

**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΘΕΜΑ:

**ΑΓΧΩΔΕΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ
ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ**

**ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ :
ΣΑΜΑΡΑ ΔΕΣΠΟΙΝΑ**



**ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ :
Dr.Γ.ΘΕΟΔΩΡΑΚΟΠΟΥΛΟΥ**

ΠΑΤΡΑ 2008

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Ευχαριστίες	1
Πρόλογος	2
Εισαγωγή	3
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Άγχος – Αγχώδης Διαταραχή	4
1.1.α. Είδη αγχώδων διαταραχών.....	4
1.1.β. Ορισμοί.....	5
1.2. Επιδημιολογικά χαρακτηριστικά.....	6
1.3. Αιτιολογία – Παθογενετικοί μηχανισμοί.....	7
1.4. Διάγνωση – Ειδικές διαγνωστικές εξετάσεις.....	8
1.5. Συμπτωματολογία.....	9
1.6. Συννοσηρότητα - Θνησιμότητα.....	9
1.7. Θεραπεία.....	10
1.7.α Ψυχοθεραπεία.....	11
I. Στόχοι της ψυχοθεραπείας.....	11
II. Η αποτελεσματικότητα της ψυχοθεραπείας.....	12
1.7.β. Φαρμακοθεραπεία.....	12
1.7.γ. Νέες μέθοδοι αντιμετώπισης.....	13
I. Rebirthing.....	13
II. Τεχνολογίες εικονικής πραγματικότητας.....	14
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Φοβικές διαταραχές	15
A) Κοινωνική – Ειδική φοβία	15
1. Επιδημιολογικά χαρακτηριστικά.....	15
2. Κλινικές εκδηλώσεις.....	16
3. Διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV.....	16
3.1. Για την Ειδική φοβία.....	16
3.2. Για την Κοινωνική φοβία.....	16
4. Θεραπεία.....	17
B) Αγοραφοβία	17
1. Επιδημιολογία – επιπτώσεις.....	18
2. Αιτιολογία.....	18
3. Διάγνωση.....	19
4. Συμπτωματολογία.....	19

5. Θεραπεία.....	20
I. Ψυχοθεραπεία – ψυχανάλυση.....	20
II. Φαρμακευτική αγωγή.....	20
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Διαταραχή Πανικού.....	22
3.1. Επιδημιολογικά χαρακτηριστικά.....	22
3.2. Συμπτωματολογία.....	22
3.3. Διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV.....	22
3.4. Θεραπεία.....	23
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Ψυχαναγκαστική – καταναγκαστική διαταραχή.....	24
4.1. Επιδημιολογικά χαρακτηριστικά.....	24
4.2. Τα πιο κοινά είδη ψυχαναγκαστικών συμπεριφορών.....	24
4.3. Κλινικές εκδηλώσεις – Διαγνωστικά ευρήματα.....	25
4.4. Συννοσηρότητα.....	25
4.5. Θεραπεία.....	25
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Διαταραχή Μετά από Ψυχοτραυματικό Στρες.....	26
5.1. Ευπαθείς ομάδες πληθυσμού.....	26
5.2. Επιδημιολογικά χαρακτηριστικά.....	26
5.3. Κλινικές εκδηλώσεις.....	26
5.4. Διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV.....	27
5.5. Θεραπεία.....	28
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή.....	29
6.1. Επιδημιολογικά χαρακτηριστικά.....	29
6.2. Αιτιολογία.....	29
6.3. Διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV.....	30
6.4. Θεραπεία.....	30
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: Πρόληψη – Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις.....	31
7.1. Βαθμίδες ψυχιατρικής πρόληψης.....	31
7.2. Νοσηλευτικές παρεμβάσεις.....	31
7.2.1. Παρατήρηση.....	32
7.2.2. Γενικές νοσηλευτικές παρεμβάσεις για όλα τα επίπεδα άγχους.....	32
7.2.3. Γενικές νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε ασθενείς με αγχώδεις διαταραχές.....	33

7.2.4. Νοσηλευτικές παρεμβάσεις φοβιών.....	33
7.2.5. Νοσηλ/ές παρεμβάσεις ψυχαναγκαστικών – καταναγκαστικών διαταραχών..	33
7.2.6. Νοσηλευτικές παρεμβάσεις διαταραχής μετά από ψυχοτραυματικό στρες.....	34
7.2.7. Νοσηλευτικές παρεμβάσεις κατά την χορήγηση αγχολυτικών φαρμάκων.....	34
7.3. Εκπαίδευση ασθενούς.....	35
7.3.1. Βοηθητικές αρχές.....	37
7.3.2. Γρήγορες συμβουλές για το άγχος συνδυαστικές με άσκηση χαλάρωσης.....	37
7.4. Τι θα ήθελε να ακούσει κάποιος που αντιμετωπίζει αγχώδη διαταραχή.....	38
7.5. Που μπορεί να απευθυνθεί κανείς.....	38
7.6. Ερωτηματολόγιο αξιολόγησης.....	39
Συμπέρασμα.....	41
Βιβλιογραφία	42

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τη Dr. Θεοδωρακοπούλου Γ., για την αμέριστη υποστήριξη, την καθοδήγηση, τις συμβουλές και την τεκμηριωμένη επιστημονική γνώση που μου προσέφερε, δίχως τα οποία αυτή η εργασία δεν θα είχε ολοκληρωθεί.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Στη σύγχρονη δυτική κοινωνία πολλοί άνθρωποι έχουν καταληφθεί από ένα ξέφρενο καθημερινό ρυθμό, από ατελείωτες υλικές απαιτήσεις και από καταναλωτική μανία. Κυνηγώντας όμως τις υλικές αμοιβές, οι άνθρωποι ξεχνούν ότι τα πιο πολύτιμα αγαθά αυτού του κόσμου είναι δωρεάν. Η υγεία, η ευτυχία και η ψυχική ισορροπία δεν αγοράζονται, αλλά χαρίζονται απλόχερα (Παπαδάκη-Μιχαηλίδη Ε, 1998). Για αυτό το λόγο θεωρήσαμε σκόπιμο να ασχοληθούμε με τις διαταραχές της ψυχικής ισορροπίας και ιδιαίτερα τις αγχώδεις διαταραχές.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στις μέρες μας είναι δύσκολο να δεχθούμε τον ψυχικά ασθενή σαν έναν από εμάς και να ευαισθητοποιηθούμε στα δικά μας, τυχόν, ψυχοπαθολογικά στοιχεία και συμπεριφορές. Έτσι δημιουργείται η γνωστή τοποθέτηση, ότι η ψυχιατρική αφορά τους ψυχασθενείς (Παπαγεωργίου Ε, 2004).

Στην πραγματικότητα η ψυχιατρική ασχολείται με τη σπουδή, θεραπεία και πρόληψη των ψυχικών διαταραχών (Χαρτοκόλλης Π, 1991). Η ψυχική διαταραχή είναι ένας όρος που χρησιμοποιείται για να εκφράσει ένα ευρύ φάσμα συμπτωμάτων και εμπειριών που προκαλούν προβλήματα στη σκέψη, το συναίσθημα και τη συμπεριφορά του ανθρώπου αλλά και στη επικοινωνία του με τους άλλους. Μπορεί να προσβάλει άτομα κάθε ηλικίας, παιδιά, έφηβους, ενήλικες και ηλικιωμένους.

Υπάρχουν πολλά είδη ψυχικών διαταραχών όπως:

- 1) Οι αγχώδεις διαταραχές (διαταραχή πανικού, φοβίες, κλπ)
- 2) Οι συναισθηματικές διαταραχές (κατάθλιψη, κλπ)
- 3) Η σχιζοφρένεια
- 4) Οι οργανικές διαταραχές, όπως η άνοια
- 5) Οι διαταραχές από την κατάχρηση του αλκοόλ και των τοξικών ουσιών
- 6) Οι διαταραχές προσωπικότητας
- 7) Οι αναπτυξιακές διαταραχές, όπως ο αυτισμός
- 8) Οι μαθησιακές διαταραχές
- 9) Οι διαταραχές πρόληψης τροφής, όπως η ανορεξία
- 10) Οι ψυχοσωματικές διαταραχές
- 11) Οι διαταραχές του ύπνου
- 12) Οι σεξουαλικές διαταραχές (www.msu.gr).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Άγχος – Αγχώδεις διαταραχές

Στην σημερινή εποχή εκφράσεις του τύπου : ‘έχω συχνές ταχυκαρδίες’ , ‘έχασα τον ύπνο μου από το άγχος’, ‘με τρώει το άγχος’, ‘με πιάνει πονοκέφαλος από το άγχος’...κ.τ.λ. αποτελούν μια συνηθισμένη φρασεολογία σχετικά με τον άσπονδο ‘φίλο’ του ανθρώπου, το άγχος. (Χαραλαμπίδης Σ,)

Το άγχος είναι ένα από τα πιο δυσάρεστα συναισθήματα που μπορεί να βιώσει ο άνθρωπος. Όμως το άγχος, όπως και ο πόνος, αποτελούν δυο βιολογικά προσδιορισμένες ικανότητες για επιβίωση. Το άγχος μάλιστα εξυπηρετεί τον εντοπισμό και την αντιμετώπιση μιας απειλής. (www.iator.gr) Χαρακτηρίζεται από μια διάχυτη, δυσάρεστη αίσθηση αμηχανίας και συνοδεύεται από συμπτώματα όπως εφίδρωση, κεφαλαλγία, ταχυκαρδία, βάρος στο στήθος και ήπια στομαχική δυσφορία.(Τσαούση Α)

Το πρόβλημα του κλινικού άγχους (του άγχους ως ασθένεια), σχετίζεται με τη συχνή ή/και αναίτια κινητοποίηση του οργανισμού. Όταν μιλάμε για κλινικό άγχος αναφερόμαστε στις ασθένειες που είναι γνωστές με τη γενική ονομασία αγχώδεις διαταραχές (www.iator.gr) , που ονομάζαμε παλιότερα με τον γενικότερο αλλά ασαφέστερο όρο αγχώδης νεύρωση (Βόττα Μ, 2005)

Ο Freud χαρακτηρίζει την προέλευση του άγχους ως ένα σύνολο ενδοψυχικών συγκρούσεων π.χ. απαγορευμένες σεξουαλικές ή έντονες επιθυμίες που πρέπει να κατασταλούν. Από τη άλλη ο Salivan θεωρεί πηγή του άγχους, ένα σύνολο διαπροσωπικών συγκρούσεων που ξεκινούν από τις πρώτες εμπειρίες της νηπιακής ηλικίας (Κοτρώτσου Ε, 2001)

1.1.α. Είδη Αγχωδών Διαταραχών

Οι αγχώδεις διαταραχές είναι μια ομάδα πολύ συχνών, σοβαρών, αλλά ιάσιμων διαταραχών που επηρεάζουν τη συμπεριφορά, τις σκέψεις, τα συναισθήματα και τις σωματικές αισθήσεις. (www.psychiatry24x7.gr)

Με βάση τα δύο γνωστά και έγκυρα ταξινομικά συστήματα των ψυχικών νόσων, το DSM-IV, της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Εταιρίας, που δημοσιεύτηκε το 1994 και το ICD-10, του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, που δημοσιεύτηκε το 1992, οι αγχώδεις διαταραχές είναι οι ακόλουθες:

- 1) Διαταραχή Πανικού με ή χωρίς αγοραφοβία

- 2) Αγοραφοβία
 - 3) Ειδική ή Απλή Φοβία
 - 4) Κοινωνική φοβία
 - 5) Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή
 - 6) Διαταραχή Μετά από Ψυχοτραυματικό Στρες
 - 7) Διαταραχή από Οξύ Στρες
 - 8) Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή
 - 9) Διαταραχή Οφειλόμενη σε Γενική Ιατρική Κατάσταση
 - 10) Αγχώδης Διαταραχή Προκαλούμενη από Ουσίες
 - 11) Αγχώδης Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς
- (<http://psycosynthesis.blogspot.com>)

1.1.β Ορισμοί

Διαταραχή Πανικού: Η διαταραχή πανικού χαρακτηρίζεται από την παρουσία επαναλαμβανόμενων και αιφνίδιων κρίσεων πανικού ή μίας απλής κρίσης πανικού που ακολουθείται από τουλάχιστον 1 μήνα επίμονης αγωνίας για επικείμενη κρίση, ανησυχία για τις επιπλοκές ή συνέπειες της κρίσης πανικού ή σημαντική αλλαγή στη συμπεριφορά που σχετίζεται με τις κρίσεις. (www.prosarmogi.gr)

Αγοραφοβία: Το έντονο άγχος ενός ατόμου για μέρη ή καταστάσεις, από τις οποίες η διαφυγή θα ήταν δύσκολη σε περίπτωση άμεσης ανάγκης (www.tanea.gr).

Ειδική φοβία: Αναφέρεται σε έκδηλο και επίμονο φόβο ο οποίος είναι υπερβολικός και παράλογος και εκλύεται από την παρουσία ή την πρόβλεψη της παρουσίας ειδικού αντικειμένου ή ειδικής κατάστασης. Στα παιδιά, οι πιο συνηθισμένες φοβίες αφορούν τα ύψη, το σκοτάδι, τους δυνατούς θορύβους, τους κεραυνούς, τα σκυλιά και άλλα μικρά ζώα. (www.arsi.gr)

Κοινωνική φοβία: Επίμονος φόβος για καταστάσεις όπου πιθανόν να κάνει κανείς κάτι που θα του προκαλέσει ντροπή ή γελοιοποίηση, όπως το να τρέμει ή να χάνει τα λόγια του όταν μιλάει ή τον να τρώει σε δημόσιο χώρο. (Coler M.S. and Vincent K.G., 2006)

Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή: Οι ψυχαναγκασμοί είναι επίμονες και υποτροπιάζουσες σκέψεις, εικόνες ή παρορμήσεις, στις οποίες το άτομο προσπαθεί να αντισταθεί ή να τις εξαλείψει. Οι καταναγκασμοί είναι οι σκέψεις ή οι πράξεις που χρησιμοποιούνται για την καταπίεση των ψυχαναγκασμών και την παροχή ανακούφισης. (Barlow H.D. and Durand V.M., 2000)

Διαταραχή μετά από ψυχοτραυματικό στρες: η επαναβίωση ενός τραυματικού γεγονότος που προκαλεί αυξημένη διέγερση και τραύμα που σχετίζεται με την αποφυγή ερεθισμάτων. (Gabbard O.G., 2006)

Διαταραχή Από Οξύ Στρες: Συμβαίνει σαν απάντηση σε ένα ακραίο τραυματικό γεγονός και που συνοδεύεται από τυπικά διασχιστικά συμπτώματα (όπως συναισθηματικό μούδιασμα , αποπραγματοποίηση , αποπροσωποποίηση και αμνησία) , από έντονο άγχος και από επαναβίωση του γεγονότος. (www.psychologia.gr)

Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή: Η Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή είναι μία χρόνια κατάσταση, που χαρακτηρίζεται από συχνές περιόδους έξαρσης της αγχώδους συμπτωματολογίας και μεσοδιαστήματα σχετικής ύφεσης, κατά τα οποία οι εκδηλώσεις του άγχους είναι σχετικά περιορισμένες σε αριθμό και ένταση. (<http://neurodiagnosis.gr>)

Διαταραχή Οφειλόμενη σε Γενική Ιατρική Κατάσταση: π.χ. φαιοχρωμοκύττωμα.

Αγχώδης Διαταραχή Προκαλούμενη από Ουσίες: Αλκοόλ, Αμφεταμίνη, Εισπνεόμενη ουσία, Ηρεμιστικά, Κάνναβη, Καφεΐνη, Κοκαΐνη κ.λ.π.

