνική Φοβία συνήθως είναι υπερευαίσθητα στην κριτική, στην αρνητική εκτίμηση από τους άλλους και στην απόρριψη, έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση, δυσκολεύονται να διεκδικήσουν κάτι, δυσκολεύονται να απαντήσουν σε ψυχολογικά τεστ, μπορεί να αποφεύγουν την επαφή με τα μάτια, μπορεί να δείχνουν το άγχος τους (ιδρωμένα κρύα χέρια, τρεμουλιαστή φωνή και τρεμούλα στα χέρια).<sup>19,1</sup>

Η Κοινωνική Φοβία μπορεί να συνυπάρχει με πολλές άλλες διαταραχές, όπως: Διαταραχή Πανικού με Αγοραφοβία, Αγοραφοβία χωρίς ιστορικό Διαταραχής Πανικού, Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή, Διαταραχή της Διάθεσης, Διαταραχές Σχετιζόμενες με ουσίες, Σωματοποιητική Διαταραχή και συνήθως προηγείται των διαταραχών αυτών. Ιδιαίτερα η κατάθλιψη και η κατάχρηση ουσιών (κυρίως αλκοόλ ή αγχολυτικών, που λαμβάνονται για την ανακούφιση του άγχους στις φοβικές κοινωνικές καταστάσεις) είναι συνήθως επιπλοκές της Κοινωνικής Φοβίας. Άλλες επιπλοκές είναι ότι εξαιτίας της έκπτωσης της λειτουργικότητας ή των δεξιοτήτων στην εργασία, στις σπουδές ή στις σχέσεις, το κοινωνικά φοβικό άτομο μπορεί να παρατήσει το σχολείο ή τη δουλειά του, ν' αφήσει τους φίλους του ή να μην αποκτήσει φίλους ή ερωτικές σχέσεις, να μείνει ανύπαντρο κ.ά. Συχνά με την Κοινωνική Φοβία, γενικευμένη υπάρχει και Αποφευκτική Διαταραχή της Προσωπικότητας.

*Εργαστηριακά*, το άτομο με Κοινωνική Φοβία είναι λιγότερο πιθανό να αναπτύξει μια Προσβολή Πανικού μετά έγχυση γαλακτικού νατρίου ή εισπνοή CO<sub>2</sub>.<sup>1, 12, 20</sup>

### 3.6. Έναρξη - Πορεία - Πρόγνωση

Αν και η Κοινωνική Φοβία μπορεί να αρχίσει στην παιδική ηλικία, τυπικά αρχίζει γύρω στα 15, μερικές φορές ύστερα από μια παιδική ηλικία χαρακτηριζόμενη από κοινωνικές αναστολές και ντροπαλότητα. Η έναρξη μπορεί να είναι απότομη, ύστερα από μια στρεσογόνο ή ταπεινωτική εμπειρία ή μπορεί να είναι βαθμιαία.<sup>20</sup>

Συχνά η πορεία της είναι χρόνια, αν και μπορεί να εξασθενήσει ή να υποχωρήσει στην ενήλικη ζωή. Γενικά, ο βαθμός της λειτουργικής έκπτωσης ή και της υποκειμενικής ενόχλησης μπορεί να ποικίλλει ανάλογα με τις απαιτήσεις κοινωνικής ή δημόσιας έκθεσης του ατόμου.<sup>20</sup>

### 3.7. Διαφορές Αγοραφοβίας από την Κοινωνική Φοβία

Διάφορες μελέτες που έχουν γίνει για τη διερεύνηση των διαφορών 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 ανύπαντροι, ανήκουν στις υψηλές κοινωνικές τάξεις, έχουν λάβει πολύ καλή εκπαίδευση και έχουν υψηλό δείκτη νοημοσύνης, ιδίως δε υπερέχουν στο λεκτικό σκέλος του τεστ νοημοσύνης.
- Οι μητέρες τους εργάζονται λιγότερο χρόνο έξω από το σπίτι.
- Ο πατέρας έχει κυριαρχική προσωπικότητα και η σχέση με τον πατέρα τους ήταν κακή.

- Η έναρξη της φοβίας τους έγινε βαθμιαία και λιγότερο συχνά μετά από 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.<sup>20, 8</sup>
- Δεν παραπονούνται για τον ύπνο τους ούτε παρουσιάζουν αδυναμία στα άκρα, δυσκολία στην αναπνοή ή άλλα προσωπικά φαινόμενα, που είναι συχνές εκδηλώσεις της αγοραφοβίας.
- Το 20% των ατόμων με κοινωνική φοβία πίνει πάρα πολύ, το 35% έχει και κατάθλιψη και ένα άλλο 20% έχει και γενικευμένο άγχος κατά την ηρεμία, χωρίς να υπάρχουν φοβογόνα ερεθίσματα.
- Έχουν επίσης αυξημένο καρδιακό ρυθμό και αρτηριακή πίεση μεγαλύτερη από ό,τι τα φυσιολογικά άτομα.

Όταν η Κοινωνική Φοβία συνοδεύεται από γενικευμένο άγχος και κατάθλιψη, μοιάζει να είναι βαριάς μορφής αγοραφοβία. Τότε λέμε ότι το άτομο πάσχει από «φοβική - αγχώδη διαταραχή».<sup>20,8</sup>

### **3.8. Θεραπεία της Ειδικής και Κοινωνικής Φοβίας**

Όπως στη θεραπευτική προσέγγιση της Διαταραχής Πανικού και Αγοραφοβίας, έτσι και στη θεραπεία της Ειδικής και Κοινωνικής Φοβίας, κατ' αρχήν πρέπει να δημιουργηθεί ένα υποστηρικτικό ψυχοθεραπευτικό



πλαίσιο αισιοδοξίας, συμπαράστασης και αγωνιστικότητας. Μέσα στο πλαίσιο αυτό της υποστηρικτικής ψυχοθεραπείας, που ανεβάζει το ηθικό και την αυτοεκτίμηση του ασθενή, εφαρμόζεται κατόπιν η (ψυχο)-θεραπεία συμπεριφοράς, που είναι η θεραπεία εκλογής για τις φοβίες, με συνδυασμό ή όχι της φαρμακευτικής αγωγής.<sup>22</sup>

Η **θεραπεία συμπεριφοράς** μπορεί να είναι βαθμιαία προοδευτική (κλιμακωτή) έκθεση in-vivo στο φοβικό αντικείμενο ή κατάσταση της Ειδικής ή Κοινωνικής Φοβίας ή συνδυασμός προοδευτικής συστηματικής αποευαισθητοποίησης στη φαντασία και βαθμιαίας (κλιμακωτής) έκθεσης in-vivo (π.χ. πρώτα βλέπει με τη φαντασία του ένα φίδι, μετά στη φωτογραφία, μετά βλέπει ένα ζωντανό φίδι). Η συμπεριφορική θεραπεία μπορεί να γίνει και σε ομάδα (π.χ. για φόβο αεροπορικών ταξιδιών).<sup>22,4</sup>

Η θεραπεία συμπεριφοράς μπορεί να βοηθηθεί επίσης από τεχνικές της **γνωστικής θεραπείας**, που προσπαθούν να τροποποιήσουν δυσλειτουργικές σκέψεις του φοβικού ασθενή για το φόβο αποτυχίας, ταπείνωσης ή αμηχανίας (π.χ. κοινωνικά φοβικοί ασθενείς τείνουν λαθεμένα να υπερεκτιμούν την έκταση της κριτικής και του εξουχιστικού ελέγχου από τους άλλους).

Σε ορισμένες περιπτώσεις η **δυναμική ψυχοθεραπεία** μπορεί να είναι χρήσιμη για τη διερεύνηση και τη λύση παιδικών συγκρούσεων που σχετίζονται με το συμβολικό νόημα των φοβιών.<sup>1</sup>

**Φαρμακευτική αγωγή:** Αυτή μπορεί να χρειαστεί για ορισμένους ασθενείς, κατά προτίμηση σε συνδυασμό με την υποστηρικτική - συμπεριφορική - γνωστική ψυχοθεραπεία. Σε ασθενείς με Κοινωνική Φοβία μπορεί να χορηγηθούν αναστολείς της ΜΑΟ, αλπραζολάμη (με επιφυλάξεις) ή εκλεκτικοί αναστολείς της επαναπρόσληψης της

---

σεροτονίνης (ΕΑΕΣ) με κάποια επιτυχία. Μερικοί αναφέρουν βελτίωση του φόβου παράστασης με προπρανολόλη (20 mg από το στόμα, χορηγούμενα 1 ώρα πριν την παράσταση). Τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά φαίνεται να είναι λιγότερο αποτελεσματικά και συνήθως τα άτομα με Κοινωνική Φοβία είναι υπερευαίσθητα στις παρενέργειες τους και μπορεί να αναπτύξουν ανησυχία, ευερεθιστότητα και αϋπνία σε σχετικά χαμηλές δόσεις.

Όταν η φαρμακευτική αγωγή διακοπεί, οι ασθενείς τείνουν να υποτροπιάσουν (ίσως λιγότερο, αν παλέψουν τη φοβία τους με συνδυασμό ψυχοθεραπείας και φαρμακευτικής αγωγής).<sup>1,2,23</sup>

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>**  
**Σχολική Φοβία**

---

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>

### Σχολική Φοβία

- 4.1 Ορισμός
- 4.2. Επίπτωση – Επιδημολογικά χαρακτηριστικά
- 4.3. Αιτιολογία
- 4.4. Αντιμετώπιση
- 4.5. Παραδοσιακή ψυχοδυναμική θεραπεία με εμπλοκή νοσηλείας
- 4.6. Ταχείες θεραπείες της Σχολειοφοβίας
- 4.7. Πρόληψη

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>

### Σχολική Φοβία

#### 4.1. Ορισμός - Κλινική εικόνα

Ως «σχολική φοβία» χαρακτηρίζεται η άρνηση του παιδιού να πάει σχολείο, γιατί εκεί νιώθει έντονες σωματικές και ψυχικές ενοχλήσεις, ενώ όταν μένει στο σπίτι του τα συμπτώματα αυτά εξαφανίζονται. Το παιδί με σχολική φοβία αποφεύγει καταστάσεις που είναι συνυφασμένες με τη σχολική ζωή. Η σχολειοφοβία δεν περιορίζεται σε απλή απροθυμία για φοίτηση αλλά σε σθεναρή άρνηση, που υπογραμμίζεται από σωματικά συμπτώματα, όπως: κακοδιαθεσία, πονοκέφαλο, ζαλάδες, τάση για εμετό, πονόλαιμο, βήχα και δυσκολία στην αναπνοή (άσθμα). Παρουσιάζεται σε παιδιά ηλικίας 5-17 ετών. Σε πολλές περιπτώσεις δεν παρουσιάζεται στην αρχή του σχολικού έτους αλλά και αργότερα. Είναι δυνατόν η σχολική φοβία να συνοδεύεται και από άλλες φοβίες (π.χ. φόβος για σκύλους, ξένα πρόσωπα κ.λπ.).<sup>21</sup>

Ο όρος «σχολική φοβία» καθιερώθηκε το 1941 με σκοπό να διαφοροποιηθεί από το «σκασιαρχείο». Έτσι, ενώ το παιδί με φοβία μένει στο σπίτι κοντά στους δικούς του, το παιδί - σκασιάρχης εκδηλώνει τα ψυχολογικά του προβλήματα με το να φεύγει από το σχολείο, μακριά από την επίβλεψη των γονέων, λέει ψέματα ότι πηγαίνει στο σχολείο ενώ πηγαίνει με άλλα παιδιά, ή και μόνο, σε μέρη διασκέδασης.

Όσον αφορά τα σωματικά ενοχλήματα του παιδιού με σχολειοφοβία (ναυτία, εμετό, διάρροια, πόνος στο στομάχι κ.λπ.), αρχίζουν από τη στιγμή που παίρνει το πρωινό του στο σπίτι και ετοιμάζεται να πάει στο σχολείο. Τα συμπτώματα αυτά εξαφανίζονται ως «δια μαγείας» όταν οι

γονείς του του επιτρέπουν να μην πάει στο σχολείο ή όταν ο δάσκαλος του λέει να εγκαταλείψει την αίθουσα και να επιστρέψει στο σπίτι του.<sup>24</sup>

21

#### 4.2 Επίπτωση - Επιδημιολογικά χαρακτηριστικά

Η επίπτωση της πραγματικής σχολικής φοβίας είναι περίπου 1-7% και το 11<sup>ο</sup>-12<sup>ο</sup> έτος της ηλικίας του παιδιού είναι η πιο κρίσιμη χρονική περίοδος για την εκδήλωση της. Εκδηλώνεται πιο συχνά στις μεταβατικές σχολικές βαθμίδες, όταν δηλαδή το παιδί φεύγει από το δημοτικό και πάει στο γυμνάσιο.

Η σχολική φοβία προσβάλλει περισσότερο τα αγόρια απ' ό,τι τα κορίτσια και δεν έχει σχέση με το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο της οικογένειας. Αν και τα περισσότερα παιδιά έχουν κάποιο φόβο ή άγχος όταν πρωτοπηγαίνουν στο σχολείο, ο φόβος αυτός παρέρχεται σιγά-σιγά χωρίς να χρειαστεί βοήθεια.<sup>18</sup>

#### 4.3. Αιτιολογία

Η αιτιολογία της φοβίας είναι συχνά πολυπαραγοντική:

α) «Ο φόβος του αποχωρισμού»: Οι ειδικοί θεωρούν ότι η σχολική φοβία είναι ουσιαστικά η εκδήλωση του άγχους αποχωρισμού του παιδιού, το οποίο στενοχωριέται για τον πιθανό θάνατο κάποιου αγαπημένου του προσώπου ή φοβάται ότι κάτι πολύ άσχημο θα συμβεί. Αρνείται όχι μόνο να πάει σχολείο αλλά και να συμμετέχει σε άλλες ομαδικές κοινωνικές εκδηλώσεις, όπως πάρτι και κατασκήνωση.

β) Σχολική ανωριμότητα (μη έγκαιρη διάγνωση).

γ) Η νοητική καθυστέρηση ή άλλα επιμέρους μαθησιακά προβλήματα (π.χ. δυσλεξία - μη έγκαιρη διάγνωση της).

δ) Οι εξωπραγματικές προσδοκίες και οι υπερβολικές πιέσεις των γονέων (παράνοηση των ικανοτήτων του παιδιού).

ε) Η αρνητική στάση των γονέων προς το σχολείο.

