

ΑΝΩΤΑΤΟ

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ

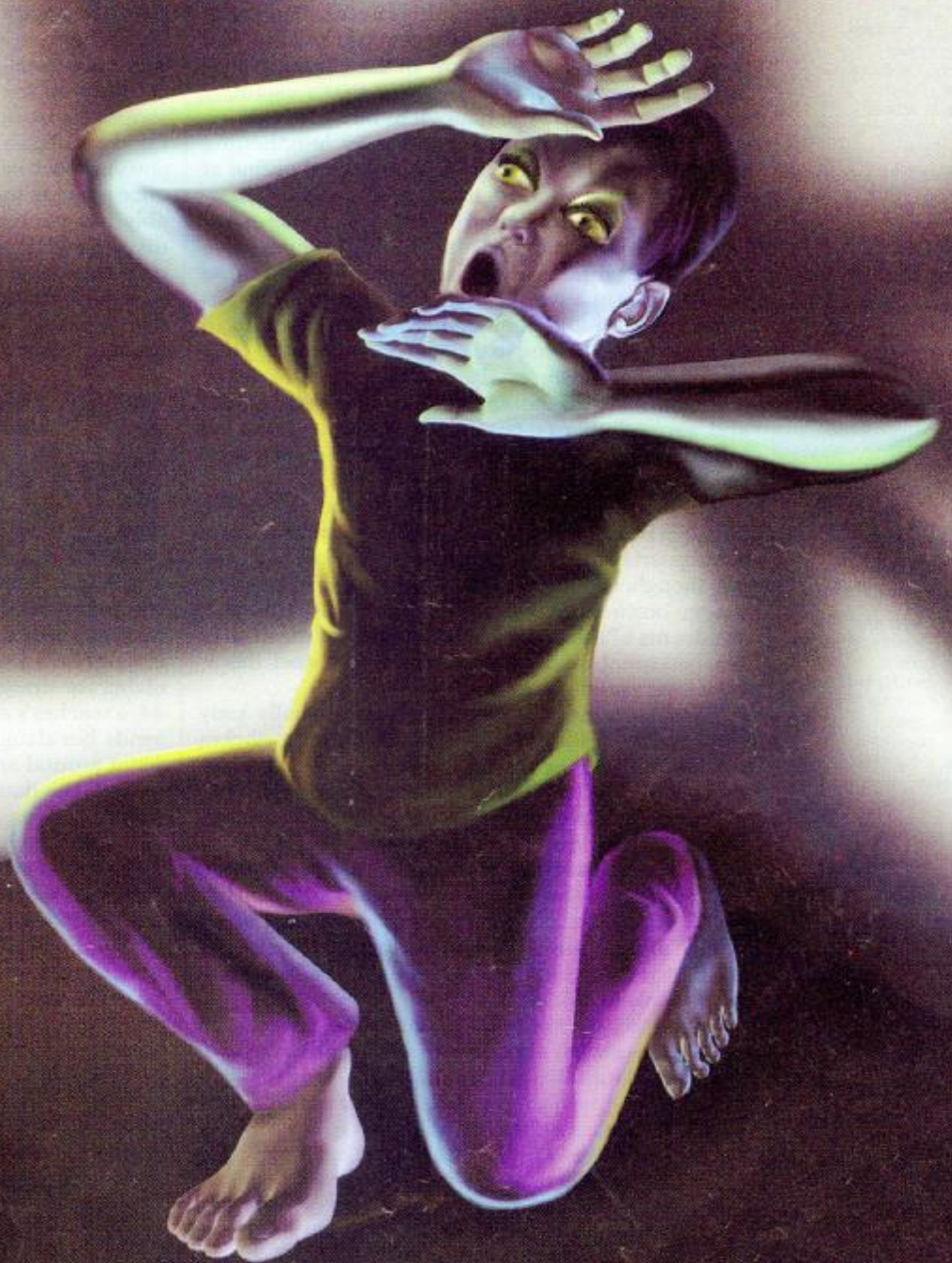
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ

ΙΔΡΥΜΑ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΦΟΒΙΕΣ

ΚΑΙ Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥΣ



ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ Δρ. Θ. ΖΗΣΗΣ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ

ΛΑΜΠΡΟΠΟΥΛΟΥ ΑΣΠΑΣΙΑ
ΣΠΑΝΟΥ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ - ΕΛΕΝΗ

ΠΑΤΡΑ ΙΟΥΝΙΟΣ 2006

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

| | |
|--------------------------|---|
| ΟΦΕΙΛΕΣ ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ..... | 1 |
| ΠΡΟΛΟΓΟΣ..... | 2 |
| ΕΙΣΑΓΩΓΗ..... | 3 |

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

| | |
|----------------------------|---|
| 1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΦΟΒΟΥ..... | 5 |
| 1.2 ΟΡΙΣΜΟΣ ΑΓΧΟΥΣ..... | 6 |
| 1.3 ΟΡΙΣΜΟΣ ΦΟΒΙΑΣ..... | 7 |
| 1.4 ΙΣΤΟΡΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ..... | 8 |

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

| | |
|--|----|
| 2.1 ΕΙΔΗ ΦΟΒΙΩΝ..... | 11 |
| 2.2 ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ..... | 12 |
| 2.3 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ..... | 15 |
| 2.4 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ..... | 20 |
| 2.5 ΛΗΨΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ..... | 21 |
| 2.6 ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ..... | 29 |
| 2.7 ΠΡΟΓΝΩΣΗ..... | 30 |
| 2.8 ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΙΣΟΡΡΟΠΙΑ..... | 31 |

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

| | |
|--|----|
| 3.1 ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ..... | 33 |
| 3.1.1 Πρωτοβάθμια πρόληψη..... | 34 |
| 3.1.2 Δευτεροβάθμια πρόληψη..... | 36 |
| 3.1.3 Τριτοβάθμια πρόληψη..... | 37 |
| 3.2 ΘΕΡΑΠΕΙΑ..... | 39 |
| 3.3 ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ..... | 41 |
| 3.3.1 Θεωρίες συμπεριφοράς..... | 42 |
| 3.3.2 Θεραπεία αποστροφής..... | 46 |
| 3.3.3 Οικονομία κουπονιών..... | 48 |
| 3.3.4 Υποστηρικτική ψυχοθεραπεία..... | 50 |
| 3.3.5 Ψυχανάλυση..... | 51 |
| 3.3.6 Βραχεία ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία..... | 52 |
| 3.3.7 Διαπροσωπική ψυχοθεραπεία..... | 53 |
| 3.3.8 Γνωσιακή ψυχοθεραπεία..... | 53 |
| 3.3.9 Ομαδική ψυχοθεραπεία..... | 54 |
| 3.3.10 Δραματοθεραπεία..... | 56 |
| 3.3.10.1 Σε ποιους απευθύνεται και πως μπορεί να βοηθήσει..... | 57 |
| 3.4. ΦΑΡΜΑΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ..... | 59 |
| 3.5 ΕΙΔΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ..... | 61 |

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

| | | |
|-----|--|----|
| 4.1 | ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΦΟΒΙΑ..... | 65 |
| 4.2 | ΤΙ ΠΡΟΚΑΛΕΙ ΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΦΟΒΙΑ..... | 67 |
| 4.3 | ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΕΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ ΠΟΥ ΑΝΑΠΤΥΣΣΕΙ ΚΑΠΟΙΟΣ ΠΟΥ ΠΑΣΧΕΙ ΑΠΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΦΟΒΙΑ..... | 68 |
| 4.4 | ΣΥΝΟΔΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΗΜΕΙΑ..... | 69 |
| 4.5 | ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ..... | 70 |
| 4.6 | ΕΝΑΡΞΗ – ΠΟΡΕΙΑ – ΠΡΟΓΝΩΣΗ..... | 71 |
| 4.7 | ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ..... | 72 |

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

| | | |
|-----|---|----|
| 5.1 | ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΑΝΙΚΟΥ ΚΑΙ ΑΓΟΡΑΦΟΒΙΑ..... | 76 |
| 5.2 | ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΑΝΙΚΟΥ ΧΩΡΙΣ ΑΓΟΡΑΦΟΒΙΑ..... | 79 |
| 5.3 | ΑΓΟΡΑΦΟΒΙΑ ΜΕ ΚΡΙΣΕΙΣ ΠΑΝΙΚΟΥ..... | 81 |
| 5.4 | ΣΥΝΟΔΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ-ΣΥΝΟΔΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ & ΕΠΠΛΟΚΕΣ..... | 84 |
| 5.5 | ΕΝΑΡΞΗ – ΠΟΡΕΙΑ – ΠΡΟΓΝΩΣΗ..... | 86 |
| 5.6 | ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ..... | 87 |
| 5.7 | ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ..... | 88 |
| 5.8 | Ο ΔΕΚΑΛΟΓΟΣ ΤΟΥ ΑΤΥΧΟΥ ΑΓΟΡΑΦΟΒΙΚΟΥ..... | 90 |

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

| | | |
|-----|--|-----|
| 6.1 | ΕΙΔΙΚΗ ΦΟΒΙΑ | 92 |
| 6.2 | ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ..... | 96 |
| 6.3 | ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ..... | 98 |
| 6.4 | ΕΝΑΡΞΗ – ΠΟΡΕΙΑ – ΠΡΟΓΝΩΣΗ..... | 99 |
| 6.5 | ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ..... | 101 |
| 6.6 | ΣΥΝΟΔΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ & ΕΠΠΛΟΚΕΣ ΕΙΔΙΚΗΣ ΦΟΒΙΑΣ..... | 104 |
| 6.7 | ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΕΙΔΙΚΗΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΟΒΙΑΣ..... | 105 |

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

| | | |
|-------|------------------------------------|-----|
| 7.1 | ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ..... | 108 |
| 7.1.1 | ΑΓΟΡΑΦΟΒΙΑ – ΣΙΔΗΡΟΔΡΟΜΟΦΟΒΙΑ..... | 108 |
| 7.1.2 | ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΑΝΙΚΟΥ..... | 110 |
| 7.1.3 | ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΦΟΒΙΑ..... | 113 |

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο

| | | |
|-----|--|-----|
| 8.1 | ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ..... | 115 |
| 8.2 | ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ..... | 116 |
| 8.3 | ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ..... | 123 |
| 8.4 | ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ..... | 124 |
| 8.5 | ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ..... | 125 |
| 8.6 | ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ..... | 127 |
| | ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ..... | 128 |

ΟΦΕΙΛΕΣ ΚΑΙ ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τον Dr Ζήση που δέχτηκε με προθυμία να μας βοηθήσει στην επίτευξη της εργασίας μας, συμμετέχοντας στην κριτική ανάγνωση του εγγράφου.

Ευχαριστούμε τις οικογένειές μας, που τέσσερα χρόνια ήταν δίπλα μας και μοιράστηκαν το άγχος, τις ανασφάλειες και τις φιλοδοξίες μας.

Η εργασία είναι αφιερωμένη σε όλους τους ασθενείς που πάσχουν από φοβίες δίνοντας τις ευχές μας για την αντιμετώπισή τους.



ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Όλοι γνωρίζουμε κάποιον που να έχει κάποιο είδος φοβίας. Κάποιον φίλο που η σκέψη ότι θα μιλήσει μπροστά σε κοινό του προκαλεί τρόμο ή κάποιον άλλο που να αρνείται να μπει σε ασανσέρ. Ή κάποιον που να φοβάται να βγει από το σπίτι του, ή να οδηγήσει πάνω σε γέφυρα η να μπει σε ψηλό κτήριο, ή να δει μια μικρή αράχνη και να μη παραλύσει από τον φόβο του. Εκατομμύρια άνθρωποι υποφέρουν από τέτοιους εξουθενωτικούς φόβους και άγχη που δημιουργούνται από απλά καθημερινά συμβάντα και που για κάποιο μυστηριώδη λόγο, τους δημιουργούν διαρκή τρόμο.

Οι φοβίες, που είναι παράλογοι ή ανεξέλεγκτοι, εξουθενωτικοί φόβοι ελέγχουν καταστρέφουν, και διαστρεβλώνουν τη ζωή των θυμάτων τους σε τέτοιο βαθμό που καταλήγουν να γίνονται σκλάβοι του ίδιου τους του μυαλού και να ζουν κάτω από ένα βασανιστικό τρόπο. Η φοβία είναι σα να έχεις ένα οπλισμένο όπλο στον κρόταφό σου και να μην ξέρεις πότε θα εκραγεί.¹

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Μόλις πριν 30 χρόνια οι φοβίες θεωρήθηκαν ασθένεια. Μέχρι εκείνη τη στιγμή οι φοβίες θεωρούνταν ότι είναι συμπτώματα άλλων ασθενειών. Οι γιατροί δεν είχαν εκπαιδευτεί κατάλληλα και οι άνθρωποι που είχαν φοβίες ή τους γινόταν λανθασμένη διάγνωση ή τους αντιμετώπιζαν με σκεπτικισμό. Τα νέα ευρήματα της γενετικής, της βιολογίας, της φυσιολογίας και της φαρμακολογίας υπέδειξαν νέους τρόπους κατανόησης του Κ. Ν. Σ. στους ιατρικούς κύκλους η δεκαετία του 80 ονομάστηκε η δεκαετία του άγχους και από αυτήν προέκυψε μια νέα επίγνωση της προελεύσεως των φοβιών. Οι φοβίες αποτελούν την πιο συνηθισμένη μορφή στις Διαταραχές Άγχους, που με τη σειρά τους αποτελούν την πιο συνηθισμένη ψυχιατρική διαταραχή. Χαρακτηρίζονται από αδικαιολόγητο, υπερβολικό και παράλογο φόβο οι οποίες οδηγούν ένα άτομο στο να αποφεύγει συγκεκριμένες καταστάσεις ή όταν βρίσκεται αντιμέτωπος με αυτές να τις βιώνει με πολύ έντονο άγχος . Η έναρξη μιας φοβίας μπορεί να σχετιστεί με ένα τραυματικό γεγονός. Συχνά όμως δεν υπάρχει ένας τέτοιος συσχετισμός ή εάν υπάρχει μπορεί να μην γίνεται αντιληπτός. Η φοβία μπορεί να αναπτυχθεί ακόμη και εάν το άτομο που υποφέρει από αυτήν, δεν έχει βιώσει το ίδιο απευθείας την κατάσταση που προκαλεί το φόβο. Για παράδειγμα κάποιος μπορεί να αναπτύξει φοβία για τις αεροπορικές πτήσεις λόγω του ότι είδε στις ειδήσεις στην τηλεόραση εικόνες από μια αεροπορική τραγωδία. Οι περισσότεροι ασθενείς με φοβίες, θα κάνουν ότι μπορούν για να αποφύγουν να βρεθούν στην κατάσταση που τους προκαλεί τρόμο. Όταν οι προσπάθειες για αποφυγή της κατάστασης που ευθύνεται για τη φοβία, επηρεάζουν τη ζωή του ασθενούς, τότε επιβάλλεται να ζητηθεί βοήθεια από επαγγελματίες της υγείας με εξειδίκευση στο πρόβλημα. Για παράδειγμα εάν η φοβία για τους σκύλους, αναγκάζει τον ασθενή να μη βγαίνει από το σπίτι του λόγω του ότι φοβάται μήπως συναντήσει το γείτονα που βγάζει έξω το σκύλο του για περίπατο, τότε χρειάζεται βοήθεια από τον ψυχίατρο ή και τον ψυχολόγο. Για

να κατανοήσουμε καλύτερα τις φοβίες , θα πρέπει να κατανοήσουμε την έννοια του φόβου και του άγχους.



1.1

ΟΡΙΣΜΟΣ ΦΟΒΟΥ



Η δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση, που δημιουργείται ως απάντηση σε εξωτερικό πραγματικό κίνδυνο ή απειλή, που γίνεται αντιληπτός συνειδητά. Ο φόβος περιλαμβάνει τόσο υποκειμενική αίσθηση φόβου (ψυχολογική διάσταση) όσο και φυσιολογικές μεταβολές που είναι κυρίως επιτάχυνση του καρδιακού ρυθμού, επιτάχυνση της αναπνοής, τρόμος των μυών και ανακατανομή του αίματος από το δέρμα και τα σπλάχνα στους μεγάλους μυς (φυσιολογική διάσταση). Οι μεταβολές αυτές προετοιμάζουν το σώμα για μυϊκή δραστηριότητα (πάλη ή φυγή) που μπορεί να είναι απαραίτητη ως απάντηση στην απειλή.

1.2

ΟΡΙΣΜΟΣ ΑΓΧΟΥΣ

Η δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση που περιλαμβάνει αισθήματα τάσης φόβου ή ακόμη και τρόμου σαν απάντηση σε κίνδυνο του οποίου η πηγή είναι σε μεγάλο βαθμό άγνωστη ή μη αναγνωρίσιμη. Όπως και ο φόβος, έτσι και το άγχος εκτός της ψυχολογικής διάστασής της, συνοδεύεται από διέγερση του νευρικού συστήματος που εκδηλώνεται με ιδρώτα, ταχυκαρδία, τρόμο, επιτάχυνση της αναπνοής και γαστρεντερική δυσφορία (φυσιολογική διάσταση). Συνήθως το άγχος είναι μια κοινή αντίδραση που σε κάποιο βαθμό απαντάται στους περισσότερους ανθρώπους με τη μορφή της υπερβολικής αντίδρασης σε ήπια στρεσογόνα γεγονότα (π.χ. παραμονές εξετάσεων, αναμονή σημαντικών συναντήσεων κτλ.). Το άγχος θεωρείται παθολογικό εάν δημιουργεί πρόβλημα στην καθημερινή λειτουργικότητα, στην επίτευξη επιθυμητών στόχων ή στη συναισθηματική ηρεμία του ατόμου οπότε και έχουμε κάποια αγχώδη διαταραχή.²

1.3

ΟΡΙΣΜΟΣ ΦΟΒΙΑΣ



Η φοβία είναι μία ακούσια, παράλογη αντίδραση φόβου που συνήθως οδηγεί σε αποφυγή συνηθισμένων καθημερινών καταστάσεων, όρων, ή αντικειμένων. Είναι μια τρύπα στη ζωή του ατόμου. Είναι κάποια πράγματα που κάποιος θα έπρεπε να κάνει, αλλά δεν τα κάνει εξαιτίας του φόβου και του πανικού που πιάνει αυτόν τον άνθρωπο όταν πλησιάζει σε αυτή την κατάσταση, ή ακόμα και όταν αντιλαμβάνεται ότι θα συναντήσει μια τέτοια κατάσταση που θα πυροδοτήσει αυτόν τον πανικό.¹ 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.

Αν και το άτομο αναγνωρίζει ότι οι φόβοι του είναι υπερβολικοί ή μη ρεαλιστικοί, εντούτοις προσπαθεί με κάθε τρόπο ν' αποφύγει το φοβικό αντικείμενο ή κατάσταση. Εάν η συμπεριφορά αποφυγής δεν επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό τη ζωή του ατόμου, η φοβική συμπεριφορά δεν αποτελεί διαταραχή (π.χ. το να φοβάται κανείς 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.³

1.4

ΙΣΤΟΡΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Ο όρος φοβία προέρχεται από την ελληνική λέξη φόβος. Από την αρχαιότητα υπάρχουν περιγραφές φοβικών διαταραχών αναφερόμενες σε επιφανή πρόσωπα, π.χ. ο Αύγουστος Καίσαρας φοβόταν το σκοτάδι.

Ο φόβος στην ελληνική μυθολογία είναι ο γιος του Άρη και της Αφροδίτης, αδερφός του Δείμου, μετά του οποίου πάντοτε εμφανίζεται ως προσωποποιήσεις του φόβου και του τρόμου. Ο Φόβος πολέμωσε με τον αδερφό του στο πλευρό του Άρη.

Οι Σπαρτιάτες είχαν ιδρύσει βωμό προς τιμή του φόβου, τον οποίο τον θεωρούσαν σαν επιβλαβή θεότητα. Οι αρχηγοί των στρατών επικαλούνταν τον φόβο όχι μόνο για να προκαλέσει ταραχή στους εχθρούς αλλά και για να προφυλάξει τους στρατιώτες τους από τον πανικό.

Ο Θησέας πριν την σύγκρουσή του με τις αμαζόνες θυσίασε προς τιμή του Φόβου. Το ίδιο έκανε και κατά την παραμονή σοβαρών μαχών και ο Μέγας Αλέξανδρος. Παράσταση του φόβου υπάρχει στη λάρνακα του Κυψέλου, όπου απεικονίζεται στην ασπίδα του Αγαμέμνονα, με κεφαλή λιονταριού και στις ασπίδες άλλων πολεμιστών γενειοφόρος, με τη μορφή του Πάνα. Ιερό υπήρχε στην αρχαία Σπάρτη.⁴

Το 1872, ο Γερμανός νευρολόγος Westphal εισάγει το όρο αγοραφοβία στη μονογραφία που εκδίδει με τον τίτλο Die Agoraphobic. Ο S Freud το 1895, στην εργασία του «Ψυχαναγκασμοί και φοβίες», διαιρεί τις φοβίες σε κοινές και ειδικές. Το 1909 δημοσίευσε τη μελέτη «Ανάλυση της φοβίας σ' ένα πεντάχρονο αγόρι». Η εργασία αυτή αποτελεί τη βάση της ψυχαναλυτικής ερμηνείας των φοβιών και είναι η περιγραφή της περίπτωσης ιπποφοβίας του μικρού Hans. Το 1923, ο Watson εγκαθιστά πειραματική φοβία στο μικρό Albert, τον οποίο στη συνέχεια θεραπεύει με τη μέθοδο της αντενεργού εξάρτησης, αντιπαραθέτοντας μ' αυτόν τον τρόπο στη φρουδική άποψη τη μαθησιακή θεωρία των εξαρτημένων αντιδράσεων (μαθησιακό μοντέλο).⁵

Ας ρίξουμε μια ματιά στο ποιοι διάσημοι έπασχαν από κάποια φοβία. Ο αυτοκράτορας της Πρωσίας, ο Μέγας Φρειδερίκος φοβόταν τόσο πολύ το νερό που δεν έκανε μπάνιο.



Ο διάσημος ηθοποιός Σερ Λόρεν Ολιβιέ πάθαινε τέτοιο τρακ στο σανίδι, που έχανε τη φωνή του.



Ο Γόρικ Χουντίνι που ήταν τόσο διάσημος για τις μαγικές του ικανότητες να ξεφεύγει από κλειστά μέρη, ποτέ δεν έφευγε από το σπίτι του χωρίς ειδικά διαρρηκτικά εργαλεία. Και αυτό γιατί ήταν κλειστοφοβικός.¹



2.1

ΕΙΔΗ ΦΟΒΙΩΝ



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

I. Κοινωνικές φοβίες

II. Αγοραφοβία

- 1 Με ιστορικό κρίσεων πανικού
- 2 Χωρίς ιστορικό κρίσεων πανικού

III. Ειδικές φοβίες

1. Ζωοφοβίες
2. Φοβίες στοιχείων της φύσης
3. Φοβίες αίματος, τραυματισμού, ενέσεων
4. Φοβίες καταστάσεων και συνθηκών
5. Άλλες φοβίες⁵

2.2

ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

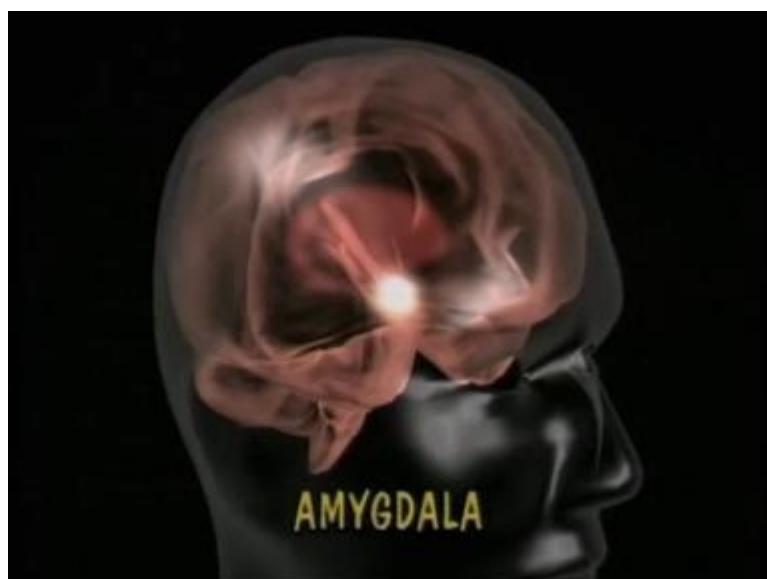
Στα τέλη της δεκαετίας του 70, οι νευρολόγοι ανακάλυψαν ότι οι διαταραχές του άγχους και οι φοβίες μπορούν να πυροδοτηθούν από βιοχημικές ανωμαλίες του εγκεφάλου. Οι επιστήμονες γνώριζαν τι συμβαίνει παθολογικά στο σώμα όταν ο φόβος κυριεύει κάποιον. Βαθιά μέσα στον εγκέφαλο, ένα αντιδραστικό σύστημα πυροδοτεί μια σειρά αντιδράσεων που προετοιμάζουν το σώμα για να δράσει.¹

Υπάρχουν πάρα πολλές ενδείξεις ότι οι αισθητικές πληροφορίες για διάφορες επίκτητες συναισθηματικές καταστάσεις, ειδικά για τον φόβο και το άγχος, φθάνουν μέσω του συμπλέγματος του βασικού και του έξω αμυγδαλικού πυρήνα. Παραδείγματος χάριν, βλάβες στο σύμπλεγμα αυτό καταργούν την κλασική εξαρτημένη μάθηση εν σχέσει με τον φόβο. Στην εξαρτημένη μάθηση ως προς τον φόβο, ένα αρχικά ουδέτερο ερέθισμα το οποίο δεν προκαλεί αυτόνομες αντιδράσεις, όπως, π.χ., ένας ήχος, συνδυάζεται με ένα ηλεκτρικό σοκ, π.χ. στο πόδι, το οποίο προκαλεί πόνο, φόβο και αντιδράσεις από το αυτόνομο νευρικό σύστημα. Μετά από αρκετές δοκιμές, ο ήχος, μόνος του, προκαλεί αντιδράσεις φόβου, όπως π.χ. καθήλωση του ζώου στη θέση του ή μεταβολές του καρδιακού ρυθμού ή της πίεσης του αίματος. Οι αντιδράσεις αυτές σε έναν άλλοτε ουδέτερο ήχο μοιάζουν με τις αντιδράσεις άγχους που παρατηρούνται στον άνθρωπο. Είναι σημαντικό ότι μεταβολές μεγάλης διάρκειας της συναπτικής αποτελεσματικότητας (μακρόχρονη ενδυνάμωση,) είναι δυνατόν να προκληθούν στην αμυγδαλή μετά από ερεθισμό των θαλαμικών ή των φλοιικών ινών.