Αγχώδης Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς: Αυτή η κατηγορία περιλαμβάνει διαταραχές με έντονο άγχος και φοβική αποφυγή, οι οποίες δεν πληρούν τα κριτήρια οποιασδήποτε ειδικής αγχώδους διαταραχής. (<http://psycosynthesis.blogspot.com>)

1.2.Επιδημιολογικά χαρακτηριστικά

Οι αγχώδεις διαταραχές είναι από τις συχνότερες ψυχικές διαταραχές, οι οποίες απαντούν τον γενικό πληθυσμό. Είναι ιδιαίτερα σημαντική η διάγνωσή τους και η έγκαιρη αντιμετώπιση, για την αποφυγή χρονιότητας και υψηλού κόστους (προσωπικού-κοινωνικού) που προκαλούν. Όσον αφορά το οικονομικό κόστος αυτών των διαταραχών, έχει βρεθεί στη Μ.Βρετανία, ότι στη ΠΦΥ ήταν υψηλότερο από το κόστος της υπέρτασης, ενώ το κόστος υπηρεσιών ΠΦΥ στις ΗΠΑ ήταν διπλάσιο σε ασθενείς με αγχώδεις ή καταθλιπτικές διαταραχές σε σύγκριση με ασθενείς χωρίς ψυχικές διαταραχές. Λόγω του σωματικού χαρακτήρα πολλών από τα αγχώδη συμπτώματα, ο ασθενής καταφεύγει επανειλημμένα σε διάφορες ιατρικές υπηρεσίες, που υπερφορτώνονται και υποβάλλεται σε πολυάριθμες περιττές εξετάσεις ή ακόμα και επεμβάσεις. (<http://psycosynthesis.blogspot.com>)

Η μεγαλύτερη μέχρι σήμερα ερευνά στην ΠΦΥ πραγματοποιήθηκε υπό την αιγίδα του ΠΟΥ σε 15 ερευνητικά κέντρα 14 χωρών και σε αυτή πήραν μέρος 26.000 ασθενείς των υπηρεσιών αυτών. Από την Ελλάδα έλαβε μέρος η Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική της Αθήνας. Τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής έδειξαν ότι το 24% των ασθενών των υπηρεσιών ΠΦΥ, παρουσίαζαν ψυχικές διαταραχές, συνήθως

καταθλιπτικές ή αγχώδεις διαταραχές. Επιπλέον, το 9% των ασθενών που επισκέπτονται τις υπηρεσίες αυτού του τύπου, αν και δεν πληρούσαν τα διαγνωστικά κριτήρια των διαταραχών αυτών. Στο γενικό πληθυσμό της Αθήνας οι αγχώδεις διαταραχές υπερτερούν σε συχνότητα της κατάθλιψης. (<http://psycosynthesis.blogspot.com>)

Το ποσοστό της αγχώδους νεύρωσης στο γενικό πληθυσμό κυμαίνεται από 5-15%. Ειδικότερα, στους ασθενείς που προσέρχονται για θεραπεία στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων για ψυχικές παθήσεις εμφανίζεται σε ποσοστό 6-27% (Μπουλουγούρης Γ, 1996). Συγκεκριμένα η διαταραχή πανικού και η αγοραφοβία σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο απόπειρας αυτοκτονίας. (www.psychiatry24x7.gr)

Σε μια σύνοψη της βιβλιογραφίας από τους Kaufman και Charney αναφέρεται ότι οι αγχώδεις διαταραχές σπάνια υπάρχουν ως μια και μοναδική οντότητα και ότι πάνω από το 90% των ατόμων με αγχώδεις διαταραχές είχαν ιστορικό και άλλων ψυχιατρικών προβλημάτων. Συχνά συνοδεύονται από κατάχρηση αλκοόλ ή ουσιών, ενώ στο 50-60% συνυπάρχει μείζων κατάθλιψη. (Kaufman and Charney, 2000)

Οι αγχώδεις διαταραχές παρουσιάζουν υψηλή διακύμανση σε σχέση με την ηλικία και το φύλο, και η αναλογία γυναικών:αντρών είναι 2:1 περίπου (Kessler et al, 2005a).

Σε μελέτη που διεξάχθηκε σε αγροτική περιοχή στην Ελλάδα, βρέθηκε ότι οι αγχώδεις διαταραχές σε ηλικιωμένους ήταν από τις πιο κοινές διαταραχές (ποσοστό 17,5% σε ιδρυματικούς ασθενείς και 20% στην κοινότητα) μαζί με τις καταθλιπτικές διαταραχές (Arvaniti et al, 2005).

1.3. Αιτιολογία – Παθογενετικοί μηχανισμοί

Τα αίτια που σχετίζονται με τις αγχώδεις διαταραχές είναι τα απρόβλεπτα ψυχοτραυματικά γεγονότα της ζωής, οι φοβικοί γονείς ως μοντέλο διαπαιδαγώγησης, η κληρονομικότητα και τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του ατόμου, όπως π.χ. ο έλεγχος και η χαμηλή αυτοεκτίμηση. <http://www.tanea.gr/Article.aspx?d=20071210&nid=6339595&sn=&spid=1418>

Υπολογίζεται ότι περισσότεροι από ένας στους δέκα πάσχουν από κάποια μορφή διαταραχής άγχους. Οι επιστήμονες μελέτησαν οικογένειες με ιστορικό κρίσεων πανικού, αγοραφοβίας και κοινωνικής φοβίας. Το 90% των ατόμων που είχαν κάποιο πρόβλημα έφερε μια συγκεκριμένη γενετική μετάλλαξη που ονομάστηκε DUP25. Η περιοχή που συμβαίνει η μετάλλαξη περιλαμβάνει περισσότερα από 60 γονίδια, από τα οποία έχουν αναγνωριστεί μόνο τα 23. Φαίνεται ότι μερικά από αυτά παράγουν πρωτεΐνες που παίζουν σημαντικό ρόλο στην επικοινωνία ανάμεσα στα νευρικά κύτταρα. Ενδέχεται η διαταραχή της ισορροπίας στην παραγωγή αυτών των

πρωτεϊνών να κάνει τον εγκέφαλο "υπερ-ευαίσθητο" σε αγχογόνα ερεθίσματα. (<http://health.in.gr>)

Για τη διαταραχή πανικού παρατηρήθηκε κίνδυνος νόσησης περίπου 13% στους συγγενείς των πασχόντων. Η συχνότητα εκδήλωσης της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής διαπιστώθηκε ότι είναι αυξημένη στους πρώτου βαθμού συγγενείς των πασχόντων, 19,5%. Όσον αφορά στις φοβικές διαταραχές έχουμε 31% για την ειδική φοβία.

Η διαπίστωση ότι στους μονοζυγωτικούς διδύμους (έχουν κοινά όλα τα γονίδια τους) παρατηρείται μεγαλύτερος βαθμός συμφωνίας για εκδήλωση αγχώδους διαταραχής σε σχέση με τους διζυγωτικούς διδύμους (έχουν κοινά μόνο τα μισά γονίδια), 41% έναντι 4%, συνηγορεί υπέρ της θεωρίας ότι γενετικοί συντελεστές αποφασιστικά στην φαινοτυπική έκφραση της διαταραχής, αν και ο βαθμός αυτός δεν είναι 100% όπως θα αναμενόταν. (<http://psycosynthesis.blogspot.com>)

1.4. Διάγνωση – Ειδικές διαγνωστικές εξετάσεις

Η διαφορική διάγνωση θα γίνει ως προς άλλες διαταραχές, όπου υπάρχει εμφανές άγχος. Όλες οι νευρωτικές διαταραχές, λιγότερο ή περισσότερο, συνοδεύονται από άγχος. Από τις μη νευρωτικές διαταραχές, όπου υπάρχει έντονο άγχος, οι πιο σημαντικές είναι η διεγερτική υποστροφική κατάθλιψη· η σχιζοφρένεια στην αρχική της φάση· ψυχοοργανικά σύνδρομα από φάρμακα που ενεργούν πάνω στο κεντρικό νευρικό σύστημα· και διαταραχές κάποιου λειτουργικού συστήματος, όπως ο υπερθυρεοειδισμός, η υπογλυκαιμία και το φαιοχρωμοκύτωμα. Κανονικά δεν πρέπει ποτέ να γίνεται διάγνωση άγχους ως συμπτωματικού μιας ψυχιατρικής διαταραχής, πρώτου διερευνηθεί προσεχτικά η πιθανότητα μιας οργανικής σωματικής διαταραχής. (Χαρτοκόλλης Π, 1991)

Το μεγαλύτερο μέρος των ψυχοφυσιολογικών μετρήσεων λαμβάνει χώρα στο εργαστήριο. Το γεγονός αυτό παρουσιάζει πλεονέκτημα ότι οι μετρήσεις γίνονται χωρίς παρεμβολές και εξασφαλίζεται ελεγχόμενη αποτίμηση των μεταβολών. Στα μειονεκτήματα περιλαμβάνεται το γεγονός ότι το πειραματικά επαγόμενο άγχος είναι συχνά ελάχιστα ρεαλιστικό και ασθενές ποσοτικά.

Η ηλεκτροφυσιολογική δραστηριότητα κεντρικού νευρικού συστήματος:

Ηλέκτρο-Εγκεφαλογράφημα: οι αγχώδεις άρρωστοι εμφανίζουν πολύ συχνά αυξημένη βήτα-δραστηριότητα και μάλλον μειωμένη άλφα-δραστηριότητα καθώς και διάφορες δυσαρρυθμίες με μετωπο-κροταφική εντόπιση. Το ΗΕΓ καταγράφει την αυτόματη δραστηριότητα των νευρώνων του εγκεφάλου. Κάθε ερέθισμα, οπτικό ακουστικό θα προκαλέσει μια απάντηση που καταγράφεται και μελετάται.

Τοπικός Εγκεφαλικός Μεταβολισμός: μελέτες αγγωδών αρρώστων με τεχνικές, όπως η τομογραφία μονήρους φωτονίου (SPECT), η τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων (PET) και η μαγνητική φασματοσκοπία (MRI) παρέχουν ενδείξεις ιδιαιτεροτήτων αναφορικά προς τη ροή του αίματος και τον εγκεφαλικό μεταβολισμό με κυρίαρχες εντοπίσεις στο μεταιχμιακό σύστημα και τις κροταφικές περιοχές. (<http://psychosynthesis.blogspot.com>)

1.5. Κλινική συμπτωματολογία

Τα συμπτώματα της αγγώδους διαταραχής είναι: α)σωματικά: δύσπνοια, αίσθημα πνιγμού, αίσθημα κόμβου στο λαιμό, πόνος στο στήθος, δυσκαταποσία, λιποθυμική τάση, ξηροστομία, ανορεξία, κοιλιακά άλγη, κεφαλαλγία, συχνοουρία, (<http://psycosynthesis.blogspot.com>) ταχυκαρδία, εφίδρωση, διάρροια, πιθανή τάση για εμετό, διαστολές και συστολές της κόρης των ματιών, αίσθηση αστάθειας ή ζαλάδας στο περπάτημα και όλα αυτά να τα καλύπτει μια έντονη και ανεξήγητη αίσθηση επικείμενου κινδύνου (Πιπερόπουλος Γ,1994).

Επίσης ο ασθενής μπορεί να αναφέρει μούδιασμα στα άνω και κάτω άκρα και διαταραχές ύπνου, δεν κοιμάται η και αν κοιμάται, ο ύπνος του είναι διακεκομμένος (Μαυράκη Κ. – Σιάχου, 1997). β)ψυχιατρικά: ανησυχία και ανυπομονησία, αίσθημα αόριστου φόβου και αγωνίας, νευρικότητα, διάσπαση της προσοχής, δυσκολία συγκέντρωσης, αίσθημα μειωμένης αντιληπτικής ικανότητας. (<http://psycosynthesis.blogspot.com>)

Τα συμπτώματα αυτά είναι τόσο έντονα και αποδιοργανωτικά ιδίως όταν συμβαίνουν σε ανύποπτο χρόνο και ίσως μπροστά σε άλλα άτομα ώστε το άτομο να κατακυριεύεται από ΠΑΝΙΚΟ με αποτέλεσμα να διακατέχεται από τάσεις Φυγής. (Πιπερόπουλος Γ, 1994)

1.6. Συννοσηρότητα – Θνησιμότητα

Οι υψηλότερες συχνότητες συννοσηρότητας αφορούν συνύπαρξη 1) περισσότερων της μιας αγγωδών διαταραχών. Διαταραχής πανικού με αγοραφοβία υπολογίζεται στο 70-90%, κοινωνικής φοβίας με ειδικής σε ποσοστό 59-61% ενώ με αγοραφοβία σε 45%. 2) αγγωδών διαταραχών με διαταραχές διάθεσης. Διαπιστώθηκε συνύπαρξη καταθλιπτικής διαταραχής στο 40% των ασθενών με αγγώδη διαταραχή. 3) με διαταραχές προσωπικότητας. 4) με διαταραχές σωματοποίησης. Εδώ οι ασθενείς ζητούν επανειλημμένα ιατρική βοήθεια για διάφορα σωματικά συμπτώματα, αλλά δεν ανευρίσκεται οργανική αιτία. Τα ενοχλήματα συχνά είναι γενικά, ασαφή και παρουσιάζονται με δραματικό τρόπο. Οποιοδήποτε από τα συστήματα μπορεί να εμπλακεί, αλλά τα πιο κοινά ενοχλήματα προέρχονται από το νευρολογικό, το

γαστρεντερικό, το σεξουαλικό ή αναπαραγωγικό ή το καρδιοπνευμονικό σύστημα ή εκδηλώνονται σαν χρόνιοι πόνοι.

Αγχώδεις διαταραχές σε σωματικές παθήσεις 1) το άγχος μπορεί να εμφανιστεί σε μια σειρά σωματικών παθήσεων ως αποτέλεσμα της διαταραχής σε ψυχοενδοκρινικό ή μεταβολικό (πρωτογενές ή σωματογενές άγχος). Έτσι οι αγχώδεις εκδηλώσεις συνοδεύουν τον υπερθυρεοειδισμό, τη στηθάγχη, την καρδιακή αρρυθμία, τη χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, την πνευμονική εμβολή, την υπογλυκαιμία, την κακοήθη αναιμία, την πορφυρία. 2)επίσης αγχώδεις διαταραχές μπορούν να εμφανιστούν ως αντίδραση σε διάφορες σωματικές παθήσεις (δευτερογενές άγχος), όπως το έμφραγμα του μυοκαρδίου, οι καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις, το έλκος του στομάχου ή του 12δακτύλου, η ελκώδης κολίτις, το βρογχικό άσθμα.

Ασθενείς με αγχώδεις διαταραχές εμφανίζουν αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα κυρίως από παθήσεις του καρδιαγγειακού συστήματος. Έχει συσχετισθεί η αυξημένη θνησιμότητα ατόμων με αγχώδεις διαταραχές με την αύξηση της αρτηριακής πίεσης και την κατάχρηση καπνού που θεωρούνται παράγοντες κινδύνου για καρδιαγγειακές παθήσεις. (<http://psycosynthesis.blogspot.com>)

1.7. Θεραπεία

Ορισμένα άτομα χρειάζονται από μερικούς μήνες θεραπείας, ενώ αλλά μπορεί να χρειαστούν ένα χρόνο ή περισσότερο. Οι ψυχίατροι συνήθως συνιστούν συνδυασμό ψυχοθεραπείας και φαρμακοθεραπείας (www.psychiatry24x7.gr)

Πολλές έρευνες κατέδειξαν ότι οι άνθρωποι που στην καθημερινότητα τους βιώνουν μαζικά, αγχωτικές καταστάσεις έχουν την ανάγκη να χαλαρώσουν. Όπως κάθε άλλη δεξιότητα, χρειάζεται πρακτική εξάσκηση για να αναπτυχθεί (Χαραλαμπίδης Σ.).