στ) Διάφορες τραυματικές εμπειρίες (χτύπημα, προσβολή, άδικη τιμωρία ή αποτυχία στα μαθήματα, το μέγεθος του σχολείου, οι εξετάσεις, οι δάσκαλοι, απόρριψη από την ομάδα των συμμαθητών τους).

Σχολειοφοβία παρουσιάζουν συνήθως παιδιά νευρωτικών, υπερπροστατευτικών μητέρων ή μητέρων που τους λείπει σιγουριά και εφαρμόζουν αντιφατικά μέσα αγωγής: τη μια χαϊδεύουν το παιδί, την άλλη χειροδικούν και τρίτη στιγμή παρακαλούν. Διατυπώθηκε επίσης η άποψη, ότι η φοβία για το σχολείο αποτελεί μια μετάθεση της εχθρότητας του παιδιού προς την αμφιθυμική απορριπτική μητέρα του. Τέλος, άλλοι παράγοντες είναι οι μητέρες νεαρής ηλικίας και οι διαταραγμένες συζυγικές σχέσεις.<sup>24, 19</sup>

#### 4.4. Αντιμετώπιση

Η πείρα έδειξε ότι σε ένα μεγάλο ποσοστό παιδιών με σχολική φοβία χρειάστηκε ψυχοθεραπεία. Οι ενδιαφερόμενοι θα πρέπει να καταφύγουν στον ειδικό με την πρώτη εκδήλωση, πράγμα που κατά κανόνα και για διάφορους λόγους δεν γίνεται. Η θεραπεία αρχίζει από τη μητέρα συνήθως και αν αρχίσει έγκαιρα φέρνει καλά αποτελέσματα. Σε περίπτωση που το παιδί αντιδρά με πανικό, δεν θα πρέπει να ασκηθεί πίεση για να παραμείνει στο σχολείο. Θεωρείται απαραίτητη η συνεργασία με το δάσκαλο, ώστε εκείνος να γνωρίζει το πρόβλημα και να δείξει

κατανόηση. Αυτό συμβάλλει στην αύξηση της εμπιστοσύνης του παιδιού στον εαυτό του, ενώ οι πολλές, τακτικές συζητήσεις μεταξύ δασκάλου και παιδιού προσφέρουν θετική βοήθεια. Το παιδί ενθαρρύνεται να εξωτερικεύει και να εκφράσει με λόγια τα συναισθήματα του, να φέρνει αντιρρήσεις με επιχειρήματα για διάφορα θέματα και να εκφράζει τη δική του γνώμη χωρίς να νιώθει άγχος και δυσφορία. Μπορούν να ελαττωθούν φόβοι του παιδιού, αν ενδιάμεσα τηλεφωνήσει στο σπίτι του από το σχολείο. Εννοείται πως στην περίπτωση αυτή θα πρέπει να βεβαιώνεται πρώτα ο δάσκαλος ότι η μητέρα είναι στο σπίτι, διαφορετικά μπορεί να γίνει μεγάλη ζημιά.<sup>26, 22</sup>

Κατά την περίοδο της ψυχοθεραπείας δεν πρέπει να διακοπούν οι επαφές με το σχολείο. Γίνεται η συμπλήρωση των μαθημάτων στο σπίτι από το δάσκαλο ή σε ένα ουδέτερο μέρος που δεν θυμίζει σχολείο (τουλάχιστον στην αρχή). Όταν προχωρήσει λίγο η θεραπεία, καλό είναι να αρχίσει προοδευτικά η φοίτηση στο σχολείο. Στην αρχή λίγες ώρες και σιγά-σιγά να ακολουθήσει κανονικά το πρόγραμμα. Αν, τέλος, αιτία της σχολειοφοβίας είναι ο δάσκαλος ή η μέθοδος διδασκαλίας, μια αλλαγή του σχολείου φέρνει αυτόματα θεραπεία.<sup>15, 19</sup>

#### **4.5. Παραδοσιακή Ψυχοδυναμική Θεραπεία με Εμπλοκή Νοσηλείας**

Φαίνεται από τα θεραπευτικά παραδείγματα, όπως αναφέρονται στη διεθνή βιβλιογραφία, πως η νοσοκομειακή τοποθέτηση και παρακολούθηση των σχολειοφοβικών ατόμων καθίσταται αναγκαία, κάτω από τις προϋποθέσεις, για την πλειονότητα των περιπτώσεων, όταν:

- η μακρόχρονη εξωνοσοκομειακή περίθαλψη - που κατ' ουσίαν θεωρείται και χρονοβόρα - υπήρξε αναποτελεσματική,



- οποιαδήποτε άλλη δοκιμασθείσα μέθοδος έχει λογοδοτήσει υπέρ της θεραπευτικής αποτυχίας,
- το οικογενειακό περιβάλλον και οι εντάσεις τροφοδοτούν τη διαταραχή και δυσχεραίνουν τη θεραπεία (Hersov, 1960-61· Weiss & Cain, 1964),
- Οι περιπτώσεις εμφάνιζαν βαριά διαταραχή, συμπίπτοντας με τον τύπο 2 στη κατηγοριοποίηση του Kennedy, έτσι ώστε η εντός νοσοκομείου θεραπεία να κριθεί ως η μόνη δυνατή λύση (Barker, 1968): σ' αυτό το σημείο, η διάγνωση εντοπίστηκε στο έντονο άγχος αποχωρισμού από τη μητέρα η οποία έμοιαζε να διατηρεί έναν τύπο υπερπροστατευτικής σχέσης και συνακόλουθα η θεραπεία στόχευε σ' έναν «αποχωρισμό από τους γονείς»: στη μελέτη αυτή του Barker, όπου η επιτυχία με κριτήριο την επιστροφή του παιδιού στο σχολείο έφτασε ένα ποσοστό 100%, η θεραπεία των 6 περιπτώσεων με τις οποίες ασχολήθηκε διήρκεσε από τρεις έως δεκατέσσερις μήνες ανά περίπτωση, ενώ το follow-up μετά την επιστροφή στο σχολείο κράτησε από έξι έως δώδεκα μήνες. Κατά τη διάρκεια της θεραπείας που εφάρμοσε ο Barker, αλλά και του follow-up, υπήρξε συστηματική στήριξη και της οικογένειας και του παιδιού, ενώ η απασχόληση του παιδιού με το σχολείο (εντός του νοσοκομείου) και η εργασιοθεραπεία θεωρήθηκαν θεμελιώδεις παράγοντες θεραπείας που αποσκοπούσαν να αναπτύξουν την αυτοεκτίμηση και να ελαττώσουν το άγχος αποχωρισμού. (Πρέπει να σημειωθεί πως και οι 6 περιπτώσεις παιδιών είχαν ηλικία μικρότερη των δώδεκα χρόνων.)<sup>24</sup>

#### 4.6 Ταχείες Θεραπείες της Σχολειοφοβίας

Οι διαγνωστικές/θεραπευτικές προσεγγίσεις βασίζονται πρωτίστως σε συμπεριφοριστικές αρχές, χωρίς να παραβλέπουν πτυχές του σχολείου, οικογενειακές και προσωπικές, και περιλαμβάνουν τα ακόλουθα τέσσερα βασικά στάδια:

- α) Δημιουργία καλών σχέσεων με το παιδί, την οικογένεια και το σχολείο,
- β) Διαλεύκανση των πραγματικών ή φανταστικών γεγονότων που έχουν προκαλέσει τις αγχώδεις καταστάσεις,
- γ) Απευαισθητοποίηση του παιδιού και, αν κριθεί σκόπιμο, των γονιών και των δασκάλων, με ποικίλες τεχνικές στις οποίες περιλαμβάνονται η συζήτηση, το χιούμορ, η αντιστροφή ρόλων και η θυμική φαντασία (emotive imagery),
- δ) Αντιμετώπιση των φοβικών καταστάσεων με υποχρεωτική σχολική φοίτηση. Επιπλέον, συντελεστικοί παράγοντες που συνδέονται με το σπίτι και το σχολείο αντιμετωπίζονται με συμβουλές για τον έλεγχο της συστηματικής συντελεστικής ενίσχυσης (contingency management). Στην ουσία, το στοιχείο της διαλεύκανσης περιλαμβάνει διαδικασίες συστηματικής λύσης προβλήματος, ενώ τα άλλα στοιχεία περικλείουν την εφαρμογή ενός πλήρους εύρους συμπεριφοριστικών τεχνικών οι οποίες είναι προσαρμοσμένες στις ανάγκες κάθε ξεχωριστού περιστατικού (Blagg, 1990, σ. 117-118).<sup>23</sup>

*Η μέθοδος ταχείας θεραπείας τον Kennedy.* Ο Kennedy με τους φοιτητές του θεράπευσαν 50 περιπτώσεις σχολειοφοβικών (ποσοστό επιτυχίας 100%), σε περίοδο οκτώ ετών (Yule, 1989). Στα περισσότερα περιστατικά, τα παιδιά είχαν απουσιάσει από το σχολείο λιγότερο από μια

εβδομάδα. Αυτό είναι σημαντικό, γιατί ο Kennedy είχε επιλέξει μόνο τον «Τύπο Ι» σχολειοφοβίας, που περιλαμβάνει τα οξέα περιστατικά, «νευρωτικές κρίσεις» όπως τα ονομάζει, που φαίνεται να ανταποκρίνονται στην ταχεία θεραπεία. Αξίζει να σημειωθεί ότι ο Kennedy θεωρούσε την ταχεία θεραπεία λιγότερο αποτελεσματική με τον «Τύπο ΙΙ» (χρόνια σχολειοφοβία), αν και αναφέρεται και περιστατικό ταχείας θεραπείας σχολειοφοβικού παιδιού Τύπου ΙΙ (Rines, 1973, στο Galloway, 1985, σ. 82). Η ταχεία θεραπεία του Kennedy κράτησε μόνο τρεις μέρες και όλα τα άτομα γύρισαν στο σχολείο. Η θεραπεία περιελάμβανε την εφαρμογή ευρειών εννοιών της θεωρίας μάθησης, με την παρεμπόδιση της διαφυγής του παιδιού και την πρόληψη δευτερογενούς οφέλους. Επιπλέον το παιδί ενισχυόταν, όταν πήγαινε στο σχολείο χωρίς παράπονο. Η στρατηγική του Kennedy εμπλέκει τα ακόλουθα έξι στοιχεία:

- (1) Καλές επαγγελματικές δημόσιες σχέσεις,
- (2) αποφυγή έμφασης σε σωματικά παράπονα,
- (3) βίαιη παρακολούθηση στο σχολείο,
- (4) δομημένη συνέντευξη με τους γονείς,
- (5) σύντομη συνέντευξη με το παιδί και
- (6) παρακολούθηση του περιστατικού.<sup>21</sup>

Οι οδηγίες που δίνει στους γονείς, είναι συγκεκριμένες και λεπτομερειακές. Οι γονείς δεν πρέπει να εστιάζουν την προσοχή τους στα παράπονα του παιδιού για σωματικά ενοχλήματα. Πρέπει να επιμείνουν να πάει το παιδί στο σχολείο και με τη βία αν χρειαστεί. Κατά το Σαββατοκύριακο, δεν πρέπει να συζητούν για το σχολείο ούτε για τα σχετικά φοβικά συμπτώματα. Την Κυριακή το βράδυ, μπορούν να πουν στο παιδί απλά ότι την επόμενη μέρα θα πάει στο σχολείο. Το επόμενο

πρωί, το παιδί ετοιμάζεται και του προσφέρουν μονό ελαφρύ πρωινό, για να μειώσουν τον κίνδυνο της ναυτίας.

Στη συνέχεια, ο πατέρας ή άλλος συνοδός που έχει συμφωνηθεί από πριν, οδηγεί το παιδί στο σχολείο χωρίς να το ερωτά πώς νιώθει. Όταν φτάσει στο σχολείο, το παραδίδει στο δάσκαλο και φεύγει. Το βράδυ, το παιδί επαινείται που πήγε στο σχολείο, ανεξάρτητα από το «πόσες φορές έκανε εμετό, φώναξε ή προσπάθησε να φύγει». Με τον τρόπο αυτό, υπερνικάται το πρόβλημα μέσα σε τρεις με τέσσερις μέρες. Ο θεραπευτής έχει μια σύντομη συζήτηση με το παιδί τονίζοντας πως, όταν δημιουργείται ένας φόβος, είναι καλύτερα να αντιμετωπίσει κανείς αυτή την κατάσταση όσο γίνεται γρηγορότερα. Εφεξής ο θεραπευτής έχει τηλεφωνική επαφή με το παιδί και τους γονείς.

Τα βασικά σημεία της σύντομης θεραπείας του Kennedy, όπως και των περισσότερων θεραπειών (βλέπε π.χ. τη θεραπεία του Blagg στη συνέχεια, καθώς και τη μελέτη της περίπτωσης των Oltmanns, Neale & Davison, 1991), είναι η έμφαση στην άμεση επιστροφή στο σχολείο και στην παρεμπόδιση της διαφυγής, καθώς και η ενίσχυση της συμπεριφοράς του παιδιού όταν προσέρχεται στο σχολείο. Η σημασία της έγκαιρης συνεργασίας με τους γονείς και η ανάγκη της ενεργού συμμετοχής τους στη θεραπεία είναι προφανής. Οι λεπτομερείς οδηγίες του Kennedy προς τους γονείς για το πώς να αντιμετωπίσουν το παιδί το πρωί που ετοιμάζεται για το σχολείο και πως να του φερθούν όταν επιστρέψει στο σπίτι, είναι αποτελεσματικές και αποτελούν χρήσιμο υλικό για τους θεραπευτές που έρχονται σε άμεση επαφή με τους γονείς.<sup>21</sup>

#### 4.7. Πρόληψη

Η λογική και η οικονομία του συστήματος της έγκαιρης παρέμβασης, προκειμένου να αποφευχθεί, στο μέτρο του δυνατού, η εκδίπλωση της διαταραχής, υποδηλώνεται και στην περίπτωση της σχολικής φοβίας.