Βλάβες της αμυγδαλής ή τοπική έγχυση αγχολυτικών φαρμάκων αναστέλλουν όχι μόνο τις επίκτητες αλλά και τις έμφυτες αντιδράσεις σε ερεθίσματα που προκαλούν φόβο. Παραδείγματος χάριν, οι βλάβες αυτές ελαττώνουν αισθητά τη συναισθηματικότητα σε άγριους επίμυς. Επομένως,

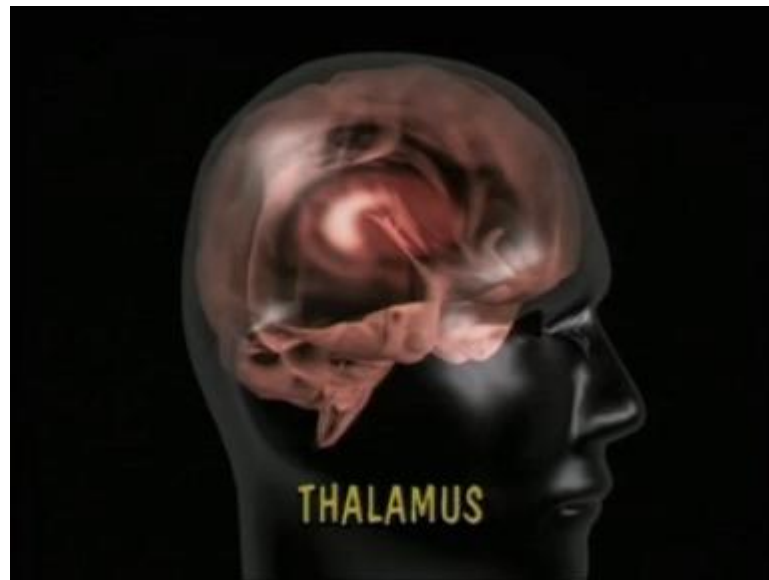
η αμυγδαλή δεν έχει σημασία μόνο για τον επίκτητο φόβο, αλλά και για τον έμφυτο, μη εξαρτημένο φόβο. Στην πραγματικότητα, οι βλάβες της αμυγδαλής αναστέλλουν επίσης τη μνήμη για συναισθηματικώς σημαντικά αισθητικά ερεθίσματα.

Ένα σημαντικό βήμα στην αναζήτηση της φλοιικής αντιπροσώπευσης του συναισθήματος έγινε το 1939, ανακαλύφθηκε ότι η αμφίπλευρη αφαίρεση του κροταφικού λοβού σε πιθήκους (συμπεριλαμβανομένης της αμυγδαλής και του ιπποκάμπειου σχηματισμού) προκαλεί ένα εντυπωσιακό σύνδρομο συμπεριφοράς. Οι πίθηκοι, οι οποίοι προηγουμένως ήταν αρκετά άγριοι, έγιναν ήμεροι, εμφάνισαν άμβλυνση των συναισθημάτων και είχαν την τάση να βάζουν στο στόμα τους κάθε είδους αντικείμενα, ακόμη και εκείνα που προκαλούν φόβο, όπως, π.χ. τα φίδια.



Η αμυγδαλή αποτελείται από πολλούς πυρήνες, οι οποίοι συνδέονται αμοιβαία με τον υποθάλαμο, τον ιπποκάμπειο σχηματισμό, τον νέοφλοιο και τον θάλαμο. Το σύμπλεγμα του βασικού και του έξω αμυγδαλικού πυρήνα δέχεται σημαντικό αριθμό αισθητικών πληροφοριών όλων των τύπων. Στη συνέχεια, ο κεντρικός αμυγδαλικός πυρήνας χορηγεί δύο κύρια συστήματα απαγωγών ινών: την τελική ταινία και τις κοιλιακές αμυγδαλόφυγες ίνες. Η τελική ταινία χορηγεί ίνες στον υποθάλαμο,

καθώς και στον βασικό πυρήνα της τελικής ταινίας και στον επικλινή πυρήνα. Οι κοιλιακές αμυγδαλόφυγες ίνες καταλήγουν στο εγκεφαλικό στέλεχος, στον ραχιαίο-έσω πυρήνα του θαλάμου και στο πρόσθιο τμήμα της έλικας του προσαγωγίου.



Στον άνθρωπο, ο ηλεκτρικός ερεθισμός της αμυγδαλής προκαλεί συναισθήματα φόβου και ανησυχίας. Στα πειραματόζωα, η βλάβη αυτή της αμυγδαλής προκαλεί στοματικές έξεις, αυξημένη γενετήσια ορμή και ημερότητα. Πολλές από τις επιδράσεις της αμυγδαλής στις συναισθηματικές καταστάσεις πραγματοποιούνται με τη μεσολάβηση του υποθαλάμου και του αυτόνομου νευρικού συστήματος.⁶

2.3

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ



Και στις φοβίες οι έρευνες κατευθύνουν σε συνδυασμό βιολογικών και ψυχολογικών, κληρονομικών και επίκτητων, αιτιολογικών παραγόντων, χωρίς να υπάρχει ακόμη ικανοποιητική αιτιολογική σύνθεση των διαφόρων ευρημάτων. Ήδη πολλές μελέτες δείχνουν ότι οι φοβίες συγκεντρώνονται σε οικογένειες. Βιολογικοί συγγενείς πρώτου βαθμού ατόμων με ειδική φοβία, κοινωνική φοβία ή αγοραφοβία έχουν συχνότερα φοβίες απ' ότι ο γενικός πληθυσμός. Στην ειδική φοβία, μπορεί να υπάρχει συγκέντρωση στην οικογένεια του ίδιου τύπου φοβίας (π.χ. ειδικής φοβίας, τύπου αίματος –ένεσης -τραύματος).

Μελέτες με διδύμους επίσης δείχνουν μεγαλύτερη συχνότητα φοβιών σε μονοζυγώτες απ' ότι σε διζυγώτες διδύμους.

Η **μαθησιακή** θεωρία προτείνει ότι πολλές φοβίες ξεκινούν από τραυματικά γεγονότα και ότι η συμπεριφορά αποφυγής είναι μια διαδικασία (εκ)μάθησης του ατόμου, που μπορεί (με τη θεραπεία συμπεριφοράς) να τροποποιηθεί.

Η ψυχαναλυτική θεωρία υποστηρίζει ότι οι φοβίες οφείλονται σε άλυτες συγκρούσεις της παιδικής ηλικίας. Απαγορευμένες σεξουαλικές ή επιθετικές ενορμήσεις δημιουργούν κατάσταση εσωτερικού κινδύνου-φόβου (π.χ. άγχος ευνουχισμού) και απωθούνται. Αργότερα, όμως, μετά την αποτυχία της απόθησης, με τον αμυντικό μηχανισμό της μετάθεσης αποδίδονται σ' ένα εξωτερικό αντικείμενο ή κατάσταση και κατόπιν ακολουθεί η αποφυγή του αντικειμένου ή της κατάστασης (ως «νευρωτική» λύση για την αποφυγή του εσωτερικού κινδύνου).³

Η φοβική νευρώση έχει βασικά την ίδια αιτιολογία με τις άλλες νευρώσεις, δηλαδή την προσπάθεια να αποφευχθεί το άγχος που προκαλεί η αναζωπύρωση μιας παιδικής νευρώσης. Το ίδιο ισχύει και για το μηχανισμό της. Στη φοβία, το άγχος, που προκαλείται από μια ενδόψυχη διαμάχη, μεταβιβάζεται σε ένα συγκεκριμένο αντικείμενο, οπότε γίνεται φόβος που μπορεί να αποφευχθεί μαζί με το αντικείμενο με το οποίο συνδέεται. Για παράδειγμα ο αγοραφοβικός άρρωστος καταφέρνει συνήθως και βρίσκει κάποιον βολικό σύντροφο, που του παραστέκεται, συνοδεύοντάς τον όταν χρειάζεται να βγει έξω ή κρατώντας του συντροφιά στο σπίτι. Ένας τέτοιος σύντροφος μπορεί να αποδειχθεί πολύ αφοσιωμένος, προσφέροντας στον άρρωστο μια συναισθηματική ασφάλεια, που ως ένα βαθμό δικαιώνει την ύπαρξη της νευρώσεως του. Μία φοβία εξάλλου, μπορεί να χρησιμοποιηθεί με επιθετικότητα από τον άρρωστο στην νευρωτική του επιθυμία να αποκτήσει τον έλεγχο του περιβάλλοντος του και να κερδίσει ειδικά προνόμια. Πρόκειται για το λεγόμενο δευτερογενές όφελος, που υπάρχει κατεξοχήν στην υστερία.⁷

Πολλές φορές το ψυχολογικό κλίμα της οικογένειας επηρεάζει τα φοβικά άτομα. Στο οικογενειακό περιβάλλον των ατόμων αυτών επικρατεί πολλές φορές μια φοβική ατμόσφαιρα με δεισιδαιμονίες και φόβους και μάγια, καλικάντζαρους, κατάρες κτλ. Απειλητικές ιστορίες για γύφτους, θεομηνίες, που επηρεάζουν δυσάρεστα την ευφάνταστη παιδική σκέψη. Η

ανασφάλεια επιτείνεται όταν οι γονείς, δείχνουν αστοργία και απόρριψη προς το παιδί, που συχνά συμβαίνει σε τέτοια ζευγάρια, υπάρχουν διαρκείς φιλονικίες στο σπίτι. Στη δημιουργία μιας φοβίας συμβάλλει κατά πολύ η έλλειψη γονέων αλλά και η υπερπροστασία από αυτούς. Εξάλλου το κύριο χαρακτηριστικό της φοβικής προσωπικότητας είναι η έντονη συναισθηματική εξάρτηση απ τους άλλους και η έλλειψη ατομικής πρωτοβουλίας συνάμα με χαμηλή αυτοεκτίμηση.

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

Ψυχαναλυτικές απόψεις. Ο Freud, αν και αρχικά πίστευε ότι το άγχος έχει σωματική αιτιολογία, στη συνέχεια υποστήριξε την άποψη ότι το άγχος αντιπροσωπεύει την απειλή που εισέπραττε το άτομο από ανεπίτρεπτες καταπιεσμένες σεξουαλικές επιθυμίες τις οποίες, μέσω των μηχανισμών άμυνας του Εγώ, το άτομο μετέθετε σε κάποιο αντικείμενο ή συνθήκη.⁵

Ο Watson θεωρεί τις φοβίες εξαρτημένα αντανακλαστικά συμπεριφοράς εναντίον επώδυνων βιωμάτων (τα οποία όμως συγκρούονται με αντίθετες τάσεις του ατόμου). Παράδειγμα ο μικρός Albert, ο ποιος ενώ αρχικά αγαπούσε τα ποντίκια έμαθε μετά να τα αποφεύγει.⁹

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

• **Κλασική εξάρτηση.** Σύμφωνα με αυτή, φοβογόνο γίνεται ένα

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

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

Βιολογικές θεωρίες. Η δυνατότητα να προκληθούν κρίσεις πανικού με ορισμένα φάρμακα συνηγορεί με την υπόθεση ότι στους φοβικούς υπάρχουν υποκείμενες νευροβιολογικές δυσλειτουργίες, υπεύθυνες για την ανάπτυξη διαταραχών πανικού.⁵

Υπάρχουν και φοβίες οι οποίες πιθανότατα είναι περασμένες στο DNA μας, γι' αυτό θεωρούνται πανανθρώπινες. Κάποιες απ' αυτές, όπως η αιματοφοβία και η αραχνοφοβία, παραμένουν αναλλοίωτες στους αιώνες και λογίζονται ότι έχουν γενετική βάση. Κατ' επέκταση η υσφοβία ή η σκοτοφοβία είναι καταγραμμένες στο DNA μας. Τα τελευταία χρόνια έχει αναγνωριστεί κι ένα γονίδιο φοβίας. Αυτό δε σημαίνει ότι λύθηκε το μυστήριο του φόβου, αφού οι ειδικοί θεωρούν ότι στο μηχανισμό των φοβιών ενέχονται περισσότερα γονίδια. Ο Ισπανός επιστήμονας Ξαβιέ Εστιβίλ έκανε μια πολύ ενδιαφέρουσα ανακάλυψη. Στα φοβικά άτομα παρατηρούνται ασυνήθιστοι διπλασιασμοί ενός τμήματος του χρωμοσώματος 15. Θα μπορούσε άραγε να είναι αυτό το διπλασιασμένο DNA που γεννά τις φοβίες.²

2.4

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ



Η φοβική διαταραχή αποτελεί την πιο συχνή ψυχική διαταραχή στις ΗΠΑ, με πρώτες τις ειδικές φοβίες. Το ποσοστό για τις ειδικές φοβίες κυμαίνεται από 4,5—11,8%. Μέχρι την εφηβεία δεν φαίνεται να υπάρχει διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα, κατόπιν όμως υπερέχουν οι γυναίκες (2:1). Η φοβική διαταραχή θεωρείται η συχνότερη ψυχική διαταραχή στις γυναίκες και η δεύτερη σε συχνότητα εμφάνισης στους άνδρες. Επίσης, είναι πολύ συχνή διαταραχή μεταξύ των ουσιοεξαρτημένων ατόμων.

Οι διάφορες ειδικές μονοφοβίες φαίνεται να έχουν διαφορετικές ηλικίες έναρξης. Οι ζωοφοβίες δυνατόν να εκδηλωθούν στην ηλικία των 7 ετών, ακολουθούμενες από τη φοβία αίματος, που αρχίζει στα 9 χρόνια. Η κλειστοφοβία και η αγοραφοβία συνήθως εμφανίζονται περί την ηλικία των 20 ετών. Στο οικογενειακό περιβάλλον του φοβικού υπάρχουν συχνότερα άτομα που πάσχουν από ανάλογα παρόμοια σύνδρομα. Μετά την ηλικία των 25 ετών η συχνότητα εμφάνισης της φοβικής διαταραχής φθίνει προοδευτικά.⁵

2.5

ΛΗΨΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ



Όπως στη Γενική Ιατρική και την Χειρουργική και στην Ψυχιατρική κατά την λήψη του ιστορικού έχει μεγάλη σημασία να μάθουμε όσο το δυνατόν το ταχύτερο για πιο ενόχλημα παραπονείται ο ασθενής ή ποίοι είναι οι λόγοι παραπομπής προς εξέταση ή εισαγωγή εφόσον ο ασθενής δεν έχει επίγνωση του νοσηρού της καταστάσεως του κατά την εξέταση. Σε αυτές τις περιπτώσεις είναι μέγιστης σημασίας οι πληροφορίες, οι οποίες λαμβάνονται από έναν ανεξάρτητο παρατηρητή ή πληροφοριοδότη για την συμπεριφορά του ασθενούς.¹⁰ Η αξιοπιστία των πληροφοριών αυτών είναι υπό αμφισβήτηση και για αυτό το λόγο όταν λαμβάνονται στοιχεία του ιστορικού από πληροφοριοδότη θα πρέπει να αναγράφεται το όνομα αυτού, η σχέση του προς τον ασθενή, η διάρκεια γνωριμίας και στενής επαφής με αυτόν, η εντύπωση του ψυχιάτρου για τον πληροφοριοδότη κτλ. ¹¹Θεωρείται αναγκαίο να αφήσουμε τον ασθενή να εκθέσει για λίγο τα ενοχλήματα του. Μετά την καταγραφή του κυριότερου ενοχλήματος, του οποίου αναφέρει ο ασθενής, το ψυχιατρικό ιστορικό διαφέρει από αυτό του παθολόγου εφόσον εισέρχεται σε περιοχές

οι οποίες δεν διερευνώνται συνήθως από τον παθολόγο ή εξετάζει γεγονότα της ζωής του ασθενούς τα οποία ο παθολόγος θεωρεί προσωπικά ή τυχαία. Για να είναι ψυχιατρικό ιστορικό ολοκληρωμένο και να έχει όλα εκείνα τα στοιχεία τα οποία θα είναι αναγκαία για ένα διαφωτιστικό σκεπτικό, θα πρέπει να διερευνηθούν όλοι οι ακόλουθοι παράγοντες οι οποίοι πιθανώς συμβάλλουν αιτιολογικώς στην γένεση μιας ανωμάλους συμπεριφοράς:

1. Κληρονομικοί και ιδιοσυγκρασιακοί
2. Περιβαλλοντικοί παράγοντες που έχουν σχέση με φυσιολογικές και ψυχολογικές καταπονήσεις τόσο κατά το παρελθόν όσο και κατά την παρούσα ζωή του ασθενούς.
3. Η αθροιστική επίδραση των δυο προηγούμενων παραγόντων οι οποίοι πιθανώς προκαλούν την διαταραχή της ψυχοφυσιολογικής ισορροπίας. Η λήψη των ανωτέρων δεδομένων εκτελείται με δυο βασικές μεθόδους:

1. Της ελεύθερης συνέντευξης
2. Της μεθόδου του ερωτηματολογίου

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

συμπεριλαμβανομένης της εξετάσεως του νευρικού συστήματος η οποία συνήθως παραλείπεται με ολέθριες πολλές φορές συνέπειες, θα διαμορφώσουν μια προσωρινή διάγνωση βάσει της οποίας θα καθοριστεί η περαιτέρω διερεύνηση του ασθενή. Για την λήψη ενός ολοκληρωμένου ιστορικού παρέχεται παρακάτω το ιστορικό λήψης του Αιγινήτειου νοσοκομείου:

Οικογενειακό ιστορικό: Αναζητείται η ηλικία, το επάγγελμα των γονέων, αδελφών και πλησιέστερων συγγενών. Ποτέ μην αρχίζετε να ρωτάτε αν υπάρχει ψυχική ασθένεια ή αυτοκτονία στην οικογένεια. Πρώτα να ρωτάτε αν υπάρχει καμία σωματική νόσος και μετά εάν κάποιο μέλος της οικογένειας είναι «νευρικός» ή «υπερευαίσθητος». Εάν η απάντηση είναι θετική τότε πρέπει να ρωτήσετε εάν υπάρχει ψυχική ασθένεια, επιληψία, αλκοολισμός, αυτοκτονία κτλ. σε κάποιο μέλος της οικογένεια του ασθενούς. Επίσης θα πρέπει να καταβάλλεται προσπάθεια για να διερευνηθεί η οικογενειακή ατμόσφαιρα διότι αυτή θα είναι ένας αξιόλογος δείκτης των πρώτων ετών της ανάπτυξης του ασθενούς.

Ατομικό ιστορικό: Αναζητούνται όλα τα γεγονότα της ζωής του ασθενούς από την κύηση μέχρι την ολοκλήρωση ενός τύπου προνοσηρής προσωπικότητας, πριν δηλαδή την έναρξη της παρούσας νόσου, δηλαδή: συμβάντα κατά τον τοκετό, υγεία και ανάπτυξη του βρέφους, ο χρόνος ομιλίας και βαδίσσεως η ανατροφή του παιδιού από πραγματικούς ή θετούς γονείς και η ανάπτυξη διαφόρων νευρωτικών συμπτωμάτων (εφιάλτες, ονυχοφαγία, νυχτερινή ενούρηξη κτλ). Τα στοιχεία αυτά είναι σημαντικά, ιδιαίτερα όταν η νόσος ξεκινάει κατά τη εφηβική ηλικία. Η ηλικία ενάρξεως και περατώσεως των σπουδών, η επίδοση και η τακτική η μη παρακολούθηση θα πρέπει να ερωτώνται. Οι συχνές απουσίες από το σχολείο υποκρύπτουν νόσο και είναι σκόπιμο ιδιαίτερα σε έφηβους ασθενείς να ζητείται ο έλεγχος του σχολείου στο οποίο φοιτά ο ασθενής.

Ωστόσο και οι σχέσεις μεταξύ των μαθητών και των δασκάλων του ασθενούς. Οι ψυχοσεξουαλικές ανάγκες κατά την εφηβική ηλικία όπως αυτές εκφράζονται, (αυνανισμός, ομοφυλοφιλία, είδος σεξουαλικών φαντασιώσεως κτλ) θα πρέπει να αναζητούνται με διακριτικότητα και αποσαφηνίζονται στις μετέπειτα συνεδριάσεις.

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

Ο χρόνος έναρξης της έμμηνου ρύσεως, η κυκλική ή μη εμφάνιση αυτής και η ύπαρξη έντονων προεμμηνορρυσιακών ενοχλημάτων συστηματικά ερωτώνται. Η διερεύνηση του έγγαμου βίου συμπεριλαμβάνει: Την διάρκεια της προ του γάμου γνωριμίας, τους λόγους και τον τρόπο συζεύξεως. Την ηλικία, προσωπικότητα και το επάγγελμα της/του συζύγου. Τις σεξουαλικές σχέσεις και την τυχόν παρουσία εξωσυζυγικών σχέσεων. Το επιθυμητό ή μη των παιδιών, οι ηλικίες και τα ονόματα αυτών ως και τις συναισθηματικές στάσεις των γονέων προς τα παιδιά και αντιστρόφως πρέπει να ερευνώνται.

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

Προνοσηρή προσωπικότητα. Η αξιολόγηση της προσωπικότητας του ασθενή προς την έναρξη τη νόσου θα γίνει αφού προηγουμένως διερευνηθούν οι σχέσεις του με την οικογένεια, τους φίλους και την εργασία του. Προσέχουμε να δούμε αν ο ασθενής είναι υποχωρητικός,

φιλόδοξος, θέλει να είναι αρχηγός, οργανωτικός, επιθετικός κτλ. Οι διακυμάνσεις της διάθεσης, χωρίς κανένα λόγο, η στάση του προς την εργασία και το αίσθημα υπευθυνότητας, προσεκτικότητας, δυσκαμψία, και η επιθυμία να θέλει όλα να ελέγχονται πολλές φορές προκειμένου να πεισθεί ότι όλα είναι καλά. Η στάση του έναντι ηθικών, θρησκευτικών και κοινωνικών αξιών και η μη ανεκτικότητα του στην ματαίωση με έντονα εγωκεντρικά ή αλτρουιστικά χαρακτηριστικά θα πρέπει να ελέγχονται διότι αποτελούν χαρακτηριστικά ιδιαίτερων τύπων προσωπικότητας.

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

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

Παρούσα νόσο. Η ακριβής ημερομηνία έναρξης των συμπτωμάτων έχει σημασία και είναι συχνά δύσκολο να καθοριστεί. Αξιολογούνται μεταβολές της συμπεριφοράς του ασθενούς σε σχέση με την προνοσηρή προσωπικότητα αυτού. Η αιφνίδια ή προοδευτική έναρξη των συμπτωμάτων με τις επακόλουθες επιπτώσεις στο κοινωνικό περιβάλλον πρέπει να διερευνώνται. Οι συγγενείς ερωτώνται ποτέ παρατήρησαν τέτοιες μεταβολές αν ο ίδιος δεν είναι σε θέση να τα προσδιορίσει. Η ύπαρξη τυχόν εκλυτικών αιτίων δηλαδή ψυχοτραυματικών γεγονότων χρονικά συσχετιζόμενα προς την έναρξη των συμπτωμάτων θα πρέπει να

διερευνώνται. Η διάρκεια, η ένταση και οι διακυμάνσεις των συμπτωμάτων όπως και η τροποποίηση ή μη αυτών από εξωγενείς παράγοντες έχει σημασία για την διάγνωση.

