



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Μετατραυματική διαταραχή στρες και ο ρόλος του
νοσηλευτή**

Σοφία Παρασκευοπούλου

Στεργιαννη Σακελλαριου

Επιβλέπων: Μαίρη Γκούβα

Καθηγήτρια Νοσηλευτικής

Ιωάννινα, Σεπτέμβριος, 2023

Post traumatic stress disorder and the role of the nurse

Εγκρίθηκε από τριμελή εξεταστική επιτροπή ⁱ

Τόπος, Ημερομηνία

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ

1. Επιβλέπων καθηγητής

Όνομα Επίθετο,

ιδιότητα

2. Μέλος επιτροπής

Όνομα Επίθετο,

ιδιότητα

3. Μέλος επιτροπής

Όνομα Επίθετο,

ιδιότητα

Δήλωση μη λογοκλοπής

Δηλώνω υπεύθυνα και γνωρίζοντας τις κυρώσεις του Ν. 2121/1993 περί Πνευματικής Ιδιοκτησίας, ότι η παρούσα μεταπτυχιακή εργασία είναι εξ ολοκλήρου αποτέλεσμα δικής μου ερευνητικής εργασίας, δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής ούτε προέρχεται από ανάθεση σε τρίτους. Όλες οι πηγές που χρησιμοποιήθηκαν (κάθε είδους, μορφής και προέλευσης) για τη συγγραφή της περιλαμβάνονται στη βιβλιογραφία.

© Παρασκευοπούλου, Σοφία, 2023.

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η εργασία και η ακαδημαϊκή μας καριέρα θεμελιώθηκε πάνω στην φροντίδα και την θαλπωρή των οικογενειών μας,,των φίλων μας και μελών του ακαδημαϊκού προσωπικού.Το στίγμα της οικογένειας μας,θα λεγαμε, είναι εκείνο που μας έφτασε σε αυτό το σημείο.

Η στήριξη,η συμπόνια,η αλληλεγγύη,η υπομονή είναι κάποια από τα γλυκά συναισθήματα που μας χάρισε όλα αυτά τα χρόνια η οικογένεια μας.Ετσι,φτάσαμε στο τέλος της φοιτητικής πορείας,με παραπάνω ωριμότητα,εμπειρίες και ορθό σκεπτικισμό.

Ενα θερμό ευχαριστώ σε όλους σας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η μετατραυματική διαταραχή (PTSD) είναι μια διανοητική διαταραχή που περιλαμβάνει την εμφάνιση μιας πληθώρας συμπτωμάτων (συμπεριλαμβανομένων αλλά όχι αποκλειστικά συμπτωμάτων αποφυγής, αναβίωσης, υπερδιέγερσης, σωματικά) τα οποία προκαλούν σοβαρή δυσλειτουργία στην ζωή του ασθενούς και είναι απότοκα ενός μείζονος τραυματικού γεγονότος (πχ πόλεμος, επίθεση, φυσική καταστροφή). Μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε ηλικία ενώ έχουν αναγνωριστεί αρκετοί παράγοντες κινδύνου (εγγενείς και εξωγενείς) που καθιστούν ορισμένα άτομα πιο ευάλωτα στην εμφάνιση της νόσου έπειτα από ένα τραύμα. Η μετατραυματική διαταραχή είναι συχνά χρόνια με αποτέλεσμα να έχει σοβαρό αντίκτυπο στην ζωή του ασθενούς, μπορεί να επιπλέκεται με άλλες παθήσεις, ψυχιατρικές όπως η κατάθλιψη ή και σωματικές όπως η καρδιαγγειακή νόσος ενώ οι ασθενείς με PTSD διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο αυτοκτονίας. Δύο διαφορετικά ταξινομικά εργαλεία, το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρίας (DSM) και η Διεθνής Ταξινόμηση Νοσημάτων (ICD) του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας έχουν θεσπίσει κριτήρια για την διάγνωση της νόσου και χρησιμοποιούνται για την αναγνώριση και κατηγοριοποίηση ασθενών που πάσχουν από PTSD, η οποία είναι ένα ουσιώδες βήμα για τον σχεδιασμό μιας προσωποποιημένης θεραπευτικής παρέμβασης η οποία μπορεί περιλαμβάνει συνδυασμό κάποιας μορφής ψυχοθεραπείας με φαρμακευτική θεραπεία ούτως ώστε να μειωθούν τα συμπτώματα και να εξαλειφθεί τελικά η νόσος. Βαρύνουσα σημασία κατέχει ο ρόλος του νοσηλευτή, ο οποίος αποτελεί σημαντικό αρωγό στη διαδικασία

τόσο της έγκαιρης, έγκυρης και αξιόπιστης διάγνωσης όσο και της εφαρμογής κατάλληλης θεραπείας και επιτυχούς διαχείρισης του ασθενούς.

ABSTRACT

Post-traumatic stress disorder is a mental disorder that encompasses a variety of psychological disturbances (including but not limited to avoidance and reliving symptoms, hyperarousal, somatic symptoms) that have a debilitating effect on the patient's life and that have occurred as a result of a major traumatic experience (e.g. battle, assault, natural disaster). It can occur throughout a person's life regardless of age, with several identified risk factors (extrinsic and intrinsic) that make certain people vulnerable to PTSD after trauma. PTSD is often chronic resulting in great cost and has a high prevalence of comorbidities, both psychiatric (e.g. depression) and somatic (e.g. cardiovascular disease), as well as a high risk of committing suicide. Two distinct tools, the Diagnostic and Statistical Manual of Diseases from the American Psychological Association (DSM) and the International Classification of Disease (ICD) help identify patients who suffer from this illness and categorise them, an essential step in planning the appropriate tailored intervention which is usually a combination of psychotherapy and medication so that the symptoms can be reduced and the disorder mitigated. The role of the nurse is of great importance, as he or she is an important helper in the process of timely, accurate and reliable diagnosis as well as appropriate treatment and successful management of the patient.

Λέξεις κλειδιά:

- PTSD,μετατραυματική αγχώδης διαταραχή, παρεμβάσεις νοσηλευτή

Keywords:

- PTSD,nursing intervention,post traumatic stress disorder
- APA Αμερικανική Εταιρία Ψυχιατρικής
- CBT Γνωσιακή Συμπεριφορική Θεραπεια
- CPT Γνωσιακή αναδόμηση
- C-PTSD Σύνθετη Μετατραυματική Διαταραχή
- D-PTSD Αποσυνδεδετικός Τύπος Μετατραυματικής Διαταραχής
- DSM Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Νόσων
- EMA Ευρωπαϊκός Οργανισμός Φαρμάκων
- EMDR Απευαισθητοποίηση και επανεπεξεργασία μέσω οφθαλμικών κινήσεων
- FDA Οργανισμός Ελέγχου Φαρμάκων
- HRA Άξονας Υποθάλαμος Υπόφυση Επινεφρίδια
- ICD Διεθνής Ταξινόμηση Νόσων
- PE Παρατεταμένη Έκθεση
- PTSD Μετατραυματική Αγχώδης Διαταραχή

- ➔ SSRI Εκλεκτικοί Αναστολείς Επαναπρόσληψης Σεροτονινής
- ➔ ΜΕΘ Μονάδα Εντατικής Θεραπείας

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	5
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	6
ABSTRACT	7
ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ	8
1.ΟΡΙΣΜΟΙ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΑΙΤΙΑ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ	10
1.1.ΟΡΙΣΜΟΣ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ	10
1.2.ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ	12
1.3.ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ	14
1.4.ΑΙΤΙΑ	15
1.5.ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ	15
1.6.ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ	17
2.ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΦΥΣΙΚΗ ΠΟΡΕΙΑ	17
2.1. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ	18
2.2.ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ	18
2.4.ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΚΑΤΑ DSM	18
2.5.ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΚΑΤΑ ICD	22
2.6.PTSD ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ	25
2.7.ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΕΣ	27
2.8. ΦΥΣΙΚΗ ΠΟΡΕΙΑ	28
3.ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ	29
3.1.ΝΕΥΡΟΧΗΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	29
3.2.ΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	29
3.3.ΤΟ ΚΥΚΛΩΜΑ ΤΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ	30
3.4.ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ	31
3.4.1.ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΕΣ	32
3.4.2.CBT	33
3.4.3.CT	349
3.4.4.PT	35
3.4.5.MDMR	36
3.5 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ	37

4.Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	39
4.1.Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ PTSD	41
ΚΛΙΝΙΚΟ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ 1	48
ΚΛΙΝΙΚΟ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ 2	50
ΕΠΙΛΟΓΟΣ	52
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	53

1. ΟΡΙΣΜΟΙ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ

1.1 Ορισμός μετατραυματικής διαταραχής

Η Μετατραυματική Διαταραχή-Στρες (Post-Traumatic Stress Disorder/PTSD) είναι μια συχνή ψυχιατρική διαταραχή που εμφανίζεται ως απότοκος της δράσης ενός εξόχως τραυματικού γεγονότος ή εμπειρίας, όπως κάποια φυσική καταστροφή, ένας πόλεμος, κάποιο αυτοκινητιστικό δυστύχημα ή η εμπειρία ενός βιασμού ή ψυχικής και σωματικής κακοποίησης. Εκδηλώνεται με ένα ευρύ φάσμα συμπτωμάτων, με κεντρικό άξονα συμπτώματα εισβολής, αποφυγής και υπεραντιδραστικότητας που επιφέρουν πρόβλημα στην λειτουργικότητα του ατόμου. Μπορεί να προσβάλλει οποιονδήποτε άνθρωπο και σε οποιαδήποτε ηλικία και χαρακτηρίζεται ως οξύ όταν τα συμπτώματα διαρκούν λιγότερο από 3 μήνες (και πάνω από ένα μήνα όπως επιβάλλει ο ορισμός για να αποφευχθεί η σύγχυση με το οξύ στρες) ή χρόνια (διάρκεια συμπτωμάτων πάνω από 3 μήνες) ενώ δεν είναι σπάνια και η καθυστερημένη εμφάνιση της συμπτωματολογίας, μήνες ακόμα και έτη πέραν της αρχικής δράσης του τραυματικού παράγοντα ιδιαίτερα υπό την επίδραση ενός δεύτερου τραύματος. (Andrews & Brewin & Philpott & Stewart, 2007), (Utzon-Frank et al., 2014)

1.2 Ιστορική αναδρομή

Η διαταραχή μετατραυματικού στρες πρωτοεμφανίστηκε ως διάγνωση με αυτήν την ονομασία το 1980 όταν συμπεριλήφθηκε στην 3η αναθεώρηση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου Ψυχικών Διαταραχών (DSM) της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρίας στις αγχώδεις διαταραχές. Αν και ως διάγνωση έχει περάσει έντονες περιόδους αμφισβήτησης, η διαπίστωση της επίδρασης του τραύματος στην ψυχική υγεία του ανθρώπου εντοπίζεται εκατοντάδες χρόνια πριν στην λογοτεχνία, από τα Ομηρικά έπη και την περιγραφή σε αυτά στρατιωτών επηρεασμένων από τον πόλεμο μέχρι τον Βασιλιά Χένρυ IV του Σαίξπηρ (1598) όπου ο χαρακτήρας Hotspur υποφέρει από μετατραυματικούς εφιάλτες. (Weisath L., 2014)

Τον 19ο αιώνα εκτός από ορισμένα ψυχαναλυτικά κείμενα ο όρος τραύμα αναφερόταν κυρίως σε φυσικούς τραυματισμούς ή βίαιη ρήξη ιστών χωρίς ψυχολογική διάσταση. Η υπόθεση πως ένα καταστροφικό γεγονός δεν περιορίζεται σε σωματικές επιδράσεις ξεκίνησε το 1860 με την περιγραφή του Railway Spine Syndrome από τον χειρουργό John Eric Erichsen σε ανθρώπους που είχαν τραυματιστεί σε σιδηροδρομικά ατυχήματα. Ο Erichsen πίστευε πως η διάσειση της σπονδυλικής στήλης ήταν υπεύθυνη για τον "φόβο, τρόμο και την κατάσταση συναγερμού) των επιζώντων (Trimble, 1985).

Εκτοτε ακολούθησε μια πληθώρα περιγραφών στην βιβλιογραφία, «νευρικό σοκ» (Page, 1885), «τραυματική νεύρωση», όπου χαρακτηρίστηκε ως διαταραχή μέσα στον εγκέφαλο (Oppenheim, 1892), «αγχώδης νεύρωση» (Freud, 1894, 1919), «νευρασθένεια» (George Miller Beard) ή «φοβική νεύρωση» (Kraepelin, 1886).

Κατά την διάρκεια του Πρώτου Παγκοσμίου Πολέμου ο όρος «σοκ βομβαρδισμού» χρησιμοποιήθηκε για να περιγράψει τα συναισθήματα των βετεράνων του (Jones & Wessely, 2006). Τα συμπτώματα του «σοκ βομβαρδισμού» περιελάμβαναν τρέμουλο, τικς, κόπωση, αμνησία, διαταραχές ύπνου, εφιάλτες και φτωχή συγκέντρωση, παρόμοια δηλαδή συμπτώματα με τα συμπτώματα της μετατραυματικής διαταραχής. Ακολούθως στον Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο

εμφανίστηκαν παρόμοιες διαγνώσεις όπως «κόπωση μάχης», «νεύρωση πολέμου», «καρδιακή νεύρωση».

Καταλύτης για την συστηματική καταγραφή και έρευνα της διαταραχής υπήρξε ο πόλεμος του Βιετνάμ και ο αγώνας των βετεράνων του για αναγνώριση των προβλημάτων τους αλλά και το γυναικείο κίνημα που εστίασε την προσοχή της κοινής γνώμης στην αυξανόμενη διαπροσωπική βία στην ζωή των γυναικών. (Kolk & McFarlane & Weisaeth, 1996).

1.3. Ορισμός τραύματος

Με βάση την ετυμολογία της λέξης η λέξη «τραύμα» (από το ρήμα τιτρώσκω) σημαίνει ρήξη, βλάβη της συνεχειας. Συνυφαίνεται λοιπόν με τη βία.

«Ψυχικός τραυματισμός επέρχεται όταν ένα συμβάν προκαλεί ένα ρήγμα στην ψυχική ζωή του ατόμου, αφού υπερβαίνει τις ικανότητες που έχει να αναπτύξει τις άμυνες του και να το ξεπεράσει. Στην καρδιά κάθε ψυχικού τραυματισμού βρίσκεται το βίωμα της ψυχικής εκμηδένισης του υποκειμένου». (Μάτσα, 2007, σελ. 181)

Στην καθημερινότητα πολλές καταστάσεις μπορούν να περιγραφούν ως τραυματικές όπως για παράδειγμα το διαζύγιο ή η απώλεια της εργασίας. Η ανάπτυξη όμως συμπτωμάτων μετά από την επίδραση τέτοιων «μικρής έντασης» στρεσογόνων ερεθισμάτων αποδείχθηκε εξαιρετικά μικρή, γεγονός που οδήγησε στην ανάγκη αυστηροποίησης του ορισμού του τραυματικού γεγονότος που δύναται να προκαλέσει μετατραυματική διαταραχή (Gelder & López-Ibor & Andreasen, 2008, σελ. 1032-1033).

Στην πρώτη οργανωμένη αναφορά της PTSD στο DSM III το 1980 ως τέτοιο τραύμα χαρακτηρίζεται "...ένας στρεσογόνος παράγοντας που θα μπορούσε να προκαλέσει εκσεσημασμένη δυσφορία σχεδόν σε όλους τους ανθρώπους... και βρίσκεται εκτός του εύρους των συνήθων ανθρωπίνων εμπειριών". Αποδείχθηκε μάλλον ένας περιοριστικός ορισμός καθώς υπάρχουν τραυματικά γεγονότα ικανά να προκαλέσουν PTSD που είναι όμως αρκετά συνήθη στην καθημερινότητα (πχ

σεξουαλικές επιθέσεις) οπότε στην επόμενη αναθεώρηση (DSM IV) συγκεκριμενοποίησαν τον ορισμό ως "...εμπειρία, μαρτυρία ή αντιμετώπιση ενός γεγονότος ή γεγονότων που περιλαμβάνουν πραγματικό ή επαπειλούμενο θάνατο ή σοβαρό τραυματισμό ή απειλή για την προσωπική σωματική ακεραιότητα ή άλλων προσώπων. Η αντίδραση του ατόμου περιλαμβάνει έντονο φόβο, αίσθημα αβοηθησίας ή τρόμο." Πρόκειται για έναν ορισμό που επίσης προκάλεσε έντονη κριτική καθώς ανάμεσα σε άλλα άφηνε περιθώρια υπερδιάγνωσης (Spitzer et al,2007),για παράδειγμα η λέξη αντιμετώπιση στον ορισμό ενέχει ένα βαθμό αοριστίας και θα μπορούσε να περιλαμβάνει και τραυματικά γεγονότα που άκουσε ένας άνθρωπος στην τηλεόραση. Η προσπάθεια κάμψης των αντιρρήσεων και διόρθωσης στρεβλώσεων οδήγησε στον νέο ορισμό του τραύματος στο DSM V στον οποίο εξαλείφθηκε ο υποκειμενικός παράγων της αρχικής αντίδρασης ενώ έγινε έτι περαιτέρω διευκρίνιση στο τι θεωρείται τραυματικό γεγονός αλλά και έκθεση σε αυτό ως εξής: Τραυματικό γεγονός νοείται η «έκθεση σε πραγματικό ή επαπειλούμενο θάνατο, σοβαρό τραυματισμό ή σεξουαλική βία με έναν ή περισσότερους από τους παρακάτω τρόπους:

1.Άμεσο βίωμα

2. Άμεση μαρτυρία καθώς σε συμβαίνει σε άλλους

3.Έμμεσα,μέσω πληροφόρησης έκθεσης σε τραυματικό γεγονός σε στενό συγγενή ή φίλο. Εάν το τραύμα συμπεριλαμβάνει πραγματικό η επαπειλούμενο θάνατο πρέπει να είναι βίαιος ή να είναι απότοκος ατυχήματος.