Μ' αυτό το σκεπτικό, η Webb (1989) παραθέτει συμβουλευτικά στους γονείς τις παρακάτω οδηγίες, οι οποίες ενδέχεται να συνδράμουν προληπτικά σ' ό,τι αφορά την εκδήλωση του φαινομένου:

- να παρέχουν την ευκαιρία στο παιδί να συναναστρέφεται με συνομηλίκους του από πολύ νωρίς·
- να μην τονίζουν πόσο πολύ θα επιθυμήσει η μητέρα το παιδί, όταν λείπει στο σχολείο·
- να μην επαναλαμβάνουν όλα τα εντυπωσιακά πράγματα που γίνονται στο σπίτι, όταν απουσιάζει το παιδί·
- να επιδιώκουν ευκαιρίες για μερική απασχόληση και φροντίδα του παιδιού μέσα σε ομάδα, προτού αναγκαστούν να το αφήσουν με πλήρες ωράριο·
- να επιλέγουν παιδικό σταθμό ή νηπιαγωγείο που να μοιάζει με το σπιτικό περιβάλλον, ώστε η αλλαγή από το σπίτι στο καινούριο περιβάλλον να ενεργοποιεί λιγότερο άγχος·
- να χρησιμοποιούν μια θετική προσέγγιση· το παιδί πρέπει να πάει στο σχολείο και δεν πρέπει να νιώθει ότι όταν προσποιείται ότι είναι άρρωστο, μπορεί να αλλάξουν τα πράγματα· κάθε φορά που το παιδί δεν είναι στην τάξη, αυξάνεται το άγχος, ενώ η προσαρμογή δυσχεραίνεται (Kellerman, 1981)·

- αν συνεχίζει η έντονη άρνηση για το σχολείο, να αποζητήσουν επαγγελματική βοήθεια για να προσδιοριστεί αν το παιδί πάσχει και από άλλες ψυχολογικές διαταραχές.<sup>27</sup>

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup>**  
**ΨΥΧΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΗ ΚΑΤΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΗ**  
**ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ**

---

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup>**  
**ΨΥΧΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΗ ΚΑΤΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ –**  
**ΙΔΕΟΨΥΧΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ**

- 5.1. Ορισμοί
- 5.2. Κλινικά συμπτώματα
- 5.3. Διάγνωση (κατά DSM – IV)
- 5.4. Διαφορική διάγνωση
- 5.5. Συμπτώματα και σημεία. Συνοδές διαταραχές – Επιπλοκές
- 5.6. Επιδημιολογικά στοιχεία
- 5.7. Αιτιολογία Ψ.Κ.Δ.
- 5.8. Θεραπεία Ψ.Κ.Δ.
- 5.9. Θεωρίες κατά Sigmund Freud
- 5.10. Μελλοντικές προοπτικές
- 5.11. Πρόγνωση και πορεία Ι.Ψ.Δ.



---

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup>

### ΨΥΧΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΗ ΚΑΤΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ - ΙΔΕΟΨΥΧΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

#### 5.1. Ορισμοί

Η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή χαρακτηρίζεται είτε από ιδεοληψίες είτε από ψυχαναγκασμούς είτε από τα δύο, ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις που συνιστούν πηγή δυσφορίας για το άτομο, απασχολούν ένα σημαντικό μέρος από το χρόνο του και αποθηκεύουν την επαγγελματική, κοινωνική και την περισσότερο προσωπική και συναισθηματική του ζωή. Ο πάσχων αναγνωρίζει τον παθολογικό χαρακτήρα αυτών των εκδηλώσεων.

Οι ιδεοληψίες (obsession) είναι σκέψεις, φανταστικές εικόνες και παρορμήσεις που επιβάλλονται ακούσια στο πνεύμα του ατόμου και οι οποίες εξαιτίας του αποκρουστικού (συχνά αισχρού ή βίαιου) περιεχομένου τους, αποτελούν αιτία άγχους για το συγκεκριμένο άτομο, το οποίο καταβάλλει έντονες προσπάθειες για να τις αγνοήσει ή να τις αποκρούσει.<sup>23</sup>

Οι ψυχαναγκασμοί (compulsions) είναι επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές (συχνά με τη μορφή της τελετουργίας) ή πνευματικές ασκήσεις που είτε αποτελούν απόρροια των ιδεοληψιών (των παρορμήσεων ή των αμφιβολιών που αυτές εμπεριέχουν) είτε αποσκοπούν στην εκτόνωση του άγχους, είτε αποβλέπουν να αποτρέψουν (με κάποιο σχεδόν «μαγικό» τρόπο) γεγονότα που το άτομο φοβάται.<sup>25</sup>

Οι ιδεοληψίες είναι μια από τις κύριες εκδηλώσεις της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής (Ι.Ψ.Δ.). Πρόκειται για ιδέες, αναπαραστάσεις και παρορμήσεις που επιβάλλονται στη σκέψη του ατόμου, παρά το γεγονός ότι αυτό προσπαθεί να τις αποδιώξει από τη συνείδησή του, αφού μολονότι αναγνωρίζει ότι η προέλευσή τους του ανήκει, τις θεωρεί παράλογες, συχνά σε απόλυτη αντίθεση με τις πεποιθήσεις του και τις συνήθειές του.<sup>25</sup>

Μπορεί, για παράδειγμα, να πρόκειται για άσεμνες ή ιερόσυλες σκέψεις ή για φράσεις που παρεισφύουν στην συνείδησή του, ιδιαίτερα ενοχλητικές για κάποιον που στην καθημερινή του συμπεριφορά και στις ιδέες που τον εκφράζουν συνειδητά, φαίνεται να διακατέχεται από ευλαβείς και σεμνές σκέψεις.<sup>23</sup>

## 5.2 Κλινικά συμπτώματα

Το βασικό χαρακτηριστικό της Ψυχαναγκαστικής Καταναγκαστικής Διαταραχής είναι επαναλαμβανόμενοι ψυχαναγκασμοί ή / και καταναγκασμοί, που είναι αρκετά σοβαροί ώστε να προκαλούν έντονη υποκειμενική ενόχληση, καταναλίσκουν περισσότερο από μια ώρα την ημέρα από το χρόνο του ατόμου ή να προκαλούν σημαντική έκπτωση της λειτουργικότητας του.

Οι *ψυχαναγκασμοί* είναι επίμονες ιδέες, σκέψεις, παρορμήσεις ή εικόνες που το άτομο τις βιώνει ως εισβολή και ως ακατάλληλες και που του προκαλούν έντονο άγχος και δυσφορία.

Οι πιο κοινοί ψυχαναγκασμοί είναι επαναλαμβανόμενες σκέψεις μόλυνσης (π.χ. μήπως μολυνθεί κάνοντας χειραψία), αμφιβολίας (αν κλείδωσε την πόρτα), τάξης, τακτοποίησης (π.χ. έντονη δυσφορία αν

κάποια αντικείμενα είναι μη συμμετρικά τακτοποιημένα), παρορμήσεις επιθετικότητας ή βίας (π.χ. να σκοτώσει το παιδί του) ή σεξουαλικές εικόνες/φαντασιώσεις (π.χ. επαναλαμβανόμενες πορνογραφικές εικόνες). Το άτομο προσπαθεί να αγνοήσει ή να καταστείλει τους ψυχαναγκασμούς ή να τους εξουδετερώσει με κάποια άλλη σκέψη ή πράξη.

Οι *καταναγκασμοί* είναι επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές (πλύσιμο χεριών, τακτοποίηση, έλεγχος) ή νοητικές πράξεις (προσευχή, μέτρημα, επανάληψη λέξεων σιωπηλά) τις οποίες το άτομο νιώθει αναγκασμένο να τις κάνει. Αν προσπαθήσει να τους αντισταθεί νιώθει υπέρμετρο άγχος. Οι καταναγκασμοί δεν γίνονται για ευχαρίστηση, αλλά για να ανακουφίσουν το άγχος που δημιουργούν κάποιοι ψυχαναγκασμοί ή για να αποτρέψουν το άτομο φοβάται. Έτσι, π.χ. άτομα με ψυχαναγκασμούς μόλυνσης μπορεί να «γδάρουν» σχεδόν τα χέρια τους με το επανειλημμένο πλύσιμο, μέχρι να ανακουφίσουν το άγχος των ψυχαναγκασμών τους. Οι πιο κοινοί καταναγκασμοί είναι πλυσίματος και καθαρισμού, μέτρησης, ελέγχου, αναζήτησης διαβεβαιώσεων/καθησυχασμού, επανάληψης πράξεων και τακτοποίησης-τάξης. Και υπάρχει και καταναγκαστική (π.χ. στο να ντυθεί το άτομο).<sup>1,20</sup>

### 5.3 Διάγνωση - Διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV

#### *A. Είτε ψυχαναγκασμοί είτε καταναγκασμοί*

#### Ψυχαναγκασμοί (1), (2), (3), (4):

- 1) Επαναλαμβανόμενες και επίμονες σκέψεις, παρορμήσεις ή εικόνες που βιώνονται κάποια στιγμή κατά τη διάρκεια της διαταραχής ως εισβολή και προκαλούν έντονο άγχος ή υποκειμενική ενόχληση.

- 2) Οι σκέψεις, παρορμήσεις ή εικόνες δεν είναι απλώς υπερβολικές ανησυχίες για πραγματικά προβλήματα της ζωής.
- 3) Το άτομο προσπαθεί να αγνοήσει ή να καταστείλει τέτοιες σκέψεις, παρορμήσεις ή εικόνες ή να τις εξουδετερώσει με κάποια άλλη πράξη ή σκέψη.
- 4) Το άτομο γνωρίζει ότι οι ψυχαναγκαστικές σκέψεις ή παρορμήσεις είναι προϊόν του μυαλού του.

#### Καταναγκασμοί (1), (2):

- 1) Επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές (π.χ. πλύσιμο χεριών, τακτοποίηση, έλεγχος) ή νοητικές πράξεις (προσευχή, επανάληψη λέξεων σιωπηλά), τις οποίες το άτομο νιώθει αναγκασμένο να τις κάνει ως απάντηση σ' έναν ψυχαναγκασμό ή σύμφωνα με κανόνες που πρέπει να τηρηθούν αυστηρά.
- 2) Οι συμπεριφορές ή νοητικές πράξεις έχουν σαν σκοπό να αποτρέψουν ή να μειώσουν υποκειμενική ενόχληση ή να αποτρέψουν γεγονός ή κατάσταση που το άτομο φοβάται.

**Β.** Σε κάποιο σημείο στην πορεία της διαταραχής το άτομο αντιλαμβάνεται ότι οι ψυχαναγκασμοί ή καταναγκασμοί είναι υπερβολικοί ή παράλογοι.

**Γ.** Οι ψυχαναγκασμοί ή καταναγκασμοί προκαλούν έντονη υποκειμενική ενόχληση, καταναλίσκουν χρόνο (>1 ώρα την ημέρα) ή παρεμποδίζουν σημαντικά την καθημερινή φυσιολογική ρουτίνα του ατόμου, την επαγγελματική λειτουργικότητα, τις σχέσεις του κ.λπ.

**Δ.** Δεν είναι παρούσα κάποια άλλη διαταραχή του άξονα I, το περιεχόμενο των ψυχαναγκασμών δεν περιορίζεται σ' αυτήν (π.χ.

ενασχόληση με τροφή σε παρουσία Διαταραχής Πρόσληψης Τροφής, ενασχόληση μήπως έχει κάποια σοβαρή ασθένεια σε παρουσία Υποχονδρίασης, ενασχόληση με σεξουαλικές παρορμήσεις ή φαντασιώσεις σε παρουσία παραφιλίας).

Ε. Η διαταραχή δεν οφείλεται σε άμεσα φυσιολογικά αποτελέσματα δράσης μιας ουσίας (π.χ. κάποια ουσία κατάχρησης ή φάρμακο) ή μιας γενικής ιατρικής κατάστασης.<sup>1, 13, 11</sup>

#### 5.4. Διαφορική διάγνωση

##### 1. Σωματικές καταστάσεις

Στο DSM-IV απαιτείται όπως ο ασθενής αναφέρει δυσχέρεια προσωπική και λειτουργική της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής από συνηθισμένες ή ήπια επίμονες σκέψεις και συνήθειες. Οι κύριες νευρολογικές παθήσεις που θα ληφθούν υπόψη στη Δ.Δ. είναι η διαταραχή Tourette, άλλες διαταραχές μυικών συσπάσεων, η επιληψία του κροταφικού λοβού και, σπανιότερα τραύματα και μετεγκεφαλικές επιπλοκές.<sup>11, 8</sup>

##### 2. Διαταραχή Tourette

Τα χαρακτηριστικά συμπτώματα αυτής της διαταραχής είναι κινητικά και φωνητικά tic (ή μυικές συσπάσεις) που συμβαίνουν συχνά και κυριολεκτικά καθημερινά. Τόσο η διαταραχή Tourette όσο και η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή έχουν παρόμοια ηλικία έναρξης και παρόμοια συμπτώματα. Περίπου το 90% των ασθενών με διαταραχή Tourette εμφανίζουν ψυχαναγκαστικά συμπτώματα και τα 2/3 απ' αυτούς πληρούν τα κριτήρια της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής.<sup>11</sup>

### 3. Ψυχιατρικές καταστάσεις

Η διαφορική διάγνωση της Ι.Ψ.Δ. από άλλες ψυχιατρικές καταστάσεις, θα γίνει κυρίως από τη σχιζοφρένεια, την Ι.Ψ.Δ. της προσωπικότητας, τις φοβίες και τη θλίψη. Από τη σχιζοφρένεια θα διαφοροδιαγνωσθεί με βάση την απουσία άλλων σχιζοφρενικών συμπτωμάτων, από τη λιγότερο αλλόκοτη φύση των συμπτωμάτων και από την ύπαρξη ευαισθησίας. Από την Ι.Ψ.Δ. της προσωπικότητας, από τη μεγαλύτερου βαθμού λειτουργική διαταραχή. Οι φοβίες χαρακτηρίζονται από την απουσία σχέσης μεταξύ ιδεοληψιών και ψυχαναγκασμών. Η μείζων καταθλιπτική διαταραχή, συνοδεύεται ορισμένες φορές από ιδεοληψίες, αλλά οι ιδεοψυχαναγκαστικοί ασθενείς δεν πληρούν τα κριτήρια της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής.