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

- 1) **Εμφάνιση και συμπεριφορά:** πλήρης και ακριβή περιγραφή των παρατηρήσεων, ιδίως της ανώμαλης συμπεριφοράς, π. χ ο ασθενής παρουσιάζει ιδιομορφισμούς, είναι απότομος η βραδύς, παραμένει στην ίδια θέση συνεχώς, παραμελεί τον εαυτό του, κτλ.
- 2) **Ομιλία:** εδώ καταγράφεται ο τύπος ομιλίας και όχι το περιεχόμενο π. χ μιλάει λίγο, αυθόρμητα, γρήγορα, απότομα, ή με διακοπές, αλλάζει θέματα ομιλίας, χρησιμοποιεί παράδοξες λέξεις ή ασύντακτες προτάσεις. Σκόπιμο είναι να γράφεται ένα δείγμα ομιλίας του ασθενούς.
- 3) **Προσανατολισμός:** Ελέγχονται οι απαντήσεις οι οποίες δίνει ο ασθενής ερωτούμενος για το όνομα του, την διεύθυνση του, την ημερομηνία και τον τόπο στο οποίο βρίσκεται κατά την ώρα της εξετάσεως
- 4) **Μνήμη:** Ελέγχετε απαντήσεις τις οποίες έδωσε ο ασθενής κατά την λήψη του ιστορικού, σε σύγκριση με τα στοιχεία που δόθηκαν από τους πληροφοριοδότες.
- 5) **Προσοχή και συγκέντρωση:** Ελέγχεται τόσο από την κλινική εξέταση όσο και από ειδικές δοκιμασίες π. χ αφαίρεση του αριθμού 7 από το 100 συνεχώς μέχρι το 0. Καταγράφεται ο αριθμός των τυχόν λαθών και ο χρόνος συμπλήρωσης της δοκιμασίας

- 6) **Νοημοσύνη:** Εκτιμάται από τον τρόπο εξιστόρησης του ασθενούς του ιστορικού του, από το επίπεδο των γενικών γνώσεων και από ειδικές δοκιμασίες (δοκιμασίες νοημοσύνης)
- 7) **Γενικές γνώσεις:** Απαντήσεις σε ερωτήσεις γενικής φύσεως π. χ όνομα πρωθυπουργού, συγγραφέων, σημαντικών γεγονότων ή ιστορικών προσώπων κτλ.
- 8) **Σκέψεις:** Εδώ ελέγχονται οι διαταραχές της λειτουργίας της σκέψης π. χ ανακοπές και το περιεχόμενο των σκέψεων π, χ(παραληρητικές είδες, παρερμηνείες)
- 9) **Ιδεοληπτικά και ψυχαναγκαστικά συμπτώματα:** Ιδέες ή πράξεις τις οποίες ο ασθενής κατά αναγκαστικό τρόπο επαναλαμβάνει και αναγνωρίζει το παθολογικό της κατάστασεως του αλλά αδυνατεί να αντισταθεί σε αυτές.
- 10) **Συναίσθημα:** Καταγράφονται όλες οι αντιδράσεις και εμπειρίες του ασθενούς οι οποίες υποδηλώνουν διαταραχή του συναισθήματος της ευθυμίας ή στεναχώριας, η ευερεθιστότητα, η ψυχοκινητική ανησυχία, η αμηχανία, οι διάφοροι φόβοι, όπως εκφράζονται από τον ασθενή κατά την διάρκεια της εξετάσεως.
- 11) **Βούληση:** Καταγράφονται οι τυχόν διαταραχές αυτής π. χ η μείωση ή η έλλειψη βουλιτικότητας, ο αρνητισμός, η εναντιωματική στάση, η προκλητή υποβολιμότητα κλπ.
- 12) **Κρίση:** Η ύπαρξη ή μη κριτικής ικανότητας του ασθενούς όπως αυτή αξιολογείται από τον τρόπο επίλυσης των προβλημάτων του κατά το παρόν ή παρελθόν.
- 13) **Αντίληψη:** Καταγράφονται οι τυχούσες διάτορες αυτής π. χ οι ψευδαισθήσεις παραισθήσεις κτλ.
- 14) **Επίγνωση του νοσηρού:** Ελέγχεται ερωτώντας τον ασθενή

αν αυτός θεωρεί τον εαυτό του ασθενή και πως δικαιολογεί τη νόσο του. Μετά την εκτίμηση της παρούσας ψυχικής και σωματικής κατάστασης του ασθενούς όλα τα παθολογικά ευρήματα ταξινομούνται ιεραρχικά και αξιολογούνται σε σχέση με τους αιτιοπαθογενετικούς και τροποποιητικούς αυτούς παράγοντες προκειμένου να έχουμε μια ορθολογιστική διάγνωση. Τα παραπάνω συνοψίζονται στο ΣΚΕΠΤΙΚΟ όπου συζητείται η διαφορική διάγνωση, η πρόγνωση και τελικά η προτεινόμενη θεραπευτική αγωγή.¹⁰



2.6

ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ



Ένας μεγάλος αριθμός ψυχιατρικών περιπτώσεων συνοδεύεται από φοβίες. Το γεγονός πρέπει να ληφθεί υπόψη στη διαφορική διάγνωση, η οποία περιλαμβάνει τη σχιζοφρένεια, την ψυχωτική κατάθλιψη, την ψχαναγκαστική νεύρωση, και διαταραχές προσωπικότητας, προπάντων την οριακή προσωπικότητα, όπου οι φοβίες είναι συνήθως πολλαπλές και συνοδεύονται από διάφορα άλλα νευρωτικά συμπτώματα.

2.7

ΠΡΟΓΝΩΣΗ



Γενικά η πρόγνωση είναι καλή. Λίγες είναι οι φοβίες που δεν υποχωρούν στο τέλος ή που δεν καλυτερεύουν με υποστηρικτικά απλώς μέσα. Εκείνο που συχνά παραμένει είναι το πρόβλημα της εξαρτήσεως, από το οποίο υποφέρει περισσότερο το περιβάλλον του αρρώστου και που μόνο μια καλή ψυχοθεραπευτική αγωγή μπορεί να λύσει.⁷

2.8

ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΙΣΟΡΡΟΠΙΑ



Οι διαπροσωπικές προϋποθέσεις, που είναι απαραίτητες για την ικανοποιητική ψυχική ισορροπία και ευεξία των ατόμων, ταξινομούνται από τον Carlan στις ακόλουθες κατηγορίες

- **ΑΓΑΠΗ.** Η ανάγκη του παιδιού, ή ενήλικα να αγαπά και να αγαπιέται. Η αγάπη αυτή περιλαμβάνει στοργή, σεβασμό, αποδοχή, και πράξεις προσφοράς μεταξύ των προσώπων.
- **ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ.** Η αμοιβαία συμπαράσταση, ενίσχυση και βοήθεια μεταξύ των προσώπων.
- **ΑΥΤΟΕΛΕΓΧΟΣ Ή ΑΥΤΟΠΕΙΘΑΡΧΙΑ.** Το άτομο έχει ανάγκη να κυριαρχεί στις ενστικτώδεις ορμές του και να διοχετεύει την

ψυχολογική ενέργεια και δύναμή τους προς την εκπλήρωση χρήσιμων έργων.

- **ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ.** Συμμετοχή του ατόμου σε μία σχετικά σταθερή ομάδα όπως είναι η οικογένεια, όπου αισθάνεται ελευθερία, ασφάλεια, εμπιστοσύνη και ενίσχυση της ψυχολογικής του ταυτότητας.
- **ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΠΡΟΟΔΟΣ ΚΑΙ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΑΛΛΟΥΣ.** Ο καθένας αισθάνεται την ανάγκη να είναι ένα πρόσωπο σε μια κατάλληλη θέση μέσα στην οικογένεια ή μέσα στην ευρύτερη κοινωνία. Στις δυτικές κοινωνίες τα άτομα εκδηλώνουν την ανάγκη της προσωπικής προόδου και πετυχημένης εκπλήρωσης έργων και της αναγνώρισης των έργων τους από τους άλλους.¹²



3.1

ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ



Η ψυχιατρική πρόληψη διακρίνεται σε:

- **Πρωτοβάθμια**
- **Δευτεροβάθμια**
- **Τριτοβάθμια.**

Η πρωτοβάθμια πρόληψη έχει ως στόχο την παρεμπόδιση της εκδήλωσης ενός ψυχικού νοσήματος με την καταπολέμηση των πρωταρχικών αιτίων.

Αποβλέπει, επομένως, στον περιορισμό της επίπτωσης (incidence).

Η δευτεροβάθμια πρόληψη έχει ως στόχο την πρόωμη επισήμανση και την έγκαιρη αντιμετώπιση ενός ψυχικού νοσήματος, ώστε να μειωθεί η διάρκεια της νόσησης. Αποβλέπει, επομένως, στον περιορισμό της επικράτησης ή του επιπολασμού (prevalence).

Η τριτοβάθμια πρόληψη έχει ως στόχο τη μείωση της επικράτησης των φαινομένων έκπτωσης και αποργάνωσης, που συνοδεύουν μια ήδη εγκατεστημένη νόσο ή διαταραχή. Επιδιώκεται με τα προγράμματα από ιδρυματισμού και κοινωνικής επανένταξης.

3.1.1

ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΠΡΟΛΗΨΗ



Ας αρχίσουμε με την πρωτοβάθμια πρόληψη. Πώς μπορούμε να καταπολεμήσουμε τις αιτίες που προκαλούν ένα ψυχικό νόσημα;

Καταρχήν, τις γνωρίζουμε αυτές τις αιτίες; Σε αρκετές περιπτώσεις τις γνωρίζουμε και επομένως γνωρίζουμε και ποιες παρεμβάσεις πρέπει να γίνουν για να προλάβουμε τη νόσηση. Ξέρουμε, π.χ., ότι με κατάλληλη ρύθμιση της διαίτας μπορούμε να προλάβουμε τη νοητική καθυστέρηση σε ένα παιδί με φαινυλκετονουρία, ξέρουμε ότι συμβουλευόντας τους υποψήφιους γονείς με χρωμοσωμικές ανωμαλίες μπορούμε να προλάβουμε τη γέννηση παιδιών με νοητικές ή και ψυχικές διαταραχές.

Σε άλλες περιπτώσεις δεν γνωρίζουμε τις αιτίες, αλλά τις υποψιαζόμαστε. Στις περιπτώσεις αυτές υπάρχουν αρκετές ενδείξεις, που αν και δεν είναι απολύτως επιβεβαιωμένες, δικαιολογούν, εντούτοις, προληπτικές παρεμβάσεις. Για παράδειγμα: Γυναίκες στην περίοδο της χηρείας έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να νοσήσουν, τόσο από ψυχικό όσο και από σωματικό νόσημα. Η προληπτική παρέμβαση στην περίπτωση αυτή συνίσταται στην ψυχολογική υποστήριξη των γυναικών αυτών στα πλαίσια προγραμμάτων αλληλοϋποστήριξης, που απευθύνονται σε γυναίκες με το ίδιο πρόβλημα. Στις καταστάσεις που είναι επιδεκτικές προληπτικής παρέμβασης σε πρωτοβάθμιο επίπεδο περιλαμβάνονται η νοητική καθυστέρηση (π.χ. εμβολιασμός του γυναικείου αναπαραγωγικού πληθυσμού για ερυθρά, βελτίωση της περιγεννητικής και της μητρικής φροντίδας), τα εγκεφαλοαγγειακά επεισόδια (π.χ. μείωση χρήσης καπνού, καταπολέμηση της αρτηριακής υπέρτασης), η διαταραχή stress μετά από ψυχοτραυματική εμπειρία (με την κατά το δυνατόν αποφυγή ή άμεση θεραπευτική αντιμετώπιση μιας ψυχοτραυματικής εμπειρίας, όπως είναι π.χ. ένα σοβαρό τροχαίο ατύχημα), η αυτοκτονία (π.χ. με την πρόιμη επισήμανση και αντιμετώπιση ψυχοπαθολογικών καταστάσεων, όπως οι αγχώδεις διαταραχές και η κατάθλιψη, που δυνητικά οδηγούν σε αυτοκτονία, ή με τη λειτουργία τηλεφωνικών γραμμών άμεσης βοήθειας), η βία (με τη μείωση της προβολής σκηνών βίας στα μέσα μαζικής ενημέρωσης ή με την απαγόρευση πώλησης όπλων) κ.λπ. Πρέπει να σημειωθεί ότι συχνά η πρωτοβάθμια πρόληψη δεν εμπίπτει στην αρμοδιότητα του ψυχιάτρου ούτε καν του γιατρού. Μπορεί να είναι δουλειά του ιερέα (που με την ψυχολογική του υποστήριξη μπορεί να προφυλάξει το άτομο από την εκδήλωση ψυχοπαθολογίας), του υπεύθυνου τηλεοπτικού σταθμού (που θα αρνηθεί να συμπεριλάβει σκηνές βίας

στο τηλεοπτικό πρόγραμμα) ή του νομοθέτη (που θα νομοθετήσει, θετικά για την ψυχική υγιεινή).

3.1.2

ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ ΠΡΟΛΗΨΗ

Όπως αναφέρθηκε, η δευτεροβάθμια πρόληψη συνίσταται στην πρόιμη επισήμανση και την αποτελεσματική αντιμετώπιση μιας ψυχικής διαταραχής, ώστε να μειωθεί η συνολική διάρκεια της νόσησης.

Η θεραπευτική και η προφυλακτική φαρμακοθεραπεία στις συναισθηματικές διαταραχές αποτελεί διδακτικό παράδειγμα. Με τις φαρμακευτικές παρεμβάσεις μπορούμε να μειώσουμε τόσο τη διάρκεια καθεμιάς φάσης .

Όπως αναφέρθηκε, στα πλαίσια της δευτεροβάθμιας πρόληψης υπάγεται η πρόιμη διάγνωση μιας ψυχικής διαταραχής. Δύο κυρίως παράγοντες ευθύνονται για τη μη πρόιμη διάγνωση.

- **Η έλλειψη πληροφόρησης**

Μπορεί να αφορά το γιατρό, τον ασθενή, τους συγγενείς του, τους φορείς που έρχονται σε επαφή με τον ψυχικώς πάσχοντα (δασκάλους, αστυνομία, εργοδότες) ή την κοινότητα εν γένει.

- **Η ανεπαρκής εκπαίδευση**

Η ανεπαρκής εκπαίδευση του γενικού γιατρού η ανεπαρκής διδασκαλία της Ψυχιατρικής στις ιατρικές σχολές και η ανεπαρκής συνεχιζόμενη εκπαίδευση έχουν την κύρια ευθύνη για την αδυναμία του γενικού γιατρού να αναγνωρίσει την ψυχική διαταραχή.

3.1.3

ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ ΠΡΟΛΗΨΗ

Στην τριτοβάθμια πρόληψη, ο επιδιωκόμενος στόχος είναι η αποφυγή των φαινομένων έκπτωσης που συνοδεύουν μια ήδη εγκαταστημένη ψυχική νόσο. Η προληπτική παρέμβαση αποβλέπει στην αποφυγή παγίωσης μιας δυσλειτουργίας και επιχειρείται με την κινητοποίηση του ασθενούς και την καταπολέμηση της αδράνειας και της παθητικότητας. Ενθαρρύνεται η ανάληψη πρωτοβουλιών και επιδιώκεται η καταπολέμηση του ιδρυματισμού και η επαγγελματική αποκατάσταση και κοινωνική επανένταξη του ασθενούς. Το έργο αυτό είναι δύσκολο, για τους παρακάτω λόγους:

- Οι συνθήκες παραδοσιακής νοσηλείας σε ασυλιακού τύπου δομές (όπως είναι τα μεγάλα ψυχιατρεία) όχι μόνο συντηρούν τα παραπάνω εγγενή χαρακτηριστικά της νόσου, αλλά τα ενισχύουν, προκαλώντας μια κατάσταση που ονομάζεται ιδρυματισμός (παθητική προσαρμογή στην εσωτερική λειτουργία του ασύλου, που συνεπάγεται δραστικό περιορισμό κάθε πρωτοβουλίας και αυτοδύναμης δραστηριότητας του ασθενούς).
- Κάτω από τις συνθήκες αυτές, δεν μπορεί πλέον να γίνει λόγος για πρόληψη (αποφυγή των φαινομένων έκπτωσης λειτουργιών), μια που τα φαινόμενα αυτά έχουν ήδη παγιωθεί. Αυτό που μπορεί να γίνει είναι να ξαναμάθει ο ασθενής αυτά που έχει από καιρό ξεχάσει. Μέσα σε αυτό το πλαίσιο, επιδιώκεται να αποκτήσει ο ασθενής προοδευτικά τις ατομικές και κοινωνικές του δεξιότητες (παράδειγμα: να τρώει με πιρούνι, να πίνει καφέ με άλλους στο καφενείο), να απασχολείται δημιουργικά (π.χ. σε τμήμα εργοθεραπείας ή προεπαγγελματικής απασχόλησης), να συμβιώνει με άλλους σε μια δομή προστατευμένης στέγασης (οικοτροφείο) ή να προσαρμοστεί στις συνθήκες ζωής μιας ανάδοχης οικογένειας, να απασχολείται σε προστατευμένη εργασία και, στην ευνοϊκότερη των

περιπτώσεων, να επανενταχθεί κοινωνικά και να αποκατασταθεί επαγγελματικά.

Από τα παραπάνω γίνεται φανερό ότι η τριτοβάθμια ψυχιατρική πρόληψη συνιστά μια πολυσύνθετη, επίπονη και πολλές φορές δυσπρόσιτη λειτουργία. Είναι όμως ανάγκη να της δοθεί η θέση που της ανήκει στην ιεραρχία των δραστηριοτήτων της σύγχρονης Ψυχιατρικής.

Στη χώρα μας, η Προληπτική Ψυχιατρική στο τριτοβάθμιο επίπεδο αναπτύχθηκε συστηματικά κατά τα τελευταία χρόνια. Σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη αυτή έπαιξαν τα προγράμματα για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση, που εφαρμόστηκαν με τη βοήθεια της Ευρωπαϊκής Ένωσης.¹³



3.2

ΘΕΡΑΠΕΙΑ



Όλων των ειδών οι ψυχοθεραπείες και τα φάρμακα έχουν δοκιμαστεί, με λιγότερη ή περισσότερη επιτυχία, στην προσπάθεια να καταπολεμηθεί μια φοβία. Κάπως πιο αποτελεσματική φαίνεται ότι είναι η θεραπεία της συμπεριφοράς, που επιχειρεί να απευαισθητοποιήσει τον άρρωστο από το φοβικό αντικείμενο, ιεραρχώντας μία σειρά από παρόμοια αντικείμενα καταστάσεις, ανάλογα με το άγχος που προκαλούν μέσα στη φαντασία του ή και στην πράξη.⁷

Στόχος λοιπόν κάθε θεραπείας είναι να απαλλάξει τον ασθενή από τις φοβίες. Καθώς όμως η ψυχολογία είναι χωρισμένη σε σχολές, δεν υπάρχει ένα είδος θεραπείας αλλά πολλά, διαφορετικά για κάθε σχολή. Η συστηματική απευαισθητοποίηση, η οποία εντάσσεται στην συμπεριφορική σχολή, αποτελεί το δικό μας αντικείμενο εργασίας. Αποτελεί επινόημα ενός ψυχιάτρου, του Joseph Wolpe, ο οποίος, ενώ αρχικά ήταν ψυχαναλυτής, μετά από χρόνια πρακτικής εντυπωσιάστηκε από τα γραπτά των Pavlov και Hull κι έφτασε στο συμπέρασμα ότι

η νεύρωση είναι μια δυσπροσαρμοστική αποκτημένη αντίδραση, που συνδέεται πάντα με το άγχος. Η θεραπεία, επομένως, περιλαμβάνει την αναστολή του άγχους μέσω της αντενεργούς (αμοιβαίας) εξάρτησης μιας προσαρμοστικής αντίδρασης. Πιο απλά, η θεραπεία έχει να κάνει με αντιδράσεις που είναι ανταγωνιστικές ή ανασταλτικές του άγχους.

Πολλές αντιδράσεις λειτουργούν ανταγωνιστικά του άγχους (π.χ. η μετατόπιση της σκέψης από το αγχογόνο σε ένα άλλο, ευχάριστο, ερέθισμα), η βαθιά μυϊκή χαλάρωση όμως έχει τύχει της μεγαλύτερης προσοχής. Μέσω της συστηματικής απευαισθητοποίησης, ο ασθενής μαθαίνει να αντιδρά σε ορισμένα ερεθίσματα, που προηγουμένως του προκαλούσαν άγχος, με τη νέα εξαρτημένη αντίδραση της χαλάρωσης.²

3.3

ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Κατ' αρχήν θα πρέπει να τονιστεί ότι ψυχοθεραπεία και ψυχανάλυση δεν είναι ταυτόσημες έννοιες όπως πιστεύουν μερικοί. Ψυχοθεραπεία είναι ένας γενικός όρος που αναφέρεται σε μορφές θεραπείας οι οποίες στοχεύουν στην επίλυση προβλημάτων ψυχολογικής υφής μέσω της δημιουργίας μιας σχέσης με έναν ειδικό θεραπευτή και με την χρησιμοποίηση ειδικών τεχνικών που βασίζονται σε μια συγκεκριμένη θεωρία. Οι τεχνικές αυτές είναι βεβαίως καθαρά ψυχολογικές, δηλαδή το μόνο επικοινωνιακό μέσον που χρησιμοποιούν είναι ο λόγος. Υπάρχουν πολλά είδη ψυχοθεραπειών, όπως η ψυχαναλυτική (που βασίζεται στην θεωρία του Freud) γνωσιακή- Συμπεριφορική, η διαπροσωπική, η συστημική, η οικογενειακή κ.λ.π.¹⁴



3.3.1

Θεωρίες συμπεριφοράς

Η σημαντικότερη επιρροή της σκέψης των Watson και Pavlov στο χώρο της πρακτικής της ψυχικής υγείας υπήρξε, χωρίς αμφιβολία, η διαμόρφωση της θεραπευτικής προσέγγισης που ονομάζεται συστηματική απευαισθητοποίηση, θεμέλιο της οποίας ήταν ο Joseph Wolpe. Είναι ενδιαφέρον το γεγονός ότι αυτή η θεραπευτική μέθοδος αναπτύχθηκε από έναν ψυχίατρο, και όχι από ψυχολόγο, ο οποίος μάλιστα μέχρι τότε θέραπευε τους ασθενείς του εφαρμόζοντας ένα ψυχαναλυτικό μοντέλο. Μετά από μια σειρά ετών άσκησης της ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας, ο Wolpe, μελετώντας το ερευνητικό έργο του Hull, εντυπωσιάστηκε. Έτσι, άρχισε να πιστεύει ότι η νεύρωση δεν είναι τίποτα λιγότερο και τίποτα περισσότερο από μια εξακολουθητική, μη προσαρμόσιμη στις κοινωνικές συνθήκες μαθημένη αντίδραση του υποκείμενου, η οποία σχεδόν πάντοτε συνδέεται με το άγχος. Υπό αυτή την έννοια, η θεραπεία πρέπει να είναι σε θέση να αναστέλλει το άγχος μέσα από την εξάλειψη εκείνης της εξάρτησης που έχει δομηθεί μεταξύ κάποιων ερεθισμάτων και μιας δεδομένης απόκρισης του υποκειμένου, δηλαδή μέσα από την απεξαρτητοποίηση της συγκεκριμένης ή των συγκεκριμένων αντιδράσεων του (counterconditioning). Με άλλα λόγια, η θεραπεία καλείται να καταστήσει εξαρτημένες εκείνες της αντιδράσεις αποκρίσεις οι οποίες είναι ανταγωνιστικές ή ανασταλτικές και οι οποίες τελικά θα οδηγήσουν στην επεξαρτητοποίηση των προηγούμενων λαθεμένων αντιδράσεων του υποκειμένου. Σε αυτό το σημείο πρέπει να τονιστεί ότι σύμφωνα με αυτή την προσέγγιση, η πιο σημαντική αγχολυτική αντίδραση που πρέπει να μάθει ο ασθενής είναι η ικανότητα να χαλαρώνει μυϊκά. Δηλαδή μέσα από την όλη διαδικασία της συστηματικής απευαισθητοποίησης, ο ασθενής θα μάθει αρχικά να αντιδρά με την νέα εξαρτημένη αντίδραση της χαλάρωσης σε ερεθίσματα που προηγουμένως του προκαλούσαν

έντονο άγχος. Έτσι η συστηματική απευαισθητοποίηση ως θεραπευτική πρόταση αποτελείται από έναν αριθμό συγκεκριμένων σταδίων. Στην αρχή επιχειρείται προσεκτική αξιολόγηση των θεραπευτικών αναγκών που έχει ο ασθενής γι αυτό το λόγο. Ο θεραπευτής παίρνει ένα λεπτομερειακό ιστορικό του κάθε συμπτώματος και της κάθε πτυχής της ζωής του ασθενή στην οποία έχει αντιμετωπίσει αδικαιολόγητες και υπερβολικές δυσκολίες. Επίσης απαιτείται ένα γενικό ιστορικό της ζωής του. Αφού προσδιοριστούν τα προβλήματα του ασθενή και εφόσον ο θεραπευτής συμπεράνει ότι αυτά μπορούν να θεραπευθούν με την συστηματική απευαισθητοποίηση ο ασθενής εκπαιδεύεται από το θεραπευτή στη χαλάρωση. Μέσα από μια πολύ συγκεκριμένη διαδικασία ο ασθενής μαθαίνει να χαλαρώνει σταδιακά όλο του το σώμα. Έτσι, ενώ στην αρχή οι ασθενείς αντιμετωπίζουν μεγάλη δυσκολία στο να επιτύχουν την απαιτούμενη μυϊκή χαλάρωση μετά από έξι περίπου συναντήσεις καταφέρνουν να χαλαρώσουν, όλο τους το σώμα μέσα σε σύντομο χρονικό διάστημα. Η επόμενη φάση της θεραπείας έχει σχέση με την δημιουργία ενός καταλόγου μέσα στον οποίο θα γράφονται με ιεραρχική σειρά όλες οι αγχογόνες καταστάσεις που βιώνει ο ασθενής. Προκειμένου να κατασκευαστεί αυτός ο κατάλογος, ο θεραπευτής θα πρέπει να αποσπάσει από τον ασθενή συγκεκριμένες πληροφορίες για το ποια ακριβώς ερεθίσματα του προκαλούν άγχος και φόβο, κι έπειτα θα πρέπει να τα ομαδοποιήσει ανάλογο με το θέμα τους (για παράδειγμα, φόβος του ύψους ή φόβος της απόρριψης κ.λπ.). Στη συνέχεια, από την κάθε ομάδα ερεθισμάτων που ανήκουν σε μια θεματική ενότητα ο θεραπευτής πρέπει να κατατάξει τα ερεθίσματα κατά τέτοιο τρόπο ώστε να πηγαίνει από τα περισσότερο προς τα λιγότερο ενοχλητικά και αγχογόνα. Για παράδειγμα, αν η θεματική ενότητα σχετίζεται με την κλειστοφοβία, διάφορα ερεθίσματα μπορούν να καταταχθούν ως εξής μέσα στη λίστα: ο φόβος εγκλωβισμού του ασθενούς μέσα σε ένα ασανσέρ θα είναι πάνω

πάνω στη λίστα η ανησυχία που του προκαλεί η ιδέα ότι μπορεί να ταξιδέψει με ένα τρένο θα βρίσκεται στη μέση περίπου της λίστας και η ανησυχία που αισθάνεται όταν του ζητείται να διαβάσει ένα άρθρο σχετικά με τους μεταλλωρύχους που έχουν εγκλωβιστεί μέσα σε ένα ορυχείο θα τοποθετηθεί χαμηλά στη λίστα. Ομοίως, αν το θέμα ήταν ο θάνατος, τότε το πιο αγχογόνο ερέθισμα θα ήταν η σκέψη ότι ο ασθενής είναι μέσα σε έναν τάφο, η οποία και θα έμπαινε πάνω πάνω στη λίστα η λέξη «θάνατος» ως ερέθισμα θα βρισκόταν κάπου στη μέση και η ιδέα τού να περάσει έξω από ένα νεκροταφείο θα έμπαινε στο τέλος της λίστας ως το λιγότερο φοβογόνο ερέθισμα.