Οι συγγενείς και φίλοι μπορούν να παρέχουν υποστήριξη:

Αναγνωρίζοντας και επαινώντας τις μικρές επιτυχίες του ασθενή

Τροποποιώντας τις προσδοκίες του ασθενή κατά τη διάρκεια των περιόδων στρες

Μετρώντας την πρόοδο με βάση τον ασθενή και όχι με μέτρο δικά τους αυστηρά κριτήρια

Διατηρώντας ευέλικτη στάση και προσπαθώντας να διατηρούν ένα φυσιολογικό πρόγραμμα. (www.psychiatry24x7.gr)

1.7.α Ψυχοθεραπεία

Ο Wolberg το 1988, ανέλυσε διεξοδικά 39 διαφορετικούς ορισμούς για το τι είναι ψυχοθεραπεία, κατέληξε στον ακόλουθο ορισμό: << Η ψυχοθεραπεία είναι η θεραπεία με ψυχολογικά μέσα των προβλημάτων συναισθηματικής φύσεως, κατά την οποία ένα εκπαιδευμένο άτομο δημιουργεί σκόπιμα μια επαγγελματική σχέση με τον ασθενή με σκοπό: 1) την αφαίρεση, μετατροπή ή επιβράδυνση της εξέλιξης υπαρχόντων συμπτωμάτων, 2) την μεταβολή διαταραγμένων διαδικασιών συμπεριφοράς και 3) την προαγωγή θετικής ανάπτυξης και εξέλιξης της προσωπικότητας>>.

Στις αρχές του 20^{ου} αιώνα, υπήρξαν κυρίως τρία ρεύματα στην ψυχοθεραπεία: η ψυχοδυναμική σχολή, όπου κυρίαρχο ρόλο έχουν οι ασυνείδητες συγκρούσεις, η συμπεριφορική σχολή, όπου η φυσιολογική και η παθολογική συμπεριφορά θεωρούνται προϊόντα μάθησης και η ανθρωπιστική/υπαρξιακή σχολή, που δίνει πρωταρχική σημασία στην ανθρώπινη ελευθερία βούλησης. (<http://psycosynthesis.blogspot.com>)

Η ψυχοδυναμική προσέγγιση στοχεύει στην αναγνώριση και διόρθωση-λύση ανεπαρκειών και συγκρούσεων της παιδικής ηλικίας, που συνέβαλαν στη διαμόρφωση της ελαττωμένης αντοχής ή ευαλωτότητας του ατόμου στο άγχος, όπως αυτό εκλύεται από προβλήματα στις σχέσεις του.

Η υποστηρικτική - γνωστική - συμπεριφορική προσέγγιση στοχεύει στη δημιουργία ενός κλίματος ενθάρρυνσης και συμπαράστασης (υποστηρικτική), όπου γνωστικές παραμορφώσεις των σωματικών αισθήσεων του άγχους, που οδηγούν σε καταστροφικές ερμηνείες (γνωστική), αντικαθίστανται με εναλλακτικές μη καταστροφικές ερμηνείες και που ο ασθενής καθοδηγείται σε προοδευτική έκθεση σε αυτά που φοβάται (συμπεριφορική). (Μάνου Ν., 1993)

Ο καλός θεραπευτής σε ακούει με σεβασμό και προσοχή χωρίς να σε κρίνει. Σου παρέχει ένα επικοινωνιακό χώρο συναισθηματικής ασφάλειας ώστε να έρθεις σε επαφή με τις άγνωστες πτυχές του εαυτού σου.

Δ) Στόχοι της ψυχοθεραπείας:

Αυτογνωσία.

Αντιμέτωπιση των ενοχλητικών συμπτωμάτων.

Εκμάθηση ικανοτήτων επικοινωνίας και τεχνικών επίλυσης προβλημάτων.

Αύξηση των επιδόσεων και βελτίωση της ικανότητας για αγάπη, εργασία, μάθηση και εξωτερίκευση σκέψεων και συναισθημάτων.

Βελτίωση προσωπικών και επαγγελματικών σχέσεων.

Εναρμόνιση λογικής, συγκινήσεων και συμπεριφοράς.

Βελτίωση της εικόνας του εαυτού και της αυτοεκτίμησης.

Αύξηση ελευθερίας επιλογών.

Συμφιλίωση με την αναπόφευκτη οδύνη.

II) Η αποτελεσματικότητα της ψυχοθεραπείας

Οι περισσότερες έρευνες υποστηρίζουν ότι η θεραπεία μειώνει αποτελεσματικά το άγχος, την κατάθλιψη και το φόβο, αυξάνει τη δυνατότητα δημιουργικής επικοινωνίας και μειώνει την ένταση των ψυχογενών σωματικών συμπτωμάτων όπως εξάντληση, ταχυκαρδία, δυσκολίες αναπνοής και ζάλη. Οι περισσότεροι άνθρωποι που έχουν συμμετάσχει έστω και σε λίγες ψυχοθεραπευτικές συνεδρίες, νιώθουν πολύ καλύτερα από άτομα που ενώ αντιμετώπιζαν τα ίδια προβλήματα, δεν έκαναν καμιά θεραπεία. (Καλογερόπουλος Α)

1.7.β Φαρμακοθεραπεία

Η θεραπεία των αγχώδων διαταραχών με αντιαγχώδεις παράγοντες (βενζοδιαζεπίνες), όπως η αλπραζολάμη, η διαζεπάμη, η βρομαζεπάμη και η κλοναζεπάμη παρουσιάζει αρκετά προβλήματα. Πρώτα από όλα, ενώ στην αρχή της θεραπείας παρουσιάζεται βελτίωση, ελλοχεύει ο κίνδυνος εξάρτησης σε παρατεταμένη χρήση. Τα αγχολυτικά αυτά ενώ επιφέρουν ένα ευχάριστο αίσθημα ηρεμίας και χαλάρωσης, απαιτούν, μετά από μακροχρόνια χρήση, μεγαλύτερη δοσολογία για την επίτευξη του προσδοκώμενου αποτελέσματος (www.iator.gr). Στην πραγματικότητα τα αγχολυτικά δεν θεραπεύουν το άγχος, μόνο το ανακουφίζουν προσωρινά (Μάνου Ν., 1997).

Βενζοδιαζεπίνες

Οι βενζοδιαζεπίνες έχουν αγχολυτικές, υπνωτικές, αντισπασμικές και μυοχαλαρωτικές ιδιότητες, η κύρια τους όμως ένδειξη είναι οι αγχώδεις διαταραχές και η βραχυχρόνια συμπτωματική θεραπεία του έντονου, παθολογικού άγχους (www.psynet.gr). Συγκεκριμένα ενδείκνυνται για τη θεραπεία του οξέος περιστασιακού άγχους, της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής, της διαταραχής πανικού, της κατάθλιψης (Μάνου Ν., 1997).

Οι βενζοδιαζεπίνες είναι σχετικά ταχείας δράσης φάρμακα. Η κύρια παρενέργεια τους είναι η υπνηλία. Επίσης μπορεί να προκαλέσουν εξάρτηση ή εθισμό. (www.psychiatry24x7.gr)

Αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης (MAO)

Οι αναστολείς της MAO χρησιμοποιούνται σε ασθενείς που παρουσιάζουν έντονο άγχος και φοβίες. Ανεπιθύμητες ενέργειες είναι η υπνηλία, ορθοστατική υπόταση, θόλωση της όρασης, ξηροστομία, δυσουρία και δυσκοιλιότητα. Πρέπει να αποφεύγει τη μύρα και το κρασί και τροφές όπως τα τυριά που περιέχουν το αμινοξύ τυραμίνη (Παπαδόπουλος Ι. Στ. και Παπαδόπουλος Γ, 2003).

Τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά

Ορισμένα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά είναι αποτελεσματικά στην αναστολή των κρίσεων πανικού. Τα περισσότερα τρικυκλικά μειώνουν επίσης τα συμπτώματα της διαταραχής μετά από ψυχοτραυματικό στρες και ορισμένα είναι αποτελεσματικά στη θεραπεία της ψυχαναγκαστικής – καταναγκαστικής διαταραχής. Μια από τις σημαντικότερες παρενέργειες των τρικυκλικών είναι η αύξηση του σωματικού βάρους, ενώ άλλες είναι: υπνηλία, ξηροστομία, ζάλη και διαταραχή της σεξουαλικής λειτουργίας.

Εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRI's)

Οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης χρησιμοποιήθηκαν αρχικά για τη θεραπεία της κατάθλιψης, αλλά σήμερα χρησιμοποιούνται επίσης στη θεραπεία των αγχώδων διαταραχών.

Οι SSRI's θεωρούνται θεραπεία πρώτης γραμμής στη διαταραχή πανικού και χρησιμοποιούνται επίσης στη θεραπεία της ψυχαναγκαστικής – καταναγκαστικής διαταραχής, της κοινωνικής φοβίας και της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής. Η συχνότερη παρενέργεια τους είναι η ήπια ναυτία, η οποία συνήθως υποχωρεί μετά από λίγο καιρό. Παρόλα αυτά οι SSRI's μπορεί να προκαλέσουν σεξουαλική δυσλειτουργία και η συχνότητα αυτής της παρενέργειας έχει μάλλον υποεκτιμηθεί επειδή οι ασθενείς ντρέπονται να την αναφέρουν. (www.psychiatry24x7.gr)

Το μόνο φάρμακο ειδικό για τις αγχώδεις διαταραχές εκτός από τις βενζοδιαζεπίνες είναι η βουσπιρόνη. (www.psynet.gr)

Η βουσπιρόνη (ανήκει σε άλλη οικογένεια αγχολυτικών, τις αζαπιρόνες), χρησιμοποιείται στη θεραπεία του μακροχρόνιου άγχους. Σε σύγκριση με τις βενζοδιαζεπίνες η βουσπιρόνη δεν έχει κατασταλτική επίδραση και δεν επηρεάζει την εγρήγορση, δεν αλληλεπιδρά με το οινόπνευμα. (<http://psi-gr.tripod.com>) Η συχνότητα των ανεπιθύμητων ενεργειών είναι μικρές, με συχνότερες παρενέργειες την κεφαλαλγία, τον ίλιγγο, τη νευρικότητα και τη ζάλη (Παπαδόπουλος Ι. Στ. και Παπαδόπουλος Γ, 2003)

1.7.γ Νέες μέθοδοι αντιμετώπισης

D) Rebirthing

Η θεραπευτική μέθοδος Rebirthing μας απαλλάσσει από φοβίες, κατάθλιψη, τραύματα, ανασφάλειες, μπλοκαρίσματα, θυμό και όλα τα αρνητικά συναισθήματα που κουβαλάμε από την παιδική μας ηλικία μέχρι τώρα. Μπορεί να θεραπεύσει τραυματικές εμπειρίες τις οποίες κρύβουμε βαθιά μέσα μας και αυτό διότι δεν αντιστοιχεί σε μια νοητική θεραπεία αλλά επιφέρει ευεργετικές αλλαγές κατευθείαν στο συναισθηματικό επίπεδο. Δεν υπάρχει ανάγκη να έχουμε αναλύσει το οποία

προβλήματα που υπάρχουν, απλά αποβάλλονται με τον πιο ήπιο και αποτελεσματικό τρόπο.

Η Αναγέννηση (Rebirthing) απευθύνεται σε όλους τους ανθρώπους αφού είναι ελάχιστοι οι άνθρωποι που έχουν κατακτήσει την απόλυτη εσωτερική κάθαρση και δεν έχουν κάποια συναισθηματικά προβλήματα ή μπλοκαρίσματα να λύσουν. Όσο πιο χρόνια, έντονα και δεσμευτικά είναι τα προβλήματα αυτά τόσο πιο μεγάλη ανακούφιση και θετική συναισθηματική φόρτιση αλλά και πρωτόγνωρη χαρά θα υπάρξει (www.wearestars.com).

II) Τεχνολογίες εικονικής πραγματικότητας

Αντιμετώπιστηκαν 300 ασθενείς με φοβίες και αγχώδεις διαταραχές Οι τεχνολογίες εικονικής πραγματικότητας επιστρατεύονται στην καταπολέμηση διαφόρων ειδών φοβίας, αλλά και στην ανακούφιση από τον πόνο Η κουζίνα είναι φαινομενικά άδεια. Όμως η τεράστια αράχνη βρίσκεται εκεί, στο πάτωμα, και η Μαίρη - που παθαίνει κρίση πανικού στην ιδέα και μόνο της αράχνης - πρέπει να πιάσει το απεχθές ζώο στα χέρια της. Και μάλιστα όχι μόνο μια φορά, αλλά όσες περισσότερες γίνεται κατά τη διάρκεια της ωριαίας άσκησης. . Όπως αναφέρεται σε δημοσίευμα της επιθεώρησης «Scientific American», στο Ιατρικό Κέντρο Εικονικής Πραγματικότητας στην Καλιφόρνια πάνω από 300 ασθενείς με φοβίες και αγχώδεις διαταραχές θεραπεύθηκαν με τη βοήθεια τέτοιων προγραμμάτων. Η επιθεώρηση αναφέρει τα αποτελέσματα μελέτης σε 23 φοβικούς ασθενείς, οι οποίοι σε ποσοστό 83% ξεπέρασαν τη φοβία τους με τη βοήθεια της εικονικής πραγματικότητας (Κρίκης Σ και Κουκλάκη Δ, 2004).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Φοβικές Διαταραχές

Τα άτομα που υποφέρουν από φοβίες βιώνουν παράλογο φόβο, τρόμο ή πανικό όταν έρχονται αντιμέτωποι με συγκεκριμένο αντικείμενο, κατάσταση ή δραστηριότητα. Πολλά άτομα με φοβίες αναπτύσσουν τέτοια τρομερή επιθυμία να αποφύγουν την πηγή του φόβου ώστε η επιθυμία αυτή εμποδίζει την εργασία τους, την οικογενειακή ζωή και τις κοινωνικές σχέσεις. (www.psychiatry24x7.gr)

Ο Δαρβίνος το 1872 περιέγραψε τις συνέπειες του έντονου φόβου. «Ο φοβισμένος άνθρωπος στέκεται, κατ' αρχήν μαρμαρωμένος, ακίνητος, χωρίς ανάσα...η καρδιά χτυπά γρήγορα και βίαια... ακαριαία χλομιάζει, τον περιλούζει κρύος ιδρώτας...λαχανιάζει...ξεραίνεται το στόμα...τρέμουν οι μύες όλου του σώματος...επακολουθεί η δειλία, η αδυναμία δράσεως...Μεγάλες σταγόνες ιδρώτα φαίνονται στο δέρμα...σύντομα επακολουθεί τέλεια σωματική εξάντληση και η διανοητική ικανότητα εκμηδενίζεται». (www.psyche.gr)

Οι πιο συχνές φοβίες είναι η ειδική φοβία, η κοινωνική και η αγοραφοβία.

A) Κοινωνική φοβία - Ειδική φοβία

Βασικό χαρακτηριστικό της κοινωνικής φοβίας είναι ο έντονος και επίμονος φόβος που διακατέχει το άτομο σε μία ή περισσότερες κοινωνικές καταστάσεις, στις οποίες φοβάται ότι θα περιέλθει σε κατάσταση αμηχανίας και σύγχυσης. Τα παιδιά με κοινωνική φοβία περιγράφονται ως μοναχικά και απομονωμένα και είναι απρόθυμα να συμμετέχουν σε ομαδικές δραστηριότητες και εκδηλώσεις. (www.arsi.gr) Εκτός από την ομιλία μπροστά σε κοινό, οι τυπικοί κοινωνικοί φόβοι περιλαμβάνουν το να τρώνε ή να γράφουν δημόσια, να παρευρίσκονται σε συναντήσεις, να δίνουν συνέντευξη ή να χρησιμοποιούν δημόσιες τουαλέτες (www.prosarmogi.gr).