Άλλες ψυχιατρικές καταστάσεις που μπορεί να συσχετίζονται με την Ι.Ψ.Δ. είναι η υποχονδρίαση, η σωματοδυσμορφική διαταραχή και πιθανόν και κάποιες από τις παρορμητικές διαταραχές, όπως η κλεπτομανία και η παθολογική χαρτοπαιξία. Σ' όλες αυτές τις διαταραχές ο ασθενής εμφανίζει είτε μια επαναλαμβανόμενη σκέψη (π.χ. ανησυχία για το σώμα του) ή μια επαναλαμβανόμενη συμπεριφορά (π.χ. κλοπές) <sup>11,8</sup>

### 5.5 Συμπτώματα και σημεία. Συνοδές διαταραχές. Επιπλοκές

Συχνά υπάρχει αποφυγή καταστάσεων που έχουν σχέση με το περιεχόμενο των καταναγκασμών (π.χ. σε ένα άτομο με ψυχαναγκασμούς μόλυνσης υπάρχει αποφυγή χειραψιών, δημόσιων τουαλετών, πετσετών του ξενοδοχείου κ.λπ.). Συχνά υπάρχουν υποχονδριακές ανησυχίες με συχνές επισκέψεις σε διάφορους γιατρούς. Επίσης, μπορεί να

συνυπάρχουν έντονο αίσθημα ευθύνης και ενοχής και διαταραχές ύπνου του.

Διαταραχές που μπορεί να συνοδεύουν την Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή είναι η Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή, άλλες αγχώδεις διαταραχές (Ειδική Κοινωνική Φοβία, διαταραχές Πανικού). Διαταραχή στην Πρόσληψη Τροφής, Διαταραχή Tourette, άλλες διαταραχές τικ και η Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή της Προσωπικότητας.

Άτομα με Ψ.Κ.Δ. μπορεί να κάνουν κατάχρηση αλκοόλ ή αγχολυτικών και σοβαροί καταναγκασμοί μπορούν να οδηγήσουν σε συζυγική, επαγγελματική ή κοινωνική αναπηρία.<sup>11, 8</sup>

### 5.6 Επιδημιολογικά στοιχεία

Σύμφωνα με έρευνες, ένα ποσοστό 2% του πληθυσμού πάσχει από Ψ.Κ.Δ. Το νούμερο αυτό περιλαμβάνει όλες τις μορφές, από τις πιο ελαφριές, που είναι και οι περισσότερες, έως και τις πιο βαριές, ωστόσο ανεβάζει την Ψ.Κ.Δ. ως την τέταρτη πιο συχνή ψυχική διαταραχή μετά την κατάθλιψη, τις φοβίες και τη γενικευμένη αγχώδη διαταραχή. Η ιδεο-ψυχαναγκαστική διαταραχή (Ι.Ψ.Δ.), σύμφωνα με τις έρευνες αυτές, είναι 5 φορές πιο συχνή από τη σχιζοφρένεια και τη μανιοκατάθλιψη και δυο φορές πιο συχνή από τη διαταραχή του Πανικού. Υπολογίζεται ότι στην Ελλάδα πάνω από 100.000 άνθρωποι πρέπει να πάσχουν αυτή τη στιγμή από ΙΨΔ ποικίλης βαρύτητας.<sup>16</sup>

Η διαταραχή είναι εξίσου συχνή στους άνδρες και στις γυναίκες. Είναι περισσότερο συχνή σε άτομα που ανήκουν σε υψηλή κοινωνική θέση ή που είναι ενός υψηλού πνευματικού επιπέδου.<sup>27</sup>

### 5.6. Αιτιολογία Ψ.Κ.Δ.

Η παλιά αντίληψη ότι η Ψ.Κ.Δ. είναι το αποτέλεσμα του τρόπου ανατροφής ή γεγονότων που συνέβησαν κατά τη διάρκεια της ζωής έχει εξασθενήσει πολύ, ύστερα από όλο και αυξανόμενη απόκτηση γνώσεων σχετικών με τη συμμετοχή νευροβιολογικών παραγόντων στην αιτιολογία της. Σήμερα πιστεύουμε ότι τον πρωταρχικό ρόλο στη διαταραχή παίζουν οι βιολογικοί παράγοντες, δεν παραμερίζουμε όμως τον τρόπο με τον οποίο ψυχολογικοί παράγοντες συμμετέχουν στη διατήρηση και διαίωνιση της. Το κυριότερο στοιχείο υπέρ της νευροβιολογικής βάσης της Ψ.Κ.Δ. το έχουμε από το γεγονός ότι οι ασθενείς εμφανίζουν πολύ καλή ανταπόκριση σε μια ειδική κατηγορία φαρμάκων που επιδρούν στην ουσία σεροτονίνη, που υπάρχει σε αφθονία στον εγκέφαλο και αποτελεί έναν από τους βασικούς νευροδιαβιβαστές του. Για την αιτιολογία της Ψ.Κ.Δ. έχουν προταθεί πολλές θεωρίες - γενετικές, ψυχοδυναμικές, μαθησιακές συμπεριφορές, νευροβιολογικές, χωρίς καμιά από μόνη της να είναι αρκετή να την ερμηνεύσει. Το πιθανότερο είναι ότι μόνο κάποιος συνδυασμός ερμηνειών θα μπορέσει να καλύψει όλα τα φαινόμενα της Ψ.Κ.Δ.<sup>28</sup>

Μελέτες σε διδύμους έχουν δείξει ότι υπάρχει μεγαλύτερη συχνότητα στους μονοζυγώτες απ' ό,τι στους διζυγώτες. Μελέτες σε οικογένειες έχουν δείξει ότι η συχνότητα Ψ.Κ.Δ. είναι μεγαλύτερη στους βιολογικούς συγγενείς πρώτου βαθμού, άτομα με Ψ.Κ.Δ. ή με Διαταραχή Tourette, απ' ό,τι στο γενικό πληθυσμό.<sup>29</sup>

Σε μια προσπάθεια να επισημανθούν οι βιολογικοί παράγοντες που είναι υπεύθυνοι για την έκλυση ή τη διατήρηση της ΨΚΔ, οι ερευνητές έχουν χρησιμοποιήσει μια εξέταση υψηλής τεχνολογίας που ονομάζεται



Τομογραφία Εκπομπής Ποζιτρονίων - PET (από το Positron Emission Tomography). Με την εξέταση αυτή είναι δυνατή η μελέτη του εγκεφάλου εν ζωή. Τα ευρήματα από το ET είναι πολύ σημαντικά και σε γενικές γραμμές έχουν δείξει ότι η εγκεφαλική δραστηριότητα των ατόμων με ΙΨΔ διαφέρει σημαντικά από εκείνη των ατόμων χωρίς ΙΨΔ. Κυρίως έχει αναφερθεί αυξημένη δραστηριότητα στον κορχομετωπιαίο φλοιό (που εμπλέκεται στην αντίληψη του φόβου και κινδύνου) και στον κερκοφόρο πυρήνα των βασικών γαγγλίων (που σχετίζεται με την ικανότητα έναρξης και λήξης διαφορετικών σκέψεων και πράξεων).<sup>28,25</sup>

#### *Ψυχοδυναμικοί παράγοντες.*

Στην κλασσική ψυχαναλυτική θεωρία η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή ονομάζεται ιδεοψυχαναγκαστική νεύρωση και πιστεύεται ότι αντιπροσωπεύει μια παλινδρόμηση από την Οιδιπόδεια στην πρωκτική της φάση της ψυχοσεξουαλικής ανάπτυξης. Όταν ο ιδεοψυχαναγκαστικός ασθενής νιώθει ότι απειλείται από άγχος λόγω φόβου εκδίκησης ή απώλειας της αγάπης ενός σημαντικού αντικειμένου, υποχωρεί από την οιδιπόδεια φάση και παλινδρομεί σε ένα εξόχως αμφιθυμικό συναισθηματικό στάδιο που σχετίζεται με την πρωκτική φάση. Η αμφιθυμία συνδέεται με το ζετύλιγμα της συγχώνευσης σεξουαλικών και επιθετικών κινήτρων, που χαρακτηρίζει την οιδιπόδεια φάση. Ένα από τα εντυπωσιακά χαρακτηριστικά των ιδεοψυχαναγκαστικών ασθενών είναι ο υπερβολικός βαθμός υπεραπασχόλησης με την επιθετικότητα ή την καθαριότητα, είτε φανερά στο περιεχόμενο των συμπτωμάτων τους, είτε στους συνειρμούς που ανιχνεύονται πίσω απ' αυτά. Ως εκ τούτου, η ψυχογένεση της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής ίσως οφείλεται σε

διαταραχές της φυσιολογικής ανάπτυξης και της εξέλιξης κατά την πρωκτική – σαδιστική φάση.

**Αμφιθυμία:** Η αμφιθυμία είναι το άμεσο αποτέλεσμα της αλλαγής των χαρακτηριστικών της ενορμησιακής ζωής. Είναι ένα φυσιολογικό χαρακτηριστικό της παιδικής ηλικίας κατά τη διάρκεια της πρωκτικής – σαδιστικής αναπτυξιακής φάσης. Το παιδί νιώθει τόση αγάπη, όσο και δολοφονικό μίσος προς ένα άτομο μερικές φορές ταυτόχρονα, δηλαδή βιώνει στη συνείδησή του αγάπη και μίσος προς ένα αντικείμενο. Αυτή η σύγκρουση αντικρουόμενων συναισθημάτων μπορεί να παρατηρηθεί στις συμπεριφορές επιτέλεση – αναίρεση και στην παραλυτική αμφιβολία μπροστά στις επιλογές.

**Μαγική σκέψη.** Στη μαγική σκέψη η παλινδρόμηση έρχεται ν' αποκαλύψει πρώιμους τρόπους σκέψης μάλλον, παρά ενορμήσεις, δηλαδή οι λειτουργίες του εγώ και του id επηρεάζονται από την παλινδρόμηση. Εγγενής στη μαγική σκέψη είναι η παντοδυναμία της σκέψης. Το άτομο πιστεύει, ότι αρκεί να σκεφτεί για ένα συμβάν του εξωτερικού κόσμου για να μπορέσει να το προκαλέσει, χωρίς να χρειαστεί να ενεργήσει. Αυτό το συναίσθημα προκαλεί επιθετική σκέψη που δημιουργεί φόβο στον ιδεοψυχαναγκαστικό ασθενή.<sup>28, 25</sup>

## 5.8 Θεραπεία της Ψ.Κ.Δ.

### *Συμπεριφορική ψυχοθεραπεία*

Μια από τις πιο συχνά χρησιμοποιούμενες τεχνικές της συμπεριφορικής ψυχοθεραπείας στην ΙΨΔ είναι και η λεγόμενη «έκθεση και παρεμπόδιση της απάντησης», γνωστή στα αγγλικά με τον όρο “exposure and response prevention”. Σ’ αυτή την τεχνική ο ασθενής

εκούσια και συνειδητά προσπαθεί να έρθει αντιμέτωπος με ό,τι τον ενοχλεί, είτε άμεσα είτε στην φαντασία του. Την ίδια στιγμή ο ασθενής ενθαρρύνεται να αποφύγει να απαντήσει με τον συνηθισμένο τρόπο, δηλαδή με το να εκτελέσει τον ψυχαναγκασμό που συνδέεται με την ιδεοληψία. Για το σκοπό αυτό βοηθιέται τόσο από τον θεραπευτή του όσο και από άλλα άτομα του συγγενικού συνήθως περιβάλλοντος. Για παράδειγμα, ένας ασθενής που έχει μια ιδεοληψία σχετική με μικρόβια και στη συνέχεια πλένει τα χέρια του με ψυχαναγκαστικό τρόπο, μπορεί να ενθαρρυνθεί να αγγίξει εκούσια τα χέρια του σ' ένα τραπέζι, που έχει την ιδέα ότι μπορεί να τον μολύνει. Στη συνέχεια εμποδίζεται να πλύνει τα χέρια του για αρκετές ώρες μέχρις ότου καταλαγιάσει το άγχος που του προκάλεσε το πείραμα αυτό. Αν αυτό επαναλαμβάνεται τακτικά, τότε το άγχος από τις ιδεοληψίες προοδευτικά μειώνεται και έτσι αρκετοί ασθενείς μπορούν εύκολα να κατανικήσουν την τάση που νιώθουν για να εκτελέσουν τον ψυχαναγκασμό.<sup>20,15</sup>

Διάφορες μελέτες έχουν βρει την τεχνική αυτή να λειτουργεί για την πλειοψηφία των ασθενών που την βγάζουν εις πέρας ολόκληρη. Αρκετοί όμως ασθενείς δεν μπορούν να την ακολουθήσουν. Για το σκοπό αυτό απαιτείται να έχουν υψηλό κίνητρο και μια θετική και αποφασισμένη στάση σχετικά με τη θεραπεία. Για τους ασθενείς για τους οποίους η θεραπεία λειτουργεί, το αποτέλεσμα φαίνεται να διαρκεί για έτη, ιδιαίτερα όταν συνοδεύεται από τακτικές συνεδρίες παρακολούθησης.

Άλλες μελέτες έχουν δείξει ότι ο συνδυασμός της συμπεριφορικής θεραπείας και με γνωσιακές τεχνικές σ' αυτό που ονομάζεται γνωσιακή - συμπεριφορική ψυχοθεραπεία, μπορεί να είναι εξίσου αποτελεσματικός.

Οι τεχνικές αυτές στοχεύουν στην αλλαγή του τρόπου με τον οποίο οι πάσχοντες σκέφτονται σχετικά με τη διαταραχή τους.

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι τα δυο αυτά είδη θεραπείας δεν είναι ανταγωνιστικά και ότι οι περισσότεροι ασθενείς μπορεί να ωφεληθούν ιδιαίτερα από το συνδυασμό τόσο φαρμακευτικής αγωγής όσο και κάποιας ψυχοθεραπευτικής παρακολούθησης.<sup>20, 15</sup>

### *Φαρμακευτική αγωγή*

Κλινικές έρευνες των τελευταίων ετών έδειξαν ότι φάρμακα τα οποία επιδρούν στο νευρομεταβιβαστή σεροτονίνη μπορούν να μειώσουν σε σημαντικό βαθμό τα συμπτώματα της ΙΨΔ. Τα φάρμακα αυτά είναι συνήθως γνωστά ως «αναστολείς της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης» (Serotonin Reuptake Inhibitors) και το πρώτο που κυκλοφόρησε ήταν το τρικυκλικό αντικαταθλιπτικό Κλομιπραμίνη, που στο εμπόριο φέρεται με την ονομασία “ANAFRANIL”.

Στη συνέχεια κυκλοφόρησαν και άλλα παρόμοια φάρμακα που ήταν ακόμη πιο εκλεκτικά για τη σεροτονίνη, γι’ αυτό και ονομάστηκαν «εκλεκτικοί αναστολείς της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης». Τα φάρμακα αυτά στο εξωτερικό είναι γνωστά με τη συντομογραφία SSRIs από τις λέξεις “Selective Serotonin Reuptake Inhibitors”. Στη χώρα μας κυκλοφορούν τα εξής: Η φλουοξετίνη με το εμπορικό όνομα “LADOSE”, η παροξετίνη με το εμπορικό όνομα “SEROXAT”, η φλουβοξαμίνη με το εμπορικό όνομα “DUMYROX» και η σετραλίνη με το εμπορικό όνομα “SEROPRAM”.