4.Επαναλαμβανόμενη ή ακραία έμμεση έκθεση σε απεχθείς λεπτομέρειες ενός τραύματος συνήθως στα πλαίσια εργασιακών καθηκόντων (πχ επαγγελματίες που ασχολούνται με την παιδική κακοποίηση)

*Η παρακολούθηση μέσω ηλεκτρονικών μέσων, τηλεόρασης ή ταινιών δεν συμπεριλαμβάνεται ως έμμεση μαρτυρία".(APA,2013)

Στην ICD11 ταξινόμηση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας από την άλλη μεριά αξίζει να σημειωθεί ο διαχωρισμός στην διάρκεια/ένταση του τραύματος που διαχωρίζει την μετατραυματική διαταραχή σε απλή και σύνθετη (όπως θα αναλυθεί

παρακάτω). Το τραύμα στην σύνθετη PTSD ορίζεται ως "Έκθεση σε γεγονός ή σειρά γεγονότων εξαιρετικά απειλητικά ή τρομακτικής φύσης ,πιο συχνά παρατεταμένα ή επαναλαμβανόμενα γεγονότα από τα οποία η απόδραση είναι δύσκολη ή αδύνατη.Τέτοια γεγονότα περιλαμβάνουν (όχι κατά αποκλειστικότητα) βασανισμό,στρατόπεδα συγκέντρωσης,σκλαβιά,γενοκτονίες, οργανωμένο έγκλημα,παρατεταμένη ενδοοικογενειακή βία και επαναλαμβανόμενη παιδική σωματική ή σεξουαλική κακοποίηση."

1.4. Αίτια εμφάνισης μετατραυματικής διαταραχής

Με βάση τους παραπάνω αναλυθέντες ορισμούς συμπτώματα της διαταραχής μπορούν να αποκαλέσουν ενδεικτικά τα εξής:

- Σεξουαλική επίθεση: Αποτελεί τον πιο συχνό τύπο τραύματος σε γυναίκες με μετατραυματική διαταραχή.94% από τις γυναίκες που βιάστηκαν εμφανίζουν συμπτωματολογία τις 2 πρώτες εβδομάδες μετά την επίθεση,με επιμονή συμπτωμάτων στο 30% μετά από 9 μήνες.(Davidson & Foa, pg 23-36)
- Προσφυγιά:Η μετατραυματική διαταραχή στους πρόσφυγες έχει γενικά υψηλό επιπολασμό (47%)(Bustamante et al.,2017), συνοδεύεται συχνά από κατάθλιψη και ακολουθεί χρόνια πορεία ακόμα και αν λάβουν θεραπεία.
- Πόλεμος:Τα ποσοστά εμφάνισης μετατραυματικής διαταραχής σε βετεράνους κυμαίνονται στο 20%(Breslau,2012)
- Σωματικός τραυματισμός: Φυσικός τραυματισμός που εκλήφθη ως δυνητικά θανάσιμος,συνοδευόμενος από πόνο και συμπτώματα άγχους έχει συσχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης PTSD.
- Φυσικές καταστροφές (τυφώνας,πλημμύρα,φωτιά,σεισμός). Σε μελέτη που διεξήχθη 10 χρόνια μετά τον σεισμό στο Wenchuan της Κίνας το 2008, του χειρότερου σεισμού στην μοντέρνα ιστορία της (8 βαθμοί κλίμακας Ρίχτερ με 69225 νεκρούς και 379640 τραυματίες), οι επιζώντες εξακολουθούσαν να

εμφάνιζον συμπτώματα PTSD και ειδικότερα όσοι ακρωτηριάστηκαν ή εμφάνισαν άλλη αναπηρία σε ποσοστό 42,21% (Font et al.,2022)

- Τρομοκρατική επίθεση: Σε μελέτη (μια από τις πολλές) που διεξήχθη μετά την επίθεση στους Δίδυμους Πύργους την 9/11/2001 στους πυροσβέστες που συμμετείχαν στην διάσωση ένα ποσοστό 22% εμφάνιζε συμπτώματα ενδεικτικά PTSD 4 με 6 χρόνια μετά (Chiu et al.,2011)
- Σωματική νόσος:Καρκίνος,εγκαύματα,αφύπνιση κατά την αναισθησία ειδικά ανμο ασθενής ένιωσε πόνο, οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου,μεταμοσχεύσεις συμπαγών οργανων έχουν συσχετιστεί με την εμφανιση PTSD σε ποσοστό 5-10%(Krauseneck et al.,2005)

Παραμονή σε ΜΕΘ(Μονάδα Εντατικής Θεραπείας):Έχει υπολογιστεί πως περίπου 10% όσων παίρνουν εξιτήριο από την ΜΕΘ αναπτύσσουν PTSD τον πρώτο χρόνο.Τα αρχικά αρνητικά αισθήματα (σύγχυση),ο μακρύς χρόνος παραμονής,η προϋπάρχουσα κατάθλιψη αποτελούν παράγοντες κινδύνου.(Jackson et al.,2014;Patel et,2016).

1.5.Επιδημιολογικά δεδομένα

Έχει παρατηρηθεί πως ενώ ένα ποσοστό της τάξεως του περίπου 90% του πληθυσμού έχει εκτεθεί σε κάποιο έντονο τραυματικό γεγονός κάποια στιγμή κατά τη διάρκεια της ζωής του, μόνο ένα ποσοστό 5-10%(Kessler et,2005;Yehuda et al.,2015) θα εμφανίσει μετατραυματική διαταραχή. Η μετατραυματική αγχώδης διαταραχή μπορεί να εμφανιστεί σε όλες τις ηλικίες, είναι συχνότερη όμως στις γυναίκες και μάλιστα σε διπλάσιο ποσοστό (Tolin & Foa, 2006; Bangasser & Valentino, 2014) ενώ σε ορισμένες έρευνες έχει βρεθεί αυξημένος επιπολασμός της σε Ισπανόφωνους και Αφροαμερικανούς σε σχέση με τους Καυκάσιους.

1.6. Παράγοντες κινδύνου για εμφάνιση μετατραυματικής διαταραχής

Όπως προαναφέρθηκε παρόλο που ένα μεγάλο ποσοστό ανθρώπων θα εκτεθεί σε τουλάχιστον έναν τραυματικό παράγοντα κατά την διάρκεια της ζωής τους, συμπτωματολογία μετατραυματικής διαταραχής θα αναπτύξει ένα μικρό ποσοστό και μάλιστα ετερογενώς. Ποιοί είναι λοιπόν οι παράγοντες που γέρνουν τη ζυγαριά προς την εμφάνιση συμπτωματολογίας μετά την επίδραση του τραύματος;

Αυτό το θέμα υπήρξε εκτεταμένο αντικείμενο μελέτης καθώς ο εντοπισμός αυτών των παραγόντων μπορεί να βοηθήσει στην πρόιμη παρέμβαση σε ευάλωτες ομάδες ούτως ώστε να μειωθεί σημαντικά η νοσηρότητα από PTSD. Πραγματι,ερευνητές επιβεβαίωσαν πως όντως υπάρχουν παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης της διαταραχής.Μπορούν να χωριστούν σε προ-τραυματικούς,που σχετίζονται με εγγενή (ή επίκτητα) χαρακτηριστικά του κάθε ατόμου,μπερι-τραυματικοι που έχουν άμεση σχέση είτε με το τραύμα αυτό καθαυτό(τύπος,διάρκεια) είτε με την αντίληψη του ασθενούς για αυτό και τέλος μετα-τραυματικοί παράγοντες που αφορούν κυρίως στο περιβάλλον και την παρουσία ή μη υποστήριξης.

Συγκεκριμενα μελετήθηκαν:

Γενετικό υπόστρωμα:Μελέτες σε δίδυμους έδειξαν πως υπάρχουν παράγοντες κληρονομικότητας σε ποσοστό μέχρι 30-40% (Almli & Fani & Smith & Ressler,2014)

Φύλο:Το γυναικείο είναι πιο ευάλωτο όπως προαναφέρθηκε και μάλιστα με μεγαλύτερη διάρκεια(μέσο όρο 4χρονια σε σχέση με 1 χρόνο στους άνδρες) και ένταση στην κλινική έκφραση των συμπτωμάτων (ανικανότητα,σωματικά συμπτώματα,αρνητισμός)(Hu et al,2017)

Νοημοσύνη:Χαμηλότερη νοημοσύνη συνδέεται με μεγαλύτερη ευαισθησια

Ατομικό ιστορικό: Η ύπαρξη πρότερου ψυχιατρικού νοσήματος, κυρίως διαταραχές διάθεσης και αγχώδεις διαταραχές

Προτραυματική προσωπικότητα: Νευρωτισμός, χαμηλή αυτοεκτίμηση, αρνητικές πεποιθήσεις για τον κόσμο (Miller, 2003)

Ηλικία έκθεσης στο τραύμα: Μικρότερη ηλικία έχει συνδεθεί με αυξημένο κίνδυνο (Brewin et al. 2000) Τα πρώιμα τραύματα κατά την διάρκεια της παιδικής ηλικίας έχουν επιπτώσεις στην ανάπτυξη των νευροβιολογικών μηχανισμών προγραμματίζοντας την αντιδραστικότητα στο στρες και την ευαισθησία στην ανάπτυξη της διαταραχής (Sherin & Nemeroff, 2011)

Τύπος τραύματος: Έκθεση σε μάχη και σεξουαλική βία ασκούν μεγαλύτερη επίδραση σε σχέση με φυσικές καταστροφές ή ατυχήματα (Καλμπάρη, 2008).

Ατομική θεώρηση του τραύματος: Εάν το άτομο θεωρήσει το τραύμα απειλητικό για τη ζωή του έχει αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης PTSD. Σε άτομα με σοβαρούς τραυματισμούς ο πόνος και ο αυξημένος καρδιακός ρυθμός (>95/min) κατά την εισαγωγή στο τμήμα επειγόντων έχει συνδεθεί με εμφάνιση συμπτωμάτων PTSD (Sareen, 2014)

Κοινωνικοοικονομικές συνθήκες: Χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης (Brewin et al. 2000; Tolin & Foa, 2006; Ozer et al. 2008)

2. ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΦΥΣΙΚΗ ΠΟΡΕΙΑ ΝΟΣΟΥ

2.1 .Συμπτώματα μετατραυματικής διαταραχής

Η μετατραυματική διαταραχή έχει συσχετισθεί με ένα ευρύ φάσμα συμπτωμάτων ως αντίδραση στο τραύμα (Brewin, Andrews & Rose, 2000; Kilpatrick et al., 1998). Τα συμπτώματα που εμφανίζονται στα πλαίσια της παρατίθενται αναλυτικά παρακάτω στα ταξινομικά συστήματα. Αδρά μπορούν να κατηγοριοποιηθούν ως εξής:

- Σωματικά (εφιδρώσεις, τρόμος, ναυτία)
- Ψυχολογικά (φόβος, ευερεθιστότητα, εφιάλτες)
- Συμπεριφορικά (αποφυγή, απερίσκεπτη ή καταστροφική συμπεριφορά)

2.2. Ταξινόμηση

Δύο είναι τα ταξινομικά συστήματα που χρησιμοποιούνται για τις ψυχικές νόσους, το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρίας (DSM) και η Διεθνής Ταξινόμηση Νοσημάτων (ICD).

Γενικά για την διάγνωση της διαταραχής και στα 2 συστήματα απαιτείτο η αναγνώριση ενός καταστροφικού ψυχοπαιστικού παράγοντα που οδηγεί σε εμφάνιση 3 συγκεκριμένων κατηγοριών πυρηνικών συμπτωμάτων (core symptoms)-αναβίωση, αποφυγή και υπερδιέγερση. Η ποικιλομορφία όμως ως προς τα συμπτώματα της PTSD καθώς και η ανάγκη αποφυγής υποδιάγνωσης (Heeke et al, 2020) οδήγησε στις σημερινές αναθεωρήσεις ως εξής:

2.3. DSM

Στην νεότερη 5η κατά σειρά ταξινόμηση (2013), η διαταραχή μετατραυματικού στρες κατατάσσεται πλέον σε ξεχωριστή νοσολογική ομάδα, στις διαταραχές που συνδέονται με τραύμα και στρεσογόνους παράγοντες, εναντιθέσει με την παλαιότερη τοποθέτησή της στις αγχώδεις διαταραχές. Αντανακλάται έτσι ορθώς το ευρύ φάσμα των κλινικών φαινοτύπων της νόσου η οποία δεν

περιορίζεται αποκλειστικά στην εμφάνιση άγχους, αυξάνοντας την ευαισθησία της διάγνωσης.

Η διάγνωση του PTSD σύμφωνα με το DSM-5 (για ενήλικες, νέους και παιδιά άνω των 6 ετών) απαιτεί την ύπαρξη έντονου ψυχοπιεστικού παράγοντα (με τα χαρακτηριστικά που αναλύθηκαν παραπάνω) ως κριτήριο A και της εμφάνισης 20 πιθανών συμπτωμάτων από 4 δέσμες συμπτωμάτων:

B. Αναβίωση του τραυματικού γεγονότος με έναν ή περισσότερους από τους παρακάτω τρόπους:

(η διάγνωση απαιτεί την ύπαρξη τουλάχιστον 1 από τα 5)

1. Επαναλαμβανόμενες, παρεισφρυτικές, δυσάρεστες ανακλήσεις του γεγονότος (με τη μορφή εικόνων, σκέψεων ή αντιλήψεων). Για παράδειγμα ένας άνδρας που συμμετείχε σε σοβαρό αυτοκινητιστικό δυστύχημα άκουγε συνεχώς τον ήχο πρόσκρουσης την νύχτα.

Στα παιδιά άνω των 6 ετών μπορεί να εκδηλωθεί ως επαναλαμβανόμενο παιχνίδι.

2. Επαναλαμβανόμενα δυσάρεστα όνειρα που σχετίζονται άμεσα ή έμμεσα με το γεγονός. Στα παιδιά άνω των 6 ετών εμφανίζονται ως τρομακτικά όνειρα χωρίς αναγνωρίσιμο περιεχόμενο.

3. Αποσυνδεδετικά φαινόμενα αναβιώσεων, τα γνωστά flashbacks στα οποία το άτομο ενεργεί ή αισθάνεται σαν να επαναλαμβάνεται το τραυματικό γεγονός. Στα παιδιά άνω των 6 ετών εμφανίζεται ως επανεκδραμάτιση του τραύματος.

4. Εντονη ψυχική αναστάτωση κατά την έκθεση σε παράγοντες που συμβολίζουν ή μοιάζουν με μια παράμετρο του τραυματικού γεγονότος.

5. Φυσιολογική επανενεργοποίηση (σωματικές αντιδράσεις) κατά την έκθεση σε παράγοντες που συμβολίζουν ή μοιάζουν με μια παράμετρο του τραυματικού γεγονότος. Για παράδειγμα στον άνδρα που ενεπλάκη στο αυτοκινητιστικό δυστύχημα η είσοδος σε αυτοκίνητο μπορεί να δημιουργήσει αισθήματα άγχους, τρόμο κλπ.

C. Αποφυγή των ερεθισμάτων που συνδέονται με το τραύμα. (η διάγνωση απαιτεί την ύπαρξη τουλάχιστον ενός από τα 2)

1. Αποφυγή σκέψεων, συναισθημάτων ή συζητήσεων
2. Αποφυγή εξωτερικών υπενθυμίσεων (δραστηριοτήτων, χώρων ή ανθρώπων) που προκαλούν ανακλήσεις του τραυματος

Η αποφυγή έχει ως στόχο να μην έλθουν στην επιφάνεια αγχωτικές μνήμες, σκέψεις και συναισθήματα που σχετίζονται με το τραυματικό γεγονός και ενδέχεται να προκαλέσουν δυσφορία. Η συμπεριφορά της αποφυγής, μπορεί να βοηθήσει το άτομο να απαλύνει τον πόνο του προσωρινά, μακροπρόθεσμα όμως έχει αρνητικές συνέπειες στο ίδιο, καθώς η αποφυγή θα αποτρέψει την εξάλειψη των εξαρτημένων αντιδράσεων φόβου και το πρόβλημα θα παραμείνει. (Celter et al., 2007)

D. Αρνητικές μεταβολές στις γνωστικές λειτουργίες και στο συναίσθημα:

1. Αδυναμία του ατόμου να ανακαλέσει μία σημαντική πλευρά του τραυματικού γεγονότος (αποσυνδετική αμνησία).
2. Επίμονες και υπερβολικές αρνητικές πεποιθήσεις για τον εαυτό, τους άλλους ή τον κόσμο.

Ένα κοινό μοτίβο σκέψης πασχόντων είναι πως δεν είναι ικανοί για τίποτα, πως όλοι γύρω του θέλουν το κακό τους, πως θέλει να κάνει κακό στον εαυτό του γιατί δεν αντέχει ο ίδιος τον ίδιο του εσωτερικό κόσμο και πως όλα γύρω του μοιάζουν πια επικίνδυνα και δεν αισθάνεται ασφαλής πουθενά.

3. Επίμονες, διαστρεβλωμένες γνωστικές λειτουργίες για το αίτιο ή τις συνέπειες του γεγονότος που οδηγούν το άτομο να κατηγορεί τον εαυτό του ή τους άλλους.
4. Επίμονα αρνητική συγκινησιακή κατάσταση (φόβος, τρόμος, θυμός, ενοχή).
5. Εμφανώς μειωμένο ενδιαφέρον ή συμμετοχή σε σημαντικές δραστηριότητες.
6. Αισθήματα απομάκρυνσης ή αποξένωσης από τους άλλους.

7. Επίμονη αδυναμία να βιώσει θετικά συναισθήματα

Περιγράφεται συχνά ως ψυχικό ή συναισθηματικό μούδιασμα.

Ε. Υπερδιέγερση:Επαναλαμβανόμενα συμπτώματα αυξημένης διέγερσης (που δεν υπήρχαν πριν το τραύμα) που εμφανίζονται ως εξής: (η διάγνωση απαιτεί την ύπαρξη τουλάχιστον 2/6)

1. Διαταραχές ύπνου

Τα άτομα αντιμετωπίζουν σοβαρές δυσκολίες να κοιμηθούν ή να παραμείνουν στην κατάσταση του ύπνου ή να κοιμηθούν και να νιώσουν το αίσθημα της πραγματικής ξεκούρασης(Levin R, Nielsen TA., 2007)

2. Ευερεθιστότητα ή ξεσπάσματα θυμού

Τυπικά εκφράζονται με σωματική ή συναισθηματική (λεκτική) επίθεση προς άτομα ή αντικείμενα που ακολουθεί μικρό ή πολλές φορές ανύπαρκτο ερέθισμα.

3. Αδυναμία συγκέντρωσης

4. Υπερδιέγερση

5. Υπερβολική αντίδραση έκπληξης

6. Ριψοκίνδυνη, αυτοκαταστροφική συμπεριφορά

Τα συμπτώματα πρέπει να έχουν διάρκεια τουλάχιστον 1 μήνα, επι απουσίας οργανικής επίδρασης εξαιτίας μιας ουσία όπως φαρμακευτική αγωγή ή αλκοόλ ή κάποια άλλη κλινική κατάσταση και με σημαντική δυσλειτουργία του ατομου (APA,2013).

Αποσυνδεδετική μετατραυματική διαταραχή στρες(PTSD-D)

Κατά την διερεύνηση του ασθενούς που πάσχει από PTSD είναι σημαντικό να εντοπιστούν αν υπάρχουν συμπτώματα αποπροσωποποίησης και αποπραγματοποίησης.

Αποπροσωποποίηση: Χαρακτηρίζεται από επίμονες ή υποτροπιάζουσες μεταβολές στην αίσθηση της πραγματικότητας όσον αφορά στον ίδιο τον εαυτό του ασθενούς. Νιώθει αποσυνδεδεμένος από το σώμα του ή τις σκέψεις του, σαν να είναι ένας εξωτερικός παρατηρητής (αίσθηση σαν να βρίσκεται σε όνειρο, αίσθηση πως ο χρόνος κυλά αργά)

Αποπραγματοποίηση: Χαρακτηρίζεται από επίμονες ή υποτροπιάζουσες μεταβολές στην αίσθηση της πραγματικότητας όσον αφορά στο περιβάλλον του ασθενούς (για παράδειγμα ο κόσμος γύρω από το άτομο μοιάζει σαν να βγαίνει από όνειρο, παραμορφωμένος, απόμακρος ή μη αληθινός).

Οι ασθενείς αυτοί κατατάσσονται σε ξεχωριστή ομάδα, στην αποσυνδεδετική μετατραυματική διαταραχή. Ο ξεχωριστός αυτός υπότυπος δημιουργήθηκε γιατί είναι γνωστό πως τα άτομα που εκτίθενται σε τραυματικό γεγονός εμφανίζουν συμπτώματα απόσχισης και κυρίως συμπτώματα αποπροσωποποίησης και αποπραγματοποίησης σε ποσοστό 15-30% (Lanius et al. 2012). Η PTSD-D εμφανίζεται συχνότερα σε γυναίκες (Wolf et al) καθώς και σε θύματα παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης (Yiaslas et al, 2014) και φέρουν συγκεκριμένα χαρακτηριστικά:

- Πολύ συχνά είχαν επαναλαμβανόμενες πρώιμες τραυματικές εμπειρίες
- Αυξημένη συννοσηρότητα κυρίως με φοβίες, διαταραχές προσωπικότητας (μεταιχμιακή και αποφευκτική) στο γυναικείο φύλο
- Αυξημένη δυσλειτουργικότητα
- Αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας

Αυτοί οι ασθενείς έχει αποδειχθεί μέσα από νευροαπεικονιστικών μελέτες πως έχουν συγκεκριμένα μοτίβα αλλαγών στα νευρικά κυκλώματα και τείνουν να

ανταποκρίνονται καλύτερα σε συγκεκριμένες θεραπείες πχ γνωστικής αναδόμησης παρά παρατεταμένης έκθεσης.

Σημειώνεται πως στον υπότυπο αυτό τα συμπτώματα απόσχισης δεν πρέπει να οφείλονται στις επιδράσεις κάποιας ουσίας ή άλλης νόσου (πχ επιληψία).

2.4. ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΚΑΤΑ ICD

Η διεθνής ταξινόμηση νόσων (ICD) είναι ένα παγκόσμιο νοσολογικό συστημα που καθιέρωσε ο Π.Ο.Υ (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας) με έμφαση στην κλινική χρησιμότητα και παγκόσμια εφαρμοσιμότητα των κατευθυντήριων οδηγιών. Η 11η αναθεώρηση κυκλοφόρησε το 2018 σχεδόν 30 χρόνια από την τελευταία, ενώ άρχισε να εφαρμόζεται από τον Ιανουάριο του 2022. Στην 11η αναθεώρηση λοιπόν του ICD επιχειρήθηκε ένας περιορισμός και απλοποίηση στην αναζήτηση συμπτωμάτων στην διαταραχή, συνολικά 6 τα οποία ταξινομούνται σε 3 κατηγορίες:

Αναβίωση του τραυματικού γεγονότος στο παρόν, στην οποία δεν υπάρχει απλή ενθύμηση αλλά επαναβίωση σαν να συμβαίνει τώρα. Αυτό συμβαίνει τυπικά με την μορφή έντονων παρεισφρυτικών μνημών ή εικόνων, των γνωστών flashbacks τα οποία ποικίλουν σε ένταση, από ήπια έως σοβαρά με παντελή έλλειψη συναίσθησης του περιγύρου ή επαναλαμβανομένων ονείρων ή εφιαλτών που σχετίζονται με το γεγονός. Η αναβίωση συνοδεύεται από δυνατά ή κατακλυσμαία συναισθήματα όπως φόβο ή τρόμο και ισχυρές σωματικές αισθήσεις. Η αναβίωση στο παρόν μπορεί να νιώθει συντετριμμένος ή να εμφανίζει τα ίδια έντονα συναισθήματα που είχε νιώσει κατά την διάρκεια του τραύματος και μπορεί να συμβεί ως απόρροια σε ενθυμήσεων του γεγονότος. Η σκέψη ή ο λογισμός του τραύματος καθώς και η ενθύμηση των συναισθημάτων που προκάλεσε το τραύμα δεν εντάσσονται στο κριτήριο της αναβίωσης.

Αποφυγή ο,τιδήποτε μπορεί να πυροδοτήσει αναβίωση. Συνειδητή εσωτερική αποφυγή σκέψεων και μνημών που σχετίζονται με το τραύμα ή αποφυγή ανθρώπων, συζητήσεων, δραστηριοτήτων ή καταστάσεων που θυμίζουν το

γεγονός. Σε ακραίες καταστάσεις το άτομο μπορεί να αλλάζει ολοκληρωτικά περιβάλλον (πχ αλλάζει πόλη) για να αποφύγει τις θύμησες.

Αίσθηση επικείμενης απειλής που υποδεικνύεται από την υπερεγρήγορη ή έντονη αντίδραση σε κοινόερεθισμα πως σε αναπάντεχο θόρυβο. Το άτομο διαφυλάσσει τον εαυτό τον κίνδυνο και νιώθουν πως βρίσκονται οι ίδιοι ή οικείοι τους σε κίνδυνο γενικότερα ή σε συγκεκριμένες καταστάσεις. Μπορεί να υιοθετήσουν συγκεκριμένες συμπεριφορές για να εξασφαλίσουν την ασφάλεια τους (πχ δεν κάθονται ποτέ με την πλάτη στην πόρτα)

Άλλα κοινά συμπτώματα μπορεί να είναι, γενική δυσφορία, αποσυνδεδετικά συμπτώματα, σωματικά παράπονα, αυτοκτονικές ιδεασμός και συμπεριφορά, κοινωνική απομόνωση, αυξημένη κατανάλωση αλκοόλ ή χρήση ναρκωτικών για αποφυγή αναβίωσης ή για διαχείριση των συναισθηματικών αντιδράσεων, συμπτώματα άγχους συμπεριλαμβανομένου του πανικού και ιδεοψυχαναγκασμοί ως απαντηση σε μνήμες ή θύμησες του γεγονότος.

Τα συναισθήματα που εκλύει η PTSD περιλαμβάνουν θυμό, ντροπή, λύπη, ταπεινωση ή ενοχη συμπεριλαμβανομένης της ενοχής του επιζώντος.

Από την άλλη μεριά εκτός από τον περιορισμό των συμπτωμάτων διαφοροποιείται και στο ότι δημιουργεί μια ξεχωριστή κατηγορία PTSD, πιο σοβαρής μορφής διαταραχή το σύνθετο PTSD (COMPLEX PTSD).

Το σύνθετο PTSD διαφοροποιείται ως προς το κριτήριο του τραυματικού παράγοντα, ο οποίος πρέπει να είναι... "παρατεταμένος ή επαναλαμβανόμενος και από τον οποίο η απόδραση είναι δύσκολη ή αδύνατη" όπως περιγράφηκε και στην αρχή και εκτός από τις 3 δέσμες συμπτωμάτων του απλού PTSD που είναι απαραίτητες πρέπει να εμφανίζονται και τα εξής συμπτώματα:

- Σοβαρή, επιμονή διαταραχή αυτορύθμισης. Παραδειγμα αυξημένη συναισθηματική αντιδραστικότητα σε ελασσονες στρεσορες, βίαια ξεσπάσματα, ανεύθυνη ή ρισκοκίνδυνη συμπεριφορά, συμπτώματα απόσχισης όταν βρίσκεται υπό το καθεστώς στρες καθώς και

συναισθηματική numbing κυρίως αδυναμία να νιώσει απόλαυση ή θετικά συναισθήματα

- Επίμονες πεποιθήσεις αναξιότητας, ήττας που συνοδεύονται από βαθιά και pervasive αισθήματα ντροπής, ενοχής ή αποτυχίας που συνδέονται με το τραυμα. Για παράδειγμα ο ασθενής μπορεί να αισθάνεται ενοχή που δεν μπόρεσε να ξεφύγει ή που παραδοθηκε ή δεν μπόρεσε να εμποδίσει τον πόνο άλλων.
- Επιμονή αδυναμία διατήρησης σχέσεων καθώς και αδυναμία να νιώσει κοντά σε άλλους. Το άτομο μπορεί να αποφεύγει συστηματικά ή να εκφράζει λίγο ή καθόλου ενδιαφέρον για σχέσεις ή να συμμετέχει σε κοινωνικές δραστηριότητες γενικά. Εναλλακτικά μπορεί να σχηματίζει περιστασιακές έντονες σχέσεις αλλά να αδυνατεί να τις διατηρήσει

Επιπρόσθετα συμπτώματα που μπορεί να υπάρχουν: Αυτοκτονικός ιδεασμός, κατάχρηση ουσιών, καταθλιπτικά συμπτώματα, ψυχωσικά συμπτώματα καθώς και παράπονα για σωματικές ενοχλήσεις.

Και στις 2 κατηγορίες οι διαταραχές πρέπει να επιφέρουν σημαντική δυσλειτουργία στην προσωπική, οικογενειακή, κοινωνική, επαγγελματική ή άλλες πτυχές της ζωής του ατόμου ενώ αν δεν έχει διαταραχθεί η λειτουργικότητα θα πρέπει να έχει καταβάλλει σημαντική προσπάθεια διατήρησης της.

Γενικά οι διαφοροποιήσεις στα δύο ταξινομητικά συστήματα δεν στερούνται μειονεκτημάτων-για παράδειγμα η ταξινόμηση κατά DSM μπορεί να περιπλέκει και άλλες ψυχιατρικές διαγνώσεις ενώ η κατά ICD να υποδιαγνώσκει την πάθηση, ειδικά σε νεότερους ασθενείς. (Amy Lechner, Rachel Yehuda, 2020).

2.5. ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥ ΣΤΡΕΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ

Όπως προαναφέρθηκε η εμφάνιση της PTSD δεν κάνει διακρίσεις σε ηλικίες. Τα μικρά παιδιά εκτίθενται σε πολλούς τύπους τραυματικών εμπειριών όπως

κακοποίηση (σε σωματικό, ψυχικό, ή σεξουαλικό επίπεδο), η μαρτυρία ακραίων σκηνών (ενδοοικογενειακή βία, κοινωνική βία όπως επιθέσεις, ληστείες κτλ, ή και η εμπλοκή στις καταστάσεις αυτές) μία σοβαρή ασθένεια που μπορεί να απειλήσει τη ζωή, μακρόχρονες νοσηλείες, δυσχερή περιβάλλοντα διαβίωσης, άσχημη οικονομική κατάσταση (ανέχεια), κ.α. (Karpow et al., 2005; Scheeringa M., at el., 2011).

Ωστόσο, δεν αναπτύσσουν όλα τα παιδιά μετατραυματική διαταραχή. Παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν την πιθανότητα να εμφανίσουν συμπτωματολογία PTSD είναι η σοβαρότητα και η διάρκεια του τραύματος, προηγούμενο ιστορικό τραύματος, οι ικανότητες αντιμετώπισης του παιδιού και της οικογένειάς του καθώς και το ιστορικό ψυχικής υγείας της οικογένειας. (Scheeringa M., at el., 2011)

Η αναγνώριση της μετατραυματικής διαταραχής σε παιδιά προσχολικής ηλικίας ενεχει προκλήσεις λόγω των αναπτυσσόμενων γνωστικών και γλωσσικών ικανοτήτων τους ανάλογα με το αναπτυξιακό στάδιο που βρίσκονται που οδηγεί σε μη τυπικές εκδηλώσεις των συνήθων συμπτωμάτων της PTSD. Απαιτείται εγρήγορση από την μεριά του φροντιστή για να εντοπίσει τις αλλαγές. Για παραδειγμα τα αισθήματα αποξένωσης μπορούν να εκδηλωθούν ως κοινωνική απόσυρση ενώ η απώλεια ενδιαφέροντος στα παιδιά ως συμμετοχή σε λιγότερο παιχνίδι.