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

ερεθίσμα το οποίο έπαψε να προκαλεί άγχος όταν ο ασθενής το φανταζόταν σε μια κατάσταση χαλάρωσης, σταματούσε να του προκαλεί άγχος και όταν το συναντούσε απρόσμενα και στην καθημερινή ζωή».

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

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

3.3.2

Θεραπεία αποστροφής

Το όλο σκεπτικό της θεραπείας αποστροφής στηρίζεται στην κυρίαρχη υπόθεση ότι κάθε μορφή συμπεριφοράς η οποία ακολουθείται από κάποια δυσάρεστα γεγονότα έχει όλο και λιγότερες πιθανότητες να επαναληφθεί στο μέλλον. Με βάση αυτή την αρχή, η θεραπεία αποστροφής συνίσταται στην επαναληπτική και συνεχή συσχέτιση μιας ανεπιθύμητης συμπεριφοράς με ένα δυσάρεστο ερέθισμα. Για παράδειγμα αν θέλουμε να μειώσουμε τη σεξουαλική διέγερση που προκαλεί ένα φετιχιστικό αντικείμενο σε έναν ασθενή, θα χρησιμοποιήσουμε ένα επώδυνο ερέθισμα το οποίο θα παρουσιάζεται κάθε φορά που ο ασθενής διεγείρεται. Είναι εμφανές, επομένως, ότι κύριος στόχος της θεραπείας αποστροφής είναι η απεξαρτητοποίηση της ανεπιθύμητης αντίδρασης (εν προκειμένω της διέγερσης) από ένα ερέθισμα (π.χ. το αντικείμενο του φετιχισμού). Ωστόσο, λόγω του ότι αυτή η θεραπεία είναι δυσάρεστη και επίπονη για τον ασθενή, δεν χρησιμοποιείται πολύ συχνά εφαρμόζεται κυρίως στην αποτοξίνωση αλκοολικών, στη θεραπεία σεξουαλικών διαστροφών και ιδεοψυχαναγκαστικών νευρώσεων, καθώς και στην απεξάρτηση από ναρκωτικές ουσίες.

Όπως ήδη αναφέρθηκε, η θεραπεία αποστροφής έχει στόχο την επίτευξη ενός αρκετά ικανοποιητικού συσχετισμού μεταξύ κάποιων ερεθισμάτων που προκαλούν μια ανεπιθύμητη συμπεριφορά και κάποιων επώδυνων ερεθισμάτων που σκοπό έχουν να εξαλείψουν αυτή τη συμπεριφορά. Είναι προφανές ότι αυτό το μοντέλο θεραπείας στηρίζεται στην πρακτική εφαρμογή των συμπερασμάτων και του πειραματικού πλαισίου που έθεσε ο Ρανλον με τη θεωρία της κλασικής εξαρτημένης μάθησης. Έτσι, στην περίπτωση αποτοξίνωσης ενός αλκοολικού, η διαδικασία που θα ακολουθηθεί είναι η εξής: θα χορηγούνται στον αλκοολικό, καθημερινά και για περίπου 7 έως 10 ημέρες, δόσεις αλκοόλης και ταυτόχρονα

θα του δίνονται φάρμακα τα οποία θα του προκαλούν ναυτία και εμετό. Σύμφωνα με το συγκεκριμένο επιστημονικό «παράδειγμα», η αποτελεσματικότητα της θεραπείας θα φανεί όταν, μετά την πάροδο των 10 ημερών, θα δοθεί στον ασθενή η δυνατότητα να πει αλκοόλ χωρίς όμως την ταυτόχρονη χορήγηση των φαρμάκων. Τότε, αν όντως έχει επιτευχθεί μη σημαντική συσχέτιση μεταξύ των δύο ερεθισμάτων (αλκοόλ και ναυτία-εμετός), αναμένεται ότι και μόνο η θέα του αλκοόλ θα του προκαλέσει ναυτία και τάση προς εμετό. Έτσι, σύμφωνα με τους συμπεριφοριστές, στο βαθμό που η (ίδια διαδικασία μπορεί να επαναληφθεί δυο με τρεις φορές το χρόνο, η επιθυμία του ατόμου να πίνει θα κατασταλεί πλήρως.

Επίσης, η θεραπεία αποστροφής χρησιμοποιήθηκε σε περιπτώσεις ομοφυλοφιλίας ή παραφιλίας, όπου εικαζόταν ότι υπήρχε η επιθυμία αλλαγής σεξουαλικού προσανατολισμού. Η αποστροφική θεραπεία συνίστατο στο να προβάλλονται οι αυτά τα άτομα σκηνές από φιλμ με παραφιλικό ή ομοφυλοφιλικό, αντίστοιχα, περιεχόμενο και συγχρόνως να τους χορηγούνται χάπια που προκαλούν ναυτία και εμετό ή να τους χορηγούνται ελαφρά ηλεκτρικά σοκ κατά την προβολή. Στη συνέχεια, προβάλλονταν φιλμ με ετεροφυλοφιλικές ερωτικές σκηνές χωρίς τη χορήγηση εμετικών φαρμάκων ή ηλεκτροσόκ.

Ύστερα από αυτά τα παραδείγματα, θα μπορούσε συμπερασματικά να υποστηριχθεί ότι το αποστροφικό ερέθισμα, που είναι ουσιαστικά η πεμπτουσία της θεραπείας αποστροφής, πρέπει να έχει τα εξής χαρακτηριστικά: (α) να είναι αρκετά έντονο ώστε να μπορεί να εξαλείψει την ανεπιθύμητη συμπεριφορά, (β) να παρουσιάζεται συγχρόνως και σχεδόν πάντοτε με την εκδήλωση της ανεπιθύμητης συμπεριφοράς. και (γ) να παρουσιάζεται με μια αμετάβλητη υψηλή ένταση από την αρχή της θεραπείας. Ωστόσο, από πολλούς θεραπευτές προτιμάται η αποστροφή να λαμβάνει χώρα στη φαντασία του ασθενούς κι όχι στην

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

3.3.3

Οικονομία κουπονιών

Η οικονομία κουπονιών ως θεραπευτική πρόταση στηρίζεται άμεσα στο θεωρητικό και πειραματικό μοντέλο του Skinner, έτσι όπως εκφράστηκε με τη θεωρία της συντελεστικής εξαρτημένης μάθησης. Η δημιουργία αυτής της θεραπευτικής μεθόδου οφείλεται, κατά κύριο λόγο, στους Ayllon και Azrin.

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

Η διαδικασία που ακολουθείται στην οικονομία κουπονιών έχει ως εξής: ο θεραπευτής ανταμείβει με κουπόνια τις διάφορες συμπεριφορές του ασθενούς που κρίνονται ικανοποιητικές ή και επιθυμητές. Έπειτα ο

ασθενής μπορεί να χρησιμοποιήσει τα κουπόνια και να τα ανταλλάξει με διάφορα επιθυμητά προϊόντα, όπως γλυκά, τσιγάρα κ.λ.π. Με αυτό τον τρόπο οι ασθενείς ενθαρρύνονται να ασχοληθούν με δραστηριότητες του τύπου «σερβίρισμα γευμάτων» ή «καθαρισμός πατωμάτων». Με την (ίδια διαδικασία και μέσα σε ένα ελεγχόμενο περιβάλλον, όπως είναι ένα ψυχιατρικό τμήμα για χρόνιους ασθενείς, είναι απολύτως δυνατό οι ασθενείς να ενθαρρυνθούν να κάνουν οτιδήποτε θέλουν μέσα στα πλαίσια αυτών που η διεύθυνση του τμήματος ορίζει ως επιθυμητές συμπεριφορές. Επίσης, από διάφορες έρευνες φάνηκε ότι η οικονομία κουπονιών είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική για την ενθάρρυνση και ενίσχυση συμπεριφορών όπως η κοινωνική αλληλεπίδραση, η προσωπική φροντίδα αλλά και η ερασιτεχνική ενασχόληση με ένα επάγγελμα, σε σοβαρά και χρόνια διαταραγμένους ασθενείς καθώς και σε άτομα με νοητική υστέρηση. Σε αυτό το σημείο πρέπει να τονιστεί ότι, ακόμα κι όταν πρόκειται για χώρους όπου συμβιώνουν πολλοί ασθενείς, η οικονομία κουπονιών πρέπει πάντα να εξειδικεύεται ανάλογα με τις ανάγκες του εκάστοτε μεμονωμένου ασθενούς. Ακόμη, η οικονομία κουπονιών φάνηκε αποτελεσματική στον περιορισμό της παιδικής επιθετικότητας και στη μείωση της έντασης των οικογενειακών συγκρούσεων.

Γενικά, θα λέγαμε ότι το κύριο χαρακτηριστικό της οικονομίας κουπονιών είναι η προσπάθεια που γίνεται από το θεραπευτή να εφαρμόσει κατά γράμμα στην πράξη τη συντελεστική εξαρτημένη μάθηση με σκοπό την αλλαγή της συμπεριφοράς. Έτσι, επιλέγονται οι συμπεριφορές που κρίνονται ικανοποιητικές και επιθυμητές και έπειτα κατασκευάζονται εκείνοι οι ενισχυτές της συμπεριφοράς που θα προκαλέσουν την εκδήλωση των συγκεκριμένων συμπεριφορών. Είναι σαφές, λοιπόν, ότι μέσα από αυτή την προοπτική δίνεται μεγάλη έμφαση όχι στον τρόπο με τον οποίο το άτομο αντιδρά στο περιβάλλον, αλλά στο

πώς το περιβάλλον επιδρά στον καθορισμό της συμπεριφοράς του ατόμου. Επίσης, ως προέκταση αυτής της θεραπευτικής προσέγγισης, δημιουργήθηκαν σε πολλές χώρες ομάδες κοινωνιολόγων μηχανικών, των οποίων έργο είναι η δημιουργία συγκεκριμένων περιβαλλοντικών συνθηκών. Εξάλλου, ήδη από την εποχή του, ο Watson πίστευε ότι μέσα από τον έλεγχο του περιβάλλοντος θα μπορούσε να εκπαιδεύσει ένα νήπιο να εκτελεί άριστα οποιεσδήποτε ειδικευμένες εργασίες επέλεγε ο ερευνητής. Έτσι, οι κοινωνιολόγοι μηχανικοί, επηρεασμένοι και από τον Skinner, δεν αρκέστηκαν στην απλή εφαρμογή της τεχνικής αυτής στη θεραπεία ασθενών και στον επαγγελματικό προσανατολισμό των ανθρώπων, αλλά διεύρυναν τις εφαρμογές της οικονομίας κουπονιών με σκοπό να καθορίζουν μέσα από τον έλεγχο του περιβάλλοντος ευρύτερες εκφάνσεις της ανθρώπινης συμπεριφοράς.¹⁵

3.3.4

Υποστηρικτική ψυχοθεραπεία

Στην υποστηρικτική ψυχοθεραπεία, την απλούστερη μορφή ψυχοθεραπείας, ο θεραπευτής διευκολύνει τον ασθενή να προβεί στις αλλαγές που θα του επιτρέψουν να γίνει πιο λειτουργικός, με λιγότερο άγχος, και να επανέλθει στην ομαλότητα ή να παραμείνει σε σταθερή κατάσταση. Οι συναντήσεις γίνονται μια φορά την εβδομάδα για αρκετές εβδομάδες ή μήνες. Ο θεραπευτής ασχολείται περισσότερο με τα τωρινά συμπτώματα του ασθενούς παρά με τις ασυνείδητες διεργασίες του, και δεν στοχεύει σε μείζονες μεταβολές της προσωπικότητάς του. Ο θεραπευτής, ακούει τον ασθενή, κατανοεί τα προβλήματά του και ενισχύει τους φυσιολογικούς μηχανισμούς άμυνας.

3.3.5

Ψυχανάλυση

Η ψυχανάλυση είναι μια μορφή ψυχοθεραπείας, που θεμελίωσε ο Sigmund Freud. Πολλές φορές θεωρείται συνώνυμη με την ψυχοθεραπεία αλλά αυτό δεν είναι σωστό. Η ψυχανάλυση τονίζει τη σημασία των παιδικών εμπειριών στο σχηματισμό της προσωπικότητας. Η κλασική φροϋδική θεωρία έχει τροποποιηθεί από τους επιγόνους του Freud, ωστόσο παραμένει αμετάβλητη η κεντρική άποψη ότι η ανθρώπινη συμπεριφορά καθορίζεται κατά κύριο λόγο από ασυνείδητες δυνάμεις που πηγάζουν από πρωτόγονες συναισθηματικές ανάγκες, παρά από τη λογική. Ο ψυχαναλυτής προσπαθεί να δώσει λύση σε χρονίζουσες λανθάνουσες συγκρούσεις (και ασυνείδητους μηχανισμούς άμυνας όπως η άρνηση και η (καταπίεση), να προαγάγει την προσωπική ανάπτυξη του ασθενούς και να μεταβάλει την προσωπικότητά του, βασιζόμενος στην εκτεταμένη διερεύνηση του ασυνειδήτου με την τεχνική του ελεύθερου συνειρμού (επιτρέποντας στον ασθενή να λέει ό,τι του έρχεται στο μυαλό) και την ερμηνεία. Ο αναλυτής συναντάται με τον ασθενή 4-5 φορές την εβδομάδα (διάρκεια συνεδρίας 50-60 λεπτά) για 2-5 χρόνια. Θα πρέπει να τονιστεί ότι αντίθετα με ό,τι πιστεύεται από το κοινό, η ψυχαναλυτική θεωρία έχει δεχθεί πάρα πολλές επικρίσεις και σήμερα δεν είναι πολύ δημοφιλής ιδιαίτερα μεταξύ των νεώτερων ψυχιάτρων. Οι επικρίσεις αφορούν τους εξής τομείς:

A) Διάγνωση: Η ψυχανάλυση δεν δέχεται το διαγνωστικό μοντέλο που έχει υιοθετηθεί από την σύγχρονη ψυχιατρική (με την μορφή των διαγνωστικών εγχειριδίων DSM-IV και ICD-10), αλλά χρησιμοποιεί μια δικιά της περιγραφή των συμπτωμάτων και κλινικών καταστάσεων που στηρίζεται στην ψυχοδυναμική ψυχοπαθολογία. Βεβαίως, πολλοί ψυχίατροι με αναλυτική εκπαίδευση χρησιμοποιούν και τα δυο μοντέλα αφού αυτά δεν αποκλείουν αμοιβαία το ένα από το άλλο, αλλά αποτελούν δυο

διαφορετικούς τρόπους να δει κανείς τα προβλήματα που απασχολούν τους ασθενείς.

B) Θεραπεία: Η αποτελεσματικότητα της θεραπείας δεν έχει σε γενικές γραμμές τεκμηριωθεί με τον τρόπο που συνήθως τεκμηριώνονται οι θεραπείες (δηλαδή με τυχαιοποιημένες κλινικές μελέτες με χρήση ομάδας ελέγχου και κατά προτίμηση με τυφλό τρόπο). Αυτό οφείλεται εν μέρει στους ίδιους τους αναλυτές οι οποίοι μερικές φορές υποστήριξαν ότι η θεωρία δεν χρειάζεται να αποδείξει την αποτελεσματικότητά της, διότι αυτό δεν είναι δυνατό να γίνει στις ψυχοθεραπείες. Οι νεώτερες ψυχοθεραπείες ωστόσο έδειξαν ότι η λογική αυτή δεν μπορεί να ευσταθεί. Να σημειωθεί πάντως, ότι κάποιοι ερευνητές με αναλυτική εκπαίδευση έχουν προσπαθήσει να ερευνήσουν την αποτελεσματικότητά της. Θα πρέπει πάντως να τονισθεί ότι παρόμοια επιχειρηματολογία θα μπορούσε να αναπτυχθεί και για άλλες ψυχοθεραπείες, και εν πάσει περιπτώσει, έχει γίνει σαφές από την σχετική έρευνα ότι αυτό που πιθανότατα μετρά πιο πολύ για την αποτελεσματικότητα είναι η ανάπτυξη καλής ψυχοθεραπευτικής σχέσης μεταξύ θεραπευτή και θεραπευομένου, και αυτό αποτελεί μέρος οποιουδήποτε τύπου ψυχοθεραπείας.

3.3.6

Βραχεία ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία

Η βραχεία ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία (B. Ψ. Ψ) είναι συναφής προς την ψυχανάλυση, αλλά εστιάζεται περισσότερο στα τωρινά προβλήματα, οι θεραπευτικές συνεδρίες είναι αραιότερες (1-2 την εβδομάδα), και ο ασθενής έχει βλεμματική επαφή με τον θεραπευτή, ο οποίος συμμετέχει πιο ενεργά σε σχέση με την κλασική ψυχανάλυση.

3.3.7

Διαπροσωπική ψυχοθεραπεία

Η διαπροσωπική θεραπεία επινοήθηκε κατά τα τέλη της δεκαετίας του 1960 από τους Weissman και Klerman. Η θεραπεία αυτή αρχικά χρησιμοποιήθηκε για την αντιμετώπιση των καταθλιπτικών διαταραχών. Βασίζεται κυρίως στην ανάλυση των διαπροσωπικών σχέσεων του ασθενή και του ρόλου που έχουν παίζει στην έκλυση της κατάθλιψης. Το σκεπτικό είναι ότι, αν αντιμετωπιστεί η διαπροσωπική δυσκολία, θα υποχωρήσει και η κατάθλιψη. Η θεραπεία είναι περισσότερο διαδεδομένη στις Η.Π.Α.

3.3.8

Γνωσιακή ψυχοθεραπεία

Η γνωσιακή ψυχοθεραπεία επινοήθηκε αρχικά από τον Beck για τη θεραπεία των καταθλιπτικών διαταραχών. Βασίστηκε στην παρατήρηση ότι οι καταθλιπτικοί ασθενείς προβαίνουν σε αρνητικές δυσλειτουργικές σκέψεις (γνωσίες) σχετικά με τον εαυτό τους, το μέλλον τους και το περιβάλλον/κόσμο (γνωσιακή τριάδα του Beck). Αυτές οι γνωσιακές στρεβλώσεις ("σιωπηρές παραδοχές") θεωρείται ότι γεννιούνται από πρώιμες τραυματικές εμπειρίες, και, στην κατάθλιψη, εκδηλώνονται ως καταθλιπτικές γνωσίες ("αυτόματες σκέψεις"), τις οποίες ο ασθενής ενθαρρύνεται να αμφισβητήσει. Η γνωσιακή ψυχοθεραπεία, χρησιμοποιώντας κατευθυντικές μεθόδους και αντιμετωπίζοντας τα τρέχοντα προβλήματα, αποσκοπεί στη μεταβολή αυτών των σημαντικών εσωτερικών πεποιθήσεων και στάσεων. Η ψυχοθεραπεία αυτή χρησιμοποιείται επίσης σήμερα στην αντιμετώπιση των διαταραχών άγχους, των διαταραχών της πρόσληψης τροφής (ειδικά της βουλιμίας), της

σχιζοφρένειας και κάποιων διαταραχών της προσωπικότητας. Στην διάδοση της θεραπείας αυτής έχουν συμβάλει σημαντικά οι παρακάτω παράγοντες:

- § Η οικονομική αποδοτικότητα (συνήθως γίνονται 12-15 συνεδρίες)
- § Η τεκμηρίωση της αποτελεσματικότητάς της
- § Η σημασία που δίνει στις λογικές - συνειδητές διεργασίες

Θα μπορούσε να πει κανείς ότι με την γνωσιακή θεραπεία η συνείδηση ξανάγινε το κέντρο της προσοχής της θεραπείας.

3.3.9

Ομαδική ψυχοθεραπεία

Σ' αυτήν, η έμφαση δίδεται στις σχέσεις που αναπτύσσονται ανάμεσα στα άτομα της ομάδας, τα οποία μοιράζονται τα προβλήματά τους. Οι ομάδες (γύρω στα 12 άτομα) συναντώνται μια φορά την εβδομάδα για μήνες έως χρόνια. Ο θεραπευτής (που συμμετέχει στην ομάδα) υιοθετεί ένα μη κατευθυντικό ρόλο, αλλά αποτρέπει τους ασθενείς του από το να κάθονται σιωπηλοί ή να μιλούν για άσχετα ζητήματα.

Η οικογενειακή συστηματική θεραπεία βασίζεται στο σκεπτικό ότι τα προβλήματα δεν αναφέρονται μόνο από το ίδιο το άτομο, αλλά μέσα στο πλαίσιο λειτουργίας της οικογένειας. Η προσδοκία είναι ότι η βελτίωση της λειτουργίας της οικογένειας θα οδηγήσει στη βελτίωση του άρρωστου μέλους.¹⁶

3.3.10

Δραματοθεραπεία

Η Δραματοθεραπεία είναι η θελημένη και μ' επιστημονικό τρόπο χρήση των θεραπευτικών στοιχείων του δράματος και του θεάτρου στα πλαίσια ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας. Υπάγεται στη κατηγορία των Ψυχοθεραπειών μέσα από την Τέχνη κι έχει συνθετικό χαρακτήρα μια και πέρα απ' τη χρήση θεατρικών πρακτικών, αντλεί γνώση κι εμπειρία από διάφορες ψυχοθεραπευτικές κατευθύνσεις όπως π.χ. ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία, αναλυτική/ αρχετυπική (Γιουγκιανή) ψυχοθεραπεία, συστηματική ψυχοθεραπεία κ.ά. Αποτελεί μια μέθοδο εργασίας και παιγνιδιού η οποία χρησιμοποιεί μεθόδους δράσης τέτοιες που να διευκολύνουν τη δημιουργικότητα, τη φαντασία, τη μάθηση, την αυτεπίγνωση και την ανάπτυξη.

Η Δραματοθεραπεία βοηθάει στην εξερεύνηση, αναγνώριση κι επεξεργασία συναισθημάτων και σχέσεων τόσο αναφορικά με τα διάφορα τμήματα του εσωτερικού κόσμου κάποιου, όσο και με τους άλλους ανθρώπους. Προσφέρει δυνατότητες γι' αλλαγή μέσα από αυξημένη επίγνωση και αυτογνωσία δίδοντας ευκαιρίες για πειραματισμό με ποικίλους τρόπους σκέψης, συναισθήματος και συμπεριφοράς.

Η Δραματοθεραπεία μέσα από τη δημιουργική έκφραση, προάγει την ανάπτυξη της αυτοπεποίθησης, της επικοινωνίας και της σχέσης με τους άλλους. Μέσα από το παίξιμο ρόλων, τη ζωγραφική, τον λόγο και το παιγνίδι, δίδεται η ευκαιρία στα μέλη μιας Δραματοθεραπευτικής ομάδας ν' αναγνωρίσουν από τη μια δομές που τους έχουν καθηλώσει σε μη-βοηθητικά σχήματα συμπεριφοράς, κι απ' την άλλη, να έρθουν σ' επαφή με λανθάνουσες δυνατότητες μέσα τους ικανές να δώσουν λύσεις και να πλατύνουν τους ορίζοντες τους.

Η χρήση Μύθων, Παραμυθιών και Τελετουργίας στη Δραματοθεραπεία επιτρέπει προσωπικές εμπειρίες να ξαναβιωθούν και να αντιμετωπιστούν μ' έναν συμβολικό και μεταφορικό τρόπο. Οι ιστορίες, τα θεατρικά κείμενα και τα παραμύθια παρέχουν έτσι μια δομή και την απαραίτητη απόσταση για εξερεύνηση κι ωρίμανση.

Μέσα από το παίξιμο διαφόρων ρόλων, τη παρατήρηση και τον πειραματισμό με εναλλακτικές συμπεριφορές και στρατηγικές, με τον συντονισμό και την βοήθεια του ειδικού Δραματοθεραπευτή, μέσα σ' ένα ψυχοθεραπευτικό πάντα πλαίσιο, μαθαίνει κανείς ν' αντιμετωπίζει διάφορες και συχνά δύσκολες κοινωνικές καταστάσεις. Ένα τέτοιο παράδειγμα αποτελεί η δουλειά με ρόλους (Role-play), που βοηθάει κάποιον να γίνει πιο διεκδικητικός, ικανότερος να υπερασπίζεται τις αξίες του κι αυτά που δικαιωματικά του ανήκουν, κι ακόμα πιο ευέλικτος στις διαπραγματεύσεις του με τους άλλους. Έτσι, καταστάσεις που θεωρούνται δύσκολες στο να τις αντιμετωπίσει κανείς διεκδικητικά, μπορούν να φτιαχτούν σαν ένα είδος μικρής παράστασης ή πρόβας με τη συμμετοχή όλων των μελών της ομάδας και να βρεθούν ποικίλες λύσεις με τις οποίες κανείς μπορεί να πειραματιστεί. Η ομάδα κι ο θεραπευτής παρέχουν ένα ασφαλές κι υποστηρικτικό πλαίσιο κανείς διεκδικητικά, μπορούν να φτιαχτούν σαν ένα είδος μικρής παράστασης ή πρόβας με τη συμμετοχή όλων των μελών της ομάδας και να βρεθούν ποικίλες λύσεις με τις οποίες κανείς μπορεί να πειραματιστεί. Η ομάδα κι ο θεραπευτής παρέχουν ένα ασφαλές κι υποστηρικτικό πλαίσιο για να παρθούν ρίσκα και να εκτιμηθούν αποτελέσματα. Κεντρικός άξονας είναι η πεποίθηση ότι η δημιουργική διαδικασία μέσα στο Δραματοθεραπευτικό πλαίσιο παρέχει έναν ασφαλή χώρο μέσα στον οποίο οι συμμετέχοντες επανεξετάζουν τις αξίες τους, τις στάσεις και τα συναισθήματα τους (το εσωτερικό τους δράμα), και μπορούν να δοκιμάσουν νέους, εναλλακτικούς τρόπους δράσης και ύπαρξης μέσα στον κόσμο.