Η ειδική φοβία είναι επίμονος φόβος για ένα συγκεκριμένο αντικείμενο ή κατάσταση, όπως οι κλειστοί χώροι, οι πτήσεις, τα ζώα ή τα ύψη. Η αντιμετώπιση του φοβογόνου ερεθίσματος προκαλεί σοβαρό άγχος που μειώνεται όσο αυξάνεται η απόσταση από το φοβογόνο αντικείμενο. (Coler M.S. and Vincent K.G., 2006)

1.Επιδημιολογικά χαρακτηριστικά για κοινωνικές και ειδικές φοβίες

Η επικράτηση της κοινωνικής φοβίας κυμαίνεται από 3-13% προσβάλλοντας συχνότερα τις γυναίκες από ότι τους άνδρες. (www.prosarmogi.gr) Σε κλινικούς πληθυσμούς η συχνότητά της είναι 10-20% των αγχωδών διαταραχών και φαίνεται να είναι πιο συχνή στους άνδρες.(Μάνου Ν.,1997) Αυτή η διαταραχή τυπικά ξεκινά στην παιδική ηλικία ή την πρώιμη εφηβεία και σπάνια μετά τα 25 έτη. (www.prosarmogi.gr)

Οι ειδικές φοβίες είναι συχνότερες στις γυναίκες από ότι στους άνδρες. Στον γενικό πληθυσμό ο επιπολασμός ζωής κυμαίνεται 10-11.3%. (Μάνου Ν.,1997)

2. Κλινικές εκδηλώσεις

Το φοβογόνο αντικείμενο ή κατάσταση:

- προκαλεί έντονο άγχος με την έκθεση του ατόμου σε αυτό
- αποφεύγεται ή γίνεται ανεκτό με μεγάλη δυσφορία
- αναγνωρίζεται ως παράλογο. (Coler M.S. and Vincent K.G., 2006)

3. Διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV:

3.1. για την Ειδική φοβία

- 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, θεά αίματος).
- Η έκθεση στο φοβικό ερέθισμα σχεδόν πάντα προκαλεί άμεση απάντηση άγχους, που μπορεί να παίρνει τη μορφή μιας συνδεδεμένης με ή προδιατεθειμένης από την κατάσταση προσβολής πανικού. Στα παιδιά, το άγχος μπορεί να εκφράζεται με κλάματα, εκρήξεις θυμού, πάγωμα ή προσκόλληση σε άλλους.
- Το άτομο γνωρίζει ότι ο φόβος του είναι υπερβολικός ή παράλογος.
- Η φοβική κατάσταση αποφεύγεται ή αλλιώς υπομένεται με έντονο άγχος ή υποκειμενική ενόχληση.
- Η αποφυγή, η αγχώδης αναμονή ή η υποκειμενική ενόχληση κατά την επίφοβη κατάσταση παρεμποδίζει σημαντικά την καθημερινή φυσιολογική ρουτίνα του ατόμου, την επαγγελματική λειτουργικότητα του ή τις κοινωνικές του δραστηριότητες ή τις σχέσεις του ή υπάρχει έντονη υποκειμενική ενόχληση που το άτομο έχει τη φοβία.
- Σε άτομα κάτω των 18 ετών, η διάρκεια είναι τουλάχιστον 6 μήνες. (Μάνου Ν.,1997)

3.2. για την κοινωνική φοβία

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

- Η έκθεση στην επίφοβη κοινωνική κατάσταση προκαλεί σχεδόν πάντοτε άγχος που μπορεί να παίρνει τη μορφή μιας συνδεδεμένης με ή προδιατεθειμένης από την κατάσταση προσβολής πανικού.
- Το άτομο γνωρίζει ότι ο φόβος του είναι υπερβολικός ή παράλογος.
- Οι επίφοβες κοινωνικές καταστάσεις ή οι καταστάσεις όπου το άτομο θα πρέπει να επιτελέσει κάτι αποφεύγονται ή αλλιώς υπομένονται με έντονο άγχος ή υποκειμενική ενόχληση.
- Η αποφυγή, η αγχώδης αναμονή ή η υποκειμενική ενόχληση κατά την επίφοβη κοινωνική κατάσταση παρεμποδίζει σημαντικά την καθημερινή φυσιολογική ρουτίνα του ατόμου, την επαγγελματική λειτουργικότητα του ή τις κοινωνικές του δραστηριότητες ή τις σχέσεις του ή υπάρχει έντονη υποκειμενική ενόχληση που το άτομο έχει τη φοβία.
- Σε άτομα κάτω των 18 ετών, η διάρκεια είναι τουλάχιστον 6 μήνες (Μάνου Ν.,1997).

4. Θεραπεία της κοινωνικής και της ειδικής φοβίας

Η θεραπεία συμπεριφοράς μπορεί να είναι βαθμιαία προοδευτική έκθεση in vivo στο φοβικό αντικείμενο ή κατάσταση της κοινωνικής ή ειδικής φοβίας ή συνδυασμός προοδευτικής συστηματικής απευαισθητοποίησης στη φαντασία και βαθμιαίας έκθεσης in vivo (π.χ πρώτα βλέπει με τη φαντασία ένα φίδι, μετά στη φωτογραφία, μετά βλέπει ένα ζωντανό φίδι). Η συμπεριφορική θεραπεία μπορεί να γίνει και σε ομάδα (π.χ για τον φόβο των αεροπορικών ταξιδιών). Όσον αφορά φαρμακευτική αγωγή μπορεί να χορηγηθούν αναστολείς της MAO ή εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης. Οι ασθενείς τείνουν να υποτροπιάσουν όταν η φαρμακευτική αγωγή διακοπεί. (www.psychologia.gr)

B) Αγοραφοβία

Στην αγοραφοβία έχουν δοθεί διάφορες ονομασίες: ο Freud αγχώδη υστερία, ο Klein φοβικά αγχώδη κατάσταση, ο Roth φοβικό – αγχώδες και με αποπροσωποποίηση σύνδρομο. Η πρώτη όμως και με λεπτομέρεια περιγραφή της έγινε από τον Westphal το 1871 (Μπουλουγούρης Γ., 1996).

Η λέξη προέρχεται από την ελληνική αγορά που σημαίνει συγκέντρωση-τόπο συναλλαγής και τη χρησιμοποίησε για πρώτη φορά, στα τέλη του 19^{ου} αιώνα, ο Γερμανός ψυχίατρος Westphal για να περιγράψει την ‘αδυναμία του να περπατάς σε δρόμους ή πλατείες, ή τη δυνατότητα του να το κάνεις αυτό, με βέβαιο επακόλουθο τον φόβο ή την έντονη αγωνία’. (www.businesswoman.gr)

Μερικοί ασθενείς δυσκολεύονται για δεκαετίες να κυκλοφορήσουν μόνοι τους αλλά καταφέρνουν επιδέξια το άγχος αρχίζει να φεύγει από τον έλεγχο τους και να

αυξάνει τόσο πολύ σε κάποιες καταστάσεις, ώστε να αρχίζουν να αναζητούν θεραπεία (Barlow, 1996).

Πολύ θεωρούν ότι η αγοραφοβία είναι ο φόβος που έχει το άτομο να βρεθεί σε ανοιχτούς χώρους. Όταν αυτή η άποψη τέθηκε σε φοιτητές της ιατρικής και της ψυχολογίας, η πλειονότητα τους (90%) απάντησε καταφατικά. Όταν όμως η ίδια ερώτηση τέθηκε στους αγοραφοβικούς ασθενείς η απάντηση δεν ήταν ίδια. Κανείς δεν είπε ότι η πηγή του φόβου τους είναι οι ανοιχτοί χώροι. (Μπουλουγούρης Γ., 1996)

Στη σημερινή εποχή, ο όρος περιλαμβάνει πλατύτερο φάσμα συμπτωμάτων, συμπεριλαμβανομένων και καταστάσεων όπου ο άνθρωπος υποφέρει από έντονο φόβο μόλις απομακρυνθεί από το χώρο του σπιτιού του και ιδιαίτερα όταν βρίσκεται σε πολυσύχναστα ή απόμερα σημεία όπου είναι αδύνατη η διαφυγή ή ανέφικτη βοήθεια (www.businesswoman.gr)

Συχνά, λόγω έλλειψης σχετικής γνώσης, η αγοραφοβία θεωρείται από τον ίδιο τον πάσχοντα και από το οικογενειακό ή φιλικό του περιβάλλον ως «ιδιοτροπία» και δεν επιδιώκεται η θεραπεία. Πολλοί αγοραφοβικοί, επίσης, φοβούνται ότι έχουν κακή υγεία και ότι υποφέρουν από κάποια ανίατη και θανατηφόρο ασθένεια (Κουλιαφή Ρ.).

1. Επιδημιολογία – Επιπτώσεις

Η αγοραφοβία είναι η συχνότερη μορφή φοβίας από το σύνολο των φοβικών ασθενών που ζητούν θεραπεία και φθάνει στο ποσοστό του 60% (Μπουλουγούρης Γ., 1996). Η αγοραφοβία συνήθως, εμφανίζεται στους ενηλίκους σε ηλικία 18-35 ετών, με μέση ηλικία έναρξης τα 28 χρόνια, ενώ δεν εμφανίζεται συχνά στην παιδική ηλικία. Τα 2/3 αυτών που έχουν αγοραφοβία είναι γυναίκες (www.businesswoman.gr)

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 (www.psychologia.gr). Ο πάσχων από αγοραφοβία θα αρχίσει ν' αποφεύγει ορισμένες καταστάσεις που του προκαλούν φόβο και οι οποίες θα μπορούσαν να επιταχύνουν κρίσεις πανικού (Cassano, 1997)

2. Αιτιολογία

Κατ'αρχήν, είναι καλό να δούμε σε τι δεν οφείλεται! Ο πανικός και η αγοραφοβία δεν οφείλονται σε αδυναμία του χαρακτήρα του πάσχοντα ούτε σε έλλειψη θέλησης. Η συχνή φράση των συγγενών, δεν προσπαθείς να το ξεπεράσεις ή δεν θέλεις είναι απόλυτα λανθασμένη. (www.mednet.gr)

Η αγοραφοβία, οφείλεται σε έναν συνδυασμό βιολογικών και ψυχολογικών παραγόντων μαζί με διαταραχή πανικού, όπως δείχνουν οι σύγχρονες έρευνες. Οι

βιολογικοί παράγοντες αναφέρονται κυρίως σε μια υπερδραστηριότητα του αυτόνομου νευρικού συστήματος και οι ψυχολογικοί αφορούν περισσότερο στο περιεχόμενο της σκέψης των πασχόντων. (www.papaki.panteion.gr)

Οι ψυχολογικοί παράγοντες αναφέρονται περισσότερο στο περιεχόμενο της σκέψης των πασχόντων και στον τρόπο που αυτό συμβάλλει στην γένεση του προβλήματος, καθώς και στον τρόπο με τον οποίο η συμπεριφορά αποφυγής που αναπτύσσουν οι πάσχοντες συμβάλλει στην διατήρηση του προβλήματος. (www.mednet.gr)

3. Διάγνωση

Η διάγνωση της αγοραφοβίας με πανικό, ή αλλιώς της διαταραχής πανικού με αγοραφοβία, γίνεται όταν το άγχος αναμονής που έχει σχέση με τους πανικούς κάνει το άτομο απρόθυμο να εγκαταλείψει το σπίτι του ή να μπει σε μέρη που είναι δυνατόν να του συμβεί πανικός (Μπουλουγούρης Γ., 1996).

Ένα άλλο πρόβλημα ως προς τη διάγνωση της αγοραφοβίας είναι η παρουσία της κατάθλιψης. Υπολογίζεται πως το 50% των αγοραφοβικών πάσχει και από κατάθλιψη. Είναι δύσκολο, ακόμη και στον ειδικό, να διακρίνει πότε η αγοραφοβία είναι πρωτοπαθής και πότε η κατάθλιψη είναι το πραγματικό πρόβλημα του ασθενή, ιδίως όταν η έναρξη του προβλήματος γίνεται μετά τα 45 του χρόνια (Τσιακούλιας Φ., 1998).

4. Συμπτωματολογία

Στην πλειονότητα των περιπτώσεων Αγοραφοβίας τα φοβικά συμπτώματα είναι *επιποική* της Διαταραχής Πανικού . Δηλαδή το άτομο πρώτα υφίσταται μια η 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 (www.psychologia.gr) Η αγοραφοβία συνήθως εκδηλώνεται μετά από κάποια σημαντικά γεγονότα που συνέβησαν στη ζωή του ατόμου, π.χ. πένθος, κύηση, γάμος, κ.τ.λ. (Μπουλουγούρης Γ., 1996)

Ακόμη, μπορεί να παρουσιάσει και μη φοβικά συμπτώματα, όπως ανασφάλεια, ιλίγγους, αλλοιοπροσωπία (το άτομο αισθάνεται προσωρινά παραμορφωμένο, απόμακρο από το γύρω περιβάλλον), κατάθλιψη και φόβους απώλειας ελέγχου. (www.papaki.panteion.gr)

5. Θεραπεία

Ωστόσο η αγοραφοβία έχει θεραπεία αποτελεσματική και σύντομη για διαρκή ανακούφιση από τα συμπτώματα. Ο θεραπευτής σε συνεργασία με τον πάσχοντα ερευνούν το εύρος των φόβων του τελευταίου και το πώς αυτοί επηρεάζουν την ζωή του και θέτουν από κοινού τους στόχους που ο θεραπευόμενος επιθυμεί να πετύχει. Ο θεραπευτής προσφέρει τον τρόπο που ονομάζεται Συμπεριφοριστική - Γνωσιακή Θεραπεία και είναι μία σειρά από απλές τεχνικές που βοηθούν τον θεραπευόμενο να αντιμετωπίσει σταδιακά τις καταστάσεις που αποφεύγει γιατί του προκαλούν άγχος, να παραμείνει σ' αυτές μέχρι να νιώσει καλύτερα και να το επαναλάβει τόσες φορές μέχρι τελικά να εξοικειωθεί τελείως και να μην υπάρχουν άλλοι φόβοι. (Isaac Marks,1991).

Η αγοραφοβία αντιμετωπίζεται με θεραπεία συμπεριφοράς και ειδικότερα με βαθμιαία και προοδευτική (κλιμακωτή) έκθεση *in vivo* του ατόμου σε συνεχώς και πιο δύσκολες αγοραφοβικές καταστάσεις. (www.psychologia.gr)

Δ) Ψυχοθεραπεία – Ψυχανάλυση

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

Όσον αφορά τη δυναμική ψυχοθεραπεία, αυτή μπορεί να χρειασθεί για τις περιπτώσεις εκείνες που το άγχος φαίνεται να σχετίζεται με συγκρούσεις (π.χ. για τον αποχωρισμό από σημαντικά άτομα) ή αντιδράσεις προς το περιβάλλον που πρέπει να διερευνηθούν πριν/και για να γίνει δυνατό να υποχωρήσουν τα συμπτώματα. Έτσι, π.χ., κάποια άτομα φοβούμενα ασυνείδητα τον αποχωρισμό μπορεί να μην τολμούν να εκτεθούν στη συμπεριφορική θεραπεία πριν λύσουν τις συγκρούσεις τους γύρω από τον «κίνδυνο» της αυτονομίας. (www.psychologia.gr)

Τα χαρακτηριστικά της ψυχοθεραπείας αυτής είναι α) ότι είναι σύντομης διάρκειας (π.χ. 3 μήνες), β) εστιάζει την προσοχή της στα τωρινά προβλήματα και όχι τόσο στο παρελθόν όπως άλλες, γ) βασίζεται στην στενή συνεργασία του θεραπευτή και του θεραπευόμενου και δ) βασίζεται το αποτέλεσμα της περισσότερο στην δουλειά που θα κάνει ο θεραπευόμενος μεταξύ των συνεδριών στο σπίτι του και όχι τόσο εντός των συνεδριών. (www.mednet.gr)

Η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία αποτελεί στην ουσία το ‘πάντρεμα’ δυο θεωρητικών κατευθύνσεων, της γνωσιακής η οποία θεμελιώθηκε από τον A. Beck την δεκαετία του '70 και της κλασικής συμπεριφορικής θεωρίας (www.mednet.gr).