Μεγάλες μελέτες έδειξαν ότι περισσότεροι από το 75% των ασθενών με ΙΨΔ μπορούν να βοηθηθούν από τα φάρμακα αυτά τουλάχιστον σε αρκετό βαθμό και 50% των ασθενών μπορούν να

βοηθηθούν πάρα πολύ. Τα φάρμακα αυτά μειώνουν την ένταση τόσο των ιδεοληψιών όσο και των ψυχαναγκασμών. Η βελτίωση των συμπτωμάτων δεν φαίνεται συνήθως αμέσως αλλά μπορεί να πάρει ένα μήνα ή και περισσότερο. Εάν κάποιος ασθενής δεν απαντήσει καλά ένα από αυτά τα φάρμακα ή εμφανίσει μη αποδεκτές παρενέργειες, μπορεί να ωφεληθεί από άλλο φάρμακο αυτής της κατηγορίας. Μελέτες επίσης διεξάγονται για ασθενείς που εμφανίζουν μικρή μόνο ανταπόκριση, με σκοπό την προσθήκη στο βασικό φάρμακο και άλλων φαρμάκων που θα μπορούσαν να ενισχύσουν τη δράση του.<sup>20,28</sup>

### 5.9. Θεωρίες κατά Sigmund Freud

Η ιδέα ότι οι αγχώδεις διαταραχές στην πραγματικότητα αντανακλούν ευσυνείδητα ψυχικές συγκρούσεις ήταν το επίκεντρο της ψυχαναλυτικής θεωρίας του Sigmund Freud. Μελετώντας τις προσωπικές του εμπειρίες και τις αφηγήσεις των ασθενών του, ο Freud έβγαλε το συμπέρασμα ότι οι άνθρωποι δεν έχουν επίγνωση πολλών σημαντικών εμπειριών μάθησης. Ιδιαίτερα των γενετήσιων, εν μέρει λόγω του ότι βασίζονται σε νηπιακές εντυπώσεις, που δεν διέπονται από τον τρόπο σκέψης των ενηλίκων. Αυτή η ασυνείδητη μάθηση μπορεί να δημιουργήσει εσωτερικές συγκρούσεις, που σε ορισμένους ανθρώπους οδηγούν σ' αυτό που ο Freud ονόμασε **ψυχοnevρώσεις** (ή νεvρώσεις). Στο τέλος, πάντα κατέληγε στο συμπέρασμα ότι «ιδιοσυστατικοί παράγοντες», πιθανώς γενετικής προέλευσης, ήσαν υπεύθυνοι. Σταθερά, παρόλα αυτά, υποστήριζε ότι αυτές οι γενετικές προδιαθέσεις εκφράζονταν μέσα από συγκρούσεις ασυνείδητων ψυχικών δυνάμεων - η

---

ουσία της νευρωτικής διαδικασίας - που τελικά μπορούσαν να κατανοηθούν και να θεραπευθούν με ψυχικά μέσα.<sup>26</sup>

### **5.10 Μελλοντικές προοπτικές**

Την προηγούμενη 10ετία άλλαξε ριζικά η εικόνα που είχαμε για τις αγχώδεις διαταραχές. Παραδοσιακά, αυτές οι διαταραχές θεωρούνταν οι είναι κυρίως ψυχολογικής, παρά βιολογικής προέλευσης. Φυσικά, ήταν δύσκολο να απορριφθεί ο ρόλος ιδιοσυστατικών παραγόντων· η έμφαση όμως είχε δοθεί στο να κατανοήσουμε τις ψυχολογικές αιτίες και να βελτιώσουμε τις ψυχολογικές θεραπείες. Τώρα, παρόλα αυτά υπάρχουν συνεχώς όλο και περισσότερες ενδείξεις που υποστηρίζουν ότι τα γονίδια παίζουν κάποιο ρόλο στην εμφάνιση των διαταραχών του άγχους. Επιπλέον, έχουν βρεθεί φάρμακα, που είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικά στη θεραπεία τους. Αποτέλεσμα όλων αυτών είναι ότι οι πιο σοβαρές από τις αγχώδεις διαταραχές - Ψ.Κ.Δ. και η διαταραχή πανικού - έχουν τώρα και αυτές πάρει τη θέση τους δίπλα στις διαταραχές της διάθεσης και της σχιζοφρένειας, ως αντικείμενα για περαιτέρω βιολογική έρευνα. Για μια ακόμη φορά, φαίνεται ότι η μοριακή προσέγγιση έχει να προσφέρει πάρα πολλά.<sup>16</sup>

### **5.11. Πρόγνωση και πορεία Ι.Ψ.Δ.**

Η έκβαση της διαταραχής είναι αμφίβολη και εξαρτάται από το πόσο βεβαρημένο είναι το ιστορικό του αρρώστου με προηγούμενες ψυχιατρικές διαταραχές, όπως μια ψυχογενής ανορεξία ή καταθλιπτικά επεισόδια στην εφηβεία.

Περισσότεροι από τους μισούς ασθενείς με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή παρουσιάζουν αιφνίδια έναρξη των συμπτωμάτων τους. Περίπου στο 50-70% των ασθενών, η έναρξη των συμπτωμάτων σημειώνεται μετά από ένα στρεσογόνο γεγονός, όπως κύηση, σεξουαλικό πρόβλημα ή θάνατο συγγενούς. Επειδή πολλοί ασθενείς καταφέρνουν να κρύβουν τα συμπτώματά τους, παρατηρείται συνήθως καθυστέρηση 5 έως και 10 ετών πριν υποπέσουν στην αντίληψη του ψυχιάτρου, αν και αυτή η καθυστέρηση βραχύνεται όσο αυξάνει η επίγνωση της διαταραχής, τόσο στο κοινό, όσο και στους επαγγελματίες.

Η πορεία είναι συνήθως μακρά και ποικίλλει από άτομο σε άτομο. Κάποιοι από τους ασθενείς βιώνουν μια διαλείπουσα πορεία και άλλοι μια συνεχή πορεία.

Περίπου το 1/3 των ασθενών πάσχει από μείζονα καταθλιπτική διαταραχή και η αυτοκτονία είναι ένας μεγάλος παράγοντας κινδύνου. Μια κακή πρόγνωση προοιωνίζεται όταν, ο ασθενής υποκύπτει (αντί να αντιστέκεται) στους ψυχαναγκασμούς, η έναρξη τοποθετείται στην παιδική ηλικία, υπάρχουν αλλόκοτοι ψυχαναγκασμοί, ανάγκη για νοσηλεία, συνυπάρχει μείζον καταθλιπτική διαταραχή, παραληρητικές πεποιθήσεις και προϋπάρχει διαταραχή προσωπικότητας (ιδίως σχιζοτυπικού τύπου). Μια καλή πρόγνωση διαφαίνεται όταν υπάρχει εκλυτικό αίτιο και η νόσος διαδράμει κατά επεισόδια. Το ιδεοληπτικό περιεχόμενο δεν φαίνεται να σχετίζεται με την πρόγνωση<sup>29</sup>



**ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ**



---

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

- 1.1. Θεραπευτική προσέγγιση– Νοσηλευτικές παρεμβάσεις
- 1.2. Σκοποί
- 1.3. Νοσηλευτική αντιμετώπιση ασθενούς με κατάθλιψη  
(Αγοραφοβία)
- 1.4. Κριτήρια αξιολόγησης νοσηλευτικών παρεμβάσεων
- 1.5. Τρόποι (τεχνικές) αντιμετώπισης βάσεων φοβιών
- 1.6. Αναμενόμενα αποτελέσματα
- 1.7. Τα δικαιώματα του ψυχικά αρρώστου

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>**  
**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ**

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο

### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

#### 1.1. Θεραπευτική προσέγγιση - Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

Πριν τη θεραπεία, η ένταση και η συχνότητα των έμμονων ιδεών και της ψυχαναγκαστικής συμπεριφοράς συγκεκριμενοποιούνται με προσοχή. Για το λόγο αυτό, ζητάμε συχνά από τον ασθενή να προσδιορίσει τα συμπτώματα-στόχους στα οποία θα απευθυνθεί η παρέμβαση.<sup>17</sup> Οι στόχοι της θεραπείας καθορίζονται εκ των προτέρων σε συμφωνία με τον ασθενή. Στην περίπτωση της ψυχαναγκαστικής νεύρωσης αναφέρονται σε μια μείωση οποιασδήποτε καταναγκαστικής συμπεριφοράς στη συχνότητα και/ή ένταση που αυτή εμφανίζεται, καθώς και σε μια ελαχιστοποίηση της συχνότητας των ψυχαναγκασμών. Οι συμπεριφορές, οι σκέψεις, τα συναισθήματα μελετούνται ξεχωριστά, στη χρονική και αιτιολογική τους σχέση και όχι ως σημάδια υποκείμενης διαδικασίας. Η σχέση που δημιουργείται ανάμεσα στο νοσηλευτική και τον φοβικό άρρωστο παίζει καθοριστικό ρόλο στην επιτυχία ή αποτυχία της θεραπευτικής τεχνικής.

Θετικά στοιχεία που συμβάλλουν στη θετική έκβαση της θεραπείας των φοβιών είναι: ανθρώπινη ζεστασιά, συναισθηματική κατανόηση, δηλαδή η ικανότητα να νιώθει - ο νοσηλευτής - σε βάθος τη συμπεριφορά και τις δυσκολίες των φοβικών ασθενών. Η σχέση νοσηλευτή-αρρώστου είναι πολύ ιδιαίτερη. Δεν πρόκειται σε καμία περίπτωση για μια σχέση ιεραρχίας αλλά για μια σχέση συνεργασίας, για την ευόδωση ενός κοινού στόχου: τη θεραπευτική αλλαγή. Ο νοσηλευτής έχει ένα ρόλο παιδαγωγικό, εξηγεί, δίνει στον ασθενή έντυπα ή βιβλία ώστε να

ενημερωθεί σχετικά με τη φύση της ασθένειας του, υποδεικνύει άλλους τρόπους σκέψεων και στάση ζωής. Πρέπει να ξέρει να ακούει, να κάνει ερωτήσεις αλλά και να μπορεί να συζητήσει, ώστε να θεμελιώσει μια σχέση συνεργασίας. Μπορεί να αφηγηθεί παρόμοιες περιπτώσεις, ώστε ο άρρωστος να καταλάβει ότι, σε αντίθεση με αυτό που πίστευε, δεν είναι τρελός.<sup>30</sup>

## 1.2. Σκοποί

Το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται στα ψυχιατρικά τμήματα είναι ολιγάριθμο και πολλές φορές χωρίς εξειδίκευση και επιστημονική κατάρτιση, οπότε δυσκολεύεται να αντεπεξέλθει στις ανάγκες των νοσηλευομένων και να εφαρμόζονται σωστά οι εξής νοσηλευτικοί σκοποί. Εστιάζονται σε 4 ομάδες αναγκών:

- 1) Έγκαιρη διαπίστωση υποτροπής για κατάθλιψη στον χρόνιο τρόφιμο.
- 2) Άμεσες ανάγκες που σχετίζονται με την απειλή της ζωής και την ασφάλειά του.
- 3) Βραχυπρόθεσμες ανάγκες που αφορούν τη νοσηλεία, θεραπεία και προετοιμασία για την έξοδο του αρρώστου από το νοσοκομείο.
- 4) Μακροπρόθεσμες ανάγκες, που αναφέρονται στην εκπαίδευση του αρρώστου και της οικογένειας - αν αυτή υπάρχει - για την πρόληψη υποτροπής ή την έγκαιρη αναγνώριση των συμπτωμάτων και αντιμετώπισή τους.

Από ψυχολογικής πλευράς, φροντίζουμε ώστε να κερδίσουμε την εμπιστοσύνη του αρρώστου και τον ενθαρρύνουμε να εκφράσει λεκτικά

τις σκέψεις και τα συναισθήματα σχετικά με τους φόβους και τη φύση των φοβιών του.

Η επικέντρωση στις συναισθηματικές «απώλειες» του ατόμου (θάνατος αγαπημένου προσώπου, απόλυση από την εργασία) μπορεί να αποτελέσει το κλειδί για την επιτυχέστερη αντιμετώπιση και θεραπεία του ατόμου. Παράλληλα, βέβαια, με την εξατομικευμένη νοσηλεία του κάθε ασθενή, θα διερευνήσουμε το οικογενειακό, το κοινωνικό και το επαγγελματικό του περιβάλλον, η εκτίμηση του οποίου θα μας βοηθήσει στην επιλογή συν-θεραπευτών, αναγκαίων στην προσπάθειά μας.