Για αυτό το λόγο το DSM διακρίνει στις οδηγίες του τα κριτήρια σε κριτήρια για παιδιά κάτω των 6 ετών και παιδιά άνω των 6 ετών, νέους και ενήλικες. Τα τελευταία αναφέρθηκαν παραπάνω.

Οι αλλαγές όσον αφορά στην συμπτωματολογία για παιδιά κάτω των 6 ετών είναι οι εξής:

Συμπτώματα εισβολής: Στους ενήλικες τα επεισόδια εισβολής χαρακτηρίζονται ως επαναλαμβανόμενα, παρειαφρυστικά και δυσφορικά. Το τελευταίο χαρακτηριστικό έχει εξαλειφθεί εδώ ως κριτήριο καθώς σε πολλά παιδιά παρατηρήθηκε το φαινόμενο να λείπει, με κυριαρχία απάθειας ή ακόμα και έξαψης (Scheeringa, M. S., 2001)

Αποφυγή και μεταβολές στις γνωσίες:Τα συμπτώματα από αυτές τις κατηγορίες εμφανίζονται λιγότερα συχνά σε παιδιά σε σχέση με τους ενήλικες (Scheeringa, M. S.,2006) οπότε για την διάγνωση απαιτείται 1 και μόνο σύμπτωμα από οποιαδήποτε από τις 2 κατηγορίες.

Υπερεγρήγορη: Μεγάλα ξεσπάσματα οργής (extreme temper tantrums)

Οι διαταραχές πρέπει να προκαλούν κλινικά σημαντική δυσφορία ή διαταραχή στις σχέσεις με τους γονείς,τα αδέρφια ή άλλους φροντιστές ή στην σχολική συμπεριφορά.

Αξιοσημείωτη είναι η ύπαρξη ενδείξεων που υποστηρίζουν πως τα άτομα που παρουσιάζουν συμπτώματα μετατραυματικής διαταραχής σε παιδική ηλικία, έχουν αυξημένες πιθανότητες να εκδηλώσουν μεταγενέστερα ασθένειες σε σωματικό επίπεδο, οι οποίες έχουν σχετιστεί με την έννοια του τραύματος (καρκίνος, χρόνια κόπωση, μυαλγίες και νευραλγίες, επίμονες κεφαλαλγίες, καρδιοπάθεια, άσθμα, κ.α.(Fullerton & Grieger, 2003).

2.6.ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΕΣ

Η μετατραυματική διαταραχή επηρεάζει δυσμενώς την ποιότητα ζωής του ασθενούς όχι μόνο λόγω των εξουθενωτικών συμπτωμάτων της αλλά και λόγω επιπλακειών νόσων,ψυχιατρικών αλλά και σωματικών.

Οι ασθενείς με PTSD έχουν συχνες συννοσηρότητες με άλλες ψυχιατρικές νόσους όπως καταθλιπτικές διαταραχές και αγχώδεις διαταραχές(APA,2000).Η PTSD συνδέεται συχνά με καταχρήσεις,μάλιστα ο επιπολασμός διαταραχών καταχρήσης σε ασθενείς με PTSD είναι διπλασιασμός σε σχέση με υγιή πληθυσμο.Η χρήση

αλκοόλ ή ουσιών γίνεται για να διαχειριστεί ο πάσχων τις αναμνήσεις και τα συμπτώματα της διαταραχής(Brown and Wolfe,1994.Επιπλέον,η διαταραχη συνδέεται με μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης αυτοκτονικού ιδεασμού και αυτοκτονίας(Kessler,2000)

Η ψυχική και η σωματική υγεία είναι άρρηκτα συνδεδεμένες. Οι μηχανισμοί για αυτόν τον συσχετισμό μπορεί να είναι φυσιολογικοί, συμπεριφορικοί και κοινωνικοί, όπως προσδιορίζονται από το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο υγείας. Η φύση αυτής της σχέσης είναι αμφίδρομη, με την ψυχική υγεία να επηρεάζει τη σωματική υγεία και το αντίστροφο. Οι αποκρίσεις των θηλαστικών στο άγχος είναι γνωστό ότι επηρεάζουν φυσιολογικές διεργασίες που ρυθμίζονται από το αυτόνομο νευρικό σύστημα (Porges, 2011). Η αυξημένη δραστηριότητα του συμπαθητικού μπορεί να δημιουργήσει βλάβη στο καρδιαγγειακό μέσω της δράσης των κατεχολαμινών στην καρδιά, αγγεία, και στην λειτουργία των αιμοπεταλίων (Coughlin, 2011). Υπέρταση, μεταβολικό σύνδρομο, παχυσαρκία (Dedert & Boyko, 2010) μυοσκελετικά, γαστρεντερικά νοσήματα (Mette & Lolk, 2016) έχουν επίσης συσχετισθεί με την μετατραυματική διαταραχή. Ένας πιθανός μηχανισμός προκλήσεις είναι και οι συνοδες οι καταχρήσεις.

2.7. ΦΥΣΙΚΗ ΙΣΤΟΡΙΑ

Έχει υπολογιστεί πως στο 1/3 των περιπτώσεων η μετατραυματική αγχώδης διαταραχή ακολουθεί χρόνια πορεία ακόμα και με θεραπεία. Τα συμπτώματα μπορεί να παρουσιάζουν εξάρσεις και υφέσεις στην πάροδο του, με τις μεγαλύτερες υφέσεις να παρατηρούνται συνήθως τον πρώτο χρόνο της νόσου, και με τις εξάρσεις να εμφανίζονται ειδικά σε περιόδους έντονου στρες. Αν και η διαταραχή πυροδοτείται από συγκεκριμένη έκθεση σε τραυματικό γεγονός πολλές

μελέτες έδειξαν πως η έκθεση σε στρεσογόνους παράγοντες και αλλά τραυματικά γεγονότα συμβάλλουν στην χρονιοτητα της νόσου (Galea et al.,2018)

Είναι σημαντικό να διευκρινιστεί πως όλα τα συμπτώματα θα μπορούσαν να επανενεργοποιηθούν ακόμα και ύστερα από το πέρασμα μεγάλων, ασυμπτωματικών περιόδων. Αυτό συνήθως συμβαίνει όταν το άτομο βιώνει ένα επιπλέον τραύμα, οπότε τα συμπτώματα αναδύονται στην επιφάνεια και αναζωπυρώνονται.

Κατά μέσο όρο, η διάρκεια των συμπτωμάτων ορίζεται στα 6 χρόνια.

Τέλος δεν πρέπει να παραβλέπεται και η επίδραση τυχόν συνυπαρχοντων νοσηροτητων στην δυσχέρεια της πορείας της PTSD.

3. ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ

Τα συμπτώματα της PTSD αντανακλούν μια επιμένουσα μη ομαλή αναπροσαρμογή των συστημάτων που εμπλέκονται στην ανταπόκριση στο στρες.Στόχος πολλών ερευνών είναι η εύρεση των παθολογικών αλλαγών σε αυτα τα νευροβιολογικα συστήματα του οργανισμού που περιλαμβάνουν ενδοκρινείς αδένες,νευροδιαβιβαστές καθώς και ανατομικές περιοχές του εγκεφάλου που ρυθμίζουν την συμπεριφορά του φόβου συνειδητά και ασυνείδητα.

3.1.Νευροχημικές διαταραχές

Πρόκειται για διαταραχές σε νευροχημικούς παράγοντες που εμπλέκονται στα κυκλώματα του εγκεφάλου που ρυθμίζουν/ενσωματώνουν τις απαντήσεις του οργανισμού στο στρες και τον φόβο.(Sherin et al.,2011)

Κατεχολαμίνες: Σε ασθενείς με PTSD παρατηρήθηκαν αυξημένα επίπεδα νοραδρεναλίνης, ντοπαμίνης καθώς και μεταβολιτών της στα ούρα.Τα αυξημένα επίπεδα της πρώτης σχετίζονται με σωματικά συμπτώματα της PTSD,την υπερεργήγορση καθώς και με την κωδικοποίηση της μνήμης του φόβου ενώ της δεύτερης με fear conditioning της αντίδρασης σε ερεθίσματα φοβου

Σεροτονίνη:Πρόκειται για νευροδιαβιβαστή που διαδραματίζει έναν ευρύ ρόλο,ανάμεσα σε άλλα στην ρύθμιση του ύπνου,της όρεξης,σεξουαλικής συμπεριφοράς,επιθετικότητα/παρορμητικότητα. Χαμηλά επίπεδα σεροτονίνης σε ασθενείς με PTSD συνδέονται με συμπτώματα όπως υπερεργήγορση,παρορμητικότητα,αναβιώσεις.

Αμινοξέα:

Γ-αμινοβουτυρικο οξύ (GABA) και γλουταμάτη:Το GABA είναι ο κύριος ανασταλτικός νευροδιαβιβαστής του εγκεφάλου.Μεσω των υποδοχέων του μειώνει την απόκριση στο στρες.Στους ασθενείς με PTSD βρέθηκε μειωμένος αριθμός καθώς και μειωμένη συγγένεια υποδοχέων στο ΚΝΣ γεγονός που συνδέθηκε με αναστολή της ανακούφισης από το στρες.Η γλουταματη από την άλλη μεριά είναι ο κύριος διεγερτικού νευροδιαβιβαστής του εγκεφάλου που δρα στους NMDA(N-μεθυλ D-ασπαρτικούς) υποδοχείς οι οποίοι εμπλέκονται στις διαδικασίες μάθησης και μνημης.Στους ασθενείς με PTSD έχει βρεθεί αυξημένη γλουταματη που έχει συνδεθεί με συμπτώματα αποπραγματοποίησης και απόσχισης.

Πεπτίδια:

Νευροπεπτίδιο Υ και ενδογενή οπιοειδή:Το νευροπεπτίδιο Υ έχει ανακουφιστικες ενάντια στο στρες ιδιότητες μειώνοντας για παράδειγμα την απελευθέρωση της νορεπινεφρίνης.Σε ασθενείς με PTSD έχουν βρεθεί μειωμένες συγκεντρώσεις.Τα

ενδογενή οπιοειδή πεπτίδια ασκούν ανασταλτική δράση στον άξονα υποθάλαμος-υπόφυση-επινεφρίδια.Στους ασθενείς με PTSD έχουν βρεθεί αυξημένα επίπεδα γεγονός που συνδέεται με συγκεκριμένα συμπτώματα όπως το συναισθηματικό μούδιασμα,αναλγησία και απόσχιση.

3.2.Νευροενδοκρινικές διαταραχές

Θυρεοειδής

Ορισμένες έρευνες έδειξαν αυξημένα επίπεδα θυρεοειδικών ορμονών σε ασθενείς με PTSD.Σχετίζονται με συμπτώματα υπερδιέγερσης.

Άξονας υποθάλαμος-υπόφυση-επινεφρίδια(HPA)

Πρόκειται για τον κεντρικό ρυθμιστή της νευροενδοκρινους απόκρισης των θηλαστικών έναντι στο στρες.Κατα την έκθεση σε στρες ο υποθάλαμος εκκρίνει την ορμόνη κορτικοειλυτινη (CRH) που με την σειρά της διεγείρει την έκκριση αδρενοκορτικοτροπινής (ACTH) από την πρόσθια υπόφυση η οποία δρα στα επινεφρίδια και διεγείρει ανάμεσα σε άλλα την απελευθέρωση γλυκοκορτικοειδών.Τα γλυκοκορτικοειδη οργανώνουν τον οργανισμό για την αντιμετώπιση του στρεσογόνου παράγοντα ρυθμίζοντας στον μεταβολισμό,στην ανοσολογική απόκριση του οργανισμού.Η έκκριση CRH ρυθμίζεται με αρνητικο feedback από τα γλυκοκορτικοειδη αλλά και από τον ιππόκαμπο,προμετωπιαίο φλοιό (αναστολή) και αμυγδαλή (διέγερση).Αν και γενικά το στρες κατά κανονα ενεργοποιεί τον άξονα,ασθενείς με PTSD έχουν αφύσικα μειωμένα επίπεδα κορτιζόλης στο αίμα και στα ούρα καθώς και σταθερά αυξημένα επίπεδα CRH στο εγκεφαλινωτιαιο υγρό των ασθενων.(Sherin et al.,2011).Συνολικα το πρότυπο των ευρημάτων υποδεικνύει ότι ο άξονας HPA εχει ρυθμιστεί ώστε να ελκύει μεγάλες αποκρίσεις σε ερεθίσματα.

3.3. Το κύκλωμα του εγκεφάλου

Η χρήση σύγχρονων νευροαπεικονιστικών μεθόδων έδωσε την δυνατότητα ανίχνευσης δομικών και λειτουργικών αλλαγών σε συγκεκριμένες περιοχές του εγκεφάλου που εμπλέκονται στην απόκριση στο στρες και στον φόβο.

Ιππόκαμπος: Σε ασθενείς με PTSD βρέθηκε σε μειωμένο όγκο αλλά και χαμηλή δραστηριότητα. Ο ιππόκαμπος αποτελεί τμήμα του μεταιχμιακού συστήματος (νευροανατομική περιοχή που ρυθμίζει το συναίσθημα και συμπεριφορές απαραίτητες για την επιβίωση) και εμπλέκεται σε διαδικασίες μάθησης και μετατροπής της βραχυπρόθεσμης σε μακροπρόθεσμη μνήμη. Η ευαισθησία της συγκεκριμένης δομής στο στρες ήταν γνωστή από μελέτες σε ζώα όπου απεδείχθη πως η διαρκής έκθεση σε κορτιζόλη οδηγούσε σε βλάβες στην νευρωνική ακεραιότητα και στην νευρογενεση στον ιπποκαμπο (MeewiseML et al,2007). Η μείωση του όγκου λοιπόν μπορεί να είναι αποτέλεσμα της τοξικής δράσης των γλυκοκορτικοειδών του στρες μπορεί όμως να αποτελεί και προτραυματικό παράγοντα κινδύνου ανάπτυξης PTSD. Οι αλλαγές στον ιππόκαμπο συνδέονται με τα ελλείμματα στην αυτοβιογραφική μνήμη που παρατηρούνται στους αλλά και με αυξημένη αντιδραστικότητα στην διέγερση. Η ατροφία και η δραστηριότητα μπορεί να αντιστραφούν έπειτα από θεραπεία με SSRIs (αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης). (Sherin et al.,2011)

Αμυγδαλή: Σε ασθενείς με PTSD βρέθηκε αυξημένη δραστηριότητα. Εμπλέκεται στην επεξεργασία των συναισθημάτων και στην υιοθέτηση αποκρίσεων στο φόβο. Η αυξημένη ευαισθησία οδηγεί σε υπερεγρήγορη και ανικανότητα διάκρισης του τι είναι απειλή ή όχι. Πιθανόν να υπάρχει γενετικό υπόστρωμα. (Sherin et al.,2011)

Φλοιός: Σε ασθενείς με PTSD βρέθηκαν μειωμένος όγκος του προμετωπιαίου φλοιού όπως επίσης και ελαττωμένη δραστηριότητα. Ο μεσαίος φλοιός ασκεί ανασταλτικό έλεγχο των αποκρίσεων του στρες και της συναισθηματικής

αντιδραστικότητας. Προκαλεί προβλήματα στην εξάλειψη των αντιδράσεων φόβου στα αναμνηστικά ερεθίσματα του τραυματικού γεγονότος.

Η σημασία της κατανόησης παθοφυσιολογίας της διαταραχής του PTSD έγκειται στην προσπάθεια δημιουργίας στοχευμένων θεραπευτικών παρεμβάσεων σε μηχανισμούς που προκαλούν ή/και συντηρούν τα συμπτώματα αλλά ακόμα και στην ανάπτυξη πρώιμων παρεμβάσεων αμέσως μετά την επίδραση ενός τραυματικού παράγοντα. Η σύνδεση των αλλαγών στα παραπάνω ευρήματα με τα εμφανιζόμενα συμπτώματα όπως η υπερεγρήγορη ή διαταραχές στην μνήμη κατευθύνει σε συγκεκριμένες παρεμβάσεις (ψυχολογικές ή φαρμακευτικές).

3.4. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Καμία θεραπεία δεν είναι καθ'ολοκληρίαν ικανοποιητική από μόνη της στην αντιμετώπιση της PTSD. Η διαχείρισή της περιλαμβάνει συνήθως συνδυασμό ψυχολογικών θεραπειών με φαρμακευτικές παρέμβασεις ανάλογα πάντα με τις ανάγκες, ιδιαιτερότητες αλλά και προτιμήσεις του ασθενούς ούτως ώστε να αποφεύγεται η πρόωμη διακοπή της θεραπείας.

Η θεραπευτική προσέγγιση για να είναι πετυχημένη απαιτεί την συνεργασία του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού με τον ασθενή αλλά και με το οικείο περιβάλλον του. Ιδιαίτερη μνεία γίνεται στο αμέσως επόμενο κεφάλαιο για τον κρίσιμο ρόλο του νοσηλευτή ως απαραίτητου συνδετικού κρίκου στην προσέγγιση τους ασθενούς με διαταραχή μετατραυματικού στρες.

3.4.1. ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Οι περισσότερες κατευθυντήριες οδηγίες συγκλίνουν ως προς τις συστάσεις τους για το ποιες πρέπει να είναι οι θεραπείες πρώτης γραμμής στην αντιμετώπιση της μετατραυματικής διαταραχής: Η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία (CBT) και δη

η εστιασμένη στο τραύμα γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία, η γνωστική θεραπεία επεξεργασίας (CPT) καθώς και η παρατεταμένη έκθεση (PE), είναι εξαιρετικές θεραπείες εγνωσμένης αποτελεσματικότητας. (.Front Behav Neurosci. 2018; 12: 258). Εκτός από τις παραπάνω όμως ισχυρά δεδομένα από μελέτες έχουν και άλλες προσεγγίσεις όπως η σύντομη εκλεκτική ψυχοθεραπεία (BET), ομαδική θεραπεία, η απευαισθητοποίηση και επανεπεξεργασία μέσω οφθαλμικών κινήσεων (EMDR), έλεγχος του άγχους (εμβολιασμός anti stress) καθώς και μη παραδοσιακές θεραπείες όπως ύπνωση ή βελονισμός, έχουν χρησιμοποιηθεί ως θεραπευτική παρέμβαση με επιτυχία.

Η επιλογή της θεραπείας γίνεται έπειτα από αξιολόγηση των συμπτωμάτων και συζήτηση με τον ίδιο τον ασθενή, τις περισσότερες φορές συνδυαστικά ώστε να υπάρχει συνεργική δράση.

3.4.2. ΓΝΩΣΙΑΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ (CBT)

Η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία (CBT) είναι μια ευρέως χρησιμοποιούμενη προσέγγιση ψυχοθεραπείας για τη θεραπεία της PTSD που έχει επιδείξει σημαντική αποτελεσματικότητα στην αντιμετώπιση της PTSD σύμφωνα με διάφορες ερευνητικές μελέτες. Όλες οι εκδοχές της CBT περιλαμβάνουν κάποια μορφή εκπαίδευσης σχετικά με τα συμπτώματα της διαταραχής, το σκεπτικό της θεραπείας καθώς και τεχνικές αυτοπαρακολούθησης (Gelter, 2008).

Στον πυρήνα των συμπτωμάτων της μετατραυματικής διαταραχής βρίσκονται οι γνωσιακές στρεβλώσεις. Μέσα από τις συνεδρίες στην CBT ο ασθενής καλείται καταρχάς να αναγνωρίσει αυτά τα δυσπροσαρμοστικά μοτίβα σκέψης και συμπεριφοράς (όπως ο υπέρμετρος αρνητισμός, η καταστροφολογία) και να αναθεωρήσει προς πιο υγιή και ισορροπημένα. Με την αντιμετώπιση αυτών των γνωστικών και συμπεριφορικών παραγόντων, η CBT στοχεύει να βοηθήσει τα άτομα να μειώσουν τα συμπτώματα, να βελτιώσουν τη λειτουργικότητα και τελικά να αποτρέψουν την υποτροπή. Μια εξειδικευμένη μορφή CBT για PTSD είναι η

εστιασμένη στο τραύμα γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία (TF-CBT), η οποία αντιμετωπίζει άμεσα τις τραυματικές αναμνήσεις και τον αντίκτυπό τους στη λειτουργία του ατόμου. Οι τεχνικές που χρησιμοποιούνται στο TF-CBT μπορεί να περιλαμβάνουν τη θεραπεία έκθεσης, τη γνωστική αναδόμηση και τις δεξιότητες διαχείρισης του άγχους και την γνωστική αναδόμηση.

3.4.3. ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΝΑΔΟΜΗΣΗ (CPT)

Η γνωστική αναδόμηση είναι ένας τύπος συμπεριφορικής γνωσιακής θεραπείας που βοηθά τα άτομα να αναγνωρίσουν και να αμφισβητήσουν μη χρήσιμες σκέψεις και πεποιθήσεις που σχετίζονται με το τραύμα. Ολοκληρώνεται σε 12 συνεδρίες συνήθως. Η θεραπεία ξεκινά με την ψυχοεκπαίδευση του ασθενούς αναφορικά με την διαταραχή, τις σκέψεις και τα συναισθήματα. Ο ασθενής αναγνωρίζει την σχέση μεταξύ των 2 τελευταίων και αρχίζει να εντοπίζει "αυτόματες σκέψεις" που μπορεί να βοηθούν στην διατήρηση των συμπτωμάτων της PTSD. Ο ασθενής γράφει impact statement όπου περιγράφει αναλυτικά με τα τωρινά πιστεύω του γιατί συνέβη το τραυματικό γεγονός και τι επίδραση έχει στα προσωπικά πιστεύω του αλλά και στα πιστεύω του για τους γύρω του και τον κόσμο. Ακολουθώντας, ο ασθενής ξεκινά μια πιο formal processing του τραύματος. Γράφει αναλυτικά την χειρότερη τραυματική εμπειρία και την οποία διαβάσει στην επόμενη συνεδρία ούτως ώστε να σπάσει το μοτίβο της αποφυγής. Ο θεραπευτής χρησιμοποιεί Socratic ερωτήσεις και άλλες στρατηγικές για να βοηθήσει τον ασθενή να αναρωτηθεί για τις μη βοηθητικές σκέψεις που μπορεί να έχει αναφορικά με το τραύμα (πχ κατηγορίες εναντίον του εαυτού του) ούτως ώστε να τροποποιήσει στρεβλωμένες σκέψεις. Τελικά, μόλις ο ασθενής έχει αναπτύξει τις ικανότητες να εντοπίζει τις μη βοηθητικές σκέψεις τις χρησιμοποιεί για να εξακολουθήσει να κρίνει evaluate και να τροποποιεί τα πιστεύω του αναφορικά με το τραύμα. Σε αυτό το σημείο ο θεραπευτής βοηθά τον ασθενή να χρησιμοποιήσει τις καινούριες ικανότητες του πέρα από τις συνεδρίες, για να βελτιώσει την λειτουργικότητα και την ποιότητα ζωής του. Ο θεραπευτής συνήθως επικεντρώνεται στην ασφάλεια, τον έλεγχο, την αυτοπεποίθηση, πτυχές που επηρεάζονται στην διαταραχή. (apa, 2017).

3.4.4. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΠΑΡΑΤΕΤΑΜΕΝΗΣ ΕΚΘΕΣΗΣ

Οι θεραπείες έκθεσης ανήκουν στην κατηγορία των γνωσιακών συμπεριφορικών θεραπειών. Εξ ορισμού ενσωματώνουν κάποια μορφή επανεκθεσης στο τραύμα (φαντασική, in vivo, απευθείας θεραπευτική, γραπτή, λεκτική ή με την χρήση ακουστικών μεσών). Βασικές αρχές των θεραπειών έκθεσης εδράζονται στις βασικές αρχές του συμπεριφορισμού που αναπτύχθηκε το 1920 όταν ο Pavlov απέδειξε πως ο φόβος μπορεί να απαλειφθεί μέσω της μάθησης. Στόχος της θεραπείας είναι ο ασθενής να προσεγγίσει συστηματικά αντί να αποφύγει ασφαλή ερεθίσματα που προκαλούν όμως φόβο (όπως η ανάμνηση του τραυματισμού) σε ένα ασφαλές περιβάλλον χωρίς απειλητικές συνέπειες (σωματικός τραυματισμός ή άγχος) μέχρι να μην συνεχιστούν οι επίφοβες συνέπειες και να εξαλειφθεί το αυτοματο αίσθημα του φόβου στο ερέθισμα.

Στην θεραπεία παρατεταμένης έκθεσης η πλειοψηφία των ασθενών που την ολοκληρώνουν παρατηρούν σημαντική μείωση των συμπτωμάτων (Rauch S.A., 2009). Η διάρκεια της είναι συνήθως ως 3 μήνες, με σύνολο 8 έως 15 συνεδρίες διάρκειας από 60 έως 120 λεπτά. Η θεραπεία ξεκινά με την αξιολόγηση των συμπτωμάτων του ασθενούς, ψυχοεκπαίδευση καθώς και εκμάθηση αναπνευστικών ασκήσεων. Κατόπιν οι συνεδρίες ξεκινούν με τα 2 σημαντικότερα στοιχεία της θεραπείας, την φανταστική έκθεση και την in vivo έκθεση.

Στην φανταστική έκθεση (imaginal exposure) ο ασθενής διηγείται το τραυματικό γεγονός με λεπτομέρειες και με την συνεργασία με τη θεραπευτή συζητούν και επεξεργάζονται τα συναισθήματα που εκλύει η επανεξέταση του τραύματος. Οι συζητήσεις κατά τη διάρκεια της επεξεργασίας εστιάζονται όχι μόνο στο άγχος και το στρες αλλά και στην ντροπή, την ενοχή και τον έντονο θυμό. Η διήγηση καταγράφεται κατά την διάρκεια της συνεδρίας και ο ασθενής καλείται να την ξαναακουσει στο ενδιάμεσο των συνεδριών εφαρμόζοντας τις τεχνικές αναπνοής και επεξεργάζοντας περαιτέρω τα εγχειρομένα συναισθήματα από την αφήγηση.

Στην in vivo έκθεση ο ασθενής σε συνεργασία με τον θεραπευτή αναγνωρίζει επίφοβα αλλά ασφαλή ερεθίσματα που συνδέονται με το τραύμα (πχ μέρη ή άνθρωποι) και τα οποία απεφευγε γιατί του δημιουργούσαν δυσφορία. Συμφωνούν ποιο ή ποια ερεθίσματα μπορεί να αντιμετωπίσει και σχεδιάζουν ένα πλάνο προσέγγισης στα μεσοδιαστήματα των συνεδριών. (Foa et al, 2019)

3.4.5. ΑΠΕΥΑΙΣΘΗΤΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΕΠΑΝΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕΣΩ ΟΦΘΑΛΜΙΚΩΝ ΚΙΝΗΣΕΩΝ (EMDR)

Η απευαισθητοποίηση και επανεπεξεργασία μέσω οφθαλμικών κινήσεων αναπτύχθηκε το 1987. Βασίζεται στην θεωρία πως τα συμπτώματα της PTSD απορρέουν από την ανεπαρκή επεξεργασία της μνήμης του τραύματος. Αυτές οι μη επεξεργασμένες μνήμες συμπεριλαμβάνουν συναισθήματα, σκέψεις, πιστεύω και σωματικές αισθήσεις που προέκυψαν κατά τον τραυματικό γεγονός. Όταν οι μνήμες πυροδοτούνται εμφανίζονται και όλα τα παραπάνω στοιχεία με αποτέλεσμα την συμπτωματολογία της PTSD. Σε αντίθεση λοιπόν με άλλες θεραπείες που στοχεύουν άμεσα στην αλλαγή των συναισθημάτων, των σκέψεων και των αποκρίσεων που απορρέουν από το τραύμα η EMDR θεραπεία στοχεύει στην μνήμη και το πώς έχει αποθηκευθεί μειώνοντας έτσι την συμπτωματολογία. Κατά την διάρκεια της θεραπείας ο ασθενής ενόσω συγκεντρώνεται στο τραυματικό γεγονός δέχεται παράλληλα αμφοτερόπλευρη διέγερση με την κίνηση του δακτύλου. (APA, 2017)

3.5. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Οι περισσότεροι συγγραφείς συμφωνούν ότι η χορήγηση φαρμάκων χρησιμοποιείται συμπληρωματικά της ψυχοθεραπείας (Friedman 1991). Έχουν σημαντικό ρόλο σε ασθενείς με συννοσηρότητες, διαταραχές ύπνου καθώς και σε ασθενείς που παρουσιάζουν τόσο σοβαρή συμπτωματολογία που δεν μπορούν να

παρακολουθήσουν κάποια μορφή ψυχοθεραπείας.(Lange et al.,2000)Όπως αναλύθηκε παραπάνω η PTSD χαρακτηρίζεται από μια σειρά νευροβιολογικών διαταραχών που αποτελούν δυνητικούς στόχους φαρμάκων,συμπεριλαμβανομένων επεμβάσεων στον άξονα του υποθαλάμου-υπόφυσης-επινεφριδίων, καθώς και στα συστήματα σεροτενεργικών και νοραδενεργικών νευροδιαβιβαστών.

Φάρμακα 1ης γραμμής

Αντικαταθλιπτικά

Βάση ελεγχόμενων δοκιμών των παραπάνω παραγόντων, η πλειονότητα των κατευθυντήριων γραμμών κλινικής πρακτικής έχουν συστήσει SSRIs (εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης) ως παράγοντες πρώτης επιλογής στη θεραπεία PTSD (Brady et al,2000).Η παροξετίνη και σερτραλίνη αποτελούν τη σημερινή εποχή τα μόνα φάρμακα τα οποία έχουν επισήμως εγκριθεί από την Ομοσπονδιακή Υπηρεσία Φαρμάκων (FDA) στις ΗΠΑ και από τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό Φαρμάκων (EMA) για τη φαρμακευτική θεραπεία της PTSD.Τα SSRIs έχουν δείξει αποτελεσματικότητα περί το 60% σε ασθενείς με PTSD με βελτίωση της ποιότητας της ζωής των ασθενών μέσω ευρείας δράσης στην συμπτωματολογία όπως βελτίωση των flashbacks,της αποφυγής,της απάθειας και της υπεραντιδραστικότητας ενώ ακόμα η παροξετίνη έχει δείξει πως ίσως βελτιώνει και πτυχές των γνωσιακών δυσλειτουργιών που προκαλεί το μετατραυματικού στρες(Fani et al,2009).Άλλη κατηγορία αντικαταθλιπτικών είναι οι αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης και νορεπινεφρίνης (SNRIs) από τα οποία η βενλαφαξίνη έχει δείξει αποτελεσματικότητα μειώνοντας τα συμπτώματα της υπεραντιδραστικότητας και αναβίωσης (Stein et al.,2003).Πρέπει να τονιστεί πως μόνο 20-30%των ασθενών καταφέρνουν πλήρη ύφεση με την χρήση αντικαταθλιπτικών (Berger et al.,2009).

Φάρμακα 2ης γραμμής

Φάρμακα αδρενεργικού συστήματος

Η προπρανολόλη είναι ένα φάρμακο που ανήκει στους λεγόμενους β-blockers και χρησιμοποιείται στην αντιμετώπιση της υπέρτασης και των αρρυθμιών, στην PTSD έχει δείξει πως ανακουφίζει από τα σωματικά συμπτώματα υπερδιέγερσης καθώς και από συμπτώματα επαναβίωσης σε ορισμένους ασθενείς. Η πραζοσίνη είναι ένας κεντρικός δρων α1 ανταγωνιστής που χρησιμοποιείται στην θεραπεία της υπέρτασης, έχει δείξει αποτελεσματικότητα στις διαταραχές ύπνου (αϋπνία, ανήσυχος ύπνος, εφιαλτες) που εμφανίζονται μέχρι στο 70% των πασχόντων από PTSD. (Paiva et al., 2021)

Άτυπα αντιψυχωσικά

Τα 2ης γενιάς αντιψυχωσικά (κουετιαπίνη, ρισπεριδόνη) αναπτύχθηκαν για να αντιμετωπίσουν ψυχωσικές διαταραχές, παρόλα αυτά χρησιμοποιούνται και σε άλλες ψυχιατρικές νόσους συμπεριλαμβανομένης και της PTSD. Χορηγούνται συνήθως ως συμπτωματική θεραπεία όταν δεν υπάρχει ύφεση των συμπτωμάτων με τα SSRIs (Berger et al., 2009). Δρουν στα ντοπαμινεργικά και σεροτονινεργικά συστήματα και είναι χρήσιμα στην ανακούφιση από ψυχωσικά συμπτώματα σε ασθενείς με PTSD. (Alexander, 2012)

Φαρμακευτική θεραπεία στο μέλλον

Η έρευνα αρχίζει να επικεντρώνεται στην μελέτη φαρμακευτικών ουσιών που θα ενισχύσουν την απόκριση του ασθενούς στις trauma-focused θεραπείες όπως το MDMA, η D-κυκλοσερίνη και η ωκυτοκίνη (Mithoefer et al., 2011; de Kleine et al., 2012; Koch et al., 2014; Rothbaum et al., 2014). Πρώιμες φαρμακευτικές παρέμβασεις τις πρώτες ώρες μετά από ένα τραύμα όπως για παράδειγμα χορήγηση κορτικοστεροειδών σε συγκεκριμένες ομάδες ευάλωτων ατόμων αποτελεί ένα νέο πολλά υποσχόμενο πεδίο έρευνας (Florido et al., 2023)

4. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

"Κάθε μέρα που χρησιμοποιείς τις δεξιότητές σου ,την γνώση σου,την ενσυναίσθηση σου με ανοιχτό μυαλό,κάνεις την διαφορά στην ζωή του ασθενούς"

Σύμφωνα με το διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτικής "η νοσηλευτική είναι η επιστήμη υγείας η οποία αποτελεί αναπόσπαστο μέρος του συστήματος υγείας.Ενσωματώνει την προαγωγή της υγείας,την πρόληψη της αρρώστιας και την νοσηλευτική φροντίδα των αρρώστων,των αναπήρων και των ατόμων στο τελικό στάδιο της ζωής τους ως βιοψυχοκοινωνικών ανθρωπίνων υπάρξεων όλων των ηλικιών ,σε όλες τις δομές και τα επίπεδα φροντίδας(πρωτοβάθμιο,δευτεροβάθμιο,τριτοβάθμιο κέντρο,κοινότητα,σπίτι,χωρίς εργασία,σχολείο).Οι νοσηλευτικές πράξεις και παρεμβάσεις απευθύνονται στο άτομο την οικογένειά και το κοινωνικό σύνολο με έκδηλα ή επικείμενα προβλήματα υγείας.Η νοσηλευτική υπηρεσία εκτείνεται από την προαγωγή και την αποκατάσταση της υγείας μέχρι τη νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου και εως συμμετοχή σε προγράμματα βελτίωσης της υγείας του πληθυσμού.Επίσης έχει την πρωταρχική ευθύνη για την ποιότητα της παρεχόμενης νοσηλευτικής στους πολίτες".

Η Hildegard Peplau κορυφαία νοσηλεύτρια και θεωρητικός όρισε την νοσηλευτική ως μία διαπροσωπική,θεραπευτική διαδικασία που λαμβάνει χώρα όταν επαγγελματίες,ειδικά εκπαιδευμενοι για να γίνουν νοσηλεύτες συμμετέχουν σε θεραπευτική σχέση με ανθρώπους που χρειάζονται υπηρεσίες υγείας.

Η Peplau πρότεινε την θεωρία πως η σχέση νοσηλευτή-ασθενούς πρέπει να περάσει από τρεις φάσεις για να γίνει επιτυχής:

Φάση προσανατολισμού:Σε αυτήν την βραχεία φάση οι νοσοκομειακοί ασθενείς

αντιλαμβάνονται πως χρειάζονται βοήθεια και επιχειρούν να προσαρμοστούν στις νέες εμπειρίες. Ταυτοχρονα οι νοσηλευτές συναντούν τους ασθενείς και λαμβάνουν ουσιώδεις πληροφορίες για αυτούς ως άτομα με μοναδικές ανάγκες και προτεραιότητες (Peplau,1997).Ανάμεσα στους πολλούς ρόλους που αναλαμβάνουν κατά τις νεπαφές με τους ασθενείς είναι και αυτός του ξένου. Αρχικά οι νοσηλευτές καλούνται να υποδεχθούν τον ασθενή με "σεβασμό και θετική διάθεση όπως αρμόζει σε έναν άγνωστο" (Peplau,1952/1991,p.44).Ασθενείς και νοσηλευτές γρήγορα περνούν αυτήν την φάση και οι νοσηλευτές πρέπει να συνεχίζουν να επιδεικνύουν ευγένεια και σεβασμό κατά την διάρκεια και των τριών φάσεων .

Η επόμενη φάση είναι η φάση εργασίας η οποία είναι και η μεγαλύτερη σε διάρκεια. Σε αυτήν τη φάση οι νοσηλευτές κάνουν εκτιμήσεις για τους ασθενείς, τις οποίες θα χρησιμοποιήσουν κατά την διάρκεια της εκπαίδευση αλλά και επικουρικά στον σχεδιασμό της θεραπείας με το υπόλοιπο προσωπικό. Κατα την φάση εργασίας ο ρόλος του νοσηλευτή γίνεται πιο οικείος στο ασθενή: αρχίζουν να δέχονται τον νοσηλευτή ως εκπαιδευτή υγείας, πηγή πληροφοριών, σύμβουλο και φροντιστή. Οι νοσηλευτές "ακούνε χωρίς να δίνουν οδηγίες" ώστε να διευκολύνουν την προοδευτική συνειδητοποίηση των συναισθημάτων του ασθενούς αναφορικά με την αλλαγή στην υγεία τους (Peplau,1952/1991,p.43). Χρησιμοποιώντας αυτήν την θεραπευτική μορφή επικοινωνίας οι νοσηλευτές παρέχουν χωρίς κριτική feedback στους ασθενείς βοηθώντας τους να ξεδιαλύνουν τις σκέψεις τους.

Η τελική φάση είναι η φάση τερματισμού η οποία κοινώς θεωρείται ως η φάση εξιτηρίου. Η επιτυχία της φάσης εξαρτάται από το πόσο καλά νοσηλευτής και ασθενής χειρίστηκαν τις προηγούμενες φάσεις. Ένα μεγάλο μέρος της φάσης τερματισμού περιλαμβάνει την εκπαίδευση των ασθενών στο να χειρίζονται τα συμπτώματα και την ανάρρωση στο σπίτι.

4.1..Ο ρόλος του νοσηλευτή στην αντιμετώπιση της μετατραυματικής διαταραχής

1.Αξιολόγηση ασθενών (screening)

Η αξιολόγηση είναι μια διαδικασία με την οποία εξετάζονται οι ασθενείς για την ύπαρξη ή μη κάποιας διαταραχής. Δεν υποκαθιστά την διάγνωση του θεράποντα ιατρού αλλά ;ποτελει σημαντικό εργαλείο περαιτέρω αξιολόγησης από τον θεράποντα ειδικά σε χώρους όπου είναι πιθανό να εμφανιστεί PTSD όπως για παράδειγμα στον χώρο της ΜΕΘ

Κλινικά εργαλεία διάγνωσης και αξιολόγησης για την PTSD

Gold standard για την ανίχνευση ατόμων με πιθανη μετατραυματική διαταραχή στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας είναι η χρήση του Primary Care PTSD Screen for DSM-5. Η μέτρηση ξεκινά με ένα ερώτημα που assess έκθεση κατά την διάρκεια της ζωής σε τραυματικά γεγονότα. Εάν ο ερωτώμενος αρνείται την έκθεση το ερωτηματολόγιο ολοκληρώνεται με score 0. Εάν ο ερωτώμενος υποδείξει έκθεση σε οποιαδήποτε στιγμή της ζωής του ,καλείται να συμπληρώσει 5 επιπλέον ερωτήσεις ναι/όχι σχετικά με το πώς το τραύμα τους επηρέασε τον τελευταίο μήνα

Η αξιολόγηση PTSD πρωτοβάθμιας περίθαλψης για το DSM-5 (PC-PTSD-5)

Μερικές φορές πράγματα συμβαίνουν σε ανθρώπους που είναι ασυνήθιστα ή ιδιαίτερα τρομοκρατικά, φρικτά ή τραυματικά.

Για παράδειγμα:

-σοβαρό ατύχημα ή πυρκαγιά

-σεξουαλική επίθεση

-σεισμός ή πλημμύρα

-πόλεμος

-μάρτυρας κάποιου θανάτου ή τραυματισμού

Έχετε βιώσει κάποιο τέτοιο γεγονός;

Εάν “Όχι” η Αξιολόγηση = 0. Παρακαλώ σταματήστε εδώ.

Εάν “Ναι” απαντήστε στις παρακάτω ερωτήσεις.

Τον περασμένο μήνα...

1) Είχατε εφιάλτες σχετικά με το τραύμα ή σκεφτήκατε για το τραύμα, ενώ δεν

θέλατε;

ΝΑΙ ΟΧΙ

2) Προσπαθήσατε σκληρά να μην σκεφτείτε τα γεγονότα ή κάνατε πολύ μεγάλη

προσπάθεια για να αποφύγετε καταστάσεις που σας υπενθυμίζουν το τραύμα;

ΝΑΙ ΟΧΙ

3) Είστε συνεχώς σε κατάσταση άμυνας ή τρομάζετε εύκολα;

ΝΑΙ ΟΧΙ

4) Νιώσατε “μουδιασμένος” ή απομονωθήκατε από ανθρώπους, δραστηριότητες ή

το

οικογενειακό σας περιβάλλον;

ΝΑΙ ΟΧΙ

5) Αισθανθήκατε ένοχος ή ανίκανος να σταματήσετε να κατηγορείτε τον εαυτό σας ή

άλλους για γεγονότα ή προβλήματα που οφείλονται το τραύμα;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Ο νοσηλευτής, μετά την ολοκλήρωση του ερωτηματολογίου από τον ασθενή, μπορεί να συνεχίσει με τη διεξαγωγή κάποιων διερευνητικών ερωτήσεων(PTSD:National Center for PTSD):

I.«Παρατηρώ από τις απαντήσεις σας στο ερωτηματολόγιο, ότι έχετε κάποια συμπτώματα άγχους. Πολλοί άνθρωποι στην ζωή τους, έχουν βιώσει κάποια τραυματική εμπειρία όπως σωματική ή σεξουαλική κακοποίηση, ατύχημα, τρομοκρατικές επιθέσεις, η οποία συχνά οδηγεί στα είδη των συμπτωμάτων που έχετε. Είχατε ποτέ τέτοια εμπειρία; »

II.«Στο ερωτηματολόγιο σας διαβάζω ότι έχετε εφιάλτες και πολλές φορές προσπαθείτε να αποφύγετε την σκέψη του τραυματικού γεγονότος. Μπορείτε να μου δώσετε ένα παράδειγμα ενός εφιάλτη που έχετε δει τον τελευταίο καιρό; »

III.«Οι αρνητικές σκέψεις και τα συμπτώματα που βιώνεται πιστεύεται ότι σας έχουν επηρεάσει στο εργασιακό περιβάλλον ή στην επίτευξη των δραστηριοτήτων σας Μπορείτε να μου πείτε με ποιον τρόπο; »

IV. «Μπορείτε να μου πείτε αν υπάρχει κάποια απειλητική ή επικίνδυνη κατάσταση η οποία συνεχίζει να υπάρχει στην ζωή σας; »

Από τις απαντήσεις που θα δώσει ο ασθενής, ο νοσηλευτής θα διακρίνει αν υπάρχουν σημεία ύπαρξης μετατραυματικής διαταραχής και αν ο ασθενής χρειάζεται άμεση παραπομπή στον θεράποντα ιατρό.

Τα άτομα που παρουσιάζονται θετικά, θα πρέπει να εξετάζονται με πλήρη αξιολόγηση για τα κριτήρια της διάγνωσης PTSD, η οποία περιλαμβάνει μεγαλύτερη κλίμακα ανίχνευσης της PTSD (Richardson L., et al, 2010)

Ερωτηματολόγιο για ICD 11

Το Διεθνές Ερωτηματολόγιο Ψυχικού Τραύματος(ITQ) (Cloitre et al,2018) δημιουργήθηκε για να είναι σύμφωνα με τις αναφορικές αρχές του ICD-11 όπως αυτές ορίζονται από τον Π.Ο.Υ. ως μια σύντομη,απλά διατυπωμένη μέτρηση, η οποία εστιάζει στα βασικά χαρακτηριστικά του PTSD και του C-PTSD.

Διεθνές Ερωτηματολόγιο Ψυχικού Τραύματος

INTERNATIONAL TRAUMA QUESTIONNAIRE (ITQ)

Οδηγίες: Αφιερώστε λίγο χρόνο να ανακαλέσετε από τα παιδικά σας χρόνια ως σήμερα την εμπειρία που σας προβληματίζει περισσότερο.

Σύντομη περιγραφή της εμπειρίας:

Πότε συνέβη η εμπειρία; (κυκλώστε μία απάντηση)

1. Λιγότερο από 6 μήνες πριν
2. 6 έως 12 μήνες πριν
3. 1 έως 5 χρόνια πριν
4. 5 έως 10 χρόνια πριν
5. 10 έως 20 χρόνια πριν
6. Περισσότερο από 20 χρόνια πριν

Παρακάτω παρατίθεται μία σειρά προβλημάτων που αναφέρουν οι άνθρωποι μερικές φορές με αφορμή τραυματικά ή στρεσογόνα γεγονότα ζωής. Παρακαλώ, διαβάστε προσεκτικά κάθε ερώτημα και, στη συνέχεια, κυκλώστε έναν από τους αριθμούς στα δεξιά, για να υποδείξετε πόσο έχετε ενοχληθεί από αυτό το πρόβλημα τον περασμένο μήνα.

	<i>Καθόλου</i>	<i>Λίγο</i>	<i>Μέτρια</i>	<i>Αρκετά</i>	<i>Υπερβολικά</i>
P1. Έχετε ανησυχητικά όνειρα που αναπαράγουν μέρος της τραυματικής εμπειρίας ή συνδέονται άμεσα με αυτήν;	0	1	2	3	4
P2. Έχετε ισχυρές εικόνες ή αναμνήσεις που έρχονται μερικές φορές στο μυαλό σας, μέσω των οποίων αισθάνεστε ότι ξαναζείτε την εμπειρία εδώ και τώρα;	0	1	2	3	4
P3. Αποφεύγετε εσωτερικές υπενθυμίσεις της εμπειρίας (για παράδειγμα, σκέψεις, συναισθήματα ή σωματικές αισθήσεις);	0	1	2	3	4
P4. Αποφεύγετε εξωτερικές υπενθυμίσεις της εμπειρίας (για παράδειγμα, ανθρώπους, μέρη, συζητήσεις, αντικείμενα, δραστηριότητες ή καταστάσεις);	0	1	2	3	4
P5. Είστε σε εγρήγορση, σε επαγρύπνηση ή σε επιφυλακή;	0	1	2	3	4
P6. Νιώθετε νευρικότητα ή τρομάζετε εύκολα;	0	1	2	3	4

Greek Adaptation by Anastassiou-Hadjicharalambous, X., Siros, I., Leventis, A., Papadrosou, M.S., Tsourdini, A., Kyriakopoulou, P. & Siahami, A. (2021). Based on English version by: Cloitre et al. (2018). *Acta Psychiatrica Scandinavica*. DOI: 10.1111/acps.12956

Τον τελευταίο μήνα, τα παραπάνω προβλήματα:	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Αρκετά	Υπερβολικά
P7. Έχουν επηρεάσει τις σχέσεις σας ή την κοινωνική σας ζωή;	0	1	2	3	4
P8. Έχουν επηρεάσει την εργασία σας ή την ικανότητά σας να εργάζεστε;	0	1	2	3	4
P9. Έχουν επηρεάσει οποιοσδήποτε άλλες σημαντικές πτυχές της ζωής σας, όπως τη γονεϊκότητα, τη σχολική ή ακαδημαϊκή επίδοση, ή άλλες σημαντικές δραστηριότητες;	0	1	2	3	4

Ακολουθούν προβλήματα, που αντιμετωπίζουν μερικές φορές άνθρωποι που έχουν βιώσει στρεσογόνα ή τραυματικά γεγονότα. Οι ερωτήσεις αφορούν στο πώς συνήθως αισθάνεστε, πώς συνήθως σκέφτεστε για τον εαυτό σας και στους τρόπους με τους οποίους συνήθως σχετίζεστε με άλλα άτομα. Απαντήστε τα ακόλουθα, σκεπτόμενος/-οι πόσο αληθής είναι κάθε δήλωση για εσάς.

Πόσο ισχύει για εσάς;	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Αρκετά	Υπερβολικά
C1. Όταν είμαι αναστατωμένος/-η, μου παίρνει πολύ χρόνο για να ηρεμήσω.	0	1	2	3	4
C2. Αισθάνομαι μουνδιασμένος/-η ή συναισθηματικά κλειστός/-ή.	0	1	2	3	4
C3. Νιώθω σαν μια αποτυχία.	0	1	2	3	4
C4. Νιώθω ανάξιος/-α.	0	1	2	3	4
C5. Αισθάνομαι απόμακρος/-η ή αποκομμένος/-η από τους ανθρώπους.	0	1	2	3	4
C6. Το βρίσκω δύσκολο να μένω συναισθηματικά συνδεδεμένος/-η με τους ανθρώπους.	0	1	2	3	4

Τον περασμένο μήνα, τα παραπάνω προβλήματα στα συναισθήματα, τις πεποιθήσεις για τον εαυτό σας και τις σχέσεις:	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Αρκετά	Υπερβολικά
C7. Έχουν δημιουργήσει ανησυχία ή δυσφορία στις σχέσεις σας ή την κοινωνική σας ζωή;	0	1	2	3	4
C8. Έχουν επηρεάσει την εργασία σας ή την ικανότητά σας να εργάζεστε;	0	1	2	3	4
C9. Έχουν επηρεάσει οποιοσδήποτε άλλες σημαντικές πτυχές της ζωής σας, όπως τη γονεϊκότητα, τη σχολική ή ακαδημαϊκή επίδοση, ή άλλες σημαντικές δραστηριότητες;	0	1	2	3	4

Greek Adaptation by Anastassiou-Hadjicharalambous, X., Siros, I., Leventis, A., Papadrosou, M.S., Tsourdini, A., Kyriakopoulou, P. & Siahani, A. (2021). Based on English version by: Cloitre et al. (2018). *Acta Psychiatrica Scandinavica*. DOI: 10.1111/acps.12956

Καθοριστική είναι η παρέμβαση του νοσηλευτή κατά τη θεραπευτική διαδικασία στην οποία υποβάλλεται άτομο με PTSD. Ο νοσηλευτής θέτει ως κύριο στόχο του τη μείωση άγχους του ασθενούς, τη σύνδεση του με σωματικά συμπτώματα (ψυχοσωματικά προβλήματα), τη θέση και ανακουφιστική εφαρμογή μηχανισμών άμυνας και τέλος την γενικότερη αναγνώριση και συγκεκριμενοποίηση των στρεσογόνων καταστάσεων, στις οποίες έχει επέλθει το άτομο (Farahani et al, 2013)

Φυσικά δεν τίθεται κάποιο χρονικό όριο για την θεραπεία. Το επιθυμητό αποτέλεσμα κρίνεται όταν το άτομο καταφέρει να ανταπεξέλθει σε διάφορες καταστάσεις άγχους, όπως για παράδειγμα στις κρίσεις πανικού.

Όπως προαναφέρθηκε ο ρόλος του νοσηλευτή οφείλει να είναι άκρως υποστηρικτικός αλλά και κατανοητός, ώστε το ίδιο το άτομο να αισθανθεί ασφάλεια και να είναι σε θέση να επικοινωνήσει τον εσωτερικό του κόσμο, εκφράζοντας φοβίες, ανησυχίες και άλλα συναισθήματα τα οποία προκλήθηκαν από το τραυματικό συμβάν (Jahromi et al., 2016). Ο νοσηλευτής έτσι, πρέπει να υπολογίζει σε κάθε ξεχωριστή και εξατομικευμένη παρέμβαση όλα εκείνα τα στοιχεία που συνδέουν τον ασθενή με το τραυματικό γεγονός, ώστε να μπορέσει να σχεδιάσει καλύτερα τη θεραπεία του.

Αναλυτικότερα τώρα, ο θεραπευτής θα πρέπει αρχικά να διασαφηνίσει ποια ακριβώς ήταν η σχέση του νοσηλευτή με την τραυματική του εμπειρία (Kourkouta L., Parathanasiou I., 2014).Υστερα, σημαντική κρίνεται η αξιολόγηση των απόψεων και της προσωπικής γνώμης του ατόμου για τη συγκεκριμένη εμπειρία,η οποία τον τραυμάτισε και του δημιούργησε μετατραυματική διαταραχή αλλά και των διαταραχών που εμφάνισε ως απόρροια αυτού (π.χ διαταραχές ύπνου, μειωμένη όρεξη για φαγητό).

Επιπροσθέτως, ο νοσηλευτής θα πρέπει να παροτρύνει το άτομο να εκφράσει τα συναισθήματα του, να τον διδάξει σχετικά με τη βοήθεια και ανακούφιση που προσφέρουν οι τεχνικές αντιμετώπισης αλλά και να τον συμβουλέψει λογικά για τα συμπτώματα που είτε έχει ήδη εμφανίσει είτε που ίσως εμφανίσει αργότερα από την έκθεση του σ' ένα τραυματικό συμβάν. Ακόμη, ο νοσηλευτής θα χρειαστεί να

εντοπίσει με σαφήνεια και ακρίβεια όλες τις αδυναμίες αλλά και τις δυνάμεις του ίδιου του ασθενούς καθώς και να εκτιμήσει τις τωρινές τεχνικές αντιμετώπισης που έχει θεσπίσει το ίδιο το άτομο.

Θα αποτελούσε παράλειψη να μην αναφερθεί πως οι παροτρύνσεις και οι συμβουλές είναι απαραίτητες από την πλευρά του νοσηλευτή. Θα μπορούσε ακόμη να του προτείνει συμμετοχή σε διάφορες ομάδες υποστήριξης καθώς και να εξασφαλίσει τη φαρμακευτική αγωγή (Κούκια, 2014)

1ο ΚΛΙΝΙΚΟ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ

Ο Β. συμμετείχε στον πολέμο του Ιράκ όπου έγινε μάρτυρας του θανάτου συναδέλφων του από έκρηξη βόμβας σε αμάξι.Απο τότε που γύρισε δεν ήθελε να βγαίνει καθόλου από το σπίτι και παρακολουθούσε συνέχεια τηλεόραση.Ηταν παίκτης μπάσκετ και τώρα είχε χάσει παντελώς το ενδιαφέρον του να συμμετέχει στο άθλημα.Δεν μπορούσε να ξεκουραστεί γιατί το βράδυ έβλεπε συνεχώς εφιάλτες όπου ξαναζουσε την έκρηξη ενώ την ημέρα απεφευγε συστηματικά να έρχεται σε επαφή με αμάξια .Αισθάνεται απελπισία πως δεν θα μπορέσει να συνέλθει και να συνεχίσει την ζωή του.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΛΑΝΟΥ 1

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	Επαναλαμβανόμενοι εφιάλτες
ΣΤΟΧΟΙ	Ομαλοποίηση υπνου Δημιουργία ασφαλούς περιβάλλοντος και από τον νοσηλευτή αλλά και από το περιβάλλον του ασθενους
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	Έναρξη χαλαρών,ευχάριστων δραστηριοτητων πριν τον ύπνο,μείωση υπερεντασης Συμμετοχη του περιβάλλοντος του ασθενούς στο πλάνο φροντιδας Συζήτηση με έμφαση στον υποστηρικτικό ρόλο του νοσηλευτή Σχεδιασμός ευχαριστου προγράμματος με την συμβολή του περιβάλλοντος
ΕΦΑΡΜΟΓΗ	Ανάγνωση ευχαριστου βιβλίου,χαλαρωτικό ρόφημα Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγης
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ	Ο ασθενής νιώθει μεγαλύτερη ασφάλεια,κοιμάται πιο εύκολα και οι εφιάλτες μειώθηκαν σημαντικα

2ο ΚΛΙΝΙΚΟ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ

Γυναίκα 40 ετών προσήλθε στα επείγοντα με τραύμα στο πόδι που προκλήθηκε κατά την προσπάθεια της να βγει από το σπίτι της το οποίο ποιο τελικά κατέρρευσε κατά την διάρκεια σεισμού που έγινε στην περιοχή της. Προσπαθησε να σωθεί η ίδια αλλά και να οδηγήσει τα παιδιά της έξω με ασφαλεία. Μεταφέρθηκε αμέσως στο νοσοκομείο όπου δήλωσε πως φοβήθηκε για την ζωή της αλλά είχε χρέος να προστατεύσει τα παιδιά της. Ενωθε πόνους σε όλο της το σώμα και ειδικά στο πόδι και είχε ταχυκαρδία. Τις μέρες που έμεινε στο νοσοκομείο εμφάνισε επαναλαμβανόμενους εφιάλτες και τρόμαζε πως θα ξαναγίνει σεισμός. Ύστρα από την έξοδο της από το νοσοκομείο επισκέφθηκε το σπίτι της. Αντίκρισε συντρίμια και στο μυαλό της ήρθε πάλι η μέρα του σεισμού. Αποφάσισε να εγκατασταθεί με την οικογένειά της σε άλλη πόλη αλλά η υποψία πως θα επαναληφθεί ο σεισμός δεν έπαψε να υπάρχει. Νιωθει φόβο πως δεν θα μπορεί να στηρίξει την οικογένειά της.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΛΑΝΟ 2

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	Συναισθήματα αδυναμίας,φοβου Ζωτικά σημεία Εκτίμηση τραύματος ποδιού Έκτιμηση πόνου
ΣΤΟΧΟΙ	Έλεγχος συναισθημάτων Καθαρισμός τραύματος Αναλγητικά
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	Ενθάρρυνση έκφρασης συναισθημάτων Συμβουλευτική με την οικογένεια
ΕΦΑΡΜΟΓΗ	Παρακολούθηση ζωτικών Εκπαίδευση,βοήθεια στην αυτοφροντίδα
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ	Μείωση πόνου Έγινε χειρουργικός καθαρισμός τραύματος Φόβος και άγχος ελαττώθηκαν

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η μετατραυματική αγχώδης διαταραχή (PTSD) είναι μια συχνή ψυχιατρική πάθηση με βαρύ και πολλές φορές χρόνιο αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής του ασθενούς. Οι περισσότεροι άνθρωποι σε κάποια φάση της ζωής τους θα εκτεθούν σε ένα ή περισσότερα τραυματικά γεγονότα. Το εάν το τραύμα θα καταφέρει να συντρίψει τις συνήθεις προσαρμοστικές λειτουργίες του ατόμου εξαρτάται από πολλούς ενδογενείς και εξωγενείς παράγοντες.

Η αναγνώριση αυτών των παραγόντων καθώς επίσης και τα αποτελέσματα από την μελέτη των βιολογικών μηχανισμών γένεσης της διαταραχής ανοίγει νέους ορίζοντες αναφορικά με τους στόχους που μπορεί να θέσει η ιατρική κοινότητα για την διαταραχή. Όχι μόνο βελτίωση των θεραπειών αλλά ανάπτυξη πρώιμων παρεμβάσεων στοχευμένα σε ευάλωτες ομάδες πριν ακόμα εμφανιστούν τα συμπτώματα.

Σήμερα, η προσπάθεια επικεντρώνεται καταρχάς στην ανίχνευση ατόμων που πάσχουν από PTSD ειδικά στον πρωτοβάθμιο τομέα και στην δημιουργία εξατομικευμένων θεραπευτικών πλάνων με τη συμβολή γιατρών, νοσηλευτών, του οικείου περιβάλλοντος του ασθενούς αλλά κυρίως του ίδιου του ασθενούς με σεβασμό στις επιθυμίες του. Εξάλλου ο ρόλος του θεραπευτή (νοσηλεύτη ή γιατρού) είναι του συμβούλου και όχι του εντολέα.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Andrews B, Brewin CR, Philpott R, Stewart L. Delayed-onset posttraumatic stress disorder: a systematic review of the evidence. Am J Psychiatry . 2007;164:1319–1326.

Utzon-Frank N, Breinegaard N, Bertelsen M, Borritz M, Eller NH, Nordentoft M, Olesen K, Rod NH, Rugulies R, Bonde JP. Occurrence of delayed-onset post-traumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. Scand J Work Environ Health . 2014;40:215–229.

Weisaeth L. (2014). The history of psychic trauma. In: Friedman M. J., Keane T. M., Resick P.A., (Eds). Handbook of PTSD: science and practice (2nd ed.), pp. 38–59. New York: Guilf Read more: <http://traumadissociation.com/ptsd/history-of-post-traumatic-stress-disorder.html>

Trimble, M. D. (1985). Post-traumatic Stress Disorder: History of a concept. In C. R. Figley (Ed.), Trauma and its wake: The study and treatment of Post-Traumatic Stress Disorder, pp. 5-14. New York: Routledge, 2013 Read more: <http://traumadissociation.com/ptsd/history-of-post-traumatic-stress-disorder.html>

Jones, Edgar & Wessely, Simon. (2006). Psychological trauma: a historical perspective. Psychiatry. 5. 217-220. 10.1053/j.mppsy.2006.04.011.

*van der Kolk, B. A., McFarlane, A. C., & Weisaeth, L. E. (1996).
Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind,
body, and society. New York: Guilford Press. ISBN 1606238450 /
ISBN-13 9781606238455. Read more:
[http://traumadissociation.com/ptsd/history-of-post-traumatic-stress-
disorder.html](http://traumadissociation.com/ptsd/history-of-post-traumatic-stress-disorder.html)*

*Oxford Σύγχρονη Ψυχιατρική Gelder & López-Ibor &
Andreasen, 2008, σελ. 1032-1033)*

*Μάτσα Κ. (2007). Εξουσία, Τραύμα και Κατάχρηση Ουσιών. Τετράδια
Ψυχιατρικής, No 99, 181*

*Robert L. Spitzer, Michael B. First, Jerome C. Wakefield, Saving PTSD
from itself in DSM-V, Journal of Anxiety Disorders, Volume 21, Issue
2, 2007, Pages 233-241, ISSN 0887-6185,
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2006.09.006>. ([https://www.sciencedire
ct.com/science/article/pii/S0887618506001381](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0887618506001381))*

*Jackson JC, Pandharipande PP, Girard TD, Brummel NE, Thompson
JL, Hughes CG, et al. Depression, post-traumatic stress disorder, and
functional disability in survivors of critical illness in the BRAIN-ICU*

study: a longitudinal cohort study. The lancet Respiratory medicine. 2014;2(5):369–79. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]

74. Patel MB, Jackson JC, Morandi A, Girard TD, Hughes CG, Thompson JL, et al. Incidence and Risk Factors for Intensive Care Unit-related Post-traumatic Stress Disorder in Veterans and Civilians. *Am J Respir Crit Care Med.* 2016;193(12):1373–81

J. R. T. Davidson & E. B. Foa (Eds.) *Posttraumatic Stress Disorder: DSM-IV and Beyond.* American Psychiatric Press: Washington, DC. (pp. 23-36).

Bustamante, L. H. U., Cerqueira, R. O., Leclerc, E., & Brietzke, E. (2017). Stress, trauma, and posttraumatic stress disorder in migrants: a comprehensive review. *Revista brasileira de psiquiatria (Sao Paulo, Brazil : 1999)*, 40(2), 220–225. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2017-2290>

Kenneth N.K. Fong, Y.M. Law, Lun Luo, Z.E. Zhao, H. Chen, Balasankar Ganesan, Agnes W.Y. Lai, Bonnie H.C. Lee, Amanda N.T. Leung, Katie Y.S. Liu, Charmaine S.M. Wong, Cecilia W.P. Li, M.S. Wong, David H.K. Shum, *Post-traumatic stress disorder (PTSD) after*

an earthquake experience: A cross-sectional survey of Wenchuan earthquake victims with physical disabilities 10 years later, International Journal of Disaster Risk Reduction, Volume 80, 2022, 103225, ISSN 2212-4209, <https://doi.org/10.1016/j.ijdrr.2022>

Chiu S, Niles JK, Webber MP, Zeig-Owens R, Gustave J, Lee R, Prezant DJ. Evaluating risk factors and possible mediation effects in posttraumatic depression and posttraumatic stress disorder comorbidity. Public Health Reports. 2011;126:201–209

PTSD in somatic disease Krauseneck T 1, Rothenhäusler HB, Schelling G, Kapfhammer HP, Fortschritte der Neurologie-psychiatrie, 01 Apr 2005, 73(4):206-217 Language:ger <https://doi.org/10.1055/s-2004-830108>

Lanius, R. A., Brand, B., Vermetten, E., Frewen, P. A., & Spiegel, D. (2012). The dissociative subtype of posttraumatic stress disorder: rationale, clinical and neurobiological evidence, and implications. Depression and Anxiety, 29, 1-8. doi: 10.1002/da.21889

Yiaslas, T. A., Kamen, C., Arteaga, A., Lee, S., Briscoe-Smith, A., Koopman, C., & Gore-Felton, C. (2014). The relationship between sexual trauma, peritraumatic dissociation, posttraumatic stress disorder, and HIV-related health in HIV-positive men. Journal of

Trauma & Dissociation, 15(4), 420–435.

<https://doi.org/10.1080/15299732.2013.873376>.

4. Lanius R, Brand B, Vermetten E, et al: *The dissociative subtype of posttraumatic stress disorder: rationale, clinical and neurobiological evidence, and implications*. *Depress Anxiety* 29:701–708, 2012

5. Leckman JF, Denys D, Simpson HB, et

Peplau HE. *Interpersonal relations in nursing*. New York: Putnam; 1952/1991. [Google Scholar]

Peplau HE. *Interpersonal relations: A theoretical framework for application in nursing practice*. *Nursing Science Quarterly*. 1992;5:13–18. [PubMed] [Google Scholar]

Peplau HE. *Peplau's theory of interpersonal relations*. *Nursing Science Quarterly*. 1997;10:162–167. [PubMed] [Google Scholar]

Wolf, E. J., Miller, M. W., Reardon, A. F., Ryabchenko, K. A., Castillo, D., & Freund, R. (2012). *A latent class analysis of dissociation and posttraumatic stress disorder: Evidence for a dissociative subtype*. *Archives of General Psychiatry*, 69(7), 698–705.
<https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.1574>.

Scheeringa, M. S., Peebles, C. D., Cook, C. A., & Zeanah, C. H. (2001). Toward establishing procedural, criterion, and discriminant validity for PTSD in early childhood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40 (1), 52-60. doi: 10.1097/00004583-200101000-00016

Scheeringa, M. S. (2006). Posttraumatic stress disorder: Clinical guidelines and research findings. In J. L. Luby (Ed.), *Handbook of Preschool Mental Health: Development, Disorders, and Treatment* (pp. 165-185). New York: The Guilford Press.

The British Journal of Psychiatry, Volume 216, Issue 3: Themed Issue: Disasters and Trauma, March 2020, pp. 129 - 131

DOI: <https://doi.org/10.1192/bjp.2020.43>)

Kilpatrick D. G., Resnick H. S., Freedy J. R., Pelcovitz D., Resick P., Roth S., & van der Kolk B. (1998). The posttraumatic stress disorder field trial: Evaluation of the PTSD construct: Criteria A through E. *DSM-IV Sourcebook*, 4, 803–844.

Mithoefer, M. C., Wagner, M. T., Mithoefer, A. T., Jerome, L., & Doblin, R. (2011). The safety and efficacy of (+/-)-3,4-methylenedioxymethamphetamine-assisted psychotherapy in subjects with chronic, treatment-resistant posttraumatic stress disorder: the first randomized controlled pilot study. *Journal of*

psychopharmacology (Oxford, England), 25(4), 439–452.

<https://doi.org/10.1177/0269881110378371>

Rianne A. de Kleine, Barbara O. Rothbaum & Agnes van Minnen
(2013) *Pharmacological enhancement of exposure-based treatment in PTSD: a qualitative review*, *European Journal of Psychotraumatology*, 4:1, 21626, DOI: 10.3402/ejpt.v4i0.21626

Jean-Pascal Lefaucheur, Nathalie André-Obadia, Andrea Antal, Samar Ayache, Chris Baeken, et al.. *Evidence-based guidelines on the therapeutic use of repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS)*. *Clinical Neurophysiology*, 2014, 125 (11), pp.2150-2206.
[ff10.1016/j.clinph.2014.05.021](https://doi.org/10.1016/j.clinph.2014.05.021)[ff. fffhal-03183867f](https://doi.org/10.1016/j.clinph.2014.05.021)

Rothbaum, B. O., Price, M., Jovanovic, T., Norrholm, S. D., Gerardi, M., Dunlop, B., Davis, M., Bradley, B., Duncan, E. J., Rizzo, A., & Ressler, K. J. (2014). *A randomized, double-blind evaluation of D-cycloserine or alprazolam combined with virtual reality exposure therapy for posttraumatic stress disorder in Iraq and Afghanistan War veterans*. *The American journal of psychiatry*, 171(6), 640–648.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.13121625>

Bustamante, L. H. U., Cerqueira, R. O., Leclerc, E., & Brietzke, E. (2017). *Stress, trauma, and posttraumatic stress disorder in migrants: a comprehensive review*. *Revista brasileira de psiquiatria (Sao Paulo)*,

Brazil : 1999), 40(2), 220–225. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2017-2290>

Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Archives of General Psychiatry. 2005;62:617–627. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]

Hu, J., Feng, B., Zhu, Y., Wang, W., Xie, J., & Zheng, X. (2017). Gender Differences in PTSD: Susceptibility and Resilience. InTech. doi: 10.5772/65287

The Role of Intelligence in Posttraumatic Stress Disorder: Does it Vary by Trauma Severity?

*Naomi Breslau, * Qiaoling Chen, and Zhehui Luo*

PLoS One. 2013; 8(6): e65391.

Published online 2013 Jun 10. doi: 10.1371/journal.pone.0065391

Meewisse ML., Reitsma JB., de Vries GJ., Gersons BP., Olf M. Cortisol and post-traumatic stress disorder in adults: systematic review and meta-analysis. Br J Psychiatry. 2007;191:387–392.

Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, et al. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry. 1995;52:1048–1060. [PubMed] [Google Scholar]

Tolin, D. F., & Foa, E. B. (2006). Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: a quantitative review of 25 years of research. Psychological bulletin, 132(6), 959–992. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.132.6.959>

Bangasser, D. A., & Valentino, R. J. (2014). Sex differences in stress-related psychiatric disorders: neurobiological perspectives. Frontiers in neuroendocrinology, 35(3), 303–319.

Brewin C. R., Andrews B., & Rose S. (2000). Fear, helplessness, and horror in posttraumatic stress disorder: Investigating DSM-IV

criterion A2 in victims of violent crime. Journal of Traumatic Stress, 13, 499–509. doi: 10.1023/A:1007741526169

Καλμπάρη Ε., (2008). Μετατραυματικό Στρες. Εφημερίδα Ελευθεροτυπία, Τεύχος 9.8366, σ. 39.

Sareen J. (2014). Posttraumatic stress disorder in adults: impact, comorbidity, risk factors, and treatment. Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie, 59(9), 460–467. <https://doi.org/10.1177/070674371405900902>

Hu, J., Feng, B., Zhu, Y., Wang, W., Xie, J., & Zheng, X. (2017). Gender Differences in PTSD: Susceptibility and Resilience. InTech. doi: 10.5772/65287

Sherin, J. E., & Nemeroff, C. B. (2011). Post-traumatic stress disorder: the neurobiological impact of psychological trauma. Dialogues in clinical neuroscience, 13(3), 263–278. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2011.13.2/jsherin>

Almli LM, Fani N, Smith AK, Ressler KJ. Genetic approaches to understanding post-traumatic stress disorder. *The international journal of neuropsychopharmacology/official scientific journal of the Collegium Internationale Neuropsychopharmacologicum (CINP)* 2014;17(2):355–370.

Kessler RC, et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*. 2005;62(6):593–602. [PubMed] [Google Scholar]

Yehuda R, et al. Post-traumatic stress disorder. *Nature Reviews Disease Primers*. 2015;1:15057.

Brewin C. R., Andrews B., & Rose S. (2000). Fear, helplessness, and horror in posttraumatic stress disorder: Investigating DSM-IV criterion A2 in victims of violent crime. *Journal of Traumatic Stress*, 13, 499–509. doi: 10.1023/A:1007741526169

Kilpatrick D. G., Resnick H. S., Freedy J. R., Pelcovitz D., Resick P., Roth S., & van der Kolk B. (1998). The posttraumatic stress disorder field trial: Evaluation of the PTSD construct: Criteria A through E. *DSM-IV Sourcebook*, 4, 803–844.

Kourkouta L., Papathanasiou I., (2014). Communication in Nursing Practice, vol. 26(1), 65–67.

Richardson L., Rockhill C., Russo J., Grossman D., Richards J., McCarty C, McCauley E., Wayne Katon W., Evaluation of the PHQ-2 as a Brief Screen for Detecting Major Depression among Adolescents, Pediatrics. Author manuscript; available in PMC 2011 May 24.

Farahani M., Mohammadi E., Ahmadi F., Mohammadi N., (2013). Factors in influencing the patient education: A qualitative research, Iran J Nurs Midwifery Res, vol. 18(2), 133–139.

*Wolf, E. J., Miller, M. W., Reardon, A. F., Ryabchenko, K. A., Castillo, D., & Freund, R. (2012). A latent class analysis of dissociation and posttraumatic stress disorder: Evidence for a dissociative subtype. Archives of General Psychiatry, 69(7), 698–705.
<https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.1574>.*

Ελληνόφωνη:

Αλεβίζος Βασίλειος, (2008). Άγχος, Ιατρικές εκδόσεις Βήτα, Αθήνα.

Βεντουράτου, (2009). Εισαγωγή στην Ψυχοτραυματολογία και

Τραυματοθεραπεία, εκδοτικός οίκος Πεδίο, Αθήνα.

*Βεντουράτου, Δ., (2004). Γιατρεύεται το Ψυχικό Τραύμα; Εφημερίδα
Ιατρικά*

Ελευθεροτυπίας, Τεύχος 7.326, σ. 26.

*Καλμπάρη Ε., (2008). Μετατραυματικό Στρες. Εφημερίδα
Ελευθεροτυπία,*

Τεύχος 9.8366, σ. 39.

*Κούκια, (2014), Ψυχιατρική Νοσηλευτική- Νοσηλευτική Ψυχικής
Υγείας, Ιατρικές εκδόσεις Βήτα, Αθήνα.*

*Παπαδοκοτσώλη, Ε., (2008). Μετατραυματική Διαταραχή Άγχους.
Εφημερίδα*

Ελευθεροτυπία, Τεύχος 10.005, σ. 39.

Πομίνι, Β., (2007). Ψυχικές και Σωματικές Επιπλοκές. Εφημερίδα

Ελευθεροτυπία, Τεύχος 9.056, σ. 39.

Διαδικτυακές πηγές:

Archives of Neuropsychiatry (Arch Neuropsychiatry), Ψυχικά ευρήματα σε θύματα

τραύματος. Διαθέσιμο στο:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5363440>

Comprehensive Psychiatry, Παράγοντες που σχετίζονται με τα πρότυπα συννοσηρότητας σε πλήρη και μερική PTSD: Ευρήματα από τη μελέτη PsyCoLaus,

Τόμος 55, Τεύχος 4. Διαθέσιμο στο:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0010440X14000145>

Dialogues in clinical neuroscience, Διαταραχή μετατραυματικού στρες: η

νευροβιολογική επίδραση του ψυχολογικού τραύματος. Διαθέσιμο στο:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3182008/>

International Journal of Neuropsychopharmacology,

Φαρμακοθεραπεία βάσει

διαταραχών μετατραυματικού στρες (PTSD), Τόμος 15, Τεύχος 6.

Διαθέσιμο στο:

<https://academic.oup.com/ijnp/article/15/6/825/761323>

Neuropharmacology, Επικαλυπτόμενη νευροβιολογία μάθησης
αδυναμίας και

ρυθμισμένης ήττας: Επιπτώσεις για PTSD και διαταραχές της διάθεσης,
Τόμος 62,

Τεύχος 2. Διαθέσιμο στο:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0028390811001043>

The encephalon, Διαταραχή μετατραυματικού στρες (PTSD) ως
συνέπεια της

αλληλεπίδρασης μεταξύ μιας ατομικής γενετικής ευαισθησίας, ενός
τραυματογόνου

γεγονότος και ενός κοινωνικού πλαισίου, Τόμος 38, Τεύχος 5.

Διαθέσιμο στο:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23062450>

*Brewin C. R., Andrews B., & Rose S. (2000). Fear, helplessness, and
horror in posttraumatic stress disorder: Investigating DSM-IV*

criterion A2 in victims of violent crime. Journal of Traumatic Stress, 13, 499–509. doi: 10.1023/A:1007741526169

**Paiva, H. S., Filho, I. J. Z., & Cais, C. F. D. S. (2021). Using Prazosin to Treat Posttraumatic Stress Disorder and Associations: A Systematic Review. *Psychiatry investigation, 18(5), 365–372.*
<https://doi.org/10.30773/pi.2020.0411>**

Neuropsychological Functioning in Patients with Posttraumatic Stress Disorder Following Short-Term Paroxetine Treatment Negar Fani, MS, Noriyuki Kitayama, MD, Ali Ashraf, MD, Lai Reed, MBA, Nadeem Afzal, MD, Farhan Jawed, MD, and J. Douglas Bremner, MD *Psychopharmacol Bull. 2009; 42(1): 53–68.*

Brady, K., Pearlstein, T., Asnis, G. M., Baker, D., Rothbaum, B., Sikes, C. R., & Farfel, G. M. (2000). Efficacy and safety of sertraline treatment of posttraumatic stress disorder: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association, 283, 1837-1844.*

Porges, S. W., & Carter, S. (2011). Polyvagal Theory, Oxytocin and the Neurobiology of Love and Attachment: Using the Body's Social Engagement System to Promote Recovery from Experiences of

Threat, Stress and Trauma. Seminar, Sydney, Australia.(Jonathan E.Sherin,Charles B.Nemeroff,2011)

Rauch S.A., Defever E., Favorite T., Duroe A., Garrity C., Martis B., Liberzon I. Prolonged exposure for PTSD in a veterans health administration PTSD clinic. J. Trauma. Stress. 2009;22:60–64. doi: 10.1002/jts.20380.

Foa,E.B,Hembree,E.A.,& Rothbaum,B.O.(2019).Prolonged exposure for PTSD:Emotional processing of traumatic experiences ,therapist guide (2nd edition).Oxford University Press

American Psychiatric Association . APA practice guidelines: Treatment of patients with acute stress syndrome and posttraumatic stress disorder. Mar, 2004. Available at: www.psychiatryonline.com/pracGuide/pracGuideChapToc_11.aspx. Accessed October 19, 2011. [Google Scholar].www.psychiatryonline.com/pracGuide/pracGuideChapToc_11.aspx.

Stein, D. J., Rothbaum, B. O., Baldwin, D. S., Szumski, A., Pedersen, R., & Davidson, J. R. T. (2003). A factor analysis of posttraumatic stress disorder symptoms using data pooled from two venlafaxine extended-release clinical trials. *Brain and Behavior*, 3(6), 738–746.

Lange, J.T., Lange, C.L. & Cabaltica, R.B.G. (2000). Primary care treatment of post-traumatic stress disorder. *American Family Physician*, 62, 1035–1040.

Berger, W., Mendlowicz, M.V., Marques-Portella, C., Kinrys, G., Fontenelle, L.F., Marmar, C.R. & Figueira, I. (2009). Pharmacologic alternatives to anti-depressants in posttraumatic stress disorder: A systematic review. *Progress in Neuro-psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 33, 169–180.

Antonio Florido, Eric Raúl Velasco, Silvia Monari, Marta Cano, Narcís Cardoner, Carmen Sandi, Raúl Andero, Laura Perez-Caballero, Glucocorticoid-based pharmacotherapies preventing PTSD, *Neuropharmacology*, Volume 224, 2023

Kaplow, Julie B et al. “Pathways to PTSD, part II: Sexually abused children.” *The American journal of psychiatry* vol. 162,7 (2005): 1305-10. doi:10.1176/appi.ajp.162.7.1305

*Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, et al. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1995;52:1048–1060. [PubMed] [Google Scholar]*

Sareen J. (2014). *Posttraumatic stress disorder in adults: impact, comorbidity, risk factors, and treatment. Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 59(9), 460–467.
<https://doi.org/10.1177/070674371405900902>

Friedman, M.J. *Biological approaches to the diagnosis and treatment of Post-Traumatic Stress Disorder. J Trauma Stress* 4, 67–91 (1991).
<https://doi.org/10.1007/BF00976010>

Victims of Sexual Violence: Statistics. (2016). RAINN

World Psychiatry. 2014 Oct; 13(3): 265–274. Published online 2014 Oct 1. doi: 10.1002/wps.20150

Yiaslas, T. A., Kamen, C., Arteaga, A., Lee, S., Briscoe-Smith, A., Koopman, C., & Gore-Felton, C. (2014). The relationship between sexual trauma, peritraumatic dissociation, posttraumatic stress

disorder, and HIV-related health in HIV-positive men. Journal of Trauma & Dissociation, 15(4), 420–435.

<https://doi.org/10.1080/15299732.2013.873376>.

Heeke, C., O'Donald, A., Stammel, N., & Böttche, M. (2020). Same same but different? DSM-5 versus ICD-11 PTSD among traumatized refugees in Germany. Journal of psychosomatic research, 134, 110129. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.110129>

Jahromi V., Tabatabaee S., Abdar Z., Rajabi M., (2016). Active listening: The key of successful communication in hospital managers, *Electron Physician*, vol. 8(3), 2123–2128.