Η Γνωσιακή θεραπεία είναι άμεση, κατευθυντική, βραχύχρονη θεραπευτική μέθοδος που χρησιμοποιείται όχι μόνο για προβλήματα άγχους, αλλά επίσης για την αντιμετώπιση προβλημάτων παχυσαρκίας, κατάθλιψης, σεξουαλικών δυσλειτουργιών, φόβων, φοβιών, αλλά και άλλων ψυχικών διαταραχών (Χαρίλα Ν., 1998).

Οι γνωσιακές τεχνικές αποσκοπούν περισσότερο στην αμφισβήτηση των δυσλειτουργικών πεποιθήσεων που επικρατούν στην σκέψη των πασχόντων, ενώ οι συμπεριφορικές τεχνικές στο ‘σπάσιμο’ της αποφευκτικής συμπεριφοράς. Αυτό επιτυγχάνεται με την σταδιακή επαναδραστηριοποίηση του πάσχοντα στις δραστηριότητες που απέφευγε (www.mednet.gr).

II) Φαρμακευτική αγωγή

θα χρησιμοποιηθεί μόνη ή καλύτερα σε συνδυασμό με την υποστηρικτική — γνωστική — συμπεριφορική προσέγγιση, αν ο ασθενής δεν μπορεί να ακολουθήσει μόνο την ψυχολογική θεραπεία.

Τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά όπως η ιμιπραμίνη, η χλωριμιπραμίνη κ.ά. και εκλεκτικοί αναστολείς της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (ΕΑΕΣ) όπως η φλουοξετίνη, η παροξετίνη κ.ά. είναι αποτελεσματικά στη θεραπεία του πανικού και της αγοραφοβίας γιατί εμποδίζουν τις προσβολές πανικού ίσως και στο 80% των ασθενών. (Οι αναστολείς της MAO μπορούν επίσης να χρησιμοποιηθούν, αν αποτύχουν τα τρικυκλικά ή οι ΕΑΕΣ).

Η βενζοδιαζεπίνη αλπραζολάμη είναι επίσης αποτελεσματική.

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

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Διαταραχή πανικού (με ή χωρίς αγοραφοβία)

Τα άτομα με διαταραχή πανικού υποφέρουν από μη αναμενόμενα και επανειλημμένα επεισόδια έντονου, κατακλυσμιαίου τρόμου χωρίς συγκεκριμένο λόγο. Αυτά τα επεισόδια καλούνται κρίσεις πανικού (www.psychiatry24x7.gr), που διαρκούν από μερικά δευτερόλεπτα έως αρκετές ώρες. (Isaak Marks, 1991)

3.1. Επιδημιολογικά χαρακτηριστικά

Ο επιπολασμός ζωής της διαταραχής πανικού (με ή χωρίς αγοραφοβία) είναι 1.5-3.5%. σε δείγματα γενικού πληθυσμού περίπου το 1/3-1/2 των ατόμων με διάγνωση διαταραχής πανικού έχουν και αγοραφοβία. (Μάνου Ν., 1997)

3.2. Αιτιολογία

Πολλοί παράγοντες συνεπιδρούν στην εμφάνιση των κρίσεων της διαταραχής πανικού. Ασφαλώς ο συγκεκριμένος συνδυασμός διαφέρει από άτομο σε άτομο. Θα ήταν χρήσιμο να ομαδοποιήσουμε τους παράγοντες σε τρεις ευρείες κατηγορίες, οι οποίες όταν συνδυάζονται και κλιμακώνονται σταδιακά προκαλούν πανικό.

- Πρώτον, μερικοί άνθρωποι είναι ευάλωτοι ως αποτέλεσμα της κράσης, της ιδιοσυγκρασίας τους ή εξαιτίας των εμπειριών που είχαν τα πρώτα χρόνια της ζωής του.
- Δεύτερον, υπάρχουν άμεσοι στρεσογόνοι ή εκλυτικοί παράγοντες που φέρουν μια αιφνίδια κρίση.
- Τέλος, υπάρχει ένα σύνολο παραγόντων που ασκούν επίδραση και συντηρούν τη διεργασία δημιουργώντας ένα φαύλο κύκλο, μέσα στον οποίο οι κρίσεις πανικού επιδεινώνονται ή εμφανίζονται πιο συχνά. (Μπουλουγούρης Γ., 1996)

3.3. Συμπτωματολογία

Τουλάχιστον 4 από τα ακόλουθα συμπτώματα αναπτύσσονται αιφνίδια και κορυφώνονται σε διάστημα 10 λεπτών :

- a) Δύσπνοια
- b) Ταχυκαρδία ή ταχυπαλμία
- c) Πόνος στο στήθος
- d) Λόξυγκας
- e) Ζάλη
- f) Κοιλιακή διαταραχή ή ναυτία
- g) Εφίδρωση

- h) Αίσθηση ψύχους ή καύσου τρόμος
- i) Παραισθησία (μούδιασμα χεριών ή ποδιών)
- j) Φόβος απώλειας ελέγχου
- k) Φόβος απώλειας θανάτου (Κοτρώτσου Ε., 2001)

3.4. Διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV

- 1) επαναλαμβανόμενες απροσδόκητες προσβολές πανικού
- 2) τουλάχιστον μια από τις προσβολές έχει ακολουθηθεί για 1 μην ή περισσότερο από:
 - a) επίμονη ανησυχία του ατόμου μήπως έχει κι άλλες προσβολές
 - b) στεναχώρια για τις επιπτώσεις της προσβολής ή τις συνέπειές της (π.χ. μήπως χάσει τον έλεγχο, μήπως τρελαθεί)
 - c) σημαντική αλλαγή στη συμπεριφορά, που σχετίζεται με τις προσβολές
- 3) οι προσβολές πανικού δεν οφείλονται στα άμεσα φυσιολογικά αποτελέσματα της δράσης μιας ουσίας ή μιας γενικής ιατρικής κατάστασης. (Μάνου Ν., 1997 – Μπουλουγούρης Γ., 1996)

3.5. Θεραπεία

Οι επανειλημμένες κρίσεις πανικού μπορεί να έχουν τρομακτική επίδραση στη ζωή του ατόμου. Χωρίς θεραπεία οι κρίσεις ή οι προσπάθειες αποφυγής τους μπορεί να ελέγχουν ολοκληρωτικά τη ζωή ενός ατόμου.

Η θεραπεία της διαταραχής πανικού μπορεί να περιλαμβάνει χορήγηση φαρμάκων, με στόχο την αποκατάσταση των επιπέδων χημικών ουσιών του εγκεφάλου, ψυχοθεραπευτικά δουλειά με στόχο την απόκτηση αυτοπεποίθησης στον έλεγχο του άγχους.

Η γνωσιακή – συμπεριφορική θεραπεία χρησιμοποιείται για να διδάξει στα άτομα μια διαφορετική αντιμετώπιση των κρίσεων πανικού καθώς και τεχνικές μείωσης του άγχους. (www.psychiatry24x7.gr)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Ψυχαναγκαστική – Καταναγκαστική Διαταραχή

Το βασικό χαρακτηριστικό της ψυχαναγκαστικής – καταναγκαστικής διαταραχής είναι επαναλαμβανόμενοι ψυχαναγκασμοί ή/και καταναγκασμοί, που είναι αρκετά σοβαροί ώστε να προκαλούν έντονη υποκειμενική ενόχληση, να καταναλίσκουν περισσότερο από 1 ώρα την ημέρα από τον χρόνο του ατόμου ή να προκαλούν σημαντική έκπτωση της λειτουργικότητάς του. (www.psychologia.gr)

Ως ψυχαναγκασμοί ορίζονται οι επαναλαμβανόμενες σκέψεις, ενώ οι καταναγκασμοί είναι τελετουργικές πράξεις οι οποίες θα πρέπει να εκτελεστούν για να ανακουφιστεί το άτομο από το άγχος (Gabbard O.G., 2006).

Οι ψυχαναγκασμοί μπορεί να είναι είτε φανεροί, δηλαδή κινητικές συμπεριφορές (καθαριότητα, έλεγχος κλπ), είτε κρυφοί, δηλαδή νοητικές πράξεις (επανάληψη φράσης ή αριθμών κλπ). (www.psychognosia.gr)

4.1. Επιδημιολογικά χαρακτηριστικά

Η δια βίου επικράτηση της ψυχαναγκαστικής – καταναγκαστικής διαταραχής είναι περίπου 3% , με 6μηνη επικράτηση περίπου 2%. Οι αριθμοί αυτοί πιθανόν να υποεκτιμούν την πραγματικότητα λόγω της μειωμένης αναφοράς της μυστικοπαθούς φύσης των ατόμων με τη διαταραχή αυτή. Προσβάλλει εξίσου άνδρες και γυναίκες κατά την ενηλικίωση, αλλά οι άνδρες έχουν πιο πρόωμη ηλικία έναρξης (από 6 έως 15 χρονών) σε σύγκριση με τις γυναίκες (από 20 έως 29 χρονών). Οι περισσότεροι ασθενείς παρουσιάζουν μια σταθερή και χωρίς διακυμάνσεις πορεία, με το 15% να έχουν μια αργή φθίνουσα πορεία και το 5% να παρουσιάζουν επεισόδια. (www.prosarmpogi.gr)

4.2. Τα πιο κοινά είδη ψυχαναγκαστικών συμπεριφορών

- a) Η καθαριότητα, για τη διατήρησή της και την αποφυγή της μόλυνσης
- b) Ο έλεγχος για την αποφυγή ενδεχόμενης καταστροφής· το άτομο επανειλημμένα ελέγχει αν ηλεκτρικές συσκευές, πόρτες ή παράθυρα είναι κλειστά
- c) Η επανάληψη· αν και καταστροφή δεν αναμένεται, το άτομο νοιώθει την ανάγκη επανάληψης της πράξης, για παράδειγμα να αγγίξει κάτι, να χτυπήσει ξύλο, να επαναλάβει μια φράση ή να σηκωθεί και να καθίσει
- d) Η ταξινόμηση, όπου γίνεται διευθέτηση των αντικειμένων με βάση προσωπικούς ιδιαίτερους τρόπους
- e) Το μέτρημα, η απαρίθμηση και

- f) Η συσσώρευση, συλλογή παλιών, άχρηστων αντικειμένων.
(www.psychognosia.gr)

4.3. Κλινικές εκδηλώσεις – Διαγνωστικά ευρήματα

Οι ψυχαναγκασμοί και/ή καταναγκασμοί προκαλούν σοβαρή δυσφορία και καταλαμβάνουν περισσότερο από 1 ώρα την ημέρα ή παρεμβάλλονται στη λειτουργικότητα.

Η κατάθλιψη και η κατάχρηση ουσιών μπορεί να είναι επιλοκές της ψυχαναγκαστικής – καταναγκαστικής διαταραχής.

Η εξέταση του εγκεφάλου μπορεί να αποκαλύψει ανωμαλίες του μετωπιαίου λοβού και των βασικών γαγγλίων. (Coler M.S. and Vincent K.G., 2006)

4.4. Συννοσηρότητα

Υπάρχει σημαντική συννοσηρότητα με τις καταθλιπτικές διαταραχές, τις υπόλοιπες αγχώδεις διαταραχές και με τη διαταραχή μυοσπασμών. Η νεανική μορφή χαρακτηρίζεται επιπλέον από υψηλού βαθμού συννοσηρότητας με:

- 1) διαταραχή υπερκινητικότητας – διάσπασης της προσοχής και διαταραχή εναντιωματικής συμπεριφοράς
- 2) ειδικές αναπτυξιακές διαταραχές
- 3) ενούρηση (Προκοπάκη Κ.)

4.5. Θεραπεία

Μέχρι πρόσφατα θεωρούνταν δύσκολη και τα αποτελέσματά της απογοητευτικά. Με την εφαρμογή, όμως, τα τελευταία χρόνια της συμπεριφορικής θεραπείας και ορισμένων φαρμάκων, έχει αντικατασταθεί από δικαιολογημένη αισιοδοξία.

Η συμπεριφορική θεραπεία κυρίως χρησιμοποιεί την έκθεση του ατόμου στην επίφοβη κατάσταση, γεγονός ή ερέθισμα με διάφορες τεχνικές έκθεσης και κατόπιν παρεμποδίζεται να εκτελέσει την καταναγκαστική συμπεριφορά που συνήθως ακολουθεί. Για παράδειγμα, σε ένα άτομο με καταναγκαστικό πλύσιμο ζητείται να ακουμπήσει <<μολυσμένα>> αντικείμενα π.χ βρώμικα χαρτομάντιλα και μετά δεν του επιτρέπεται να πλύνει τα χέρια του.

Η φαρμακευτική αγωγή γίνεται με τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά φάρμακα και με εκλεκτικούς αναστολείς της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης.(Μάνου Ν., 1997)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

Διαταραχή Μετά από Ψυχοτραυματικό Στρες

Το μετατραυματικό στρες είναι μια ψυχολογική κατάσταση που μπορεί να εμφανιστεί σε κάθε άτομο που είχε άμεση εμπειρία ή ήταν μάρτυρας σε καταστάσεις που είτε απείλησαν την ζωή του ή εκείνη κάποιου άλλου είτε τον τραυμάτισαν ψυχολογικά. (<http://health.in.gr>)

5.1. Ευπαθείς ομάδες πληθυσμού

Είναι πιθανότερο να αποκτήσουν διαταραχή μετά από ψυχοτραυματικό στρες:

Τα άτομα που βίωσαν καταστάσεις πολύ έντονου στρες, οι οποίες ήταν απρόβλεπτες και ανεξέλεγκτες, όπως σεξουαλική κακοποίηση, πραγματική ή υποκειμενική αίσθηση υπευθυνότητας και προδοσία.

Τα άτομα με προϋποθέσεις ευπάθειας, όπως γενετικές καταβολές, παιδικό τραύμα, έλλειψη κοινωνικού κύκλου για στήριξη, και ταυτόχρονα στρεσογόνα γεγονότα.

Τα άτομα που δηλώνουν ότι αισθάνονται μεγαλύτερη απειλή ή κίνδυνο και τα οποία υποφέρουν από φόβους, τρόμο και πανικό.

Τα άτομα που προέρχονται από περιβάλλον που τους προκαλεί ντροπή, ενοχές, στίγμα και μίσος προς τον εαυτό τους. (<http://health.in.gr>)

5.2. Επιδημιολογικά χαρακτηριστικά

Τις τελευταίες δεκαετίες του 20^{ου} αιώνα δόθηκε μεγαλύτερη προσοχή στην έκταση της διαταραχής μετά από ψυχοτραυματικό στρες (ΔΜΨΣ) στον γενικό πληθυσμό. Ο επιπολασμός ζωής κυμαίνεται περίπου στο 7.8%. Περισσότερο από το ένα τρίτο των ατόμων που παρουσίασαν ένα επεισόδιο που πληρούσε τα κριτήρια της ΔΜΨΣ, αδυνατούν να αναρρώσουν ακόμη και μετά από πολλά χρόνια. Σε μια έρευνα 2.181 ατόμων την περιοχή του Detroit, ο σχετικός κίνδυνος για εκδήλωση ΔΜΨΣ μετά από έκθεση σε ένα τραύμα ήταν 9.2% (Gabbard O.G., 2006)

5.3. Κλινικές εκδηλώσεις

Το ασυνήθιστο γεγονός:

- Αναβιώνεται επανειλημμένα σε εφιάλτες ή φευγαλέες εικόνες. Η αίσθηση αναβίωσης του γεγονότος μπορεί να συμπεριλαμβάνει ψευδαισθήσεις ή παραισθήσεις, μπορεί να υπάρχει και συναισθηματική δυσφορία.