Πρέπει να εξηγήσουμε με σαφήνεια τους λόγους για τους οποίους κρίνουμε ότι πρέπει να παραπεμφθεί στην τάδε υπηρεσία ή να ενταχθεί στο δείνα θεραπευτικό αποτέλεσμα.<sup>30, 29</sup>

### **1.3. Νοσηλευτική αντιμετώπιση ασθενούς με κατάθλιψη (Αγοραφοβία)**

Ο-η νοσηλεύτης-τρια, με τις θεωρητικές γνώσεις που πρέπει να έχει και με τη μελέτη του ιστορικού του ασθενούς, παρατηρεί τη συμπεριφορά του, ακούει τους πόνους του, τα προβλήματα του, τα νοήματα και το περιεχόμενο της ομιλίας του. Μ' αυτό τον τρόπο επιτυγχάνεται μια αρχική αξιολόγηση του ασθενούς. Εάν είναι είσοδος, επιλέγει το χώρο - όσο αυτό είναι δυνατόν - παραμονής του ασθενούς. Ακόμη και όταν πρόκειται για παλιό τρόφιμο, πιθανόν να χρειαστεί να αλλάξει κλίνη, ειδικά όταν μένει σε μοναχικό δωμάτιο. Η παραμονή σε μοναχικό δωμάτιο ενέχει κίνδυνο αυτοκτονίας, γιατί, ως γνωστό, όλες οι μορφές κατάθλιψης (κοινωνική φοβία) παρουσιάζουν σε μεγάλο ποσοστό αυτό το πρόβλημα.<sup>30, 20</sup>

Ιδιαίτερη προσοχή δίνεται στους χρόνιους ασθενείς που ετοιμάζονται για εξιτήριο μετά από μεγάλες προσπάθειες για αποασυλοποίηση από τη ότι απορρίπτονται από τους οικείους συγγενείς και επιστρέφουν στο ίδρυμα ή το ψυχιατρείο (αφορά τα βαριά περιστατικά που χρειάζονται εξειδικευμένη και περαιτέρω νοσηλεία σε ιδρύματα). Εδώ η νοσηλεύτρια που θα υποδεχθεί τον ασθενή πρέπει να είναι πολύ προσεκτική και να συζητήσει οποιοδήποτε πρόβλημα με την υπόλοιπη ομάδα (ιατρούς, ψυχολόγους κ.λπ.). Να συζητεί με τον ασθενή και να τον ενθαρρύνει ότι θα βρεθεί τρόπος επανένταξης στο οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον.<sup>20,18</sup>

- Κατά τη **φαρμακευτική αγωγή** το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να είναι ενημερωμένο για τις παρενέργειες και την ανταγωνιστικότητα των φαρμάκων που χορηγούνται στον ασθενή. Όταν η φαρμακευτική αγωγή είναι ενέσιμη **ενδομυϊκή (I.M.)**, θα πρέπει να ελέγχεται η περιοχή ότι δεν παρουσιάζει ερυθρότητα ή και απόστημα, γιατί σε αντίθετη περίπτωση αντί για θεραπεία θα έχουμε προκαλέσει βλάβη. Κατά την **ενδοφλέβια χορήγηση** φαρμάκων (I.V.) η προσοχή του νοσηλευτή πρέπει να είναι επισταμένη, γιατί οι παρενέργειες είναι ταχύτερες. Πρέπει να ελέγχεται συχνά η ροή του ορού, που είναι συνήθως εμπλουτισμένος με **αντικαταθλιπτικά** φάρμακα, σύμφωνα με την ιατρική εντολή, καθώς και η Α.Π. «όταν χορηγούμε **άλατα λιθίου** ελέγχουμε τα επίπεδα στο αίμα για να εξασφαλίσουμε τη σωστή δόση του ασθενή. Πρέπει να γίνονται συχνές εξετάσεις τις νεφρικής λειτουργίας, λόγω της νεφροτοξικότητας του λιθίου (η-θεραπευτική δόση του λιθίου δεν απέχει πολύ από την τοξική).<sup>20,18</sup>

- Μέλημα του νοσηλευτικού προσωπικού είναι οι **εργαστηριακές εξετάσεις** και οι απαντήσεις αυτών να παίρνονται έγκαιρα.

- Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται στη **διατροφή** και την **ενυδάτωση** του ασθενή. Στις περισσότερες περιπτώσεις οι ασθενείς δείχνουν απροθυμία, μέχρι και άρνηση, για τροφή. Παροτρύνουμε, λοιπόν, τον άρρωστο να φάει και να παίρνει πολλά υγρά. Όταν αυτό δεν επιτυγχάνεται, ενδέχεται να χρειαστεί να τοποθετηθεί ρινογαστρικός σωλήνας (Levin) για να σιτίζεται. Σε ορισμένες περιπτώσεις τοποθετείται ορρός εμπλουτισμένος με βιταμίνες (προέχει η ενυδάτωση).<sup>20, 29</sup>

- Μέσα στα μεγάλα ψυχιατρικά τμήματα (που η αντιστοιχία νοσηλευτικού προσωπικού - ασθενών είναι μικρή), η παρακολούθηση την ώρα του φαγητού είναι ένα μέσο που θα μας οδηγήσει να δούμε έγκαιρα μια υποτροπή σε κατάθλιψη. Π.χ. ο Γιάννης καθόταν στο τραπέζι και έτρωγε το φαγητό του μέχρι σήμερα. Τώρα αρχίζει να μην πηγαίνει καθόλου στην τραπεζαρία. Όπως ο Μανώλης τρώει με βουλιμία και δεν στέκεται στην καρέκλα.

- Άλλος τρόπος ή μέσο που θα οδηγήσει το νοσηλευτικό προσωπικό να επισημάνει έγκαιρα την υποτροπή είναι ο ύπνος. Το βράδυ ο ασθενής στριφογυρίζει στο κρεβάτι ή βηματίζει μονολογώντας στο θάλαμο. Την ημέρα δεν σηκώνεται με διάθεση, παραμελεί τον εαυτό του και την προσωπική του περιποίηση και αρχίζει να γίνεται ευερέθιστος, ακόμα και στην καλημέρα που θα του απευθυνθεί.

- Φροντίζουμε ακόμα να εξασφαλίσουμε στους ασθενείς την ψυχαγωγία (τηλεόραση, ραδιόφωνο) ή και εκδρομές - περιπάτους.<sup>20, 29</sup>

#### 1.4 Κριτήρια αξιολόγησης νοσηλευτικών παρεμβάσεων

Ο άρρωστος πρέπει να φθάσει στο σημείο να εκδηλώνεται ως εξής:

- Συνάπτει θεραπευτική συμμαχία με το προσωπικό.
- Αρχίζει να επικοινωνεί με συνασθενείς και το προσωπικό.
- Συμμετέχει ενεργητικά σε ομαδικές δραστηριότητες.
- Δείχνει άνεση, ικανοποίηση και ευχαρίστηση όταν επικοινωνεί με άλλους (επαφή με το βλέμμα, βελτιωμένο συναίσθημα, νηφάλιες απαντήσεις).
- Ξεπερνά επιτυχώς τη φοβία του σχετικά με το αντικείμενο ή μια στρεσογόνο κατάσταση.<sup>29</sup>

#### 1.5 Τρόποι (τεχνικές) αντιμετώπισης των φοβιών

- **Απευαισθητοποίηση:** Τεχνική που χρησιμοποιείται στη θεραπεία των φοβιών και η οποία συνίσταται στο να ζητήσουμε από τον ασθενή, αφού χαλαρώσει, να φανταστεί καταστάσεις ή να κάνει σκέψεις που τον φοβίζουν σε επαναλαμβανόμενη βάση, ώστε να σταματήσουν πια να του προκαλούν φόβο.
- **Γνωστική αναδόμηση:** Αλλαγή των τρόπων σκέψης με τη βοήθεια των τεχνικών της γνωστικής θεραπείας.
- **Γνωστική θεραπεία:** Ψυχοθεραπευτική προσέγγιση που απευθύνεται στις αυτόματες σκέψεις, τους γνωστικούς μηχανισμούς και τα γνωστικά σχήματα, ώστε να προκαλέσει μια αλλαγή του τρόπου σκέψης, ο οποίος δεν θα δημιουργεί προβλήματα.
- **Γνωστική συμπεριφορική ψυχοθεραπεία:** Μορφή ψυχοθεραπείας, οι στόχοι της οποίας καθορίζονται στην αρχή της



θεραπευτικής πράξης και η οποία αποδεικνύει την επιστημονική της εγκυρότητα στην αξιολόγηση των αποτελεσμάτων.<sup>30, 20,10</sup>

### 1.6. Αναμενόμενα αποτελέσματα

- Το άτομο θα εναντιωθεί στο φόβο και στη φοβική κατάσταση εντός των καταλλήλων ορίων.
- Πιστοποιείται το αντικείμενο του φόβου.
- Πιστοποιείται το αντικείμενο του φόβου για τον εαυτό του και τους σκοπούς της ζωής.
- Το άτομο θα χρησιμοποιήσει με κατάλληλο τρόπο τις ικανότητες του.
- Πιστοποιείται ο προηγούμενος μηχανισμός του αντικειμένου του φόβου.

### 1.7 Τα δικαιώματα του ψυχικά αρρώστου

Ένα σπουδαίο θέμα στη νοσηλευτική φροντίδα της ψυχικής υγείας είναι η αναγνώριση, ο σεβασμός, η προστασία και η υπεράσπιση των δικαιωμάτων των ψυχικά αρρώστων. Αυτό υπαγορεύεται από την ευαίσθητη συνείδηση και ανθρωπιά του νοσηλευτή, τη νοσηλευτική δεοντολογία και τη φύση της ψυχικής διαταραχής. Αυτή επηρεάζει τη θέληση του αρρώστου, την κρίση, την αποφασιστικότητα, την ικανότητα να χειρίζεται την προσωπική του ελευθερία με ασφάλεια και να διεκδικεί όσα δικαιούται.

Τα δικαιώματα του ψυχικά αρρώστου είναι:

1. Δικαίωμα σε κατάλληλη θεραπεία και σε λιγότερο κατά δυνατό περιοριστικό περιβάλλον.

2. Δικαίωμα σε εξατομικευμένο θεραπευτικό πρόγραμμα, υποκείμενο σε αναθεώρηση και επανεκτίμηση. Να συμπεριλαμβάνεται και εκτίμηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, που χρειάζονται μετά την έξοδο από το νοσοκομείο.
3. Δικαίωμα σε ενεργό συμμετοχή του στη θεραπεία, με συζήτηση των θεραπειών και των φαρμάκων, των ωφελειών, ενδεχομένων κινδύνων και παρενεργειών, καθώς και των διαθέσιμων εναλλακτικών θεραπειών.
4. Δικαίωμα να δώσει ή να μη δώσει τη συγκατάθεση του. Και να αντιμετωπιστεί χωρίς την προσωπική του συγκατάθεση μόνο σε επείγουσα περίπτωση ή με τη συγκατάθεση ενός κηδεμόνα, όταν διαπιστωθεί η ανικανότητα του από το δικαστήριο.<sup>29</sup>
5. Δικαίωμα να μην υποβληθεί σε ερευνητικό πειραματισμό, εκτός αν αυτός ακολουθεί τις συστάσεις της εθνικής επιτροπής για την προστασία των ανθρώπινων υπάρξεων που χρησιμοποιούνται ως ερευνητικά υποκείμενα.
6. Δικαίωμα να είναι ελεύθερος από περιορισμούς, εκτός σε μια επείγουσα ανάγκη και εφόσον τα περιοριστικά μέτρα αποτελούν ειδικό μέρος του θεραπευτικού προγράμματος, πάντοτε σύμφωνα με τις απαιτήσεις της συμμετοχής και συναίνεσης του. Αυτά να εφαρμόζονται και στις τεχνικές τροποποίησης της συμπεριφοράς, που περιλαμβάνουν περιοριστικά μέτρα και απομόνωση του αρρώστου.
7. Δικαίωμα για αξιοπρεπή φροντίδα σε ανθρωπιστικό περιβάλλον.
8. Δικαίωμα στην εχεμύθεια σχετικά με τις πληροφορίες για την ψυχική του υγεία.

9. Δικαίωμα πρόσβασης στο προσωπικό αρχείο της θεραπείας του, εκτός αν δυο επιστήμονες ψυχικής υγείας το κρίνουν βλαπτικό.
10. Δικαίωμα σε όσο το δυνατό μεγαλύτερη ελευθερία για να ασκεί τα πολιτικά του δικαιώματα, να ανήκει κάπου και να εκφράζεται. Περιορισμός ειδικών επισκεπτών επιτρέπεται μόνο αν τεκμηριώνεται ανοικτά και αποτελεί μέρος της θεραπευτικής αγωγής.
11. Δικαίωμα σε γραπτή και προφορική πληροφόρηση για τα δικαιώματα αυτά, με κατανοητό τρόπο, στην αρχή της θεραπείας και περιοδικά έπειτα.
12. Δικαίωμα έκφρασης παραπόνων με μηχανισμό που περικλείει τη δυνατότητα να φθάσει στο δικαστήριο.
13. Δικαίωμα να εξασφαλίσει βοήθεια δικηγόρου.
14. Δικαίωμα να κριτικάρει ή να παραπονεθεί για τις συνθήκες ή υπηρεσίες περίθαλψης του, χωρίς το φόβο να υποστεί αντίποινα ή άλλες αντεκδικήσεις.
15. Δικαίωμα παραπομπής σε άλλη υπηρεσία, προκειμένου να συμπληρωθεί το σχέδιο εξόδου του από το νοσοκομείο.

Τα παραπάνω δικαιώματα έχουν νομοθετηθεί από το Αμερικανικό Κοινοβούλιο το 1980, ύστερα από πολλές μελέτες. Βάσει αυτών έχουν διατυπωθεί και αναλυτικότερα, όπως: Το δικαίωμα του ψυχικά αρρώστου να κάνει ψώνια, να χειρίζεται την περιουσία του, να σπουδάζει, να επικοινωνεί με πρόσωπα εκτός του νοσοκομείου με αλληλογραφία, τηλεφωνήματα και επισκέψεις. Αυτά να περιορίζονται μόνο με ενυπόγραφη οδηγία του υπεύθυνου θεραπευτή. Επίσης, έχει το δικαίωμα σε θρησκευτική ελευθερία, να διοριστεί σε εργασία αν είναι δυνατό, να

κάνει μήνυση, να πληρώνεται για οποιαδήποτε εργασία του που συντελεί στη λειτουργία και συντήρηση του νοσοκομείου.