3.3.10.1

Σε ποιους απευθύνεται και πως μπορεί να βοηθήσει

1. Σε ενήλικες κάθε ηλικίας που επιθυμούν να έρθουν σ' επαφή με την δημιουργικότητα τους, με τον εαυτό και τα συναισθήματα τους. Σ' αυτούς που θέλουν να μάθουν περισσότερα για τους διάφορους ρόλους που παίζουν στη καθημερινή ζωή κι ιδιαίτερα γι' αυτούς που τους έχουν καθηλώσει σε μη-βοηθητικά σχήματα συμπεριφοράς. Σε μια Δραματοθεραπευτική ομάδα θα βοηθηθούν να πειραματιστούν, μέσα στο ασφαλές πλαίσιο που η ομάδα κι ο Δραματοθεραπευτής παρέχουν, με εναλλακτικούς ρόλους βρίσκοντας έτσι λύσεις σε τυχόν προβλήματα τους, βελτιώνοντας την επικοινωνία τους με τον εαυτό τους και με τους άλλους, κι ανακαλύπτοντας το λανθάνον δυναμικό μέσα τους ικανό να διευρύνει τους ορίζοντες και την οπτική γωνία που βλέπουν τα πράγματα.
2. Σε εφήβους και παιδιά, μέσα ή έξω από εκπαιδευτικό πλαίσιο, βοηθώντας τους για καλύτερες επιλογές ζωής, ωρίμανση της προσωπικότητας, ανάπτυξη της δημιουργικότητας τους κι αναγνώριση και αποδοχή της διαφορετικότητας από τους άλλους σαν κάτι το απόλυτα φυσιολογικό.
3. Σε ενήλικες, εφήβους και παιδιά με διάφορα ψυχολογικά προβλήματα (άγχος, φοβίες, δυσκολίες στην επικοινωνία κ.ά.), αλλά και με σοβαρότερες ψυχικές διαταραχές (άτομα που βρίσκονται σε ψυχιατρικά ιδρύματα, παιδιά με ειδικές ανάγκες κ.ά.).
4. Σε οικογένειες (μέσα ή έξω απ' το πλαίσιο μιας οικογενειακής ή συστηματικής θεραπείας).
5. Σε ομάδες ανθρώπων με κάποιο κοινό πρόβλημα όπως για παράδειγμα άτομα σε διαδικασία απεξάρτησης από ναρκωτικές ουσίες, νεαρές

μητέρες που αντιμετωπίζουν για πρώτη φορά μια εγκυμοσύνη, καρκινοπαθείς, φορείς ή πάσχοντες από AIDS, κ.ά.

6. Σε ομάδες ανθρώπων σε κοινό εργασιακό περιβάλλον, π.χ. στελέχη επιχειρήσεων, εργαζόμενους σε Κέντρα Ψυχικής Υγείας κ.ά. για βελτίωση των σχέσεων και επικοινωνίας τους. Όπως επίσης σε καλλιτέχνες κι ειδικότερα ηθοποιούς για αύξηση της αυτεπίγνωσης και δημιουργικότητας στον χώρο της δουλειάς τους.²

3.4

ΦΑΡΜΑΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

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

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

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

χρησιμοποιήσει φάρμακα. Τέλος, όταν η χορήγηση ενός φαρμάκου κρίνεται απαραίτητη, η χρήση του θα πρέπει να βρίσκεται κάτω από την άμεση επίβλεψη ενός έμπειρου γιατρού. Έτσι θα εξασφαλιστεί ο προσεκτικός έλεγχος της δόσης, η ανίχνευση των πιθανών παρενεργειών και η σταδιακή διακοπή του φαρμάκου, όταν κριθεί απαραίτητο.



3.5

ΕΙΔΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ



Τρικυκλικά φάρμακα

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

Τα συγκεκριμένα φάρμακα συνήθως λαμβάνονται το βράδυ και η δόση αυξάνεται σταδιακά. Οι θετικές επιδράσεις γίνονται εμφανείς σε μία ως τρεις εβδομάδες. Οι πιθανές παρενέργειες είναι η καταστολή γι' αυτό και είναι προτιμότερο το φάρμακο να λαμβάνεται το βράδυ, η ξηροστομία, η

θόλωση της όρασης και, μερικές φορές, η ορθοστατική υπόταση. Μερικές φορές οι άνθρωποι με διαταραχή πανικού παρατηρούν ότι αισθάνονται νευρικότητα και ένταση όταν αρχίζουν να παίρνουν φάρμακα αυτού του τύπου. Αυξάνοντας τη δόση σταδιακά με μεγάλη προσοχή, οι παρενέργειες μπορεί να ελαττωθούν αν εμφανιστούν, συνήθως υποχωρούν μετά από μερικές εβδομάδες θεραπείας. Παρόλο που αυτά τα φάρμακα, σε γενικές γραμμές, είναι ασφαλή για όσους δεν αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας, δεν είναι κατάλληλα για όσους πάσχουν από προβλήματα στην καρδιά και το συκώτι. Επίσης, πρέπει να σημειωθεί ότι υπάρχουν κίνδυνοι σε περίπτωση υπερδοσολογίας ή λήψης του φαρμάκου σε συνδυασμό με αλκοόλ ή άλλα φάρμακα. Στη θεραπεία της διαταραχής πανικού χρησιμοποιούνται νεότερες ομάδες φαρμάκων: οι εκλεκτικοί αναστολείς πρόσληψης σεροτονίνης ή SSRI (φλουοξετίνη-Ladose, παροξετίνη-Seroxat και σετραλίνη-ZoIoft) και οι αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης ή MAOI (μοκλοβεμίδη-Aurorix). Τα παραπάνω φάρμακα είναι ασφαλέστερα για όσους πάσχουν από κάποια σοβαρή σωματική πάθηση και έχουν λιγότερες παρενέργειες. Συνήθως λαμβάνονται το πρωί, γιατί μπορεί να διαταράξουν τον ύπνο στα αρχικά στάδια της θεραπείας. Άλλες πιθανές παρενέργειες είναι οι πονοκέφαλοι και η ναυτία, που όμως υποχωρούν μετά τις πρώτες εβδομάδες θεραπείας. Παρόλο που αυτά τα φάρμακα φαίνεται να υπόσχονται πολλά, χρειάζονται περαιτέρω έρευνες για να επιβεβαιωθεί η αποτελεσματικότητά τους στη διαταραχή πανικού.

Οι βενζοδιαζεπίνες ή τα ήπια ηρεμιστικά

Η ομάδα φαρμάκων που ονομάζονται «βενζοδιαζεπίνες» συνταγογραφούνται συχνά για τη διαταραχή πανικού. Η ουσία που έχει ερευνηθεί εκτενέστατα σε αυτή την ομάδα είναι η αλπραζολάμη (Xanax), που είναι το ίδιο αποτελεσματική με την ιμιπραμίνη. Μία από τις πιο σημαντικές παρενέργειες αυτής της ουσίας είναι το αίσθημα καταστολής και η διάσπαση της προσοχής. Τα βασικότερα μειονεκτήματα αυτής της ομάδας είναι η ανάπτυξη ανοχής στο φάρμακο, δηλαδή όσο προχωρά η θεραπεία ίσως χρειάζεται να αυξάνεται η δόση για να επιτευχθεί το ίδιο αποτέλεσμα, η πρόκληση εθισμού και ο κίνδυνος εμφάνισης άλλων δυσάρεστων παρενεργειών, αν το φάρμακο διακοπεί απότομα. Αυτά τα στερητικά συμπτώματα μοιάζουν με τα συμπτώματα του πανικού και, επομένως, αποθαρρύνουν τα άτομα να διακόψουν τη λήψη του φαρμάκου. Η μείωση της δόσης θα πρέπει λοιπόν να ελέγχεται από έναν έμπειρο γιατρό. Πολλοί γιατροί προτείνουν την επιλεκτική χρήση αυτών των φαρμάκων, και μόνο για μια σύντομη περίοδο, με σκοπό (σε μακροχρόνια βάση) να υποκαταστήσουν τη φαρμακοθεραπεία για τον έλεγχο του άγχους με μη φαρμακευτικές μεθόδους.

Άλλα φάρμακα

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

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

4.1

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΦΟΒΙΑ

(ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΑΓΧΟΥΣ)



ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

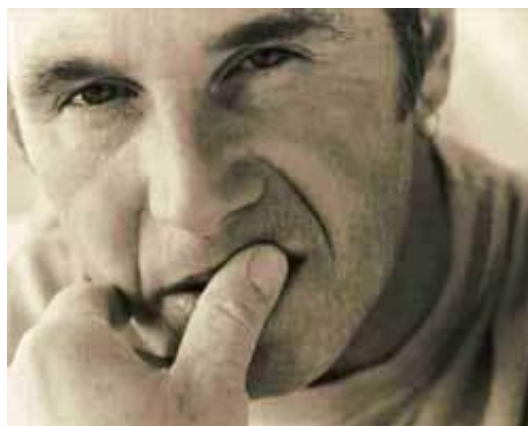
Το βασικό χαρακτηριστικό της Κοινωνικής Φοβίας είναι έντονος και επίμονος φόβος ταπείνωσης ή αμηχανίας σε κοινωνικές καταστάσεις ή σε καταστάσεις που το άτομο πρέπει να επιτελέσει κάτι μπροστά σε κόσμο.

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 άγνωστοι (γι' αυτό η διαταραχή ονομάζεται επίσης και Διαταραχή Κοινωνικού Άγχους). 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 μπορεί να είναι ότι δεν θα μπορέσει να μιλήσει. αν φοβάται να φάει, να πιει ή να γράψει δημόσια, ο φόβος του μπορεί να είναι ότι

θα βρεθεί σε δύσκολη θέση καθώς οι άλλοι θα δουν τα χέρια του να τρέμουν κ.ο.κ.³

Τα πιο συχνά εμφανιζόμενα σωματικά συμπτώματα σε πάσχοντες από κοινωνική φοβία είναι:

- Ταχυκαρδία
- Σφίξιμο ή πόνος στο στήθος
- Μούδιασμα ή μυρμήγκιασμα στα δάχτυλα του ποδιού ή του χεριού
- Στομαχικές διαταραχές
- Ανάγκη να πας στην τουαλέτα
- Αίσθημα ανησυχίας και νευρικότητας
- Τεντωμένοι μύες
- Εφίδρωση
- Μεταβολές στην αναπνοή
- Ζάλη
- Κοκκίνισμα



4.2

ΤΙ ΠΡΟΚΑΛΕΙ ΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΦΟΒΙΑ



Συχνά η κοινωνική φοβία σχετίζεται με χαμηλή αυτοεκτίμηση και αρνητική γνώμη για τον εαυτό, η διαμόρφωση της οποίας πιθανόν να έχει ξεκινήσει από την παιδική ηλικία. Επίσης, ορισμένοι άνθρωποι φαίνεται να είναι εκ φύσεως πιο αγχώδεις και έχουν μάθει να ανησυχούν, γεγονός που τους καθιστά ευάλωτους στην κοινωνική φοβία.

4.3

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΕΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ ΠΟΥ ΑΝΑΠΤΥΣΣΕΙ ΚΑΠΟΙΟΣ ΠΟΥ ΠΑΣΧΕΙ ΑΠΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΦΟΒΙΑ

- ✓ Κάποιες φορές καταφέρνει να πηγαίνει σε κοινωνικές εκδηλώσεις που τις θεωρεί δύσκολες αλλά αυτό το βρίσκει εξαιρετικά βασανιστικό και του προκαλεί έντονο άγχος
- ✓ Αποφεύγει να πηγαίνει σε κοινωνικές καταστάσεις που τις θεωρεί δύσκολες, ακόμα κι αν είναι άβολο γι' αυτόν. Για παράδειγμα, προτιμά να βγαίνει έξω για να αγοράσει σάντουιτς παρά να πάει σε ένα γεμάτο από κόσμο κυλικείο
- ✓ Αποφεύγει να μιλά στο τηλέφωνο
- ✓ Κάνει πράγματα για να βοηθήσει τον εαυτό του σε κοινωνικές καταστάσεις, όπως το να κάνει πρόβα σ' αυτά που πρόκειται να πει, το να προσφέρεται να βοηθήσει σε δουλειές όταν βρίσκεται σε κοινωνικούς χώρους ώστε να είναι συνέχεια απασχολημένος, το να μιλά για λίγο αλλά μετά να μετακινείται σε άλλο χώρο
- ✓ Δεν μπορεί να χαλαρώσει όταν βρίσκεται σε κοινωνικές καταστάσεις, αντίθετα πίνει περισσότερο, καπνίζει περισσότερο, μιλά βιαστικά, κινείται συνέχεια²

4.4

ΣΥΝΟΔΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΗΜΕΙΑ ΣΥΝΟΔΕΣ

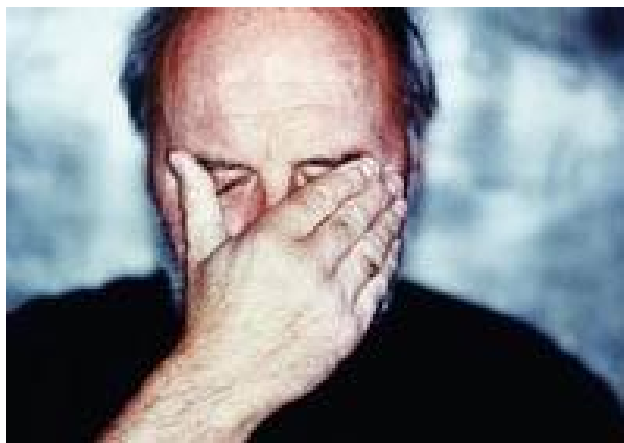
ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ. ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

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 ν' αποφεύγουν την επαφή με τα μάτια, μπορεί να δείχνουν το άγχος τους (ιδρωμένα κρύα χέρια, τρεμουλιαστή φωνή, τρεμούλα στα χέρια).

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) συνήθως είναι επιπλοκές της κοινωνικής φοβίας. Άλλες επιπλοκές της κοινωνικής φοβίας 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 κτλ. Συχνά με την κοινωνική φοβία γενικευμένη συνυπάρχει και αποφευκτική Διαταραχή της Προσωπικότητας.

4.5

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

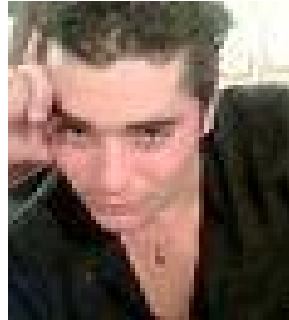


Στον γενικό πληθυσμό ή κοινωνική φοβία φαίνεται να είναι πιο συχνή στις γυναίκες. Σε κλινικούς πληθυσμούς, όμως, έχει την ίδια συχνότητα σε άντρες και γυναίκες ή είναι πιο συχνή στους άντρες.

Ο επιπολασμός ζωής της κοινωνικής φοβίας στον γενικό πληθυσμό κυμαίνεται ανάλογα με τις μελέτες από 3% ως 13%. Σε κλινικούς πληθυσμούς η συχνότητα της κοινωνικής φοβίας είναι το 10% ως 20% των αγχωδών διαταραχών.

4.6

ΕΝΑΡΞΗ. ΠΟΡΕΙΑ. ΠΡΟΓΝΩΣΗ



Αν και η κοινωνική φοβία μπορεί ν' 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.

Συχνά η πορεία της κοινωνικής φοβίας 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.

4.7

ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ



Άτομα που παρουσιάζουν προσβολές πανικού και κοινωνική αποφυγή μπορεί ν' αποτελέσουν μερικές φορές δύσκολο διαφοροδιαγνωστικό πρόβλημα. Τυπικά, η διαταραχή πανικού με αγοραφοβία χαρακτηρίζεται αρχικά από την εμφάνιση απροσδόκητων προσβολών πανικού και κατόπιν από την αποφυγή πολλαπλών καταστάσεων που θεωρούνται ότι μπορούν να εκλύσουν προσβολές πανικού. Αν και το άτομο στη διαταραχή πανικού μπορεί ν' αποφεύγει κοινωνικές καταστάσεις από τον φόβο του να τον δουν ενώ έχει μια προσβολή πανικού, η διαταραχή πανικού χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενες απροσδόκητες προσβολές πανικού που δεν περιορίζονται μόνο στις κοινωνικές καταστάσεις. Έτσι, η διάγνωση της κοινωνικής φοβίας δεν μπαίνει όταν ο μόνος κοινωνικός φόβος είναι μήπως οι άλλοι δουν το άτομο ενώ έχει μια προσβολή πανικού. Από την άλλη μεριά, τυπικά, η κοινωνική φοβία χαρακτηρίζεται από την αποφυγή κοινωνικών καταστάσεων με απουσία επαναλαμβανόμενων απροσδόκητων προσβολών πανικού. Αν συμβαίνουν προσβολές πανικού, είναι του τύπου

των συνδεδεμένων με ή προδιατεθειμένων από καταστάσεις προσβολών (π.χ. ένα άτομο που φοβάται μη βρεθεί σε δύσκολη θέση /αμηχανία αν μιλήσει μπροστά σε κόσμο βιώνει προσβολές Πανικού που εκλύονται μόνον από ομιλία δημόσια ή από άλλες κοινωνικές καταστάσεις).

Ορισμένες, όμως, περιπτώσεις μπορεί να είναι ανάμεσα στα τυπικά αυτά πρότυπα και χρειάζονται λεπτή κλινική κρίση για την επιλογή της πιο κατάλληλης διάγνωσης. Για παράδειγμα, ένα άτομο που δεν είχε προηγουμένως φόβο να μιλήσει δημόσια παθαίνει μια προσβολή Πανικού ενώ κάνει μια ομιλία και αρχίζει να φοβάται τις παρουσιάσεις. Αν το άτομο αυτό κατόπιν παθαίνει προσβολές πανικού μόνο σε κοινωνικές καταστάσεις όπου πρέπει να επιτελέσει κάτι μπροστά σε κόσμο (ακόμη κι αν ο εστιασμός του φόβου του είναι στην πιθανότητα να πάθει κι άλλη προσβολή πανικού), τότε η κατάλληλη διάγνωση είναι κοινωνική φοβία. Αν, όμως, το άτομο συνεχίζει να έχει απροσδόκητες προσβολές πανικού σε άλλες καταστάσεις, τότε η διάγνωση είναι διαταραχή πανικού με αγοραφοβία. Μπορούν, όμως, να δοθούν και οι δύο διαγνώσεις αν τα κριτήρια πληρούνται και για κοινωνική φοβία και για διαταραχή πανικού. Για παράδειγμα, ένα άτομο που είχε για μια ζωή φόβο και αποφυγή κοινωνικών καταστάσεων (κοινωνική φοβία) αναπτύσσει αργότερα προσβολές πανικού σε μη κοινωνικές καταστάσεις και μια ποικιλία από επιπρόσθετες συμπεριφορές αποφυγής (διαταραχή πανικού με αγοραφοβία).

Ο φόβος πιθανής ταπείνωσης ή αμηχανίας (και η συνεπακόλουθη αποφυγή κοινωνικών καταστάσεων εξαιτίας του), που είναι χαρακτηριστικός για την κοινωνική φοβία, μπορεί να υπάρχει και σ' άλλες καταστάσεις. Έτσι, σε διαταραχή πανικού με αγοραφοβία και σε αγοραφοβία χωρίς ιστορικό διαταραχής πανικού μπορεί το άτομο να φοβάται διάφορες καταστάσεις και γιατί νιώθει ότι σ' αυτές υπόκειται σε εξουχιστικό έλεγχο. Η δ. δ θα βασισθεί στο ότι οι φοβικές καταστάσεις είναι πολλές και χαρακτηριστικές στην αγοραφοβία με ή χωρίς διαταραχή

πανικού (π.χ. το να είναι το άτομο μόνο του στο σπίτι ή έξω από το σπίτι, το να είναι σε μια γέφυρα ή σ' ένα ανελκυστήρα, να ταξιδεύει με λεωφορείο, τραίνο, αυτοκίνητο ή αεροπλάνο) και στο ότι στις διαταραχές αυτές τα άτομα προτιμούν να μην είναι μόνα τους, αλλά να έχουν κοντά τους κάποιον έμπιστο συνοδό, ενώ στην κοινωνική φοβία δεν φοβούνται να είναι μόνα τους και σπάνια έχουν μια προσβολή πανικού όταν είναι μόνα τους. σε διαταραχή άγχους αποχωρισμού το άτομο μπορεί ν' αποφεύγει κοινωνικές καταστάσεις όχι μόνον από τον φόβο απομάκρυνσης από τους δικούς του, αλλά και από το φόβο μήπως έρθει σε δύσκολη θέση /αμηχανία αν αναγκασθεί να φύγει πρόωρα και να γυρίσει σπίτι. Γενικά, δεν δίνεται επιπλέον διάγνωση κοινωνικής φοβίας σε άτομα με διαταραχή άγχους αποχωρισμού (καθώς αυτά νιώθουν φόβο αμηχανίας μόνον έξω από το σπίτι τους, ενώ στην κοινωνική φοβία μπορεί να νιώσουν φόβο ακόμη κι αν η κοινωνική εκδήλωση γίνει στο σπίτι τους). Αν και φόβος αμηχανίας ή ταπείνωσης μπορεί να υπάρχει και στη γενικευμένη αγχώδη διαταραχή ή στην ειδική φοβία (π.χ. φόβος μήπως λιποθυμήσει ενώ του παίρνουν αίμα), οπωσδήποτε δεν αποτελεί τον κύριο εστιασμό του φόβου ή του άγχους του ατόμου.

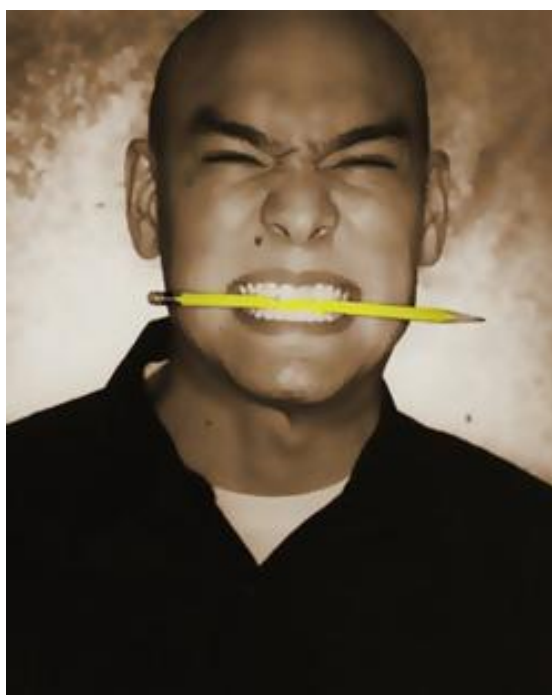
Η βαριά εκτεταμένη διαταραχή της ανάπτυξης και η σχιζοειδής διαταραχή της προσωπικότητας πρέπει επίσης να διαφοροδιαγνωσθούν από την κοινωνική φοβία με βάση την έλλειψη σ' αυτές ενδιαφέροντος για σχέση με άλλα άτομα, που απουσιάζει από την κοινωνική φοβία.

Η αποφευκτική διαταραχή της προσωπικότητας έχει πολλά κοινά χαρακτηριστικά με την κοινωνική φοβία και ιδιαίτερα τη γενικευμένη, οπότε αν πληρούνται τα κριτήρια και για τις δύο διαταραχές θα δοθούν και οι δύο διαγνώσεις.

Κοινωνικό άγχος και κοινωνική αποφυγή υπάρχουν και σε πολλές άλλες ψυχικές διαταραχές (π.χ. μείζων καταθλιπτική διαταραχή, δυσθυμική διαταραχή, σχιζοφρένεια, παραληρητική διαταραχή, σωματοδυσμορφική

διαταραχή). Εφόσον, όμως, τα συμπτώματα αυτά συμβαίνουν μόνον κατά τη διάρκεια της πορείας τους και εξηγούνται καλύτερα από αυτές τις διαταραχές, δεν μπαίνει η επιπρόσθετη διάγνωση της κοινωνικής φοβίας.

Σημειώνουμε ότι αν τελικά η κοινωνική αποφυγή είναι κλινικά σημαντική, τότε μπαίνει και η διάγνωση αγχώδης διαταραχή μη προσδιοριζόμενη . Τέλος, σημειώνουμε ακόμη, ότι φόβος να επιτελέσει κανείς κάτι μπροστά σε κόσμο δηλ. φόβος παράστασης (ομιλία, συνέντευξη, εμφάνιση στην τηλεόραση, να βγει στη σκηνή κτλ.) ή ντροπαλότητα μπροστά σε άγνωστα άτομα είναι στοιχεία που χαρακτηρίζουν πολλά άτομα και δεν πρέπει να διαγνωσθούν ως κοινωνική φοβία, εκτός αν προκαλούν κλινικά σημαντική έκπτωση λειτουργικότητας ή έντονη υποκειμενική ενόχληση.



5.1

ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΑΝΙΚΟΥ ΚΑΙ

ΑΓΟΡΑΦΟΒΙΑ

ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ. ΔΙΑΓΝΩΣΗ



Το βασικό χαρακτηριστικό της διαταραχής πανικού είναι επαναλαμβανόμενες απροσδόκητες προσβολές πανικού, που συνοδεύονται για τουλάχιστον ένα μήνα ή περισσότερο από επίμονη ανησυχία (άγχος) του ατόμου μήπως του ξανασυμβεί κάποια προσβολή πανικού, από ανησυχία και στενοχώρια για τις επιπτώσεις ή τις συνέπειες των προσβολών (π.χ. μήπως πεθάνει από καρδιά, μήπως τρελαθεί κτλ.) ή από σημαντική αλλαγή της συμπεριφοράς που σχετίζεται με τις προσβολές (π.χ. παραίτηση από τη δουλειά του).

Πρόκειται για μια προσβολή έντονου φόβου (= πανικού), δυσφορίας και εσωτερικής έντασης, όπου εμφανίζονται διάφορα σωματικά (συμπτώματα και επικρατεί μια αίσθηση επικείμενης καταστροφής).