- Σχετίζεται με ερεθίσματα που μοιάζουν με στοιχεία του γεγονότος ή συμβαίνουν στις ίδιες ημερομηνίες.
- Οι συμπεριφορές αποφυγής συμπεριλαμβάνουν οποιεσδήποτε από τις ακόλουθες
- Προσπάθειες να ξεχάσει σκέψεις και συναισθήματα που συνδέονται με το γεγονός
- Αμνησία για αποσπάσματα του γεγονότος
- Ψυχικό μούδιασμα
- Αποστασιοποίηση και περιορισμένα αισθήματα προς τους άλλους
- Ο ασθενής επίσης μπορεί να εκδηλώσει
- Παράλληλες διαταραχές ύπνου
- Ευερεθιστότητα ή παρορμητικότητα
- Υπερβολική επιφυλακτικότητα
- Δυσκολίες στη συγκέντρωση
- Σωματικές απαντήσεις άγχους σε καταστάσεις που σχετίζονται με το τραυματικό γεγονός
- Μπορεί να υπάρχει άγχος, κατάθλιψη, και/ή κατάχρηση ουσιών.(Coler M.S. and Vincent K.G., 2006)

Επιπλέον έχουμε και 8 ψυχολογικές αντιδράσεις που συνήθως έπονται ενός σοβαρού τραυματισμού:

- Πένθος ή θλίψη
- Ενοχή για τον θυμό ή τις καταστρεπτικές παρορμήσεις που νιώθει ο ίδιος που υπέστη τον τραυματισμό
- Φόβος ότι ο ίδιος θα γίνει καταστρεπτικός
- Ενοχή που επέζησε
- Φόβος ότι θα ταυτιστεί με τα θύματα
- Ντροπή που αισθάνεται αβοήθητος και κενός
- Φόβος ότι θα επαναληφθεί ο τραυματισμός και
- Έντονος θυμός που κατευθύνεται προς την πηγή που προκάλεσε τον τραυματισμό. (Gabbard O.G., 2006)

5.4. διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV

Ο ασθενής διακατέχεται από:

Επαναλαμβανόμενες, λυπηρές και αγχώδεις αναμνήσεις (π.χ. εικόνες, σκέψεις).

Επαναλαμβανόμενα και λυπηρά όνειρα σχετικά με το τραυματικό γεγονός.

Επίσης ξαναζεί το τραυματικό γεγονός (flashback).

Γενικά ο ασθενής:

Αποφεύγει να σκεφτεί, να εκφραστεί συναισθηματικά ή να συζητήσει για το τραυματικό γεγονός.

Αποφεύγει ανθρώπους, τοποθεσίες ή δραστηριότητες που θα του θυμίζουν το τραύμα.
Δυσκολεύεται να κοιμηθεί.
Δυσκολεύεται να συγκεντρωθεί. (Shader I.R., 2003)

5.5. Θεραπεία

Η θεραπεία του τραύματος επιτυγχάνεται μέσω της διαδικασίας της επαναδιαπραγμάτευσης. Η διαδικασία αυτή δεν είναι νοητική, αλλά βασίζεται στις σωματικές αισθήσεις και εμπειρίες. (Καραουλάνης Χ.)

Η θεραπεία συνήθως συνδυάζει φαρμακοθεραπεία, υποστηρικτική θεραπεία γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία και ψυχοεκπαίδευση. Στην φαρμακοθεραπεία η συνήθης προσέγγιση είναι τα αντικαταθλιπτικά τα οποία είναι αποτελεσματικά έναντι της ψυχικής αδράνειας και των άλλων συνοδών ενοχλημάτων. Παρατηρείται θετικό αποτέλεσμα στο 60-70% των περιπτώσεων. Οι θεραπευτικές προσπάθειες θα πρέπει να διαρκούν τουλάχιστον 12 εβδομάδες. (www.prosarmogi.gr)

Η συμπεριφορική θεραπεία είναι ιδιαίτερα χρήσιμη σε ασθενείς που αποφεύγουν το φοβικό αντικείμενο ή κατακλύζονται από άγχος σε ορισμένες καταστάσεις που θυμίζουν το τραυματικό γεγονός.

Η υποστηρικτική θεραπεία μπορεί να εφαρμοσθεί αμέσως μετά το τραυματικό γεγονός, οπότε η ελάττωση του στρες και η εκτόνωση των συναισθημάτων μπορεί ίσως και να αποτρέψουν τις χρόνιες μορφές ή τις καθυστερημένες απαντήσεις στο τραύμα.

Η ομαδική ψυχοθεραπεία μπορεί να αποβεί πολύ χρήσιμη σε άτομα που είχαν ίδιες ή παρόμοιες τραυματικές εμπειρίες (αιχμάλωτοι πολέμου, επιζώντες μεγάλων ατυχημάτων ή φυσικών καταστροφών). (www.psychologia.gr)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή

Τα κριτήρια του DSM-IV για τη Γενικευμένη Αγχώδη Διαταραχή επιχειρούν να διευκρινίσουν τα όρια μεταξύ αυτής της διαταραχής και της φυσιολογικής ανησυχίας. Στη ΓΑΔ, το άγχος θα πρέπει να είναι υπερβολικό, δύσκολο να ελεγχθεί και αρκετά συχνό ώστε να εκδηλώνεται τις περισσότερες ημέρες για μια περίοδο τουλάχιστον 6 μηνών. (Gabbard O.G., 2006) Η ΓΑΔ είναι μια χρόνια κατάσταση, που χαρακτηρίζεται από συχνές περιόδους έξαρσης της αγχώδους συμπτωματολογίας και μεσοδιαστήματα σχετικής ύφεσης, κατά τα οποία οι εκδηλώσεις του άγχους είναι σχετικά περιορισμένες σε αριθμό και ένταση. (www.prosarmogi.gr)

6.1. Επιδημιολογία

Η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή αφορά τουλάχιστον το 5% του γενικού πληθυσμού. Οι γυναίκες έχουν διπλάσια πιθανότητα εμφάνισής της σε σχέση με τους άνδρες. Συνήθως τα συμπτώματα εκδηλώνονται στη διάρκεια της εφηβείας και αναπτύσσονται προοδευτικά για μακρά χρονική περίοδο. (<http://neurodiagnosis.gr>, Μάνου Ν., 1997)

6.2. Αιτιολογίες

Η εμφάνιση της διαταραχής φαίνεται ότι επηρεάζεται από τη δραστηριότητα των νευροδιαβιβαστών σεροτονίνης και νοραδρεναλίνης στο μεταιχμιακό σύστημα του εγκεφάλου, τμήμα του ΚΝΣ που ευθύνεται για την επεξεργασία πληροφοριών που σχετίζονται με τη συναισθηματική σφαίρα, τη μνήμη και τη συμπεριφορά. (<http://neurodiagnosis.gr>)

- Μπορεί να ακολουθήσει μετά από μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο.
- Δε συνδέεται με οργανικούς παράγοντες.
- Έναρξη συνήθως κατά τη νεαρή ενήλικη ζωή.
(Coler M.S. and Vincent K.G., 2006)

6.3. Διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV / Κλινική συμπτωματολογία

- a) Υπερβολικό άγχος και ανησυχία, που συμβαίνει τις περισσότερες μέρες για 6 τουλάχιστον μήνες, για έναν αριθμό γεγονότων ή δραστηριοτήτων.
- b) Το άτομο το βρίσκει δύσκολο να ελέγξει την ανησυχία.
- c) Το άγχος και η ανησυχία συνδέονται με τρία από τα παρακάτω έξι συμπτώματα:
 - 1. εσωτερική ανησυχία
 - 2. εύκολη κόπωση
 - 3. δυσκολία στη συγκέντρωση ή νιώθει το μυαλό του άδειο
 - 4. ευερεθιστότητα
 - 5. μυϊκή τάση
 - 6. διαταραχή του ύπνου
- d) Το άγχος, η ανησυχία ή τα σωματικά συμπτώματα προκαλούν κλινικά σημαντική υποκειμενική ενόχληση ή έκπτωση στον κοινωνικό, επαγγελματικό ή άλλους σημαντικούς τομείς της λειτουργικότητας.
- e) Η διαταραχή δεν οφείλεται στα άμεσα φυσιολογικά αποτελέσματα της δράσης μιας ουσίας ή μιας γενικής ιατρικής κατάστασης και δεν συμβαίνει αποκλειστικά κατά τη διάρκεια κάποιας διαταραχής της διάθεσης, κάποιας ψυχωτικής διαταραχής ή κάποιας βαριάς εκτεταμένης διαταραχής της ανάπτυξης.(Μάνου Ν., 1997 – Shader I.R., 2003)
- f) Συχνά, τα άτομα με μη διαγνωσμένη γενικευμένη αγχώδη διαταραχή μπορεί να εμφανίζουν σωματικά συμπτώματα όπως: προβλήματα από το γαστρεντερικό σύστημα, κεφαλαλγίες και πόνος στο στήθος, αλλά να μην τα συνδέουν με το άγχος. (<http://neurodiagnosis.gr>)

6.4. Θεραπεία

Η θεραπευτική προσέγγιση της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής είναι κυρίως ψυχοθεραπευτική και φαρμακευτική. Οι ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις για την αντιμετώπισή της αφορούν διάφορους τύπους ψυχοθεραπειών, όπως η γνωσιακή – συμπεριφορική θεραπεία. Η φαρμακευτική θεραπεία γίνεται με βενζοδιαζεπίνες, τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά και εκλεκτικούς αναστολείς της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης. (Μάνου Ν., 1997 – Shader I.R., 2003)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

Πρόληψη και Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

7.1. Βαθμίδες ψυχιατρικής πρόληψης

Η ψυχιατρική πρόληψη διακρίνεται σε:

- Πρωτοβάθμια
- Δευτεροβάθμια
- Τριτοβάθμια

Η *πρωτοβάθμια πρόληψη* έχει ως στόχο την παρεμπόδιση της εκδήλωσης ενός ψυχικού νοσήματος (π.χ συναισθηματική διαταραχή, αγχώδης διαταραχή) με την καταπολέμηση των πρωταρχικών αιτιών. Αποβλέπει στον περιορισμό της επίπτωσης. Στις καταστάσεις που είναι επιδεκτικές προληπτικής παρέμβασης σε πρωτοβάθμιο επίπεδο περιλαμβάνονται η νοητική καθυστέρηση (π.χ εμβολιασμός του γυναικείου αναπαραγωγικού πληθυσμού για ερυθρά), τα εγκεφαλοαγγειακά επεισόδια (π.χ. μείωση του καπνού, καταπολέμηση της αρτηριακής υπέρτασης), η διαταραχή στρες 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 πρόωμη επισήμανση και αντιμετώπιση ψυχοπαθολογικών καταστάσεων, όπως οι αγχώδεις διαταραχές και κατάθλιψη)

Η *δευτεροβάθμια πρόληψη* έχει ως στόχο την πρόωμη επισήμανση και την έγκαιρη αντιμετώπιση ενός ψυχικού νοσήματος, ώστε να μειωθεί η διάρκεια της νόσησης. Αποβλέπει στον περιορισμό της επικράτησης ή του επιπολασμού. Η θεραπευτική και η προφυλακτική φαρμακολογική θεραπεία στις συναισθηματικές διαταραχές αποτελεί διδακτικό παράδειγμα. Με τις φαρμακευτικές παρεμβάσεις μπορούμε να μειώσουμε τόσο τη διάρκεια κάθε φάσης όσο και τη διάρκεια της νόσου, στο σύνολό της.

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. (Χριστοδούλου Ν.Γ. και συνεργάτες, 2000)

7.2. Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις μπορεί να είναι υποστηρικτές, προστατευτικές, παιδαγωγικές, θεραπευτικές. Επίσης μπορεί να είναι αλληλεξαρτώμενες με την ιατρική θεραπευτική αγωγή, όπως η χορήγηση φαρμάκων και θεραπειών καθώς και

συνεργασία ιατρικονοσηλευτικών φροντίδων. Νοσηλευτική παρέμβαση κάνει ο νοσηλευτής όταν προλαμβάνει κάποια βλάβη ή μεγαλύτερη δυσλειτουργία του αρρώστου ή τον βοηθάει να χειρίζεται τα ζητήματα του όσο το δυνατό πιο αποτελεσματικά (Ραγιά Α., 2005).

7.2.1. Παρατήρηση

Η νοσηλεύτρια είναι εκείνη που μένει πολλές ώρες με τον ασθενή. Ο ψυχικά ασθενής πρέπει να αισθάνεται εμπιστοσύνη κοντά στην νοσηλεύτρια από την πρώτη στιγμή. Η παρατήρηση λοιπόν, είναι το πρώτο βήμα γνωριμίας. Είναι η δραστηριότητα που σκοπό έχει την προσέγγιση με τον άρρωστο, την ανακούφιση, την ασφάλεια, την θεραπεία και την αποκατάστασή του.

Η νοσηλεύτρια παρατηρεί τον ασθενή και αναφέρει(στην προϊσταμένη, στους γιατρούς, στον ψυχολόγο):

- 1) Την έκφραση του προσώπου του (μορφασμούς, αν έχει ψευδαισθήσεις).
- 2) Τη γενική συμπεριφορά (αλλόκοτος, ανυπόφορος, αγχώδης, μελαγχολικός).
- 3) Τη στάση του σώματος (πώς κάθεται, πώς στέκεται, που τοποθετεί τα χέρια του).
- 4) Την ομιλία του (μιλάει σιγά, αργά, γρήγορα, ασυνάρτητα, αρνείται να μιλήσει).
- 5) Για τάσεις φυγής.
- 6) Την εμφάνιση (καθαρός, παραμελημένος, ρυπαρός)
- 7) Τα σωματικά συμπτώματα (εάν ακούει, εάν βλέπει) (Μαυράκη Κ. – Σιάχου, 1997)

7.2.2. Γενικές νοσηλευτικές παρεμβάσεις για όλα τα επίπεδα άγχους.

- 1) Βοηθήστε τον ασθενή να νοιώσει ασφάλεια και να γίνει αποδεκτός, χωρίς όμως να ενθαρρύνεται την εξάρτηση.
- 2) Βοηθήστε τον ασθενή να εντοπίζει συναισθήματα όπως το άγχος.
- 3) Βοηθήστε τον ασθενή να εντοπίσει τους παράγοντες που του προκαλούν άγχος.
- 4) Βοηθήστε τον ασθενή στον εντοπισμό και την ανάπτυξη προσαρμοστικών μηχανισμών αντιμετώπισης και υγιούς συμπεριφοράς.
- 5) Υποστηρίξτε τον ασθενή, καθώς αναπτύσσει μηχανισμούς αντιμετώπισης και άμυνας.
- 6) Βοηθήστε τον ασθενή στην απόκτηση νέων γνώσεων στην ζωή του.
- 7) Βοηθήστε την οικογένεια του ασθενούς να μεταβάλλει τις δυσλειτουργίες ή μη προσαρμοστικές μορφές της συμπεριφοράς.