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο**  
**Νοσηλευτική διεργασία**  
**επί κλινικού περιστατικού για την**  
**αντιμετώπιση Ιδεοψυχαναγκαστικών διαταραχών**  
**(Ι.Ψ.Δ.).**

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο****ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΕΠΙ ΚΛΙΝΙΚΟΥ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΓΙΑ  
ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΙΔΕΟΨΥΧΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ  
(Ι.Ψ.Δ.).****Περιγραφή της περίπτωσης της κας Κ.**

Η ασθενής Κ., 31 χρονών, παντρεμένη με δυο παιδιά, παραπέμφθηκε από τον οικογενειακό ιατρό της στο Πανεπιστημιακό Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Erpendorf, στο Τμήμα θεραπείας Συμπεριφοράς, επειδή εδώ και 6 χρόνια υπέφερε από ψυχαναγκαστικά συμπτώματα, εξαιτίας των οποίων είχε περιορίσει πολύ σοβαρά τις δραστηριότητες της. Φοβόταν ότι θα δηλητηριάσει την οικογένεια της ή και ξένους από δηλητήριο που κόλλησε στα χέρια της. Επίσης, φοβόταν μήπως κάψει μέλη της οικογένειας της ή άλλους ανθρώπους, από φωτιά που προκλήθηκε λόγω δικής της απροσεξίας. Για να αποφύγει αυτό τον κίνδυνο, εκτελούσε μια σειρά από τελετουργίες. Φοβούμενη για εστίες μόλυνσης ή φωτιάς, απομάκρυνε με τις ώρες μικρά σημεία (σκόνη κ.λπ.) από ρούχα και έπιπλα. Έτσι, χρειαζόταν καθημερινά πολλές ώρες για το ξεσκόνισμα και το σκούπισμα του σπιτιού. Εάν, λόγω απροσεξίας, ακουμπούσε ένα φρούτο σε μανάβικο, ένιωθε αναγκασμένη να το αγοράσει, γιατί ίσως είχε δηλητηριάσει το φρούτο. Για τον ίδιο λόγο πετούσε πολλά τρόφιμα. Η κατανάλωση σαπουνιών για το πλύσιμο των χεριών της έφτανε σε ένα με δυο τεμάχια την ημέρα. Κάθε φορά που νόμιζε πως ακουμπούσε δηλητηριασμένα αντικείμενα, έπλενε τα χέρια της επί πέντε λεπτά. Για να αποφύγει κάθε επαφή με μικρόβια, ακουμπούσε διακόπτες και πόμολα στο σπίτι μόνο με τον αγκώνα της. Ο

καταναγκασμός ήταν ιδιαίτερα δυνατός, όταν έβλεπε στον κήπο της κάτι που έμοιαζε με μανιτάρι, γιατί είχε φοβερό άγχος μήπως μεταφερθεί στα χέρια της δηλητήριο από δηλητηριώδη μανιτάρια. Ένωθε πανικό, με τη σκέψη μόνο, ότι στο υπόγειο του σπιτιού της είχε κρύψει όλα τα ρούχα που φορούσαν τα μέλη της οικογένειας, όταν πήγαιναν επίσκεψη σε ένα άτομο για το οποίο έμαθαν αργότερα ότι έπασχε από φυματίωση. Ο πανικός υποχωρούσε μόνο μετά από πλύσιμο των χεριών μέχρι εξάντλησης.

Η διάρκεια του πλυσίματος παρουσίαζε αύξηση στις περιπτώσεις που ο σύζυγος προσπαθούσε να τη διακόψει.

Πριν φύγει από ένα δωμάτιο του σπιτιού για να πάει στο άλλο, έλεγχε πολλές φορές όλες τις ηλεκτρικές συσκευές, τις πόρτες και τα παράθυρα. Το βράδυ, ο σύζυγος, μετά από παράκληση της ασθενούς, έκανε έλεγχο σε όλα τα παράθυρα και τις πόρτες του σπιτιού. Για να αποφύγει τους ελέγχους, η ασθενής έβγαινε από το σπίτι της πλέον μόνο σε περίπτωση ανάγκης (π.χ. επίσκεψη σε γιατρό) και όλη την ημέρα εκτελούσε ψυχαναγκαστικές τελετουργίες.

Τα ψυχαναγκαστικά συμπτώματα της ασθενούς συνοψίζονται στις κατηγορίες πλύσιμο του εαυτού της, καθαρισμός σπιτιού, έλεγχος και ιδεοληψίες.

### *Ιστορικό*

Η ασθενής μεγάλωσε μαζί με τους δυο γονείς και με τη μεγαλύτερη αδελφή της σε ένα χωριό. Τα δυο κορίτσια ήταν πολύ μόνα τους, αφού οι δυο γονείς εργάζονταν. Η μεγαλύτερη αδελφή «πατρονάριζε» τη μικρή, η οποία πάντα αισθανόταν μειονεκτικά και αδικημένη απέναντι της. Η ασθενής ήταν πολύ δεμένη με τον πατέρα της και υπέφερε που εκείνος

ήταν αλκοολικός. Στο δημοτικό ήταν απομονωμένη, χωρίς επαφή με άλλα παιδιά. Από φόβο για τυχόν κριτική, δεν μιλούσε ποτέ στο μάθημα. Άρχισε μια επαγγελματική εκπαίδευση, την οποία όμως διέκοψε για να βοηθήσει τους γονείς της στην ταβέρνα που τότε είχαν ανοίξει.

Παντρεύτηκε στα 18 της χρόνια, μετά από ένα χρόνο γνωριμίας με το σύζυγο της και αφού έμεινε έγκυος. Εγκαταστάθηκαν στο σπίτι της πεθεράς, όπου έμεναν και οι δυο τρίδυμες αδελφές του συζύγου της. Η ασθενής αναφέρει ότι υπέφερε από τη συμπεριφορά των κουνιάδων της, οι οποίες την είδαν σαν ανταγωνίστρια εξαιτίας της προσοχής που έδινε ο σύζυγος σ'αυτήν. Στα 19 της χρόνια γέννησε τον γιο της και ένα χρόνο μετά την κόρη της. Το ζεύγος έκανε πολλές επιδιορθώσεις στο σπίτι και στον κήπο, και έτσι δεν τους έμεναν ελεύθερες ώρες για άλλες δραστηριότητες.

Όταν έφυγαν οι αδελφές του συζύγου από το σπίτι, η ασθενής χρειάστηκε να αντιμετωπίσει την ευθύνη του νοικοκυριού, γεγονός που αύξησε τις ανασφάλειες της.

Στην ίδια περίοδο (περίπου 6 χρόνια πριν έρθει για θεραπεία) άρχισε το καταναγκαστικό πλύσιμο και καθαρισμό, μετά από μια επίσκεψη στο σπίτι των γονέων της, όπου έμενε ένα άτομο με φυματίωση. Η ασθενής φοβόταν μην την καταστήσουν υπεύθυνη για ασθένειες της οικογένειάς της. Τα καταναγκαστικά συμπτώματα γενικεύθηκαν σε μια σειρά άλλων ερεθισμάτων και στον έλεγχο των ηλεκτρικών συσκευών. Μετά από μια παρατήρηση της αδελφής της, ότι πρέπει κανείς να προσέξει και να αποφύγει την επαφή με δηλητηριώδη μανιτάρια, αυξήθηκε δραματικά ο φόβος της μην κάνει κακό στην οικογένειά της και ακολούθως αυξήθηκε και το πλύσιμο των χεριών.



Ο σύζυγος και η πεθερά ανέλαβαν όσο μπορούσαν τις περισσότερες δουλειές του σπιτιού. Η φαρμακευτική αγωγή είχε μόνο περιορισμένα και για μικρό χρονικό διάστημα αποτελέσματα.

### *Παρούσα κατάσταση*

Ζει με τον σύζυγο, τα δυο παιδιά και την πεθερά της σε δική τους μονοκατοικία σε προάστιο. Ο σύζυγος εργάζεται ως οικοδόμος. Οι δουλειές του σπιτιού γίνονται από αυτόν και τη μητέρα του. Η ασθενής υποφέρει πολύ που δεν μπορεί να ανταποκριθεί στις υποχρεώσεις της ως μητέρα και νοικοκυρά. Όλα τα μέλη της οικογένειας έχουν προσαρμοστεί στις απαιτήσεις της ασθενούς (π.χ. πλένουν τα χέρια τους συχνά), επειδή κάθε αντίσταση ενίσχυε τις καταναγκαστικές πράξεις της. Τα παιδιά της δεν την παίρνουν πια στα σοβαρά και την κοροϊδεύουν για τις τελετουργίες της.

Οι ελεύθερες ώρες που περνά το ζευγάρι μαζί είναι περιορισμένες λόγω των καταναγκαστικών πράξεων της ασθενούς και των αυξημένων ευθυνών του συζύγου, όσον αφορά τις δουλειές του σπιτιού. Στις λίγες ώρες που τους μένουν ασχολούνται με τον κήπο τους ή βλέπουν τηλεόραση. Κανείς από τους δυο συζύγους δεν έχει φίλους. Οι κοινωνικές τους επαφές περιορίζονται σε σπάνιες επισκέψεις από τις αδελφές του συζύγου και σε μια επίσκεψη την εβδομάδα από την αδελφή της ασθενούς, την οποία η ασθενής θαυμάζει και ζηλεύει. Συχνά παραπονιέται στον σύζυγο της γιατί εκείνος δεν έχει την κοινωνική αίγλη και το υψηλό εισόδημα που έχει ο γαμπρός της. Για το θέμα αυτό καβγαδίζουν συχνά: Ο σύζυγος αντιμετωπίζει τη νύφη του ανταγωνιστικά εξαιτίας της εμπιστοσύνης που της δείχνει η γυναίκα του και ως «αντιστάθμιση» συμμαχεί με τα παιδιά εναντίον της. Η επικοινωνία του ζευγαριού

χαρακτηρίζεται από αλληπάλληλες κατηγορίες. Οι καβγάδες τους έχουν κατάληξη στο να αποσύρεται η ασθενής και να κλαίει. Η ασθενής αμφιταλαντεύεται ως προς την επιθυμητή επικοινωνία με τον σύζυγο της. Από τη μια, θα ήθελε να έχει περισσότερη υποστήριξη από τον σύζυγο, από την άλλη, όμως, παραπονιέται που εκείνος δεν έχει εμπιστοσύνη στις ικανότητες της και γι' αυτό αναλαμβάνει σχεδόν όλες τις ευθύνες του σπιτιού. Παρ' όλη τη μη ικανοποιητική λεκτική επικοινωνία των συζύγων, η σεξουαλική τους ζωή χαρακτηρίζεται και από τους δύο ως καλή.

#### *Κίνητρο για θεραπεία*

Η ασθενής ενδιαφέρθηκε για θεραπεία μετά από παρότρυνση της αδελφής της και του οικογενειακού της γιατρού. Είχε ξαναέρθει στη μονάδα θεραπείας συμπεριφοράς, αλλά έφυγε γιατί δεν ήθελε να μπει στη λίστα αναμονής. Μετά από μερικούς μήνες όμως επανήλθε. Υπέφερε τόσο πολύ από τους περιορισμούς που είχε λόγω των ψυχαναγκαστικών της συμπτωμάτων, που αποφάσισε να κάνει θεραπεία. Επιθυμούσε να αναλάβει σωστά τους ρόλους της ως μητέρα, σύζυγος και νοικοκυρά. Ήθελε να αποκτήσει αυτοπεποίθηση και να γίνει ακόμα ανεξάρτητη από την αδελφή της.

Ο σύζυγος επιθυμούσε, επίσης, να μειωθούν τα συμπτώματα της. Είχε όμως αρκετές αμφιβολίες για τις προοπτικές της θεραπείας, γιατί δεν πίστευε ότι η γυναίκα του μπορεί να κάνει κάτι μόνη της.

Αξιολόγηση ατόμου – ασθενούς. Ανάγκες Προβλήματα. Νοσηλευτική, Διάγνωση	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός Νοσ/κής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσ/κής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
Α) Φόβος ότι θα δηλητηριάσει την οικογένειά της ή και ξένους από δηλητήριο που κόλλησε στα χέρια της.	Αντιμετώπιση φόβου	<p>- Έκθεση και παρεμπόδιση της απάντησης, δηλαδή η ασθενής έρχεται αντιμέτωπη με ό,τι την ενοχλεί:</p> <p>- Ενθαρρύνεται να αγγίξει εκούσια τα χέρια σ' ένα τραπέζι που έχει την ιδέα ότι μπορεί να την μολύνει.</p> <p>- Στη συνέχεια εμποδίζεται να πλύνει τα χέρια της για αρκετές ώρες μέχρι να καταλαγιάσει το άγχος που της προκάλεσε το πείραμα αυτό.</p> <p>- Ενθαρρύνεται η ασθενής να κάνει ασκήσεις αυτοθεραπείας στο σπίτι και να μπαίνει σε καινούργιες φοβογόνες καταστάσεις.</p> <p>Παίρνοντας η ίδια πρωτοβουλίες, εξερευνώντας το περιβάλλον της και έχοντας πάντα υπ' όψη ότι πρέπει να κάθεται μέσα στη φοβογόνο κατάσταση έως ότου τα συμπτώματα υποχωρήσουν.</p>	<p>Έκθεση in-vivo της ασθενούς σε «μολυσμένο» αντικείμενο π.χ. ένα τραπέζι και στη συνέχεια εμποδίζεται να πλύνει τα χέρια της μέχρις ότου καταλαγιάσει το άγχος που της. Όσο περισσότερο διαρκεί η έκθεση, τόσο καλύτερο θα είναι το αποτέλεσμα.</p> <p>- Η νοσηλεύτρια παίζει και το ρόλο του πρότυπου – μοντέλου για την ασθενή, δείχνοντάς της πώς να αντιμετωπίζει τις φοβογόνες καταστάσεις. Επιδεικνύει η ίδια την κατάλληλη συμπεριφορά προσέγγισης και ενθαρρύνει την ασθενή να επαναλάβει την ίδια συμπεριφορά.</p>	<p>Η ασθενής αφού «μόλυνε» όλο το σπίτι, ακόμη και τα τρόφιμα στην κατάψυξη, το σώμα της και τον σύζυγό της, η νοσηλεύτρια τόνιζε συνεχώς το μεγάλο ρίσκο που έπαιρνε, κάτι που είχε παράδοξο αποτέλεσμα και οδήγησε σε μείωση του άγχους. Η ασθενής αποφάσισε να μην προσπαθήσει να εξουδετερώσει τη «μόλυνση» που είχε προκαλέσει. Η επιτυχία που είχε επιβραβεύτηκε από τη νοσηλεύτρια και το σύζυγό της και γενικεύτηκε στις επόμενες ασκήσεις, στις οποίες πλησίαζε με τη μέθοδο της παράδοξης επιδίωξης (paradoxical intention). Αυτό βοήθησε στο να λειτουργήσει η τεχνική της «παρεμπόδισης της αντίδρασης» (response prevention).</p>