Για να μπει η διάγνωση διαταραχής πανικού οι προσβολές πανικού πρέπει να είναι απροσδόκητες και να έχουν υπάρξει τουλάχιστον δύο προσβολές (συνήθως είναι πολύ περισσότερες). Συχνά όμως, υπάρχουν και προδιατεθειμένες από καταστάσεις προσβολές πανικού, όπως και συνδεδεμένες με καταστάσεις προσβολές πανικού επίσης όμως, συχνά υπάρχουν και προσβολές με περιορισμένα συμπτώματα.

Οι προσβολές πανικού εμφανίζονται ξαφνικά, κορυφώνονται σε λίγα λεπτά και διαρκούν 5'-30' (αν και οι ασθενείς μπορεί να νιώθουν ότι διαρκούν περισσότερο εκλαμβάνοντας ηπιότερα συνεχιζόμενα συμπτώματα ως πανικό ή μη αναγνωρίζοντας υποτροπές του πανικού).

Η συχνότητα και η βαρύτητα των προσβολών πανικού ποικίλλει. Άλλα άτομα έχουν πανικούς μια φορά την εβδομάδα για μήνες, άλλα έχουν καθημερινά για κάποιες μέρες και μετά δεν έχουν καθόλου ή έχουν αραιούς πανικούς για μήνες κ.ο.κ.

Αυτό που έχει σημασία για τον κλινικό είναι ότι οι προσβολές πανικού της διαταραχής πανικού μιμούνται πολλές «οργανικές» διαταραχές, οπότε οι ασθενείς επισκέπτονται πολλούς γιατρούς και κάνουν πολυάριθμες εξετάσεις, ώσπου επιτέλους η ιδέα ότι πρόκειται για διαταραχή πανικού έρθει στο μυαλό του γιατρού ή του ασθενή.

Τα άτομα που έχουν διαταραχή πανικού συνήθως αναπτύσσουν νευρικότητα και φόβο ανάμεσα στις προσβολές. Συχνά αυτή η νευρικότητα και ο φόβος ότι θα ξανασυμβεί η προσβολή με όλη την αίσθηση φοβερής δυσφορίας, ανημποριάς και απώλειας του ελέγχου που συνοδεύουν την προσβολή οδηγούν στην ανάπτυξη αγοραφοβίας.

Σήμερα, λοιπόν, γνωρίζουμε ότι στην κλινική πράξη η αγοραφοβία και η διαταραχή πανικού συμβαίνουν τόσο συχνά μαζί, που είναι λίγες

οι περιπτώσεις που η κάθε μία διαταραχή συναντιέται μόνη της. Γι' αυτό και την αγοραφοβία την περιγράφουμε ξεχωριστά από τις άλλες φοβίες μαζί με τη διαταραχή πανικού. Δεχόμαστε, λοιπόν, ότι στην πλειονότητα των περιπτώσεων αγοραφοβίας, τα φοβικά συμπτώματα είναι επιπλοκή της διαταραχής πανικού. Δηλαδή το άτομο, πρώτα υφίσταται μια ή περισσότερες προσβολές πανικού (άγχος πανικού), μετά αναπτύσσει τον φόβο ότι θα ξανασυμβεί (άγχος αναμονής) και μετά αρχίζει ν' αποφεύγει καταστάσεις όπου η πιθανότητα να συμβεί κάποια προσβολή πανικού του δημιουργεί έντονο φόβο (αγοραφοβία), ιδιαίτερα αν πρόκειται για καταστάσεις όπου είχε κάποια προσβολή πανικού στο παρελθόν. Μολονότι, συχνά, τέτοιες καταστάσεις είναι επισκέψεις σε μαγαζιά ή την αγορά γενικότερα (από όπου και ο όρος αγοραφοβία), ο βασικός φόβος είναι να βρίσκονται οι ασθενείς μακριά από την πηγή ασφάλειάς τους. Έτσι, φοβούνται μήπως πάθουν κάποια προσβολή πανικού σε δημόσιο χώρο και έρθουν σε δύσκολη θέση ή αμηχανία ή μήπως πάθουν κάποια προσβολή πανικού και δεν είναι κοντά στο γιατρό τους ή κοντά σε κάποιο νοσοκομείο. Αρχίζουν, λοιπόν, να αποφεύγουν μέρη με πολύ κόσμο (μαγαζιά, εστιατόρια, την εκκλησία, τα θέατρα, τους κινηματογράφους κτλ.), τις κάθε είδους απομακρύνσεις από τη βάση τους κ.ο.κ. Προοδευτικά, ο αριθμός των αγοραφοβικών καταστάσεων αυξάνει με αποτέλεσμα το άτομο να φοβάται να πάει μόνο του σε δημόσιους χώρους ή να ταξιδέψει και ζητά συνεχώς και περισσότερο τη συνοδεία κάποιου συντρόφου.

Έτσι λοιπόν, ανάλογα με το αν συνυπάρχει ή όχι διαταραχή πανικού και αγοραφοβίας, το DSM-IV διακρίνει διαταραχή πανικού με αγοραφοβία των οποίων τα διαγνωστικά κριτήρια παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα.

5.2

ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΑΝΙΚΟΥ ΧΩΡΙΣ ΑΓΟΡΑΦΟΒΙΑ

A).Και το 1) και το 2)

(1)Επαναλαμβανόμενες απροσδόκητες προσβολές πανικού

(2)Τουλάχιστον μια από τις προσβολές έχει ακολουθηθεί για 1 μήνα(ή περισσότερο)από ένα (ή περισσότερα)από τα παρακάτω

(α) Επίμονη ανησυχία του ατόμου μήπως έχει κι άλλες προσβολές.

(β) Στενοχώρια για τις επιπτώσεις της προσβολής ή τις συνέπειές της.

(γ) Σημαντική αλλαγή στη συμπεριφορά, που σχετίζεται με τις προσβολές

B) Απουσία αγοραφοβίας

Γ) Οι προσβολές πανικού δεν οφείλονται στα άμεσα φυσιολογικά αποτελέσματα της δράσης μιας ουσίας ή μιας γενικής ιατρικής κατάστασης

Δ) Οι προσβολές πανικού δεν εξηγούνται καλύτερα ως μια άλλη ψυχική διαταραχή, όπως κοινωνική φοβία, ειδική φοβία, ψυχαναγκαστική καταναγκαστική διαταραχή.

Υπάρχει, βέβαια, και η περίπτωση της εμφάνισης αγοραφοβίας χωρίς ιστορικό διαταραχής πανικού. Τα βασικά χαρακτηριστικά της αγοραφοβίας χωρίς ιστορικό διαταραχής πανικού είναι παρόμοια με εκείνα της διαταραχής πανικού με αγοραφοβία, εκτός από το ότι ο εστιασμός του φόβου είναι μήπως εμφανισθούν συμπτώματα παρόμοια του πανικού ή προσβολές με περιορισμένα συμπτώματα παρά πλήρεις προσβολές πανικού.

Πάνω από το 95% των ατόμων που παρουσιάζονται στις κλινικές για αγοραφοβία έχουν επίσης και διάγνωση ή ιστορικό διαταραχής πανικού, οπότε η αγοραφοβία χωρίς ιστορικό διαταραχής πανικού είναι οπωσδήποτε όχι συνηθισμένη διάγνωση.

Σημειώνουμε, ότι η διαταραχή αυτή, όπως άλλωστε και η διαταραχή πανικού με ή χωρίς αγοραφοβία, όπως περιγράφουμε παρακάτω, είναι πιο συχνή στις γυναίκες. Ακόμη, ότι η δ. δ της αγοραφοβίας χωρίς ιστορικό

διαταραχής πανικού θα γίνει από τη διαταραχή πανικού με αγοραφοβία, την κοινωνική φοβία, την ειδική φοβία, τη μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, την ψυχαναγκαστική καταναγκαστική διαταραχή και τη διαταραχή άγχους αποχωρισμού με βάση τα διαγνωστικά κριτήρια της κάθε μιας από αυτές τις διαταραχές³

Πίνακας. 1

Καταστάσεις που προκαλούν άγχος στους αγοραφοβικούς.

A. Περιορισμού

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

B. Μοναξιά

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

Πίνακας. 2.Στρατηγικές αποφυγής άγχους απο τους αγοραφοβικούς¹⁰

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

5.3

ΑΓΟΡΑΦΟΒΙΑ ΜΕ ΚΡΙΣΕΙΣ ΠΑΝΙΚΟΥ

Greg Miller. 24 χρονών ανύπανδρος. Προγραμματιστής υπολογιστών. Όταν ρωτήθηκε για το κύριο πρόβλημα του είπε: φοβάμαι να βγω έξω από το σπίτι μου ή να οδηγήσω το αυτοκίνητο μου. Τα προβλήματα του ασθενούς ξεκίνησαν πριν από ένα χρόνο περίπου. Εκείνη την περίοδο έπρεπε να διασχίσει καθημερινά με το αυτοκίνητο του μια γέφυρα για να πάει στην δουλειά του. Ενώ οδηγούσε στην μέση ενός δρόμου μεγάλης κυκλοφορίας με έξι ρεύματα άρχισε να σκέφτεται πόσο τρομερό θα ήταν αν του συνέβαινε κάποιο ατύχημα σε κείνη τη γέφυρα. Το μικρό και εύθραυστο αυτοκίνητο του θα μπορούσε να τσαλακωθεί σαν ένα κουτί μπύρας από αλουμίνιο, ενώ ο ίδιος θα μπορούσε να είχε ένα οδυνηρό και αιματηρό θάνατο ή ακόμη χειρότερα να μείνει ανάπηρος για όλη την υπόλοιπη ζωή του. Το αυτοκίνητο του θα μπορούσε ακόμη και εκσφενδονιστεί από την μια πλευρά της γέφυρας και να βυθιστεί στο ποτάμι. Καθώς συλλογιζόταν αυτές τις πιθανότητες άρχισε να αισθάνεται μια αυξανόμενη ένταση και ανησυχία. Έριξε μια ματιά μπροστά στα αυτοκίνητα και πίσω που βρισκόταν γύρω του και φοβήθηκε μήπως πέσει πάνω σε κάποιο. Την στιγμή εκείνη βίωσε ένα συντριπτικό συναίσθημα φόβου και πανικού. Η καρδιά άρχισε να χτυπά δυνατά και ένιωσε να άσφικτα. Άρχισε να παίρνει βαθιές ανάσες, αλλά το μόνο που κατάφερε ήταν να εντείνει την αίσθηση τις δυσφορίας. Ένιωθε ένα σφίξιμο στο στήθος και αναρωτήθηκε αν επρόκειτο να πεθάνει από καρδιακή προσβολή. Κατάλαβε ότι σίγουρα θα του συνέβαινε κάτι φοβερό σύντομα σταμάτησε το αυτοκίνητο του στην δεξιότερη λωρίδα κυκλοφορίας και προσπάθησε να επανακτήσει τον έλεγχο του σώματος και των συναισθημάτων του. Η κίνηση συσσωρεύτηκε πίσω του ενώ ακουγόταν κορναρίσματα και οι άλλοι οδηγοί τον έβριζαν. Στο αποκορύφωμα του

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

συνέπεια, να μείνει μέσα σχεδόν όλο το 24ωρο και γρήγορα κατέληξε να είναι φυλακισμένος στο ίδιο του το σπίτι¹⁷



5.4

ΣΥΝΟΔΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΣΥΝΟΔΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

ΚΑΙ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ



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

Πολλοί ασθενείς αναφέρουν ότι η πρώτη προσβολή πανικού ή υποτροπές του εμφανίσθηκαν ύστερα από κάποιο σημαντικό στρες π.χ. κάποια αρρώστια, κάποιο ατύχημα, απώλεια δουλειάς ή συχνά ύστερα από κάποια διαπροσωπική απώλεια όπως η διακοπή μιας σχέσης, διαζύγιο κτλ. Επίσης,

συχνά προσβολές πανικού συμβαίνουν κατά την επιλόχεια περίοδο ή ύστερα από τη λήψη ψυχοδραστικών ουσιών όπως το LSD ή η μαριχουάνα.

Συχνά συνυπάρχει μείζων καταθλιπτική διαταραχή (στο 50%-65% των περιπτώσεων), η οποία τις πιο πολλές φορές επιπλέκει τη διαταραχή πανικού και μερικές φορές προηγείται αυτής. Άλλη συχνή επιπλοκή είναι κάποια διαταραχή σχετιζόμενη με ουσίες και ιδιαίτερα η κατάχρηση αλκοόλ, το οποίο οι ασθενείς μπορεί να χρησιμοποιούν για ν' ανακουφίσουν («θεραπεύσουν») τις προσβολές πανικού ή το χρόνιο άγχος τους. Μπορεί επίσης, οι ασθενείς να χρησιμοποιήσουν αγχολυτικά, κάνναβη ή κοκαΐνη. Η δυσκολία των ασθενών να τα βγάλουν πέρα στην καθημερινή τους ζωή μπορεί να οδηγήσει σε απώλεια του ηθικού, σε απώλεια της εργασίας ή σε εγκατάλειψη των σπουδών ή ακόμη σε πλήρη αναπηρία (να μην μπορούν να βγουν από το σπίτι τους).

Συχνά συνυπάρχουν και άλλες αγχώδεις διαταραχές όπως κοινωνική φοβία (στο 15%-30%), ψυχαναγκαστική καταναγκαστική διαταραχή (στο 8%-10%), ειδική φοβία (στο 10%-20%), γενικευμένη αγχώδης διαταραχή (στο 25%), διαταραχή άγχους αποχωρισμού στην παιδική ηλικία (η οποία μπορεί και να προδιαθέσει στην ανάπτυξη διαταραχής πανικού). Εργαστηριακά αν και δεν υπάρχουν παθογνωμικά ευρήματα ειδικά για τη διαταραχή πανικού, εντούτοις ορισμένα εργαστηριακά ευρήματα είναι παθολογικά σε ορισμένα άτομα με διαταραχή πανικού. Τέτοια είναι η αντιρροπούμενη αναπνευστική αλκάλωση και η πρόκληση προσβολών πανικού ως απάντηση σε έγχυση γαλακτικού νατρίου ή σε εισπνοή CO₂.

Κατά τη διάρκεια των προσβολών μπορεί να συμβεί παροδική ταχυκαρδία και μέτρια αύξηση της συστολικής πίεσης.

5.5

ΕΝΑΡΞΗ ΠΟΡΕΙΑ ΠΡΟΓΝΩΣΗ



Αν και η ηλικία έναρξης της διαταραχής πανικού ποικίλλει, συνήθως η διαταραχή αρχίζει ανάμεσα στην όψιμη εφηβεία και την ηλικία των 35 (μπορεί, όμως, να εμφανισθεί και στην παιδική ηλικία ή και μετά τα 45). Η συνηθισμένη πορεία είναι χρόνια με υφέσεις και εξάρσεις. Σε ορισμένα άτομα όμως, μπορεί να έχουμε χρόνια συνεχή σοβαρή συμπτωματολογία. Η αγοραφοβία μπορεί να εμφανισθεί οποτεδήποτε, συνήθως όμως, εμφανίζεται μέσα στον πρώτο χρόνο από την έναρξη των προσβολών πανικού. Η πορεία τη αγοραφοβίας και η σχέση της με την πορεία των προσβολών πανικού ποικίλλει. Άλλες φορές υποχωρεί μαζί με την υποχώρηση των προσβολών, άλλες φορές, όμως, γίνεται χρόνια, άσχετα με την παρουσία ή όχι προσβολών πανικού.

Όσον αφορά τη μακρόχρονη πρόγνωση της διαταραχής πανικού, θα λέγαμε ότι (ύστερα από θεραπεία) το 50%-80% των ασθενών δείχνουν βελτίωση άλλοτε άλλου βαθμού, αν και πλήρης υποχώρηση της διαταραχής είναι ασυνήθιστη.

5.6

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ



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' ότι στους άνδρες.

5.7

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Η έρευνα για την αιτιολογία της 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 το υπόστρωμα του πανικού περιλαμβάνουν αύξηση των κατεχολαμινών στο κεντρικό νευρικό σύστημα, κάποια ανωμαλία στον υπομέλανα τόπο, υπερευαισθησία στο CO₂, διαταραχές στον μεταβολισμό του γαλακτικού οξέος, διαταραχές στο νευροδιαβιβαστικό σύστημα του γ-αμινοβουτυρικού οξέος (GABA) κ.ά. Οι υποθέσεις γι' αυτές βασίζονται κυρίως στην ικανότητα διαφόρων ουσιών να προκαλούν προσβολές πανικού (π.χ. το CO₂, 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' ότι σε διζυγώτες, ενώ στις οικογενειακές μελέτες οι βιολογικοί συγγενείς πρώτου βαθμού ατόμων με διαταραχή πανικού εμφανίζονται να έχουν τέσσερις ως επτά φορές μεγαλύτερη πιθανότητα ν' αναπτύξουν διαταραχή πανικού απ' ότι η ομάδα ελέγχου.

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 σε ενδοψυχική σύγκρουση. Το άγχος δηλαδή θεωρείται ως απάντηση του εγώ σε απαγορευμένες ασυνείδητες ενορμήσεις που έρχονται σε σύγκρουση με το εγώ και το υπερεγώ ή την πραγματικότητα. Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή έχουμε δύο είδη άγχους: το προειδοποιητικό άγχος, που κινητοποιείται από το εγώ για να προειδοποιήσει

το άτομο για την επαπειλούμενη εισβολή στο συνειδητό απαγορευμένων ενορμήσεων, οπότε και ενδυναμώνονται οι αμυντικοί μηχανισμοί για τον έλεγχο τους και διατηρείται η ψυχική ισορροπία και το αυτόματο (τραυματικό άγχος), που όταν συμβεί, το άτομο το βιώνει σαν πανικό και που μπορεί να εμφανισθεί όταν οι απαγορευμένες ενορμήσεις (είτε επειδή αδυνάτισαν οι άμυνες του εγώ είτε επειδή δυνάμωσαν πολύ οι ενορμήσεις) εισβάλουν στην 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 (συχνά με τη μορφή φαντασιωμένης τιμωρίας) της ύπαρξης της απαγορευμένης επιθυμίας (π.χ. αν το παιδάκι επιθυμεί να σκοτώσει τον μικρό αδελφό του, φοβάται ότι θα το τιμωρήσουν αυστηρά).

Οι πιο τυπικοί φόβοι που μπορούν να επανενεργοποιηθούν στην ενήλικη ζωή είναι:

- Απώλεια γονιού ή άλλου σημαντικού ατόμου ή αποχωρισμός από γονιό ή άλλο σημαντικό άτομο.
- Απώλεια της αγάπης λόγω θυμού ή αποδοκιμασίας από κάποιο σημαντικό άτομο.
- Βλάβη ή απώλεια των γεννητικών οργάνων (άγχος ευνουχισμού)
- Απώλεια της αυτοεκτίμησης, όταν το άτομο δεν καταφέρνει να ανταποκριθεί.³

5.8

Ο ΔΕΚΑΛΟΓΟΣ ΤΟΥ ΑΤΥΧΟΥ ΑΓΟΡΑΦΟΒΙΚΟΥ



1. Να κλειστεί στο ασανσέρ, ειδικά και με άλλα άτομα
2. Να πάει για κούρεμα. Ο χρόνος κουρέματος σε έχει πεθάνει
3. Να μπει στο Μετρό με κόσμο και το καλύτερο από όλα, να γίνει και μια ώρα διακοπή ρεύματος
4. Να μπλοκαριστεί σε μποτιλιάρισμα στη μεσαία λωρίδα.
5. Να πάρει ταξί (αν έχει τα κότσια) και να μπουν και κάνα δυο πελάτες ακόμη.
6. Να τον σταματήσει η Αστυνομία και να μην έχει ταυτότητα και να τον πάνε στο Τμήμα με το περιπολικό για εξακρίβωση στοιχείων.

- 7.** Να πάθει ζημιά το αυτοκίνητο και να πρέπει να το φορτώσει η Οδική Βοήθεια στην πλατφόρμα και να κάτσει δίπλα στον οδηγό της Οδικής Βοήθειας. (Τι πιο συναρπαστικό...)
- 8.** Να βρεθεί σε κάποια Έκθεση Σπιτιού και να έχει δεξιά και αριστερα έπιπλα χωρίς τζάμια και να του έρθει να φύγει στη μέση της έκθεσης. Ίδια απόσταση να πάει στην είσοδο, ίδια να πάει στην έξοδο. Καλά κρασιά...
- 9.** Εκεί που έχει δώσει στην ταμιά τα μισά του ψώνια στο σούπερ μάρκετ και τα άλλα μισά είναι στο καρότσι, να τελειώσει ταινία της ταμιακής μηχανής, ή να πάθει κάποια ζημιά και να πρέπει να συνεχίσει σε άλλο ταμείο. Μιλάμε η αποθέωση...
- 10.** Να κάνει το τραγικό λάθος να πάει σε κάποια έκθεση να κάνει test drive το αγαπημένο του αυτοκίνητο με συνοδηγό φυσικά τον υπεύθυνο της έκθεσης. Χάρμα... και να του πει ο συνοδηγός να μπει σε βενζινάδικο να βάλουν βενζίνη. Αυτό θα πει ΛΟΤΤΟ.¹⁶

6.1

ΕΙΔΙΚΗ ΦΟΒΙΑ

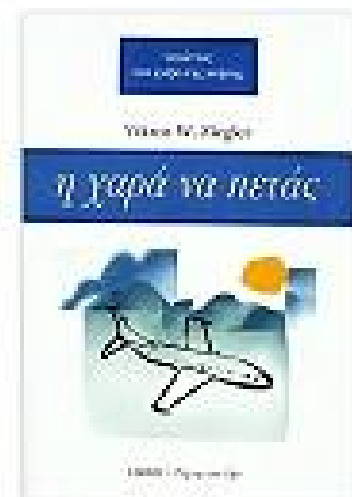
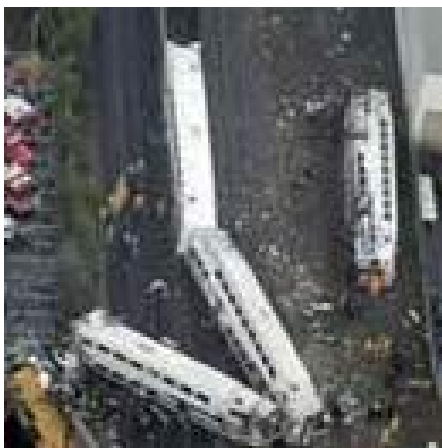
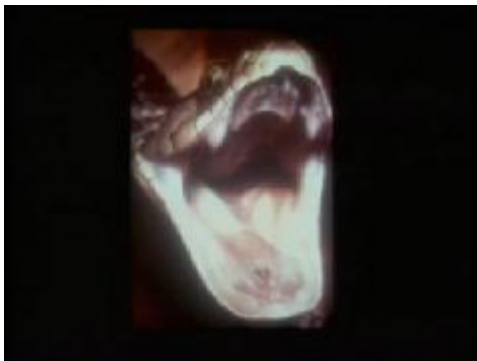


Το βασικό χαρακτηριστικό της ειδικής φοβίας είναι ένας έντονος και επίμονος φόβος κάποιων συγκεκριμένων αντικειμένων ή καταστάσεων.

Το άτομο με ειδική φοβία βιώνει έναν έντονο, επίμονο, υπερβολικό και παράλογο φόβο στην παρουσία ή σε αναμονή της συνάντησης με κάποιο συγκεκριμένο αντικείμενο ή κατάσταση. Τέτοια αντικείμενα ή καταστάσεις μπορεί να είναι: ζώα (και έντομα), το φυσικό περιβάλλον (π.χ. καταιγίδες, ύψος, νερό), το αίμα, οι ενέσεις ή τα τραύματα, διάφορες καταστάσεις (π.χ. δημόσιες συγκοινωνίες όπως λεωφορεία κτλ, τούνελ, γέφυρες, ανελκυστήρες, πτήσεις με αεροπλάνα, οδήγηση αυτοκινήτου, κλειστά μέρη), άλλες καταστάσεις που μπορεί π.χ. να οδηγήσουν το άτομο σε πνιγμονή, εμετό, να κολλήσει μια αρρώστια ή που να φοβάται ν' απομακρυνθεί από τους τοίχους μήπως πέσει (στα παιδιά, φόβοι δυνατών ήχων ή μεταμφιεσμένων προσώπων). 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 έλεγχό 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 έλεγχό του και ν' αρχίσει να ουρλιάζει σ' ένα κλειστό μέρος).