- 8) Μειώστε το άγχος και την ανάγκη για επανάληψη πράξεων ή φράσεων, δώστε ερμηνείες για μία διαδικασία ή δραστηριότητα, μην αφήνεται τον ασθενή να περιμένει για τα ραντεβού του. (Κοτρώτσου Ε., 2001)

7.2.3 Γενικές νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε ασθενείς με αγχώδεις διαταραχές

- 1) Βοηθείστε τον ασθενή να σας περιγράψει τι αισθάνεται. Ο περίπατος ενδείκνυται στην συγκεκριμένη περίπτωση, διότι βοηθάει τον ασθενή να χαλαρώσει.
- 2) Ελαττώστε τα περιβαλλοντικά ερεθίσματα (θόρυβο, έντονο φωτισμό, υπερβολική κίνηση και συνομιλία ατόμων).
- 3) Η φαρμακευτική αγωγή πρέπει να χορηγείται με σύστημα και επιμέλεια.
- 4) Διδάσκετε τον ασθενή να ακούει απαλή μουσική, να κάνει σωματική άσκηση, να θυμάται ευχάριστες στιγμές της ζωής του, ταξίδια, όμορφα τοπία.
- 5) Αποτρέψτε τον ασθενή από την χρήση καφεΐνης, νικοτίνης, αλκοόλ και άλλων ουσιών. (Μαυράκη Κ. – Σιάχου, 1997)

7.2.4. Νοσηλευτικές παρεμβάσεις φοβιών

- 1) Αποδεχθείτε τους φόβους του ασθενούς, χωρίς να ασκείτε κριτική.
- 2) Ενθαρρύνετε τον ασθενή να εκφράσει προφορικά τους φόβους του.
- 3) Μη χαρακτηρίζετε τις φοβίες ως ανόητες ή ασήμαντες, έστω και αν το κάνει ο ίδιος ο ασθενής. Αναγνωρίστε και εξηγήστε ότι όλες οι συμπεριφορές εξυπηρετούν κάποιο σκοπό.
- 4) Μην αναγκάζετε τον ασθενή να έρθει αντιμέτωπος με το αντικείμενο της φοβίας του. Υπάρχει ο κίνδυνος να του προκαλέσουμε πανικό.
- 5) Προωθήστε την αποδοτική εκτέλεση του ρόλου μέσω της σταδιακής εφαρμογής της απευαισθητοποίησης ή άλλων θεραπειών (Κοτρώτσου Ε., 2001).

7.2.5 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις ψυχαναγκαστικών – καταναγκαστικών διαταραχών

- 1) Προσπαθούμε να επιτύχουμε μια φυσικά ασφαλή συμπεριφορά του ασθενούς, ώστε να αποφύγουμε τυχόν αυτοτραυματισμούς του.
- 2) Ενθαρρύνουμε τον ασθενή να μας εκφράσει τις ανησυχίες του, τους φόβους του, μέσω του λόγου, της έκφρασης συναισθημάτων (όπως το κλάμα).
- 3) Αναγνωρίζουμε τις ψυχαναγκαστικές του σκέψεις και τον βοηθάμε να απαλλαγεί από αυτές. (Schultz M.J. and Videbeck D.S., 1998)

7.2.6. Νοσηλευτικές παρεμβάσεις διαταραχής μετά από ψυχοτραυματικό στρες

- 1) Ενθαρρύνετε τον ασθενή να επαναφέρει στη μνήμη του το τραυματικό γεγονός.
- 2) Αναπτύξτε ένα ασφαλές περιβάλλον στον ασθενή και κάντε τον να νιώσει ασφαλής. (Randolph N., 1998)
- 3) Ενθαρρύνετε την έκφραση των συναισθημάτων.
- 4) Παραπέμψτε τον ασθενή σε θεραπεία.
- 5) Ενισχύστε την επίγνωση που κέρδισε μέσα της θεραπείας.
- 6) Προσφέρετε την κατάλληλη υποστήριξη, καθώς ο ασθενής μετακινείται μέσω 4 σταδίων εφαρμογής:
- 7) Ανάρρωση: ο ασθενής διαπιστώνει ότι είναι ασφαλής από κάθε πιθανή βλάβη.
- 8) Αποφυγή: ο ασθενής επιχειρεί να μη σκέφτεται τις εμπειρίες του, προκειμένου να αποφύγει το συναίσθημα της κατάθλιψης.
- 9) Αναθεώρηση: ο ασθενής κάνει αναδρομή στις εμπειρίες του παρελθόντος και αντιμετωπίζει πλέον τις σκέψεις και τα συναισθήματά του.
- 10) Προσαρμογή: ο ασθενής αρχίζει να επανεντάσσεται στο περιβάλλον του. (Κοτρώτσου Ε., 2001)

7.2.7. Νοσηλευτικές παρεμβάσεις κατά τη χορήγηση αγχολυτικών φαρμάκων

Γενικά τα φάρμακα αυτής της κατηγορίας καταστέλλουν την λειτουργία του κεντρικού νευρικού συστήματος (Κ.Ν.Σ). Δρουν ως αγχολυτικά όταν χορηγούνται σε μικρές δόσεις και ως υπνωτικά σε μεγαλύτερες δόσεις. Οι συχνότερες παρενέργειες τους είναι το αίσθημα κόπωσης, υπνηλία, κεφαλαλγία, ίλιγγοι, ναυτία και προπαντός εξάρτηση. Τα ηλικιωμένα άτομα μπορούν να παρουσιάσουν ανησυχία, σύγχυση ή μελαγχολία.

Νοσηλευτική φροντίδα αρρώστου.

α) Ο άρρωστος συχνά παραπονείται για διαταραχές του ύπνου, ανησυχία κ.α και ζητάει υπνωτικό ή ηρεμιστικό φάρμακο. Μπορεί να πρόκειται για τυπική αϋπνία ή μορφές της όπως οι συχνές αφυπνίσεις κατά την διάρκεια του ύπνου, «κακός ύπνος» που δεν φέρνει ανάπαυση. Στις περιπτώσεις αυτές οι νοσηλευτές φροντίζουν να επικοινωνήσουν με τον άρρωστο και να ακούσουν με ενδιαφέρον τα τυχόν προβλήματά του. Εκτιμούν και αξιολογούν την κατάστασή του και αναζητούν τα αίτια της αϋπνίας ή της ανησυχίας και του άγχους. Χρησιμοποιούν τρόπους και μέτρα που μπορεί να συμβάλλουν στην αντιμετώπιση του προβλήματος, όπως ενημέρωση σε θέματα νοσηλείας στα πλαίσια των ευθυνών τους, ήρεμο περιβάλλον, περιορισμό

των θορύβων, ελάττωση φωτισμού κ.α. Αν με αυτά δεν βοηθηθεί ο άρρωστος, τότε ενημερώνεται ο γιατρός για πιθανή φαρμακευτική αντιμετώπιση.

β) Οι νοσηλευτές εξηγούν στον άρρωστο ότι τα φάρμακα αυτά θα πρέπει να αποφεύγονται, διότι προκαλείται εξάρτηση, ιδιαίτερα σε παιδιά. Η χρήση τους να γίνεται σε απόλυτη ανάγκη και με ιατρική οδηγία. Οι νοσηλευτές ενημερώνουν ακόμα τον άρρωστο ότι:

- Αν τα παίρνει συστηματικά, θα πρέπει να ενημερώσει τον γιατρό άλλης ειδικότητας που πιθανόν να επισκεφθεί για να ληφθεί υπόψη στην αγωγή που θα του δώσει.

- Να αποφεύγουν το κάπνισμα και τα οινόπνευματώδη ποτά διότι αυξάνουν την δράση και την διάρκεια του φαρμάκου.

Η ικανότητα για οδήγηση, χειρισμό επικίνδυνων μηχανημάτων και γενικά δραστηριότητες που απαιτούν αυξημένη ετοιμότητα και εγρήγορση μπορεί να ελαττωθούν από την επίδραση του φαρμάκου (Αθανάτου Ε., 2002).

Οι θεραπευτές εκφράζουν ανησυχίες για τη χρήση φαρμάκων θίγουν τα παρακάτω ζητήματα:

- 1) Πολλοί ασθενείς δεν επιθυμούν να πάρουν φάρμακα.
- 2) Τα φάρμακα μπορεί να έχουν παρενέργειες που προκαλούν ανησυχία.
- 3) Μερικά φάρμακα είναι δυνατόν να προκαλέσουν εξάρτηση μετά από μακροχρόνια χρήση και τα επακόλουθα συμπτώματα στέρησης μπορεί να μοιάζουν με το άγχος.
- 4) Η λήψη φαρμάκων δεν βοηθά τον ασθενή να αποκτήσει τον έλεγχο του προβλήματος.
- 5) Ορισμένα άτομα μπορεί να υποτροπιάζουν μετά από τη διακοπή της χρήσης φαρμάκων (Βουλαλάς Ν., 2000)

7.3. Εκπαίδευση ασθενούς

Οι διαδικασίες χαλάρωσης είναι εξαιρετικής σπουδαιότητας καθώς μειώνουν τις σωματικές αντιδράσεις του συμπαθητικού νευρικού συστήματος που προετοιμάζουν τον οργανισμό, ώστε να αντιδράσει στο στρες ή με την καταπολέμησή του ή με την αποφυγή. Είναι η δράση του παρασυμπαθητικού νευρικού συστήματος που μειώνει τους αυξημένους καρδιακούς παλμούς, τους αναπνευστικούς παλμούς, τον μεταβολισμό, την αρτηριακή πίεση και την τάση των μυών. Όταν ανακουφίσουμε τις οργανικές αντιδράσεις που σχετίζονται με το στρες, η χαλάρωση θα προωθήσει τη διαύγεια της σκέψης και την ηρεμία, ενώ θα βοηθήσει τον ασθενή να εφαρμόσει και άλλους υγιείς μηχανισμούς χαλάρωσης (Κοτρώτσου Ε, 2001).

ΦΑΣΗ 1. Σωματική χαλάρωση

Ξεκινήστε να αναπνέετε αργά και σταθερά πάντα εισπνέοντας από μύτη και εκπνέοντας από στόμα. Για να γίνει σωστά αυτή η άσκηση πρέπει να νιώθετε το στέρνο σας να ανεβαίνει και τους πνεύμονες σας να 'γεμίζουν'. Όταν μετρήσετε περίπου 8-10 αναπνοές στο λεπτό προχωράτε στο επόμενο στάδιο.

Κλείστε τα μάτια και σηκώστε τα φρύδια και ζαρώστε το μέτωπο σας όσο γίνεται περισσότερο. Κρατήστε την ένταση για 5 δευτερόλεπτα περίπου και έπειτα χαλαρώστε. Ακολουθείστε την ίδια διαδικασία σύσφιξης - χαλάρωσης με αυστηρή σειρά όπως αναγράφεται παρακάτω και ξεχωριστά για κάθε μέρος. Ζυγωματικά και μύτη, λαιμός, ώμοι, πλάτη και κοιλιακοί, δεξιά γροθιά, αριστερή γροθιά, δεξί χέρι και βραχίονας, αριστερό χέρι και βραχίονας, αριστερό πόδι, δεξί πόδι, αριστερή γάμπα, δεξιά γάμπα.

Αν δεν έχετε χαλαρώσει αρκετά συνολικά, επαναλάβετε ακριβώς με τον ίδιο τρόπο. Αν συγκεκριμένοι μύες - τμήματα δεν έχουν χαλαρώσει αρκετά, επαναλάβετε μόνο για τα αυτά τμήματα.

ΦΑΣΗ 2. Νοητική χαλάρωση

Αφού έχετε χαλαρώσει λόγω σωματικής χαλάρωσης συνεχίζετε με το στάδιο της νοητικής χαλάρωσης.

Παίρνετε 3 βαθιές αναπνοές και σιγά σιγά κλείνετε τα μάτια.. Μεταφέρεστε νοητικά σε ένα τοπίο(συνήθως θάλασσα ή βουνό).Ανάλογες κασέτες ήχου με ήχους πουλιών, κυμάτων,...,είναι πολύ βοηθητικές. Σε αυτήν την εικόνα είστε μόνος και τοποθετείτε τον εαυτό σας στο κέντρο της εικόνας.

Βλέπετε τον εαυτό σας να κινείται αργά και σταθερά. Το πρόσωπο σας στην εικόνα είναι χαμογελαστό σε όλη την άσκηση. Προσπαθείτε να συμμετάσχετε με όλες σας τις αισθήσεις (ακοή, όσφρηση, όραση, γεύση, αφή).Στην συνέχεια κάνετε πιο έντονα τα ερεθίσματα των αισθήσεων σας .

Στο στάδιο 3 παραμένετε όση ώρα χρειαστεί ώστε να νιώσετε πραγματικά μέρος της εικόνας. Στη συνέχεια 'οραματίζεστε' τα πιο ενοχλητικά συναισθήματα που βιώνετε εκείνη τη στιγμή(ή σε όλη τη βδομάδα).Κάθε συναίσθημα παίρνει τη μορφή χρωματισμένου ποταμιού που βγαίνει από μέσα σας και προεκτείνεται εκτός εαυτού σας. Επίσης θα μπορούσατε να φανταστείτε τα συναισθήματα με μορφή κυματιστού μανδύα ή οτιδήποτε έχει κυματιστή μορφή και προτείνεται στον ορίζοντα. Έπειτα ' ηρεμείτε' το ποτάμι και το εισάγετε βίαια σε μικρό γυάλινο διάφανο μπαλάκι. Το μπαλάκι το βάζετε σε μεγάλο γυάλινο παγάκι που βρίσκεται μπροστά στα μάτια σας. Για κάθε συναίσθημα διαλέγετε διαφορετικό χρώμα. Όταν όλα τα μπαλάκια μπου μέσα στο παγάκι παραμένουν ακίνητα Φαντάζεστε τον εαυτό σας να

μεγαλώνει και να μιλάει δυνατά στο παγάκι. Το παγάκι λιώνει μικραίνει και απομακρύνεται από σας γιατί σας φοβάται. Συνεχίζετε τη διαδικασία μέχρι να λιώσει το παγάκι.

Επιστρέψτε στη αρχική εικόνα και βλέπετε τον εαυτό σας χαρούμενο, ήρεμο και άνετο. Ανοίγετε τα μάτια σιγά σιγά. Για πέντε περίπου δευτερόλεπτα θα ζαλίζεστε, είναι φυσιολογικό. (Χαραλαμπίδης Σ.)

7.3.1. Βοηθητικές αρχές.

- 1) Καλό είναι να σταθεροποιήσετε την ώρα που εφαρμόζετε την άσκηση έτσι ώστε να σας γίνει συνήθεια.
- 2) Το μέρος που θα χαλαρώστε πρέπει να είναι ήσυχο ,όχι πολύ Θέρμο ,όχι ψυχρό.
- 3) Αν έχετε μόλις φάει ή πεινάτε δεν πρέπει να κάνετε την άσκηση .
- 4) Μετά την χαλάρωση δεν επιτρέπεται η σωματική άσκηση για 3 ώρες περίπου εκτός αν περιλαμβάνει απλό περπάτημα.
- 5) Καθίστε κάπου άνετα και φορώντας άνετα ρούχα.
- 6) Μέρα με την μέρα θα βλέπετε καλύτερα αποτελέσματα .
- 7) Ημίφως και χαλαρή μουσική μπορεί να επιταχύνει θετικά την χαλάρωση.
- 8) Η φάση 1 μπορεί να εκτελεστεί και ξεχωριστά από τη φάση 2 ,όμως αν εκτελεστούν μαζί επιτυγχάνουμε το μέγιστο αποτέλεσμα.
- 9) Η άσκηση χαλάρωσης δεν γίνεται μόνο όταν έχουμε άγχος αλλά και προληπτικά για να μην έχουμε ή να περιορίσουμε το επερχόμενο άγχος.
- 10) Μπορεί η άσκηση αυτή επίσης να βοηθήσει στην επίγνωση συναισθημάτων ή βαθύτερων σκέψεων που δεν μπορούν εύκολα να αναδυθούν αλλιώς.
- 11) Επίσης είναι βοηθητική πριν εκτελέσουμε κουραστικό πνευματικό έργο το οποίο απαιτεί έντονη προσοχή, γιατί αυξάνει το βαθμό συγκέντρωσης μας.
- 12) Η άσκηση αυτή διδάσκεται και στα παιδιά ειδικά στις περιπτώσεις που εμφανίζουν έντονη υπερκινητικότητα, έχουν άγχος ,δεν μπορούν να κοιμηθούν ή έχουν φοβίες. (Χαραλαμπίδης Σ.)

7.3.2. Γρήγορες συμβουλές για το άγχος συνδυαστικές με άσκηση χαλάρωσης

- 1) Από πολλές έρευνες έχει διαπιστωθεί ότι οι παρακάτω γενικές οδηγίες μπορούν να βοηθήσουν ως ένα πρωταρχικό στάδιο καταπολέμησης του άγχους σε συνδυασμό με την άσκηση χαλάρωσης
- 2) Καταγράψτε σε καθημερινή βάση καταστάσεις που σας αγχώνουν και αναλύστε τον δικό σας ρόλο σε αυτές. Αν δεν μορφοποιήσετε το άγχος σας πως θα το αντιμετωπίσετε;

- 3) Καταστρώστε ένα σύνολο ενεργειών που θα εφαρμόσετε σε μια κατάσταση που πιθανολογείτε ότι θα μπορούσε να σας αγχώσει. Έτσι ελαχιστοποιείτε το άγχος σας όταν συμβεί πραγματικά το υποθετικό σενάριο.
- 4) Αν το άγχος προέρχεται από τον τρόπο που σας συμπεριφέρονται συγκεκριμένα άτομα γύρω σας, επαναπροσδιορίστε τη σχέση σας μαζί τους δοκιμάζοντας νέες επικοινωνιακές τακτικές.
- 5) Αν υπάρχουν άτομα γύρω σας που αντιμετωπίζουν επιτυχώς το δικό τους άγχος, παραδειγματιστείτε από αυτά και εφαρμόστε τα κύρια χαρακτηριστικά του τρόπου αντίδρασης τους σε δύσκολες καταστάσεις .
- 6) Στην φάση που νιώθετε άγχος προσπαθήστε να αποφύγετε την επαφή με άλλα άτομα που αισθάνεστε ότι μεταβιβάζουν το άγχος τους σε εσάς.
- 7) Ξεκινήστε την σωματική άσκηση. Έρευνες απέδειξαν ότι η άσκηση απελευθερώνει ουσίες ικανές να μειώσουν δραστικά το άγχος.
- 8) Εισάγετε στην καθημερινότητα σας νέες δραστηριότητες οι οποίες να σας προκαλούν τη μέγιστη ευχαρίστηση.
- 9) Εφαρμόζοντας τις παραπάνω οδηγίες προσπαθήστε δυναμικά να επιτύχετε, ωστόσο για κανένα λόγο μην εκλάβετε την προσπάθεια αυτή ως επιπρόσθετο άγχος.
- 10) Ορίστε ξεκάθαρα χρονικά διαστήματα 'ηρεμίας' κατά τα οποία 'ηρεμείτε' μακριά από κάθε αγχογόνο ερέθισμα . (Χαραλαμπίδης Σ.)

7.4. Τι θα ήθελε να ακούσει κάποιος που αντιμετωπίζει αγχώδη διαταραχή

1. Είμαι δίπλα σου και θα προσπαθήσω να σε βοηθήσω με κάθε τρόπο.
2. Σ' αγαπώ.
3. Ενδιαφέρομαι πολύ για σένα και θέλω να καταλάβω αυτό που αισθάνεσαι.
4. Σε αυτή τη φάση της ζωής σου είναι απόλυτα φυσικό να νιώθεις άσχημα. Είναι βέβαιο ότι σε λίγο καιρό θα νιώθεις πολύ καλύτερα.
5. Μαζί θα το αντιμετωπίσουμε.
6. Είσαι πολύ σημαντικός-η για μένα.
7. Αν μου ζητήσεις κάτι θα το κάνω με χαρά.
8. Έχω εμπιστοσύνη σ' εσένα! Είμαι σίγουρος ότι θα τα καταφέρεις (Καυκίος Ν)

7.5. Πού μπορεί να απευθυνθεί κανείς

Στην αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών μπορούν να βοηθήσουν επαγγελματίες διάφορων ειδικοτήτων: ψυχίατροι, ψυχοθεραπευτές, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, νοσηλευτές, εργοθεραπευτές, κ.α.

Μπορείτε να απευθυνθείτε στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας της περιοχής σας. Τέτοιες είναι:

- Τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας
- Τα Ψυχιατρικά Τμήματα των Γενικών Νοσοκομείων
- Τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία
- Οι Εξειδικευμένες δομές ψυχικής υγείας
- Επίσης βοήθεια και ενημέρωση μπορεί να πάρει κανείς μέσω συλλόγων ασθενών και οικογενειών (www.msu.gr)

7.6. Ερωτηματολόγιο Αξιολόγησης για το Άγχος

Απαντήστε γρήγορα σε αυτές τις ερωτήσεις κυκλώνοντας το ΝΑΙ ή το ΟΧΙ για να δείτε αν η ανησυχία, το άγχος και η έντασή σας είναι υπερβολικά.

1. Μήπως σας βασανίζουν ανησυχίες τουλάχιστον για έξι μήνες σε βαθμό που να δυσκολεύεστε να πραγματοποιήσετε τις καθημερινές σας δραστηριότητες;

ΝΑΙ ΟΧΙ

2. Μήπως δυσκολεύεστε να ελέγξετε την ανησυχία σας;

ΝΑΙ ΟΧΙ

3. Νιώθετε υπερβολική ανησυχία για διάφορα θέματα, όπως εργασία ή η υγεία;

ΝΑΙ ΟΧΙ

4. Νιώθετε τους μυς σας «τεντωμένους»;

ΝΑΙ ΟΧΙ

5. Κουράζεστε εύκολα;

ΝΑΙ ΟΧΙ

6. Δυσκολεύεστε να συγκεντρωθείτε;

ΝΑΙ ΟΧΙ

7. Είστε ευερέθιστος;

ΝΑΙ ΟΧΙ

8. Έχετε διαταραγμένο ύπνο;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν απαντήσατε «ναι» στις ερωτήσεις 1 και 2 και σε τουλάχιστον 3 από τις υπόλοιπες ερωτήσεις, αυτό μπορεί να υποδεικνύει την παρουσία Γενικευμένης

Αγχώδους Διαταραχής. Το άγχος, η ανησυχία και η ένταση παίζουν σημαντικό ρόλο στην καθημερινή σας ζωή. Εάν έχετε κάποιο από αυτά τα συμπτώματα, είναι πολύ σημαντικό να μιλήσετε με τον γιατρό σας (<http://neurodiagnosis.gr>) .

Συμπέρασμα

Οι γρήγοροι ρυθμοί στρεσάρουν τον οργανισμό και μπορεί να προκαλέσουν σοβαρές διαταραχές. Το έχουν επιβεβαιώσει αμέτρητες έρευνες: η βιασύνη για να προλάβουμε τα πάντα -σχέσεις, δουλειές, φροντίδα των άλλων- συνδέεται με πολλές ασθένειες. Και για τους περισσότερους η βιασύνη αποτελεί τρόπο ζωής. Πάντα στο τρέξιμο.

Οι γρήγοροι ρυθμοί μάς αποδιοργανώνουν σε σωματικό και νοητικό επίπεδο: Στην αρχή βιαζόμαστε σε μόνιμη βάση, ό,τι κι αν κάνουμε, ακόμα κι όταν τρώμε, μιλάμε ή περπατάμε. Στη δουλειά μας ακολουθούμε έντονους ρυθμούς, χωρίς να κουραζόμαστε, αφού έχουμε την ψευδαίσθηση ότι η ενέργειά μας είναι αστείρευτη. Αν δεν επιβραδύνουμε τους ρυθμούς μας, θα αρχίσουμε στη συνέχεια να έχουμε αυξημένη νευρική, επιθετικότητα, δυσπεψία, διαταραχές στο στομάχι, πονοκέφαλο, διαταραχές του ύπνου, έλλειψη ενέργειας και να είμαστε επιρρεπείς σε καταχρήσεις και σε κακή διατροφή. Αν εξακολουθούμε να μην αλλάζουμε τρόπο ζωής, θα έρθουμε αντιμέτωποι με σοβαρότερα προβλήματα υγείας, όπως έντονους πονοκεφάλους, έλκος στομάχου, ταχυκαρδία και πόνους στο στήθος, αγχώδεις διαταραχές, κατάθλιψη, έλλειψη ενέργειας, υπερκόπωση και σωματικές ασθένειες. Μη χάνετε χρόνο (www.politis-news.com).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ

Αθανάτου Ελευθερία, 2002, Κλινική Νοσηλευτική, Βασικές και ειδικές νοσηλείες, Αθήνα

Βουλαλάς Νίκος, 2000, Ξεπερνώντας τον πανικό, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα

Καλογερόπουλος Αθανάσιος αναφέρεται στην σελίδα <http://www.agiafotini-clinic.gr>

Καραουλάκης χάρης, αναφέρεται στην ιστοσελίδα: http://www.biosynthesis.gr/index.php?pathID=1_2_609_614_668_670_835

Καυκίος Νικήτας αναφέρεται στη σελίδα <http://www.psyche.gr/psydontsay.htm> 12/11

Κιουλαφή Ρένα, Αγοραφοβία μια δεδομένη διαταραχή, αναφέρεται στη σελίδα www.papaki.panteion.gr/teuxos19/agoraphobia.htm 13/11/07

Κοτρώτσου Ε., 2001, Ψυχιατρική Νοσηλευτική, Εκδόσεις Ελλην

Κρίκης Στέφανος – Κουκλάκη Δέσποινα, 2004, Τα ΝΕΑ αναφέρεται στη σελίδα <http://www.disabled.gr> 10/12/07

Κωστοπούλου Μυρσίνη, 2007 αναφέρεται στη σελίδα <http://www.tanea.gr//Article.aspx?d=20071210&nid=6339595&sn=&spid=1418> 10/12/2007

Μάνου Νίκος, 1997, Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής, University studio press A.E., Θεσσαλονίκη, 252-301, 786-791

Μάνου Νίκος, 1993, Σύνθεση και επιλογή στη ψυχιατρική θεραπευτική, μια βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση, University Studio Press, 151-169, 186-197

Μαυράκη Κ. – Σιάχου, 1997, Ψυχιατρική νοσηλευτική, Ιατρικές εκδόσεις ΛΙΤΣΑΣ, Αθήνα, 55-58, 79-83

Μπουλουγούρης Γιάννης, 1996, Φοβίες και αντιμετώπισή τους, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα

Παπαγεωργίου Ευάγγελος Γ, 2004, Ψυχιατρική, Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα

Παπαδάκης – Μιχαηλίδη Ε, 1998, Η σιωπηλή Γλώσσα Των Συναισθημάτων. Η μη λεκτική επικοινωνία στις διαπροσωπικές σχέσεις, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα

Παπαδόπουλος Ι.Στ. και Παπαδόπουλος Γ., 2003, Φαρμακολογία, Εκδόσεις ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ Α.Ε, Αθήνα, 129

Πιπερόπουλος Γιώργος, 1994, Ένας ψυχολόγος κοντά σου, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα

Προκοπάκη Κ., αναφέρεται στην ιστοσελίδα
http://www.iatrikionline.gr/IB_82/ideopsyx.html

Ραγιά Αφροδίτη, 2005, Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας, Εκδόσεις Παπανικολάου Α.Β.Ε.Ε., Αθήνα

Τσαούση Αγγελική *Ψυχολόγος* Σύμβουλος Κέντρου Στήριξης Οικογένειας Κορίνθου Αγ. Όρους 24 Τηλ. 27410 76621 e-mail: alkistis@akmi-kek.gr

Τσιακούλιας Φίλιππος – Χαρίλα Νάντια, 1998, Θέματα Γνωσιακής και Συμπεριφορικής Θεραπείας, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα

Χαραλαμπίδης Σταύρος, αναφέρεται στη σελίδα
<http://www.cognitiveanalytic.gr/0fls/c1.asp?photoid=60&subid=18&catid=82&l=3>
10/12/07

Χαρτοκόλλης Πέτρος, 1991, Εισαγωγή στην ψυχιατρική, Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα
American Psychiatric Association, 1995, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition – Primary Care Version, American Psychiatric Association, Washington D.C.

Χριστοδούλου Γιώργος Ν. και συνεργάτες, 2000, Ψυχιατρική, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα Α' έκδοση, Β' τόμος, 818-823

American Psychiatric Association, 2000, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition – Text Revision, American Psychiatric Association, Washington D.C.

Arvaniti a., Livaditis M., Kanioti E., Davis E., Samakouri M. and Xenitidis K., 2005, Mental health problems in the elderly in residential care in Greece, A pilot study, Aging and mental health, 9, 142-145

Barlow H. David and Durand V. Mark, 2000, Ψυχολογία & Παθολογική συμπεριφορά: Μια σύνθετη Βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση, Εκδόσεις Έλλην, Α' τόμος, 112-149, 150-151

Cassano 1997, Barlow 1996, από πτυχιακή με θέμα η σχέση του κοινωνικού λειτουργού με τον αγοραφοβικό ασθενή και τη διεπιστημονική ομάδα, Παπαμανουσάκη Κατερίνα, Πέγιου Μαρία, 1998, Πάτρα

Coler Marga Simon and Vincent Karen Goyette, 2001, Ψυχιατρική νοσηλευτική φροντίδα, Εκδόσεις Έλλην, 115-146

Cristine A.Grant, Bruce P. Mericle, Sterling Alean Royes, 1997, Ψυχιατρική νοσηλευτική, μετάφραση Κοτρώτσου Ευαγγελία, 2001, Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα

Gabbard Glen O., M.D., 2006, Η Ψυχοδυναμική ψυχιατρική στην κλινική πράξη, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα, 265-298, 621-649

Isaac Marks, 1991, Νικήστε τις Φοβίες αναφέρεται στην σελίδα: www.ibrt.gr/therapeia/agorafobia.htm 13/11/07

Kaufman J. and Charney D., 200, comorbidity of mood and anxiety disorders, depress Anxiety, 12, 69-76.

Kessler R.C., Berglund P., Demler O., Jin R., Merikanges K.R. and Walters E.E., 2005a, Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication, Arch Gen Psychiatry, 593-602

Randolph Nancy, RN, MSN,CS, CNAA, 1998, Psychiatric and Mental Health Nursing Certification, second edition, Springhouse, 68-80

Schultz M. Judith and Sheila Dark Videbeck, 1998, Lippincott's Manual of Psychiatric Nursing Care plans, fifth edition, 321-347

Shader I. Richard, 2003, Manual of Psychiatric Therapeutics, third edition, published by Lippincotto Williams Wilkins

<http://health.in.gr> 11/12/07
http://neurodiagnosis.gr/phovies_agxos.htm 12/11/07
<http://psi-gr.tripod.com> 02/08
http://psychosynthesis.blogspot.com/2008_04_01_archive.html 6/7/08
http://www.arsi.gr/dev_problems/agxodeisdiataraxes.htm 12/11/07
<http://www.businesswoman.gr> 12/07
<http://www.iator.gr/theodorou%20vasileios/axodeis%20diataraxes.htm> 12/11/07
<http://www.ibrt.gr/therapeia/agorafobia.html> 10/12/07
<http://www.mednet.gr/psycho/panagos.htm> 12/11/07
<http://www.msu.gr> 12/07
<http://www.papaki.panteion.gr> 12/07
<http://www.politis-news.com/cgi-bin/hweb?-A=760545&-V=archivecolumns&-p4/01/08>
<http://www.prosarmogi.gr/mental-illnesses/stress.html#31> 10/12/2007
http://www.psychiatry24x7.gr/bgdisplay.jhtml?itemname=anxiety_about 12/11/07
<http://www.psychognosia.gr/diataraxes.html> 12/07
<http://www.psychologia.gr/disorders/anxiety%20disorders.htm> 12/11/07
<http://www.psyche.gr> 03/08
<http://www.psynet.gr> 02/08
<http://www.wearestars.com> 12/07