Αξιολόγηση ατόμου – ασθενούς. Ανάγκες Προβλήματα. Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός Νοσ/κής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσ/κής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
B) Μη κατανόηση της θεραπείας.	Η κατανόηση της θεραπείας έκθεσης	<p>Προγραμματίζουμε την εφαρμογή των βασικών κανόνων για να επιτύχει η έκθεση και να εδραιωθεί η αλλαγή που θέλουμε να γίνει; Τρεις είναι οι βασικοί κανόνες:</p> <p>1) Διάρκεια (όσο πιο παρατεταμένη είναι η έκθεση, τόσο το καλύτερο το αποτέλεσμα.</p> <p>2) Συχνότητα (πρέπει να επαναλαμβάνει συχνά τις ασκήσεις</p> <p>3) Κατανόηση της θεραπείας (να δεχτεί η ασθενής το λογικό της θεραπείας).</p> <p>- Προσπάθεια για εξασφάλιση συνεργασίας του συζύγου μέσω διαλόγου ώστε να δείξει εμπιστοσύνη και να διευκολύνει την διαδικασία.</p>	<p>Εφαρμόζουμε τους κανόνες και ενθαρρύνουμε την ασθενή να παραμείνει στη φοβογόνο κατάσταση όσο το δυνατόν περισσότερο μέχρι να μειωθεί η δυσφορία που νιώθει. Επιπλέον φροντίζουμε να κάνει συχνά ασκήσεις αυτοθεραπείας κάθε μέρα και να παίρνει η ίδια πρωτοβουλίες. Είναι σημαντικό η ασθενής να δεχτεί το λογικό της θεραπείας και να συμμετέχει ενεργά, για να συμφιλιωθεί έτσι με τους φόβους της. Με τη βοήθεια του συζύγου, παράλο που φοβόταν πολύ, κατάφερε να πιάσει στα χέρια της τα ρούχα, τα οποία κατά τη γνώμη της ήταν μολυσμένα με μικρόβια από φυματίωση.</p>	<p>Η ασθενής κατανοεί το λογικό της θεραπείας και συμμετέχει ενεργά. Κάθεται όλο και περισσότερη ώρα στη φοβογόνο κατάσταση χωρίς να δυσανασχετεί, φαίνεται να έχει συμφιλιωθεί με τους φόβους της. Παίρνει πρωτοβουλίες π.χ. έφτιαξε ένα γεύμα με τα «μολυσμένα» τρόφιμα της κατάψυξης και κάλεσε τους γείτονες στο γεύμα. Τα καταναγκαστικά συμπτώματα έχουν ελαττωθεί σημαντικά. Ο σύζυγος ήταν παρόν καθ' όλη τη διάρκεια της συνεδρίας. Αφού κατάλαβε μέσα απ' το διάλογο, ότι δεν έχουμε σκοπό να κάνουμε εναντίον του συμμαχία με τη γυναίκα του, έδειξε πρόθυμος να συνεργαστεί.</p>

Αξιολόγηση ατόμου – ασθενούς. Ανάγκες - Προβλήματα. Νοσηλευτική, Διάγνωση	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός Νοσ/κής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσ/κής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
<p>Γ. Ανασφαλής και εξαρτημένη από τη γνώμη των άλλων ανθρώπων. Αδυνατεί να αναλάβει τις ευθύνες του σπιτιού.</p>	<p>Να ανακτήσει και πάλι την χαμένη αυτοπεποίθηση, να είναι ανεξάρτητη και υπεύθυνη.</p>	<p>Η ασθενής ήταν απαραίτητο να βοηθηθεί με το να μάθει άλλες εναλλακτικές συμπεριφορές (αντί των τελετουργιών) για την αντιμετώπιση των συναισθημάτων θυμού, καταπίεσης, ανασφάλειας. Μαθαίνει να εκφράζει κατάλληλα θυμό και απαιτήσεις.</p>	<p>Αφού είχε καταλάβει καλά την αρχή των ασκήσεων ευθύνης και τις κατάλληλες συμπεριφορές για την έκφραση των συναισθημάτων, έκανε διάφορες ασκήσεις κατά τη διάρκεια της εβδομάδας μόνης της.</p>	<p>Η ασθενής αποκτούσε όλο και περισσότερη αυτοπεποίθηση, ήδη έκανε όλες τις εργασίες του σπιτιού και έκανε σχέδια για το μέλλον. Οι προσπάθειες επιβραβεύθηκαν θερμά από όλα τα μέλη της οικογένειας.</p>
<p>Δ. Αυξανόμενες τελετουργίες.</p>	<p>Να ελαττωθούν οι τελετουργίες και στο τέλος να εξαλειφθούν</p>	<p>Να διακόψουμε την γενικευμένη σε όλους τους τομείς της ζωής, συμπεριφορά αποφυγής της ασθενούς, έτσι ώστε να έχει μεγαλύτερη ικανότητα δράσης. Να μάθει άλλες εναλλακτικές συμπεριφορές για να εκφράσει κατάλληλα τα συναισθήματά της (θυμό, καταπίεση, ανασφάλεια).</p>	<p>Η ασθενής ήταν πρόθυμη και έκανε τις ασκήσεις, ενώ είχε κατανοήσει ότι οι τελετουργίες χρησιμοποιήθηκαν ως διεκδικητικό μέσον απέναντι στο σύζυγο (αφού δεν είχε άλλες διεκδικητικές δεξιότητες στο ρεπερτόριό της.</p>	

Αξιολόγηση ατόμου – ασθενούς. Ανάγκες - Προβλήματα. Νοσηλευτική, Διάγνωση	Αντικειμενικός σκοπός	Προγραμματισμός Νοσ/κής φροντίδας	Εφαρμογή Νοσ/κής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελέσματος
Ε) Κακή επικοινωνία του ζευγαριού	Καλύτερη επικοινωνία μεταξύ τους. Να λύσουν τα προβλήματά τους με διάλογο ώστε η ασθενής να πάψει να καταφεύγει σε καταναγκαστικές τελετουργίες και ο σύζυγος να σταματήσει να συμμαχεί με τα παιδιά.	Οι τεχνικές που πρόκειται να χρησιμοποιηθούν κυρίως είναι: - Παιχνίδι ρόλου – ασκήσεις για τη θετική αυτοπαρατήρηση (Positive self verbalization) – λύση προβλημάτων – ασκήσεις για διεκδικητική συμπεριφορά. Οι ασκήσεις αυτές αποσκοπούν και στην εκμάθηση από το σύζυγο κοινωνικών δεξιοτήτων, αφού ο ίδιος ανέφερε τη δυσκολία του να διεκδικήσει κάτι από τη σύζυγο.	Αρχικά εξηγήσαμε στο ζευγάρι κάθε άσκηση και τους το δείχναμε «παίζοντας» το θέμα, πριν κάνουμε οι ίδιοι την άσκηση. Η ασθενής έμαθε στρατηγικές αντιμετώπισης καταστάσεων που της προκαλούσαν ανασφάλεια (π.χ. διεκδίκηση απέναντι σε ξένους, σύγκρουση με τον σύζυγο). Οι ασκήσεις πραγματοποιήθηκαν σε δημόσια μέρη, π.χ. στο εστιατόριο, πράγμα που άρεσε και στους δυο. Σε κάθε συνεδρία διάλεξαν οι ίδιοι τουλάχιστον μια από τις ασκήσεις που θα έκαναν την επόμενη εβδομάδα μόνοι τους	Η επικοινωνία της τόσο με το σύζυγο, όσο και με τα άλλα μέλη της οικογένειας βελτιώθηκε σημαντικά. Οι δυο τους ήταν πια σε θέση να εκφράζουν θετικά και αρνητικά συναισθήματα, επιθυμίες και απαιτήσεις κατάλληλα.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Περιγράφεται μια περίπτωση χρόνιας ψυχαναγκαστικής νεύρωσης, με πολλαπλά βαριά συμπτώματα και έκδηλη δυσλειτουργία στην οικογένεια. Αντιμετώπιστηκε επιτυχώς με μια πολυδιάστατη θεραπεία της συμπεριφοράς.

Τα βασικά στοιχεία που βοήθησαν στην επιτυχία της θεραπείας αυτής ήταν:

- Η ασθενής μας έβλεπε σαν πρότυπα, κάτι που διευκόλυνε τη μάθηση μέσω μοντέλου. Ιδιαίτερα σημαντική εμπειρία για την ασθενή αποτέλεσε η επαφή με γυναίκες με αυτοπεποίθηση, που δεν ήταν απειλητικές γι' αυτήν.

- Ο αποχωρισμός από τις νοσηλεύτριες, με τις οποίες είχε αποκτήσει στενές συναισθηματικές σχέσεις, διευκολύνθηκε με την προετοιμασία της και την επαναλαμβανόμενη προειδοποίηση ότι μπορεί να παλινδρομήσει. Φαίνεται ότι και οι δύο σύζυγοι είχαν ενσωματώσει την ιδανική εικόνα των νοσηλευτριών, την οποία ανακάλεσαν σε καταστάσεις που στο παρελθόν προκαλούσαν τελετουργίες. Πρόκειται, δηλαδή για την αντικατάσταση μιας τελετουργίας με μια άλλη, η οποία όμως δεν είναι οδυνηρή.



**ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

**ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

- 1) Ν. ΜΑΝΟΣ «Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής» αναθεωρημένη έκδοση, University Studio Press, 1997.
- 2) Γ. ΜΠΟΥΛΟΥΓΟΥΡΗΣ «Φοβίες και η αντιμετώπισή τους» εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1992.
- 3) ΠΕΤΡΟΣ ΧΑΡΤΟΚΟΛΛΗΣ «Εισαγωγή στην ψυχιατρική» δεύτερη έκδοση αναθεωρημένη, εκδόσεις Θεμέλιο, 1991.
- 4) Χ. ΠΙΑΝΟΣ «Ψυχοκοινωνικές διαταραχές και η αντιμετώπισή τους», Εκδόσεις Έλλην 1998.
- 5) Ν. ΜΑΝΟΥ «Ερμηνευτικό λεξικό ψυχιατρικών όρων» Δ' έκδοση. Θεσσαλονίκη 1987, ανατύπωση 1992.
- 6) Θ. ΚΑΛΠΑΚΟΓΛΟΥ «Άγχος και Πανικός» Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα 1997.
- 7) ISAAC M. MARKS, M.D. «Νικήστε τις Φοβίες» επιμέλεια Δρ. Ιωάννης Κασβίκης, Ψυχίατρος, εκδόσεις Λήθη, 1991.
- 8) ΔΡ. FRANK LAMAGNERE «Μανίες και Φοβίες και Έμμονες Ιδέες» εκδόσεις Πατάκη 1999.
- 9) DERRICK SILOVE, VIJAYA MANICA VASAGAR «Ξεπερνώντας τον Πανικό», Ινστιτούτο έρευνας και θεραπείας της Συμπεριφοράς», Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 2000.
- 10) ΚΩΣΤΑΣ ΓΚΟΤΖΑΜΑΝΗΣ «Διαγνωστικά κριτήρια DSM – IV» Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας 1996.
- 11) KAPLAN AND SADOCS «Ψυχιατρική» Έβδομη έκδοση Τόμος Β', Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας 2000.

- 12) ΑΛΕΒΙΖΟΣ Β. «Άγχος και αγχώδεις διαταραχές» Ιατρική Εταιρεία Αθηνών, Αθήνα 1997.
- 13) Π.Ο.Υ. «Ταξινόμηση I.C.D. – 10 ψυχιατρικών διαταραχών και διαταραχής συμπεριφοράς – Κλινική περιγραφή και οδηγίες για τη διάγνωση», επιμέλεια: Στέφανος Κ., Σολδάτος Κ., Μαυρέας Β. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1993.
- 14) Ι. ΚΟΥΡΟΣ «Ψυχικά προβλήματα και θεραπείες» Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1994.
- 15) ΧΡΗΣΤΟΣ ΖΕΡΒΗΣ «Ψυχοπαθολογία του ενήλικα» Β' έκδοση Ηλεκτρονικές τέχνες, Αθήνα 2001.
- 16) BECK A.T., EMERY G. "Anxiety disorders and Phobias» Basic Box, N. York, 1985.
- 17) DAVIDSON J., HUGHES DETAL, "The epidemiology of social phobia" Psychol. Med. 1993.
- 18) Ν. ΜΑΝΟΥ «Σύνθεση και επιλογή στην ψυχιατρική θεραπευτική – μια βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση» University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1993.
- 19) ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ – ΕΕΣΣ. Ινστιτούτο έρευνας και συμπεριφοράς. Ι.Ε.Θ.Σ. «Θέματα γνωσιακής και συμπεριφοριστικής θεραπείας». Επιμέλεια: Γ. Μπουλουγούρης, Β' τόμος, Β' έκδοση, Ελληνικά Γράμματα, 1998.
- 20) ΙΩΑΝΝΗ ΝΕΣΤΟΡΟΣ – ΝΙΟΝΙΑΣ Γ. ΒΑΛΛΙΑΝΑΤΟΥ «Συνθετική ψυχοθεραπεία με στοιχεία ψυχοπαθολογίας» Β' έκδοση, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1996.

- 21) ΜΑΡΙΑ ΑΘ. ΚΑΪΛΑ «Η σχολική φοβία» (Η Αλίκη στον αστερισμό του Άλφι), Τόμος Β', Γ' έκδοση, έκδ. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1997.
- 22) ΧΡΗΣΤΟΣ Δ. ΚΑΣΙΜΟΣ «Πρακτική Παιδιατρική» Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη 1982.
- 23) MARTIN HERBERT «Ψυχολογική φροντίδα του παιδιού και της οικογένειας». Εφαρμοσμένη Ψυχολογία 5. Επόπτης Ελληνικής Έκδοσης: Ιωάννης Ν. Παρασκευόπουλος - Καθηγητής Ψυχολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών, εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1997.
- 24) HELLEN B. LANDGARTEN «Οικογενειακή Εικαστική Θεραπεία», Κέντρο Τέχνης και Ψυχοθεραπείας, εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1999.
- 25) SAMUEL BORONDES «Στοιχεία μοριακής νευροβιολογίας και βιολογικό υπόστρωμα ψυχικών διαταραχών» Εκδόσεις Έλλην 1993 by Scientific Library.
- 26) «Οδηγός Ψυχικής Υγείας – Από την προκατάληψη στη συμβίωση» Εταιρία Περιφερικής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας (Ε.Π.Α.Ψ.Υ.) Επιμέλεια του Τομέα Ψυχικής Υγείας της Τοπικής Υγειονομικής Εταιρείας, Ρώμη Ε., Αθήνα 2001.
- 27) ΓΡ. ΠΟΤΑΜΙΑΝΟΣ & Συνεργάτες «Θεωρίες προσωπικότητας και κλινική πρακτική» Γ' έκδοση, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1999.
- 28) L. TEMPERIERE – A. FELINE & Συνεργάτες «Εγχειρίδιο ψυχιατρικής ενηλίκων – στοιχεία κοινωνικής ψυχιατρικής και εφαρμογές στην Ελλάδα» Α' τόμος Εκδόσεις Παπαζήση, 1995.

29) ΑΦΡΟΔΙΤΗ ΧΡ. ΡΑΓΙΑ «Νοσηλευτική ψυχικής Υγείας, Ψυχική νοσηλευτική» Γ' έκδοση βελτιωμένη, Αθήνα 2001.

30) ΚΑΤΗΥ V. GETTRUST, PAULA D. BRABEC «Νοσηλευτική διαγνωστική και κλινική πρακτική» Εκδόσεις Έλλην, 1997.