Το άγχος που νιώθει το άτομο κατά την έκθεσή του στο φοβικό αντικείμενο ή κατάσταση είναι τόσο μεγαλύτερο όσο πιο κοντά (στον χώρο ή στον χρόνο) είναι το φοβικό ερέθισμα και όσο πιο δύσκολη είναι η διαφυγή απ' αυτό. Μερικές φορές αναπτύσσονται πλήρεις προσβολές πανικού.³



Κλινικά χαρακτηριστικά ειδικών φοβιών

1. Τύπος Ζώων
2. Τύπος Φυσικού Περιβάλλοντος (π.χ. ύψη, καταγίδες, νερό)
3. Τύπος Αίματος — Ένεσης — Τραύματος
4. Τύπος Καταστάσεων (π.χ. αεροπλάνα, ασανσέρ, κλειστά μέρη)
5. Άλλος Τύπος (π.χ. φοβική αποφυγή καταστάσεων που μπορεί να οδηγήσουν το άτομο σε πνιγμονή, εμετό ή να κολλήσει μια αρρώστια στα παιδιά, αποφυγή δυνατών ήχων ή μεταμφιεσμένων προσώπων)²



Συνοπτικά, για να μιλήσουμε για κάποιο είδος φοβίας (π.χ. Φοβία για τα αεροπλάνα), θα πρέπει να πληρούνται οι εξής πέντε προϋποθέσεις:

- 1.** Το άτομο νιώθει υπερβολικό άγχος στην παρουσία ή στην σκέψη πτήσης με αεροπλάνο.
- 2.** Η ξαφνική έκθεση στο φοβικό αντικείμενο προκαλεί άμεσα έντονο άγχος στο άτομο, άγχος που δύναται να φτάσει σε επίπεδο κρίσης πανικού.
- 3.** Το άτομο πρέπει να αποδεχτεί ότι ο φόβος του είναι υπερβολικός κι αδικαιολόγητος.
- 4.** Το φοβικό αντικείμενο αποφεύγεται ή, όταν αυτό δεν είναι εφικτό, υπομένεται με δυσκολία.
- 5.** Τέλος, η κατάσταση αυτή προκαλεί δυσλειτουργία στη ζωή του ατόμου.²



6.2

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ

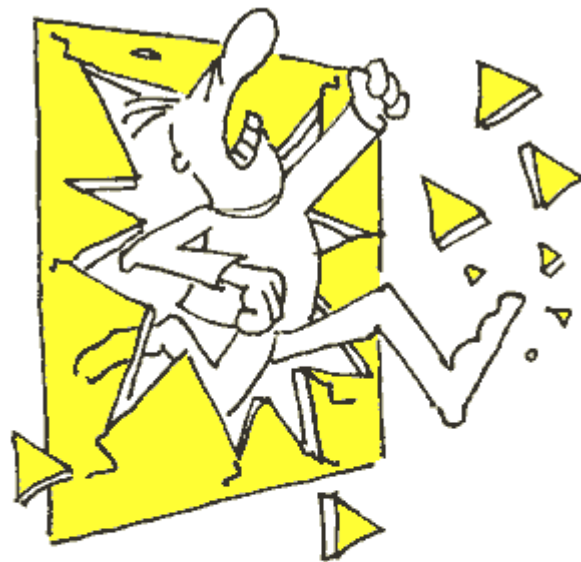


- A.** Έντονος και επίμονος φόβος που είναι υπερβολικός ή παράλογος, εκλυόμενος από την παρουσία ή την αναμονή ενός συγκεκριμένου αντικειμένου ή κατάστασης(π.χ. πτήση, ύψη , ζώα, το να κάνει το άτομο ένεση)
- B.** Η έκθεση στο φοβικό ερέθισμα σχεδόν πάντα προκαλεί άμεση απάντηση άγχους, που μπορεί να παίρνει τη μορφή μιας συνδεδεμένης με ή προδιατεθειμένης από την κατάσταση προσβολής πανικού. Σημείωση: Στα παιδιά, το άγχος μπορεί να εκφράζεται με κλάματα, εκρήξεις θυμού, πάγωμα ή προσκόλληση στους άλλους.
- Γ.** Το άτομο αναγνωρίζει ότι ο φόβος του είναι υπερβολικός ή παράλογος.
- Δ.** Η φοβική κατάσταση(εις) αποφεύγεται ή αλλιώς υπομένεται με έντονο άγχος ή υποκειμενική ενόχληση

Ε. Η αποφυγή, η αγχώδης αναμονή ή η υποκειμενική ενόχληση κατά την(τις) επίφοβη(ες) κατάσταση(εις) 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 ή υπάρχει έντονη υποκειμενική ενόχληση που το άτομο έχει τη φοβία.

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.)³

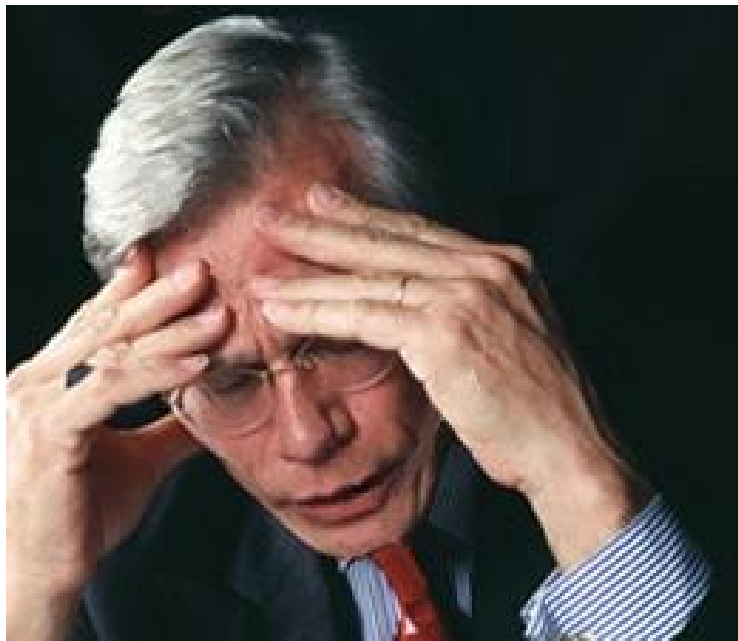


I'M STRESSED
AND I WANT TO
BREAK SOMETHING

6.3

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Οι ειδικές φοβίες είναι συχνότερες στις γυναίκες απ' ότι στους άντρες. Αν και οι φοβίες αντικειμένων και καταστάσεων είναι συχνές στον γενικό πληθυσμό, εντούτοις σπάνια οδηγούν σε λειτουργική έκπτωση ή υποκειμενική ενόχληση αρκετή για να δικαιολογήσει τη διάγνωση της ειδικής φοβίας. Ο επιπολασμός που αναφέρεται σε διάφορες έρευνες ποικίλλει ανάλογα με τον βαθμό έκπτωσης ή υποκειμενικής ενόχλησης που χρησιμοποιήθηκε σαν όριο και τον αριθμό των τύπων των φοβιών που διερευνήθηκαν. Σε δείγματα, λοιπόν, γενικού πληθυσμού ο επιπολασμός ζωής κυμαίνεται μεταξύ 10% και 11,3%. Σε κλινικούς πληθυσμούς ενηλίκων φοβικών ο πιο συχνός τύπος είναι των καταστάσεων και ακολουθούν του φυσικού περιβάλλοντος, του αίματος -ένεσης-τραύματος και των ζώων.³



6.4

ΕΝΑΡΞΗ, ΠΟΡΕΙΑ, ΠΡΟΓΝΩΣΗ



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 εμφανισθεί και στη νεαρή ενήλικη ζωή. Ο τύπος καταστάσεων έχει δύο κορυφώσεις στη συχνότητα εμφάνισης, μία στην παιδική ηλικία και μία γύρω στα 25. Ο φόβος πνιγμονής μπορεί να εμφανισθεί οποτεδήποτε, συνήθως ύστερα από ένα συμβάν σχεδόν πνιγμονής. 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, το να γίνει κανείς

μάρτυρας του τραυματισμού ή του φόβου άλλων ατόμων και επανειλημμένες προειδοποιήσεις για κινδύνους από τους γονείς, τα μέσα μαζικής ενημέρωσης κτλ.

Οι ειδικές φοβίες τείνουν να υποχωρήσουν αυτόματα με την ηλικία. Όταν οι ειδικές φοβίες επιμένουν στην ενήλικη ζωή, τότε συχνά γίνονται χρόνιες (αν και σπάνια προκαλούν σημαντική αναπηρία του ατόμου).



6.5

ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Οι ειδικές φοβίες διαφέρουν από τις άλλες αγχώδεις διαταραχές στο ότι το ενδιάμεσο άγχος που νιώθει το άτομο συνήθως δεν είναι έντονο. Έτσι, τυπικά η δ. δ από τη διαταραχή πανικού με αγοραφοβία θα βασισθεί στο ότι το άτομο δεν νιώθει διάχυτο άγχος και φόβο, καθώς ο φόβος του περιορίζεται σε συγκεκριμένες καταστάσεις ή αντικείμενα (αν, βέβαια, οι συνθήκες ζωής κάνουν πιθανή ή απαιτήσουν έκθεση στη φοβική κατάσταση (π.χ. ανάγκη για αεροπορικά ταξίδια σ' ένα άτομο που έχει φοβία πτήσης), τότε μπορεί να εμφανισθεί έντονο άγχος αναμονής).

Η διαφοροδιάγνωση της ειδικής φοβίας, τύπου καταστάσεων από διαταραχή πανικού με αγοραφοβία μπορεί να είναι ιδιαίτερα δύσκολη, καθώς και οι δύο διαταραχές μπορεί να περιλαμβάνουν προσβολές πανικού και αποφυγή παρόμοιων καταστάσεων (π.χ. οδήγησης, αεροπορικών ταξιδιών, μετακινήσεων με λεωφορείο ή κλειστών χώρων). Τυπικά, η διαταραχή πανικού με αγοραφοβία χαρακτηρίζεται στην αρχή από την εμφάνιση απροσδόκητων προσβολών πανικού και κατόπιν από την αποφυγή πολλαπλών καταστάσεων, που θεωρούνται ότι μπορεί να οδηγήσουν στην έκλυση προσβολών πανικού. Τυπικά, η ειδική φοβία, τύπος καταστάσεων χαρακτηρίζεται από αποφυγή διαφόρων καταστάσεων με απουσία επαναλαμβανόμενων απροσδόκητων προσβολών πανικού. Υπάρχουν όμως, και κλινικές περιπτώσεις που βρίσκονται ανάμεσα σ' αυτά τα δύο πρότυπα και απαιτούν προσεκτική κλινική εκτίμηση για να μπει η διάγνωση. Τη δύσκολη αυτή δ. δ 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. Για παράδειγμα, ένα άτομο που δεν είχε πριν φοβηθεί ή αποφύγει τους ανελκυστήρες παθαίνει μια προσβολή πανικού ενώ είναι μέσα σ' ένα ανελκυστήρα και αρχίζει να φοβάται να πάει στη δουλειά του γιατί πρέπει να χρησιμοποιήσει ανελκυστήρα για να φθάσει στο πολύ υψηλό πάτωμα που είναι το γραφείο του. Αν στη συνέχεια αυτό το άτομο παθαίνει προσβολές πανικού μόνο στους ανελκυστήρες (ακόμη κι αν ο εστιασμός του φόβου είναι στην προσβολή πανικού), τότε η κατάλληλη διάγνωση είναι ειδική φοβία. Αν όμως, το άτομο παθαίνει απροσδόκητες προσβολές πανικού σε άλλες καταστάσεις και αρχίζει ν' αποφεύγει ή να υπομένει με φόβο άλλες καταστάσεις εξαιτίας του φόβου μιας προσβολής πανικού, τότε η διάγνωση είναι διαταραχή πανικού με αγοραφοβία. Επιπλέον, η παρουσία έντονου φόβου μήπως πάθει μια προσβολή πανικού, ακόμη κι όταν δεν προβλέπεται έκθεση σε κάποια φοβική κατάσταση, επίσης υποστηρίζει τη διάγνωση διαταραχής πανικού με αγοραφοβία. Αν τώρα το άτομο παθαίνει απροσδόκητες προσβολές πανικού σε άλλες καταστάσεις, αλλά δεν αναπτύσσεται επιπρόσθετα αποφυγή ή μια συναισθηματική κατάσταση όπου την υπομένει με φόβο, τότε η κατάλληλη διάγνωση είναι διαταραχή πανικού χωρίς αγοραφοβία. Μερικές φορές θα μπει διπλή διάγνωση ειδικής φοβίας και διαταραχής πανικού με αγοραφοβία, εφόσον ο εστιασμός του φόβου αφορά και τις δύο διαταραχές. Για παράδειγμα, αποφυγή του ατόμου να μείνει μόνο του επειδή φοβάται μήπως έχει απροσδόκητες προσβολές πανικού δικαιολογεί τη διάγνωση διαταραχής πανικού με αγοραφοβία (εφόσον πληρούνται και τα άλλα κριτήρια), ενώ η επιπλέον αποφυγή αεροπορικών ταξιδιών από φόβο π.χ. μήπως πέσει το αεροπλάνο δικαιολογεί την επιπρόσθετη διάγνωση ειδικής φοβίας.

Η δ. δ ειδικής φοβίας και κοινωνικής φοβίας θα γίνει πάλι με βάση τον εστιασμό του φόβου (π.χ. αν το άτομο αποφεύγει να φάει σε εστιατόριο επειδή φοβάται την αρνητική εκτίμηση /κριτική των άλλων πρόκειται για

κοινωνική φοβία αν φοβάται μην πνιγεί τρώγοντας πρόκειται για ειδική φοβία).

Το ιστορικό ενός σοβαρού στρεσογόνου παράγοντα και η επαναβίωση του τραυματικού γεγονότος θα δ. δ την αποφυγή στη Διαταραχή Μετά Από ψυχοτραυματικό στρες. Η σύνδεση της αποφυγής με το περιεχόμενο ενός ψυχαναγκασμού (π.χ. βρωμιά, μόλυνση) θα δ. δ την ψυχαναγκαστική καταναγκαστική διαταραχή. Σε άτομα με διαταραχή άγχους αποχωρισμού πολύ σπάνια να δικαιολογηθεί επιπρόσθετη διάγνωση ειδικής φοβίας (η αποφυγή συνδέεται με φόβο αποχωρισμού και 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·δεν πιστεύει ότι ήδη έχει μια αρρώστια).

Εφόσον η αποφυγή περιορίζεται αποκλειστικά και μόνον στην τροφή (χωρίς φόβο πνιγμονής ή αρνητικής εκτίμησης από τους άλλους) σε άτομα με ψυχογενή ανορεξία ή ψυχογενή βουλιμία δεν θα δοθεί η διάγνωση ειδικής φοβίας.

Άτομα με σχιζοφρένεια ή κάποια άλλη ψυχωτική διαταραχή (π.χ. παραληρητική διαταραχή) μπορεί ν' αποφεύγουν ορισμένες δραστηριότητες εξαιτίας παραληρητικών ιδεών, αλλά δεν αναγνωρίζουν ότι ο φόβος τους είναι υπερβολικός ή παράλογος.

Κάθε μορφής φόβοι είναι πολλοί συχνοί, ιδιαίτερα στην παιδική ηλικία, αλλά δεν συνιστούν ειδική φοβία, εκτός αν παρεμποδίζουν σημαντικά τη λειτουργία του ατόμου ή του προκαλούν έντονη υποκειμενική ενόχληση³

6.6

ΣΥΝΟΔΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ. ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

ΕΙΔΙΚΗΣ ΦΟΒΙΑΣ



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).

Ορισμένες φορές κάποια ειδική φοβία μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρό περιορισμό των δραστηριοτήτων του ατόμου, να οδηγήσει σε απώλεια εργασίας κτλ.

Ο τύπος αίματος-ένεσης-τραύματος συχνά χαρακτηρίζεται από έντονη αντίδραση του πνευμονογαστρικού που οδηγεί σε λιποθυμία, οπότε το άτομο μπορεί ν' αποφεύγει απαραίτητη ιατρική ή οδοντιατρική φροντίδα. Παρόμοια, φόβοι πνιγμονής μπορεί να οδηγήσουν σε προβλήματα υγείας από την αποφυγή στερεάς τροφής ή φαρμάκων που λαμβάνονται από το στόμα.³

6.7

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΕΙΔΙΚΗΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΟΒΙΑΣ



Όπως και στη θεραπευτική προσέγγιση της διαταραχής πανικού και αγοραφοβίας, έτσι και στη θεραπεία της ειδικής και της 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 φαρμακευτικής αγωγής.

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 απευαισθητοποίησης στη φαντασία και βαθμιαίας (κλιμακωτής) έκθεσης in vivo (π.χ. πρώτα βλέπει με τη φαντασία της ένα φίδι, μετά στη φωτογραφία, μετά βλέπει ένα ζωντανό φίδι). Η συμπεριφορική θεραπεία μπορεί να γίνει καν σε ομάδα (π.χ. για φόβο αεροπορικών ταξιδιών).

Η θεραπεία συμπεριφοράς μπορεί να βοηθηθεί επίσης από τεχνικές της **γνωστικής θεραπείας**, που προσπαθούν να τροποποιήσουν δυσλειτουργικές

σκέψεις του φοβικού ασθενή για τον 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.



Όσον αφορά τη **φαρμακευτική αγωγή**, αυτή μπορεί να χρειασθεί για ορισμένους ασθενείς κατά προτίμηση σε συνδυασμό με την υποστηρικτική- συμπεριφορική -(γνωστική) ψυχοθεραπεία. Έτσι, ιδιαίτερα σε ασθενείς με κοινωνική φοβία μπορεί να χορηγηθούν αναστολείς της ΜΑΟ, αλπραζολάμη (με τις επιφυλάξεις που διατυπώσαμε και στη θεραπεία της διαταραχής πανικού και αγοραφοβίας) 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 στην Ειδική και κοινωνική φοβία και επίσης άτομα με κοινωνική φοβία συνήθως είναι υπερευαίσθητα στις παρενέργειές τους και μπορεί ν' αναπτύξουν ανησυχία, ευερεθιστότητα και αϋπνία σε σχετικά χαμηλές δόσεις.

Πάντως, όταν η φαρμακευτική αγωγή διακοπεί, οι ασθενείς τείνουν να υποτροπιάσουν (ίσως λιγότερο, αν πάλεψαν τη φοβία τους με συνδυασμό ψυχοθεραπείας και φαρμακευτικής αγωγής.³



7.1

ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ



7.1.1

ΑΓΟΡΑΦΟΒΙΑ-ΣΙΔΗΡΟΔΡΟΜΟΦΟΒΙΑ

Η Ντέβορ που κατοικεί στην Ουάσιγκτον πάσχει από αγοραφοβία, που της δημιουργεί πανικό όταν βρίσκεται σε ανοιχτούς ή συνωστισμένους χώρους.

«Η αγοραφοβία με είχε παγιδεύσει στο σπίτι μου για 9 μήνες. Ήμουν κολλημένη στο κρεβάτι μου. Σηκωνόμουν μόνο για να πάω στην τουαλέτα ή να πάρω κάποιο χάπι. Η καρδιά μου αρχίζει και χτυπάει σαν τρελή. Κόβεται η ανάσα μου και λαχανιάζω. Άλλα συμπτώματα είναι η θολή όραση, η ζαλάδα, η αποδιοργάνωση, και ο αποπροσανατολισμός.»

Μετά από 9 μήνες αιχμαλωσίας στο σπίτι της η Ντέβορ απευθύνθηκε για βοήθεια σε ψυχοθεραπευτή, ο οποίος ανακάλυψε ότι η Ντέβορ πάσχει από ένα σύμπλεγμα τραυματικών φοβιών.



Για να κατορθώσει η Ντέβορ να βγαίνει από το σπίτι της χρειάστηκαν μήνες θεραπείας, αλλά η ασθενής είχε μία βαθύτερη φοβία που της προκαλούσε μεγαλύτερη ψυχική διαταραχή την σιδηροδρομοφοβία. Για τους περισσότερους από εμάς ο σιδηρόδρομος είναι ένα μέσο μεταφοράς, αλλά η Ντέβορ δεν μπορούσε ούτε καν να μπει σε σιδηροδρομικό σταθμό.¹

7.1.2

ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΑΝΙΚΟΥ



Ήμωνα σε ένα φίλο μου και βλέπαμε ταινία, ξαφνικά ένιωσα κάτι να μην πηγαίνει καλά, ηλεκτρισμός άρχισε να διαπερνάει όλο μου το κορμί, η καρδιά μου άρχισε να χτυπάει σαν τρελή, το σάλιο από το στόμα μου είχε στερέψει , και συνεχώς ρωτούσα το φίλο μου, αν είμαι ο μοναδικός άνθρωπος στον οποίο συμβαίνει αυτό, ή το έχουν νιώσει και άλλοι.

Όσο περνούσε η ώρα, τα συμπτώματα άρχισαν να χειροτερεύουν, με αποτέλεσμα να ζητάω επίμονα να μεταβώ σε κάποιο νοσοκομείο. Αφού πήγα στο κοντινότερο εφημερεύον, αντί να με μεταφέρουν στην καρδιολογική μονάδα, αφού όπως νόμιζα είχα πρόβλημα με την καρδιά μου, με πήγαν στην ψυχολογική, αφήνοντας με (πάλι προς μεγάλη μου έκπληξη) να περιμένω στο χώρο αναμονής. Αφού μπήκα μέσα, ο γιατρός μου έκανε κάποιες ερωτήσεις οι οποίες λίγη σημασία έχουν και μου έδωσε ένα χάπι

λέγοντάς μου ότι με αυτό θα περάσει, και με έστειλε σπίτι μου (ήδη τα συμπτώματα είχαν υποχωρήσει αισθητά).

Οι μέρες περνούσαν εγώ ήμουν σχετικά καλά αν εξαιρέσουμε κάποιο βάρος που ένιωθα πίσω στο σβέρκο και το αυξημένο άγχος που είχα. Όσπου μετά από λίγες μέρες ενώ ήμουν μόνος στο σπίτι, άρχισα να έχω πόνο στο στήθος, αυτό ήταν, ο εφιάλτης που είχα ζήσει λίγες μέρες πριν είχε επανέλθει. Αμέσως κυριεύτηκα από έντονο άγχος, σωματικά συμπτώματα τέτοια, ικανά να κάνουν τον φόβο που είχα μέχρι τότε, τρόμο.

Τα πάντα γύρω μου γύριζαν, δεν μπορούσα να αναπνεύσω κανονικά , ένιωθα σαν να μη μου φτάνει ο αέρας, η καρδιά μου χτύπαγε σαν τρελή κάποιες στιγμές έβλεπα τα πάντα γύρω μου θαμπά. Στη χρονική περίοδο που ακολούθησε αυτά τα φαινόμενα άρχισαν να γίνονται καθημερινά , η ζωή μου είχε πλέον αλλάξει ή έτσι ένιωθα εγώ.

Νόμιζα πως τίποτα πλέον δε λειτουργεί σωστά, η απογοήτευση και η λύπη σε συνάρτηση με το συνεχόμενο φόβο που ένιωθα με είχε κυριέψει, νόμιζα οτι θα τρελαθώ και είχα την πεποίθηση ότι αργά ή γρήγορα θα χάσω τη ζωή μου.

Εν τω μεταξύ είχα επισκεφθεί ψυχίατρο, αφού όπως μου είχαν πει το πρόβλημά μου είναι ψυχολογικό, όπου μου εξήγησε ότι δεν έχω τίποτα, καθώς και ότι το πρόβλημά μου ονομάζεται διαταραχή πανικού και ότι είναι αγχώδης διαταραχή κλπ. Όπως μου είχαν πει όλοι μέχρι τότε. Επίσης μου συνέστησε να παίρνω κάποια χάπια με τα οποία ένιωθα καλύτερα, και με τα οποία πήρα θάρρος και άρχισα να κάνω πάλι κάποιες δραστηριότητες , που πριν λόγω του προβλήματος μου είχα κόψει ή περιορίσει αισθητά.(π .χ να αθλούμαι έντονα, να κουράζομαι πολύ, να φλερτάρω κλπ.)

Πλέον ότι και αν έκανα ή όπου και αν πήγαινα έπρεπε να έχω χάπι κοντά μου, και μερικές φορές που ένιωθα δυσάρεστα αισθήματα και άγχος έπαιρνα παραπάνω δόση, κατά τη συμβουλή του γιατρού.

Περνώντας ο καιρός η αμφιβολία, ότι μπορεί να πάθω ανακοπή και το άγχος παρέμενε, αλλά γενικώς ήμουνα καλύτερα ή έτσι νόμιζα κυρίως λόγω χαπιών. Είχα πλέον μπει σε ένα κανονικό ξανά τρόπο ζωής.

Ωστόσο σε μια προσπάθεια να μειώσω τα χάπια, άρχισαν πάλι τα ίδια συμπτώματα που προανέφερα, με αποτέλεσμα εγώ να έχω περισσότερο άγχος και φόβο και πλέον να έχω αισθήματα κατάθλιψης και πεποίθησης ότι το πρόβλημά μου δεν πρόκειται ποτέ να περάσει. Επιπρόσθετα άρχισα να κάνω πολύ άσχημες σκέψεις, ότι μπορεί να πεθάνω από ανακοπή κλπ. Και να νιώθω πως τα πάντα είχαν αλλάξει προς το χειρότερο.¹⁶



7.1.3

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΦΟΒΙΑ

Το πρόβλημά μου είναι το ότι κοκκινίζω. Κοκκινίζω πολύ έντονα και πολύ συχνά. Αυτό συμβαίνει στις κοινωνικές μου συναναστροφές. Όταν βρίσκομαι σε κάποια παρέα, στο γυμναστήριο, ή παίρνω μέρος σε μια συζήτηση, έχω έντονη στο μυαλό μου τη σκέψη ότι κάτι θα μου πει κάποιος, κυρίως θα με κοροϊδέψει για κάτι, θα κάνει απλά πλάκα, θα με προσβάλει κι εγώ αντί να αμυνθώ, θα κοκκινίσω. Και ο άλλος τότε θα με κοροϊδέψει ή θα φωνάξει δυνατά στους άλλους ότι κοκκίνισα και θα με κοιτάει με

περιέργεια. Ή ότι τέλος πάντων κάποιος μπορεί να μου πει κάτι αστείο, όχι προσβλητικό, να ανοίξει μια κουβέντα κι εγώ να κοκκινίσω και να το σχολιάσει ο άλλος με περιέργεια ή διάθεση για πλάκα ή να με λυπηθεί.

Το αποτέλεσμα είναι ότι φοβάμαι τις κοινωνικές συναναστροφές. Νιώθω φόβο και άγχος ότι η ηρεμία που νιώθω σε μια παρέα είναι παροδική και ότι δεν πρέπει να επαναπαύομαι, γιατί θα με προσβάλει κάποιος ή θα μου μιλήσει απλά, κι εγώ θα φερθώ σαν μικρό παιδί που ντρέπεται και κοκκινίζει μόλις του μιλάνε.

Δεν μπορώ να ελέγξω το κοκκίνισμα και έτσι πολλές φορές νιώθω άσχημα και στενοχωριέμαι όταν καταλαβαίνω ότι κοκκίνισα τη στιγμή που γνωρίζω κάποιον για πρώτη φορά, που μιλάω με κάποιον γνωστό, κ.λπ. Εννοείται ότι περιορίζω τις δραστηριότητές μου ώστε να μην εκτίθεμαι σε μεγάλες παρέες, να μην ξεκινώ μια συζήτηση ή φιλική κουβέντα. Και φυσικά, το να ασχοληθώ επαγγελματικά ως καθηγήτρια και να είμαι το επίκεντρο μιας συνολικής τάξης είναι αδιανόητο. Εγώ δεν τα καταφέρνω στις διαπροσωπικές μου σχέσεις που για άλλους είναι αυτονόητες.¹⁶

8.1

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



Η νοσηλευτική της ψυχικής υγείας ως επιστήμη, ως αντικείμενο έρευνας και ως κλινική άσκηση εμπνέεται και κατευθύνεται από ένα τρίπτυχο θεμελιωδών αρχών

- 1) Ολική θεώρηση και προσέγγιση του ανθρώπου, υγιούς ή αρρώστου, ως μοναδικής και αδιαίρετης βιοψυχοκοινωνικής και πνευματικής οντότητας
- 2) Πίστη στην ατίμητη οντολογική αξία του ανθρώπου, της υγείας και της ζωής του
- 3) Εξατομικευμένη και αμέριστη φροντίδα του ανθρώπου και της υγείας του με σεβασμό και θερμό ενδιαφέρον.

Ο αξιολογικός αυτός προσανατολισμός μπορεί να συμβάλλει στην πληρέστερη και αρτιότερη χρησιμοποίηση όλων των επιστημονικών γνώσεων και όλης της κλινικής πείρας, αλλά και στην έρευνα, ώστε να αναδειχθεί η νοσηλευτική ψυχικής υγείας πράγματι θεραπευτική ¹²

8.2

ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η φύση του αντικειμένου των υπηρεσιών ψυχικής υγείας απαιτεί τη συμμετοχή περισσότερων του ενός επαγγελματιών ψυχικής υγείας. Τα μέλη της ψυχιατρικής θεραπευτικής ομάδας συνεργάζονται και συντονίζουν τις προσπάθειές τους με στόχο τη βελτίωση της κατάστασης των ασθενών. Η Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας στηρίζεται στο θεωρητικό οικοδόμημα της Βασικής Νοσηλευτικής, που ως επιστήμη και κλινική πρακτική εστιάζει το ενδιαφέρον της στα τρία στάδια πρόληψης:

- α) προαγωγή και διατήρηση της υγείας (πρωτοβάθμια),
- β) παροχή φροντίδας και θεραπεία (δευτεροβάθμια)
- γ) αποκατάσταση (τριτοβάθμια).

Τις τελευταίες δεκαετίες, η ταυτότητα του νοσηλευτή που ασχολείται με ψυχιατρικούς ασθενείς έχει σημαντικά διαφοροποιηθεί. Έτσι, από τον παραδοσιακό ρόλο του «φύλακα» ασθενών και απλού «εκτελεστή» των ιατρικών οδηγιών, έφθασε, μέσω της εκπαίδευσης και ειδίκευσης, στην ανάληψη πιο ενεργού ρόλου στη θεραπευτική ομάδα. Ο Αμερικανικός Σύνδεσμος Νοσηλευτών(ANA) ορίζει ως Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας «έναν ειδικό τομέα νοσηλευτικής άσκησης, που ως επιστήμη επικεντρώνεται σε θεωρίες ανθρώπινης συμπεριφοράς και ως κλινική πρακτική στη δυναμική χρήση του εαυτού κάθε ατόμου». Πραγματοποιείται μέσω μιας διαπροσωπικής διαδικασίας, που σκοπεύει στην προαγωγή και διατήρηση συμπεριφοράς, η οποία συμβάλλει στην ολοκλήρωση της λειτουργικότητας του ασθενούς. Σύμφωνα με τις θεωρητικούς της Νοσηλευτικής Peplau Rogers και Roy, ο ρόλος του νοσηλευτή ψυχικής υγείας προϋποθέτει την ολιστική θεώρηση και προσέγγιση των ασθενών, ανεξάρτητα από την τρέχουσα νόσο. Η αρχή της Βασικής Νοσηλευτικής

για ολιστική, εξατομικευμένη και συνεχή παροχή φροντίδας προσφέρει στη Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας το πλαίσιο για την ανάπτυξή της.

Η ανάπτυξη του έργου του ψυχιατρικού νοσηλευτή συντελείται ενδονοσοκομειακά (κλινικός ψυχιατρικός νοσηλευτής) και εξωνοσοκομειακά (κοινωνικός ψυχιατρικός νοσηλευτής) σε όλες τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας:

- 1)ειδικό ψυχιατρικό νοσοκομείο
- 2)ψυχιατρικό τομέα γενικού νοσοκομείου,
- 3)κέντρα κοινοτικής ψυχικής υγιεινής,
- 4)εξωτερικά ιατρεία,
- 5)ιατροπαιδαγωγικούς σταθμούς,
- 6)διασυνδετικές υπηρεσίες,
- 7)μονάδες μερικής νοσηλείας (νοσοκομείο ημέρας ή νύκτας),
- 8)κινητή μονάδα ψυχικής υγείας,
- 9)μονάδες στέγασης (ξενώνες βραχείας /μακράς παραμονής, προστατευμένα διαμερίσματα)
- 10)μονάδες αποκατάστασης
- 11) ανάδοχες οικογένειες.

Οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας ειδικεύονται μέσω προγραμμάτων μεταπτυχιακών σπουδών, που τους δίνουν τη δυνατότητα ν' αναπτύσσουν τις δραστηριότητές τους σε ποικίλους τομείς:

1. Ο Θεραπευτικός. Σημαντική είναι η συμμετοχή του ψυχιατρικού νοσηλευτή στη θεραπεία του ψυχικά αρρώστου. Η παρουσία του έχει χαρακτήρα «θεραπευτικό», με την έννοια ότι, μέσω της διαπροσωπικής σχέσης που εγκαθιστά, υποστηρίζει και ενισχύει τον άρρωστο κατά την εφαρμογή της θεραπευτικής αγωγής.

2. Ο οργανωτικός-διοικητικός. Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας, με τρόπο καταλυτικό για τη λειτουργία της μονάδας, οργανώνει το χώρο και συντονίζει το χρόνο, τα μέσα και τις διαδικασίες που άπτονται της αρμοδιότητάς του. Συμμετέχει στην κωδικοποίηση και εφαρμογή των αποφάσεων και των αποτελεσμάτων της ομάδας, αλλά και στην αξιολόγηση και επαναξιολόγηση της θεραπευτικής στάσης και της γενικότερης οργάνωσης της μονάδας, τόσο ως αυτόνομου φορέα περίθαλψης, όσο και σε σχέση με άλλους φορείς.

3. Ο εκπαιδευτικός. Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας οργανώνει και πραγματοποιεί εκπαιδευτικά προγράμματα που απευθύνονται σε συναδέλφους ή άλλους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, σε φοιτητές και σε κοινοτικές δομές (π.χ. σχολείο). Κύριο μέλημα του νοσηλευτή αποτελεί η εκπαίδευση των ασθενών και των οικογενειών τους, ατομικά ή σε ομάδες, σε θέματα υγείας.

4. Ο συμβουλευτικός. Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας παρέχει συμβουλευτική σε ασθενείς και στις οικογένειές τους, σε συναδέλφους-συνεργάτες, σε κοινοτικές δομές και οργανισμούς.

5. Ο ερευνητικός. Ο ψυχιατρικός νοσηλευτής σχεδιάζει, οργανώνει, προγραμματίζει και συμμετέχει στη διενέργεια ερευνητικών προγραμμάτων. Ο πολυδιάστατος χαρακτήρας του ρόλου του νοσηλευτή ψυχικής υγείας διαφαίνεται σε όλο το φάσμα των δραστηριοτήτων του, που περιλαμβάνουν:

α. **Δημιουργία θεραπευτικού περιβάλλοντος.** Το έργο του είναι προσανατολισμένο στην έννοια του θεραπευτικού περιβάλλοντος, με σκοπό την άσκηση θεραπευτικής επίδρασης στον άρρωστο και στην από μέρους του μεγιστοποίηση του δυναμικού της υγείας του. Δημιουργεί και συντηρεί, σε συνεργασία με τον ασθενή και τους άλλους επαγγελματίες

υγείας, «θεραπευτικό περιβάλλον» προσαρμοσμένο στο φυσικό. Σ' ένα τέτοιο περιβάλλον, οι νοσηλευτές:

- Διατηρούν την κατάλληλη ατμόσφαιρα, που διευκολύνει την επικοινωνία και την έκφραση συναισθημάτων από πλευράς ασθενών.
- Μεριμνούν ώστε σε όλη τη διάρκεια του θεραπευτικού χρόνου (όλο το 24ωρο) οι ασθενείς να νιώθουν ασφαλείς, να εισπράττουν αποδοχή και σεβασμό και να διασφαλίζεται η αξιοπρέπειά τους.

Επειδή προϋπόθεση για τη δημιουργία του θεραπευτικού περιβάλλοντος είναι η ειλικρινής διαπροσωπική επικοινωνία, θεωρείται απαραίτητο ο ασθενής να πληροφορείται τα νομικά δικαιώματά του, καθώς και τους λόγους και τους όρους που είναι απαραίτητοι για τη χρήση πιθανών περιοριστικών μέτρων.

β. **Αξιοποίηση πληροφοριών –εκτίμηση νοσηλευτική διάγνωση.** Ο ψυχιατρικός νοσηλευτής συμβάλλει στην εκτίμηση του ασθενούς, συγκεντρώνει πληροφορίες για τον ίδιο και το ευρύτερο οικογενειακό-κοινωνικό περιβάλλον του, αξιοποιώντας το νοσηλευτικό - θεραπευτικό συνεχές (24ωρη νοσηλευτική βάρδια). Αυτό επιτυγχάνεται μέσω της παρατήρησης της συμπεριφοράς του ασθενούς και του περιβάλλοντός του, με τη νοσηλευτική συνέντευξη και τη διαπροσωπική επικοινωνία.

Ο νοσηλευτής αποτελεί, μ' αυτόν τον τρόπο, το συνδετικό κρίκο μεταξύ του ασθενούς και της υπόλοιπης θεραπευτικής ομάδας. Η **εκτίμηση** του ασθενούς αφορά πολλές πλευρές, όπως:

- Τη δυνατότητα να προστατευτεί, ώστε να μην αποτελεί κίνδυνο για τον εαυτό του και τους άλλους
- Την αξιολόγηση ουσιαστικών παραπόνων, ενοχλημάτων ή άλλων παρατηρήσεων που επισημαίνει ο ίδιος
- Το επίπεδο λειτουργικότητας του ασθενούς, που αφορά τις

δραστηριότητες της καθημερινής ζωής και τους κοινωνικούς ρόλους, συμπεριλαμβανομένης και της δυνατότητας εργασίας

- Τη συμμόρφωση στη φαρμακοθεραπεία και τις πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες
- Τις διαπροσωπικές σχέσεις και την ικανότητα επικοινωνίας
- Την ύπαρξη και την ποιότητα των υποστηρικτικών συστημάτων (οικογενειακό, κοινωνικό, πολιτισμικό, εργασιακό)
- Το επίπεδο υγείας (άλλες σωματικές νόσοι, διατροφή)
- Τα κίνητρα και τις δυνατότητες, που μπορούν να χρησιμοποιηθούν από τον ασθενή για την προαγωγή της υγείας του
- Τις πνευματικές ικανότητες και τις ηθικές του αξίες.

Ο ψυχιατρικός νοσηλευτής αξιολογεί το υλικό εκτίμησης, επισημαίνει τα πραγματικά και προβλέπει τα πιθανά προβλήματα του ασθενούς και προγραμματίζει τις ανάλογες παρεμβάσεις.

γ. **Παρεμβάσεις**. Η μορφή των παρεμβάσεων προσαρμόζεται ανάλογα με την ηλικία του ασθενούς, τις νοητικές του δυνατότητες, το κοινωνικό-πολιτιστικό επίπεδο, την πολιτισμική ιδιαιτερότητα, την εκπαίδευση, το φύλο, το σεξουαλικό προσανατολισμό και την αξιολόγηση του υλικού εκτίμησης.

Στην κλινική πρακτική εφαρμόζεται ένα ευρύ φάσμα παρεμβάσεων, που περιλαμβάνει:

- Την προώθηση της αυτοφροντίδας του ασθενούς, την ενίσχυση της προσωπικής υπευθυνότητας για τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, τη διατήρηση και προαγωγή της γενικής λειτουργικότητας, με στόχο την ανεξαρτητοποίηση και αποκατάστασή του.
- Τον προγραμματισμό, το συντονισμό και την υλοποίηση

διαγνωστικών διαδικασιών, που προτείνονται από άλλες ειδικότητες.

- Την εφαρμογή βιολογικών θεραπειών με ταυτόχρονη ενίσχυση θετικής στάσης έναντι αυτών. Επιδιώκεται η ανακούφιση από τις ανεπιθύμητες ενέργειες και η συνεχής αξιολόγηση της απαντητικότητας στη θεραπεία.
- Την εφαρμογή ψυχολογικών, υποστηρικτικών παρεμβάσεων με στόχους:

—Την εγκατάσταση σχέσης εμπιστοσύνης με τον ασθενή

—Τη βελτίωση της αυτοεκτίμησής του

—Την εδραίωση της θεραπευτικής επικοινωνίας.

- Την οργάνωση ενισχυτικών παρεμβάσεων με στόχο τη συνεργασία και τη συμμετοχή του αρρώστου σε δραστηριότητες επανακοινωνικοποίησής του και την αποφυγή του ιδρυματισμού στη μονάδα ή στο σπίτι.
- Την άσκηση συμβουλευτικής στον ασθενή και στην οικογένειά του, με σκοπό την ενίσχυση υγιών συμπεριφορών, την κατανόηση πλευρών της νόσου και την έγκαιρη αναγνώριση των συμπτωμάτων για τη διατήρηση της θεραπευτικής συνέχειας.
- Τη διασύνδεση του ασθενούς με άλλους χώρους θεραπευτικής, κοινωνικής και επαγγελματικής αποκατάστασης και με άλλους ιατροκοινωνικούς φορείς.
- Στα πλαίσια της κοινοτικής παρέμβασης, ο ψυχιατρικός νοσηλευτής έχει ως στόχο:
 - Να εκπαιδεύσει, να ευαισθητοποιήσει και να κινητοποιήσει τους κατοίκους της κοινότητας πάνω σε θέματα ψυχικής υγιεινής (πρωτοβάθμια πρόληψη).
 - Να προσφέρει ψυχιατρικές υπηρεσίες(τακτική παρακολούθηση,

επίσκεψη στο σπίτι, υποστήριξη ατομικά ή σε ομάδες) όχι μόνο στη μονάδα, αλλά και στο οικείο περιβάλλον ατόμων που νοσούν ψυχικά (δευτεροβάθμια πρόληψη).

—Να εξασφαλίσει την παραμονή ψυχιατρικών ασθενών στην κοινότητα με την κοινωνική και εργασιακή αποκατάσταση(τριτοβάθμια πρόληψη). Ο προσανατολισμός αυτός του έργου του ψυχιατρικού νοσηλευτή προς την κοινότητα

είναι συμβατός με την προοπτική της σύγχρονης Ψυχιατρικής. Για την εκπλήρωση των στόχων, την εκτέλεση των επιστημονικών εργασιών του και τη διασφάλιση της ποιότητας στην παρεχόμενη φροντίδα, ο ψυχιατρικός νοσηλευτής είναι απαραίτητο, εκτός από τις επιστημονικές αρχές και γνώσεις, να διαθέτει οργανωτικές και διοικητικές δεξιότητες, δυνατότητα εγκατάστασης θετικών διαπροσωπικών σχέσεων, ευελιξία επικοινωνίας, διαθεσιμότητα, παρατηρητικότητα, συνέπεια, διδακτική ικανότητα και να επιδιώκει συνεχή επιμόρφωση και ενημέρωση για τις νεότερες στάσεις και αντιλήψεις της Ψυχιατρικής.¹³

8.3

ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ



- ✚ Ανίχνευση περιπτώσεων ψυχικά διαταραγμένων ατόμων ή κρίσιμων στρεσογόνων καταστάσεων.
- ✚ Παρακίνηση των ατόμων με ψυχικά προβλήματα για αναζήτηση ψυχιατρικής βοήθειας ή ψυχολογικής υποστήριξης.
- ✚ Αναφορά και ερμηνεία των ψυχολογικών προβλημάτων στους ειδικούς.
- ✚ Αγωγή ψυχοσωματικής υγείας με οργανωμένες αλλά και άτυπες διδακτικές τεχνικές ¹²⁾

8.4

ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

1. Μείωση του επιπέδου τόσο του γενικευμένου όσο και του περιστασιακού
2. Μείωση των ενοχλητικών ψυχολογικών συμπτωμάτων.
3. Μείωση της συμπεριφοράς της αποφυγής.
4. Μείωση των προεκτάσεων των φοβιών στην καθημερινή ζωή.¹⁹



8.5

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

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

1)Ενθαρρύνετε τον ασθενή να εξασκηθεί σε μεθόδους ελεγχόμενης αναπνοής, για να μειώσει τα σωματικά συμπτώματα του φόβου.

2)Ζητήστε από τον ασθενή να κάνει ένα κατάλογο με όλες τις καταστάσεις που φοβάται και αποφεύγει, ενώ άλλα άτομα δεν τις φοβούνται.

3)Συζητήστε με τον ασθενή τρόπους να αμφισβητεί αυτούς τους υπερβολικούς φόβους

4)Σχεδιάστε μία σειρά από βήματα, για να ενδυναμώσετε τον ασθενή να αντιμετωπίσει και να εξοικειωθεί με τις φοβογόνες καταστάσεις.

- Καθορίστε ένα μικρό πρώτο βήμα προς την φοβογόνο κατάσταση(π.χ. απομακρυνθείτε λίγο από το σπίτι σας μαζί με ένα μέλος της οικογένειας).
- Σε αυτό το βήμα θα πρέπει να εξασκηθείτε μία ώρα κάθε μέρα μέχρι να μην σας προκαλεί πλέον φόβο.
- Αν η φοβογόνος κατάσταση προκαλεί ακόμα άγχος, ο ασθενής θα πρέπει να εξασκηθεί σε ήσυχη και χαλαρή αναπνοή, λέγοντας στον εαυτό του, ότι ο πανικός θα περάσει σε 30 λεπτά. Ο ασθενής δεν θα πρέπει να εγκαταλείπει τη φοβογόνο κατάσταση, μέχρι να υποχωρήσει ο φόβος. Προχωρήστε σε ένα ελαφρά πιο δύσκολο βήμα και επαναλάβετε τη διαδικασία.(π.χ. μείνετε περισσότερο χρόνο μακριά από το σπίτι)
- Μην παίρνετε οινόπνευμα ή αγχολυτικά φάρμακα για τέσσερις τουλάχιστον ώρες πριν εξασκηθείτε σε αυτά τα βήματα.

- Επιλέξτε ένα φίλο ή μέλος της οικογένειας που θα σας βοηθήσει να υπερνικήσετε τον φόβο. Ομάδες αυτοβοήθειας μπορούν να βοηθήσουν να αντιμετωπίσετε τις φοβογόνες καταστάσεις.
- Ο ασθενής θα πρέπει να αποφεύγει να χρησιμοποιεί οινόπνευμα ή βενζοδιαζεπινικά φάρμακα για να ανταπεξέλθει σε φοβογόνες καταστάσεις. Σκεφτείτε την παραπομπή σε ειδικό, όταν οι φόβοι που αδρανοποιούν τον ασθενή (π.χ. όταν είναι ανίκανος να βγει από το σπίτι) επιμένουν. Η ψυχοθεραπεία συμπεριφοράς, αν είναι διαθέσιμη, μπορεί να είναι αποτελεσματική σε ασθενείς που δεν βελτιώνονται ¹⁸⁾



8.6

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Συνοπτικά βλέπουμε ότι οι φοβίες είναι πολύ συχνές παθήσεις. Το σημαντικό είναι να αναγνωρίζονται και να αναζητείται βοήθεια από εξειδικευμένους Ψυχολόγους – Ψυχοθεραπευτές. Με την κατάλληλη θεραπεία οι περισσότερες περιπτώσεις μπορούν να ξεπεραστούν πλήρως.²

Ο στόχος που μοιράζονται όλοι οι φοβικοί είναι να αποκτήσουν τον έλεγχο, αλλά για να αποκτήσουν πραγματικά τον έλεγχο, πρέπει να κάνουν το πρώτο βήμα και αυτό είναι να παραδεχτούν ότι η φοβία είναι μια θεραπεύσιμη ασθένεια.

Το κλειδί για την κατανόηση και την αντιμετώπιση των φοβιών είναι πράγματι πάρα πολύ περίπλοκο. Όποιος αισθάνεται ότι καταλαμβάνεται από τόσους παράλογους φόβους, θα πρέπει να αναζητήσει βοήθεια γιατί όπου υπάρχει βοήθεια υπάρχει και ελπίδα. Πρέπει να συνειδητοποιήσουν ότι δεν είναι λάθος που αισθάνονται αυτούς τους εξουθενωτικούς φόβους. Δεν υπάρχει ντροπή και δεν φταίει κανείς.

Ο φόβος είναι ένας καταστροφέας που δεν κάνει διακρίσεις. Μπορεί να καταστρέψει γυναίκες, παιδιά, νέους, ηλικιωμένους, ανόητους, πλούσιους και φτωχούς. Είναι τόσο πανίσχυρος που μπορεί να διαλύσει οποιονδήποτε.¹

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1) ΚΥΡΙΑΚΑΤΙΚΗ ΕΛΕΥΘΕΡΟΤΥΠΙΑ(V.C.D.). ΦΟΒΟΣ Ο ΑΠΡΟΣΚΛΗΤΟΣ ΕΠΙΣΚΕΠΤΗΣ.
- 2) INTERNET 4Health.gr.ΜΑΡΤΙΟΣ 2006
- 3) Γ. ΦΙΛΙΠΠΟΠΟΥΛΟΣ. .ΚΛΙΝΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ. ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ Α. ΚΑΡΑΒΙΑ 1961
- 4) Γ. Ν. ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ ΚΑΙ ΣΥΝΕΡΓΑΤΕΣ. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ Α ΤΟΜΟΣ. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ. ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΒΗΤΑ
- 5) ΝΕΩΤΕΡΟΝ ΕΓΚΥΚΛΟΠΑΙΔΙΚΟ ΛΕΞΙΚΟ «ΗΛΙΟΥ» ΤΟΜΟΣ Κ Γ ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΓΚΥΚΛΟΠΑΙΔΙΚΗΣ ΕΠΙΘΕΩΡΗΣΗΣ «ΗΛΙΟΣ» ΑΘΗΝΑ
- 6) ERIC R.KANDEL, JAMES H.SCHWARTZ, THOMAS M.JESSELL. ΝΕΥΡΟΕΠΙΣΤΗΜΗ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ. ΑΠΟΔΟΣΗ ΣΤΑ ΕΛΛΗΝΙΚΑ Χ. ΚΑΖΛΛΑΡΗΣ, Α. ΚΑΡΑΜΑΝΔΙΛΗΣ, Γ.Χ. ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ ΤΡΙΤΗ ΕΚΔΟΣΗ. ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΚΡΗΤΗΣ
- 7) Π. ΧΑΡΤΟΚΟΛΛΗΣ. ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ. ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΘΕΜΕΛΙΟ ΔΕΥΤΕΡΗ ΕΚΔΟΣΗ 1991.
- 8) ΧΡ. Β. ΡΑΜΜΟΣ. ΠΕΡΙΕΚΤΙΚΕΣ ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ. ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΙΔΗ. ΘΕΣ/ΝΙΚΗ 2000
- 9) Φ. ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ. ΕΓΧΕΙΡΙΔΙΟ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ. ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΛΙΤΣΑΣ 1992
- 10) Ι. ΜΠΟΥΛΟΥΓΟΥΡΗΣ. ΘΕΜΑΤΑ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ. ΣΤΕΦΑΝΗΣ ΚΑΙ ΣΥΝΕΡΓΑΤΕΣ .ΑΘΗΝΑ. ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣ/ΝΙΚΗΣ ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ Ε. ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ, Α. ΠΑΡΑΣΧΟΣ. ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΜΑΣΤΟΡΙΔΗ ΘΕΣ/ΝΙΚΗ 1996

- 11) Ε. ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ, ΠΑΡΑΣΧΟΣ Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ ΚΑΙ Η ΛΗΨΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ. ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣ/ΝΙΚΗΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΜΑΣΤΟΡΙΔΗ ΘΕΣ/ΝΙΚΗ 1996.
- 12) ΑΦΡΟΔΙΤΗ ΧΡ. ΡΑΓΙΑ. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ. ΠΕΜΠΤΗ ΕΚΔΟΣΗ ΒΕΛΤΙΩΜΕΝΗ ΑΘΗΝΑ 2005.
- 13) Γ. Ν. ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ ΚΑΙ ΣΥΝΕΡΓΑΤΕΣ. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ Β ΤΟΜΟΣ. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ. ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΒΗΤΑ.
- 14) Γ.Ζ. ΜΑΡΙΝΟΣ- ΣΤ.ΑΝΘΟΠΟΥΛΟΣ. ΝΕΥΡΩΣΕΙΣ- ΔΙΑΓΝΩΣΗ-ΘΕΡΑΠΕΙΑ. ΝΕΑ ΣΥΝΟΡΑ Α.Α. ΑΘΗΝΑ 1999
- 15) DERIRILCK SILOVE-VIJAYA MANICAVASAGARI. ΞΕΠΕΡΝΩΝΤΑΣ ΤΟΝ ΠΑΝΙΚΟ. ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ ΝΙΚΟΣ ΒΟΥΛΑΛΑΣ. ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ ΑΘΗΝΑ 2000. Θ. ΚΑΛΠΑΚΟΓΛΟΥ
- 16) INTERNET. STRESS GR. ΙΟΥΝΙΟΣ 2006.
- 17) Π. ΚΑΣΤΕΛΛΑΚΗΣ. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΜΟΡΙΑΚΗΣ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΒΙΟΛΟΓΙΚΟ ΥΠΟΣΤΡΩΜΑ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ. ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΕΛΛΗΝ 1997.
- 18) Κ. ΣΟΛΔΑΤΟΣ. ΑΓΧΩΔΕΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ. ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ ΑΘΗΝΩΝ 2000
- 19) ΓΕΩΡΓΑΡΑΣ ΑΝΔΡΕΑΣ. ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ. ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ.