



Πανεπιστήμιο
Ιωαννίνων

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**« Άγχος και Φοβίες στο Νοσοκομειακό
Περιβάλλον »**

ΦΟΙΤΗΤΡΙΕΣ:

Δόση Λαμπρινή , ΑΜ 17209
Στάμου Μαργαρίτα, ΑΜ 17377

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΜΑΙΡΗ ΓΚΟΥΒΑ

Ιωάννινα, 2019

Περιεχόμενα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	2
ABSTRACT.....	3
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	5
1. ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ.....	6
1.1. Άγχος.....	6
1.1.1. Θεωρίες για το Άγχος.....	12
1.2. Αγχώδεις Διαταραχές.....	20
1.3. Κατηγορίες άγχους που εμφανίζουν οι ασθενείς στο νοσοκομειακό περιβάλλον	31
1.4. Φοβίες	32
1.5. Φοβίες που εμφανίζουν οι ασθενείς στο νοσοκομειακό περιβάλλον.....	34
2. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΕΣ ΣΤΑ ΘΕΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΦΟΒΙΩΝ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ.....	35
2.1. Λόγοι εμφάνισης άγχους και φοβιών σε νοσοκομειακό περιβάλλον ..	35
2.2. Ανάγκη παροχής βοήθειας για την αντιμετώπιση του άγχους και των φοβιών των ασθενών στο νοσοκομειακό περιβάλλον από τους επαγγελματίες υγείας.....	36
2.3. Τρόποι αντιμετώπισης του άγχους και των φοβιών	37
2.4. Αντιμετώπιση του άγχους και των φοβιών των ασθενών στο νοσοκομειακό περιβάλλον από τους επαγγελματίες υγείας.....	39
3. ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ	40
3.1. Εισαγωγή – Περίληψη	40
3.2. Παρουσίαση – Ανάλυση περίπτωσης.....	41
3.3. Ψυχολογικό υπόβαθρο των φοβικών συμπτωμάτων της μελέτης	44
4. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	46
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	47

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η εργασία αυτή ασχολείται με τη διερεύνηση του άγχους και των φοβιών που μπορεί να εκδηλωθούν από έναν ασθενή όταν βρεθεί αντιμέτωπος με την επίσκεψή του για εξέταση ή με τη νοσηλεία του σε κάποιο νοσοκομειακό περιβάλλον.

Σκοπός: Η διενέργεια βιβλιογραφικής ανασκόπησης για τον εντοπισμό των κατηγοριών άγχους και φοβιών που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς που νοσηλεύονται ή επισκέπτονται για ιατρική εξέταση ένα νοσηλευτικό ίδρυμα.

Υλικό-Μέθοδος: Διενεργήθηκε βιβλιογραφική αναζήτηση διαδικτυακά μέσω των βάσεων δεδομένων Google Scholar, Scopus και ResearchGate, καθώς και στους δικτυακούς τόπους επιστημονικών περιοδικών. Οι λέξεις – κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν για την αναζήτηση ήταν: άγχος ασθενών, φοβίες ασθενών, άγχος για νοσηλεία.

Αποτελέσματα: Το άγχος και οι φοβίες των ασθενών θα πρέπει να αντιμετωπίζονται έγκαιρα και συστηματικά, μέσω της επικοινωνίας, της παροχής φροντίδας, την προσπάθεια εφησυχασμού των φόβων και την επίδειξη προσωπικού ενδιαφέροντος εκ μέρους του νοσηλευτή.

Συμπεράσματα: Η εκδήλωση άγχους όσο και η αίσθηση φόβου όταν κάποιος βρίσκεται αντιμέτωπος με το άγνωστο, με μια ασθένεια ή με έναν πιθανό κίνδυνο αποτελούν μια φυσιολογική αντίδραση του ανθρώπου. Σε ακραίες περιπτώσεις είναι απαραίτητη η προετοιμασία και η κατάλληλη προσέγγιση του ασθενούς.

Λέξεις-κλειδιά: Άγχος Ασθενών, Φοβίες Ασθενών, Άγχος Νοσηλείας, Ειδικές Φοβίες.

ABSTRACT

Background: This thesis concerns the investigation of stress and phobia that a patient can feel in the case of a close encounter to a hospital.

Aim: The bibliography investigation for hospital's stress and phobia categorization

Methods: An overview of the available bibliography was contacted in internet data bases Google Scholar, Scopus and ResearchGate as well as in journals' sites with use of the key words patient stress, patient phobia, hospital anxiety.

Results: Patients' stress and phobias must be met in time and systematically, through interaction and communication, care and personal interest by the hospital's nurses.

Conclusions: Stress and fear are common feelings in case someone is facing the unknown, a disease or a potential danger. In case there are overreacting symptoms the nurse must prepare and offer the appropriate care.

Keywords: Patient Stress, Patient Phobia, Hospital Anxiety, Special Phobia

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Με την παρούσα εργασία πραγματοποιείται προσπάθεια διεξοδικής έρευνας μέσα από τη διαδικασία βιβλιογραφικής ανασκόπησης για τον εντοπισμό των κατηγοριών άγχους και φοβιών που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς που νοσηλεύονται ή επισκέπτονται για ιατρική εξέταση ένα νοσηλευτικό ίδρυμα.

Οι λόγοι που μας οδήγησαν στην επιλογή του παρόντος θέματος, ήταν αφενός ότι έχουμε έρθει αρκετές φορές αντιμέτωπες με περιπτώσεις ασθενών που έπασχαν από έντονες φοβίες και, αφετέρου, ότι και οι δύο χαρακτηριζόμαστε από ένα σχετικά έντονο άγχος, οπότε και θελήσαμε να εξετάσουμε οι ίδιες τις έννοιες, τις επιπτώσεις και τα συμπτώματα του άγχους και των φοβιών.

Στο σημείο αυτό θα θέλαμε να απευθύνουμε ιδιαίτερες ευχαριστίες στην καθηγήτριά μας, κα Μαίρη Γκούβα, η οποία μας έδωσε όλες τις απαραίτητες βάσεις για να μπορέσουμε να αναπτύξουμε το θέμα της πτυχιακής μας εργασίας.

Ιδιαίτερες ευχαριστίες θα θέλαμε να απευθύνουμε επίσης στις οικογένειές μας που στάθηκαν δίπλα μας σε όλη τη διάρκεια των σπουδών μας, με υπομονή και αγάπη.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το άγχος, όταν αυτό εκδηλώνεται σε φυσιολογικά επίπεδα, αποτελεί ένα «φυσιολογικό και χρήσιμο στοιχείο της ανθρώπινης προσωπικότητας», (Barlow, 2000), καθώς, μέσω αυτού, είναι δυνατή η αύξηση και ενδυνάμωση τόσο των σωματικών όσο και των πνευματικών επιδόσεων. Εμφανίστηκε ήδη από την προϊστορική περίοδο, ως ένα μέσο προετοιμασίας του ανθρώπου ώστε να μπορέσει να αντιμετωπίσει κινδύνους και απειλές. Αποτελεί επομένως ένα από τα βασικά συναισθήματα, που έχουν αναπτυχθεί στον άνθρωπο ώστε να μπορέσει να προστατευθεί από τον κίνδυνο, να διατηρήσει την ασφάλειά του και να επιβιώσει.

Ωστόσο, όταν τα επίπεδα του άγχους είναι πολύ υψηλά, τότε αποτελεί μια «νοσηρή εκδήλωση, χαρακτηριστική διαταραχή της προσαρμοστικής ικανότητας του ανθρώπου», (Μητρούση και συν., 2013). Στην περίπτωση αυτή, μπορεί να εμφανισθούν να αγχώδεις διαταραχές, που αποτελούν στην πραγματικότητα ψυχολογικές νόσους, μεγαλύτερης ή μικρότερης βαρύτητας και σημασίας.

Μια μορφή αγχωδών διαταραχών αποτελούν και οι φοβίες. Ο όρος «φοβία» περιγράφει έναν επίμονο, παράλογο φόβο για κάποιο συγκεκριμένο αντικείμενο, δραστηριότητα ή κατάσταση, με άμεση συνέπεια την αποφυγή αυτού του ερεθίσματος. Σημειώνεται μάλιστα ότι οι παράλογοι φόβοι και η προσπάθεια αποφυγής των καταστάσεων που αποτελούν το αντικείμενο των φόβων αυτών, αποτελούν χαρακτηριστικά πλήθους αγχωδών – και γενικότερα ψυχιατρικής φύσεως – διαταραχών.

Στο Νοσοκομειακό Περιβάλλον παρατηρείται συχνά έξαρση συμπτωμάτων άγχους και φοβιών, καθώς, σε πολλές περιπτώσεις, το ίδιο το περιβάλλον ενός νοσοκομείου, η προοπτική νοσηλείας ή μια πιθανή αρρώστια που ενδέχεται να διαγνωστεί αποτελούν αντικείμενο άγχους ή φοβίας των ασθενών.

Σκοπός της παρούσης εργασίας είναι η διενέργεια βιβλιογραφικής ανασκόπησης για τον εντοπισμό των κατηγοριών άγχους και φοβιών που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς που νοσηλεύονται ή επισκέπτονται για ιατρική εξέταση ένα νοσηλευτικό ίδρυμα, ώστε να επιτευχθεί η καλύτερη δυνατή κατανόηση του παρόντος θέματος, αλλά και να αναδειχθεί ο ρόλος των νοσηλευτικών διεργασιών που σχετίζονται με τη διαχείριση των εν λόγω ασθενών.

1. ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1.1. Άγχος

Ετυμολογικά, ο όρος «άγχος» προέρχεται από το ρήμα «άγχω» (το οποίο σημαίνει «σφίγγω το λαιμό», αποπνίγω, στραγγαλίζω) και ερμηνεύεται λεξικολογικά ως «αγωνία», «παθολογική ψυχολογική κατάσταση που κλιμακώνεται από την έντονη δυσφορία ως τον πανικό, και της οποίας προηγούνται συνθήκες πραγματικής ή συμβολικής απειλής», (Τεγόπουλος - Φυτράκης, 1993).

Εμφανίστηκε ήδη από την προϊστορική περίοδο, οπότε και η αίσθηση της φυσικής απειλής ήταν ακόμη περισσότερο υπαρκτή από ότι σήμερα. Οι άνθρωποι βρίσκονταν συνεχώς αντιμέτωποι με κινδύνους, κυριότερος εκ των οποίων ήταν η συνεχής απειλή προς την ίδια τους τη ζωή, που προερχόταν κυρίως από τα άγρια ζώα, αλλά και από τις καιρικές συνθήκες και τις συνθήκες διαβίωσης γενικότερα. Οι συνθήκες αυτές οδήγησαν στην ανάπτυξη βασικών συναισθημάτων και αναγκών, που σχετίζονται με την προστασία του ανθρώπου από τον κίνδυνο, τη διατήρηση της ασφάλειάς του και την επιβίωση του, ανάμεσα στα οποία συγκαταλέγεται και το άγχος. Μέσω του άγχους δόθηκε στον άνθρωπο η δυνατότητα να διαισθάνεται τον κίνδυνο και να ενεργεί άμεσα και αποτελεσματικά για την αντιμετώπισή του, μέσω των διεργασιών προετοιμασίας του οργανισμού και εγρήγορσής του, ώστε να είναι δυνατή η άμεση αντίδραση προς τις απειλές, (Παπαδημητρίου και συν., 2013).

Σύμφωνα με τον Αλεβίζο (2008) όπως παρατίθεται από την Φυλάκη (2016), το άγχος ορίζεται ως «*μια κατάσταση υπερβολικής εγρήγορσης του οργανισμού ως αντίδραση σε απειλητικά ερεθίσματα, η οποία καθιστά τον άνθρωπο ικανό να αντιμετωπίσει το απειλητικό ερέθισμα ή να απομακρυνθεί από αυτό*», (Φυλάκη, 2016: Αλεβίζος, 2008).

Παράλληλα, η έννοια του άγχους περιλαμβάνει και την κατάσταση της «*δυσάρεστης αίσθησης απειλής της προσωπικής ακεραιότητας, φυσικής ή ηθικής*». Πρόκειται δηλαδή για την στενάχωρη ψυχική κατάσταση που είναι δυνατόν να προκληθεί σε καταστάσεις που σχετίζονται με την πραγματική ή πλασματική (με την έννοια της αίσθησης ότι «κάτι δεν πάει καλά» χωρίς να υπάρχει συγκεκριμένη αιτία ή λόγος) αντιμετώπιση/αναμονή άμεσου επικείμενου κινδύνου, χωρίς την ταυτόχρονη ύπαρξη γνώσης όσον αφορά στην δυνατότητα/ικανότητα αντιμετώπισής του, (Dimatteo & Martin, 2002).

Σύμφωνα με τους Kneisl et all (2009), το άγχος περιγράφει μια «κατάσταση ποικίλου βαθμού ανησυχίας ή δυσφορίας». Είναι δυνατόν δε η

εκδήλωσή του να συνοδεύεται από ενοχικά συναισθήματα και αμφιβολίες. Στις περιπτώσεις υψηλών επιπέδων άγχους, αυτό δύναται να περιγραφεί ως «συναίσθημα τρόμου ή ακαθορίστου φόβου», (Φυλάκη, 2016: Kneisl et all, 2009).

Ο Barlow (2000), όπως παρατίθεται από τους Μητρούση και συν. (2013), αναφέρει ότι το άγχος είναι, έως έναν βαθμό, ένα «φυσιολογικό και χρήσιμο στοιχείο της ανθρώπινης προσωπικότητας», καθώς, μέσω αυτού, είναι δυνατή η αύξηση και ενδυνάμωση τόσο των σωματικών όσο και των πνευματικών επιδόσεων. Όταν βρίσκεται σε χαμηλά – φυσιολογικά επίπεδα, εκφράζει την «ψυχολογική ετοιμότητα προς επαγρύπνηση και προετοιμασία του ατόμου, ώστε αυτό να μπορέσει να δράσει κατάλληλα, εφόσον μια κατάσταση απειλεί την ψυχοσωματική συγκρότησή του». Αντιθέτως όμως, όταν το άγχος που διακατέχει ένα άτομο αγγίζει υπερβολικά υψηλά επίπεδα, αποτελεί μια «νοσηρή εκδήλωση, χαρακτηριστική διαταραχή της προσαρμοστικής ικανότητας του ανθρώπου», (Μητρούση και συν., 2013).

Καθώς το άγχος συχνά συγχέεται με τις έννοιες του «στρες» και του «φόβου» και αντιμετωπίζεται ως έννοια ίδια με αυτές, ενώ είναι απλώς συναφής, κρίνεται απαραίτητη η περαιτέρω ανάπτυξη και των δύο αυτών όρων.

Ο όρος «στρες» (stress), χρησιμοποιείται συχνά ως συνώνυμο του όρου άγχους, με σκοπό να περιγράψει περισσότερο καταστάσεις που δεν σχετίζονται με άμεσο σωματικό κίνδυνο, αλλά με ψυχικό/συναίσθηματικό κόστος. Πρόκειται επίσης για μηχανισμό προετοιμασίας του ανθρώπινου οργανισμού ώστε να μπορέσει αυτός να αντιμετωπίσει μια κατάσταση κινδύνου (και σε αυτήν την περίπτωση ο κίνδυνος αυτός μπορεί να είναι τόσο πραγματικός όσο και πλασματικός/φανταστικός). Η αίσθηση του στρες προκαλεί κινητοποίηση όλων των σωματικών συστημάτων του ανθρώπινου οργανισμού, ώστε να καταστεί δυνατή η αντιμετώπιση του επικείμενου κινδύνου/απειλής με τελικό σκοπό την επιβίωση του οργανισμού, (Ντελέζος και συν., 2014).

Η αγγλική λέξη στρες σημαίνει «πίεση» και, από φυσικής άποψης, αφορά την δύναμη που ασκείται σε ένα σώμα λόγω ενός φορτίου που εφαρμόζεται σε αυτό και της καταπόνησης (ζημιάς) που προκαλείται σε αυτό από την εφαρμογή του φορτίου. Από ιατρικής, βιολογικής και ψυχολογικής απόψεως, η έννοια συνεχίζει να υφίσταται κάτω από τον ίδιο ορισμό. Εν προκειμένω βέβαια η έννοια του «φορτίου» αφορά σε οποιοδήποτε κατάσταση μπορεί να θεωρηθεί «απειλή» για την σωματική, ψυχική ή συναίσθηματική υγεία, ενώ η έννοια της «καταπόνησης» αφορά στην πιθανή ζημιά ή πόνο, που μπορεί να προκληθεί από την εν λόγω απειλή στο σώμα ή στην ψυχική κατάσταση, (Dimatteo & Martin, 2002).

Σύμφωνα δε με την λεξικολογική ερμηνεία του όρου, η λέξη «στρες» χαρακτηρίζει το σύνολο των σωματικών και ψυχολογικών διαταραχών που προκαλούνται από διάφορους βλαπτικούς παράγοντες (π.χ. άγχος, τραυματισμός, χειρουργικό σοκ, συγκίνηση, κ.τ.λ.), (Τεγόπουλος – Φυτράκης, 1993).

Άμεσα συσχετιζόμενο με το άγχος και απολύτως συναφές με αυτό, είναι και το συναίσθημα του φόβου. Και τα δύο συναισθήματα ανήκουν στα εγγενή εκείνα χαρακτηριστικά του ανθρωπίνου είδους που αφορούν στην αυτοπροστασία και στη διατήρηση της ασφάλειας του ίδιου του ατόμου, με τελικό σκοπό την επιβίωση. Επομένως, όπως και το συναίσθημα του άγχους, έτσι και το συναίσθημα του φόβου, αποτελεί έναν τρόπο αντίδρασης, προσαρμοστικού χαρακτήρα, απέναντι στις επικείμενες απειλές. Φόβος μπορεί να εκδηλωθεί κατά την παρουσία ή την αναμονή, συγκεκριμένης ή και ακαθόριστης απειλής, ή ακόμη και απέναντι σε κάποιο δυσάρεστο γεγονός, σύμφωνα με την αντίληψη κάθε ατόμου, (Graham, 1999).

Τόσο το άγχος όσο και ο φόβος προκαλούν τις ίδιες συναισθηματικές αντιδράσεις, ενώ μάλιστα και η νευροφυσιολογική τους βάση είναι η ίδια, (Dimatteo & Martin, 2002). Τονίζεται μάλιστα ότι ως αντιδράσεις προσαρμοστικού χαρακτήρα, εκτός του ότι προστατεύουν τον κάθε άνθρωπο, παράλληλα συμμετέχουν καθοριστικά σε εκφάνσεις της ανθρώπινης ζωής όπως είναι οι κοινωνικοί δεσμοί και η καθημερινή ζωή, συμβάλλοντας μάλιστα δραστικά στη βελτίωσή της, (Graham, 1999).

Από ψυχολογικής προσεγγίσεως, το άγχος, εκτός από αντίδραση στον κίνδυνο, αποτελεί επίσης και το κεντρικό σύμπτωμα στις περιπτώσεις διάγνωσης κάποιας μορφής αγχώδους διαταραχής. Και σε αυτή την προσέγγιση, δεν παύει βέβαια να είναι μια προειδοποίηση απέναντι σε κάποια επικείμενη απειλή. Ωστόσο, στην ψυχολογία θεωρείται πως το άγχος αποτελεί την συναισθηματική/υποσυνείδητη αντίδραση απέναντι σε απειλές που δεν είναι οπωσδήποτε υπαρκτές ή σημαντικές. Αποτελεί δηλαδή αντίδραση απέναντι σε απειλές που μπορεί να είναι «άγνωστες, αμελητέες, εσωτερικές, ασαφείς ή συγκρουσιακές στη φύση τους». Αντιθέτως, ο φόβος, αποτελεί την αντίδραση απέναντι σε απειλές «γνωστές, εξωτερικές, ορισμένες και μη συγκρουσιακές στη φύση τους», δηλαδή απέναντι σε υπαρκτούς και σαφείς κινδύνους, (Dimatteo & Martin, 2002).

Παρόλη τη διαφορετικότητα του αιτίου (όσον αφορά κυρίως την υπαρκτή του φύση) που μπορεί να προκαλέσει το κάθε ένα από τα ανωτέρω αναφερόμενα συναισθήματα, και τα δύο εμπεριέχουν τόσο την ψυχολογική διάσταση (αίσθηση τάσης, φόβου, τρόμου, κ.τ.λ.) όσο και την φυσιολογική αλλά και την γνωσιακή. Ως εκ τούτου, το άγχος και ο φόβος προκαλούν παρόμοια – αν όχι και απολύτως

ίδια – διέγερση του συμπαθητικού αυτόνομου νευρικού συστήματος. Το αποτέλεσμα της διέγερσης αυτής εκδηλώνεται με συμπτώματα όπως η ταχυκαρδία, η εφίδρωση, ο τρόμος, η ύπαρξη δυσκολίας στην αναπνοή, η αίσθηση ναυτίας ή και ζάλης. Παράλληλα και σε γνωσιακό επίπεδο, μπορεί να επηρεάσουν κατά τον ίδιο τρόπο τη σκέψη, την αντιληπτική ικανότητα, ακόμη και τη μάθηση, (Dimatteo & Martin, 2002).

Συνεπώς, η προετοιμασία του οργανισμού για την αντιμετώπιση του επικείμενου κινδύνου μέσα από το «σήμα κινδύνου» που προκύπτει από το άγχος, μπορεί να εκδηλωθεί μέσα από συγκεκριμένα Ψυχολογικά ή και Σωματικά συμπτώματα. Στην κατηγορία των ψυχολογικών συμπτωμάτων συγκαταλέγονται τα αισθήματα ανησυχίας, ανυπομονησίας, απροσδιόριστου φόβου, αγωνίας, νευρικότητας και μειωμένης αντιληπτικής ικανότητας, καθώς και προβλήματα όπως διάσπαση προσοχής και δυσκολία στη συγκέντρωση. Στην κατηγορία των σωματικών συμπτωμάτων εντάσσονται η δύσπνοια, η αίσθηση πνιγμού ή ύπαρξης «κόμπου» στον λαιμό, οι πόνοι στο στήθος και στο στομάχι, η δυσκολία κατά την κατάποση, η ανορεξία, η αύξηση των παλμών, η ζάλη και η λιποθυμική τάση, η ναυτία, ο ίλιγγος, η μυϊκή τάση, οι κεφαλαλγίες τάσης, η κινητική ανησυχία, η αδυναμία, οι εφιδρώσεις, η συχνοουρία, η ξηροστομία και ο τρόμος. Όσο μεγαλύτερο δε είναι το επίπεδο άγχους, τόσο πιο έντονα και ποικιλόμορφα είναι τα συμπτώματα αυτά, (Μαδιανός, 2004).

Σύμφωνα με τον Freud (1856 - 1939), ο οποίος ήταν και ο πρώτος που ανέλυσε την κρισιμότητα του άγχους όσον αφορά στην ανάπτυξη νευρωτικών και ψυχοσωματικών καταστάσεων, το άγχος είναι «το θεμελιακό φαινόμενο και το κεντρικό πρόβλημα της νεύρωσης», ενώ μάλιστα υποστήριξε ότι η κατανόηση του άγχους αποτελεί το δυσκολότερο καθήκον για έναν ψυχολόγο/ψυχαναλυτή. Η βάση των θεωριών του Freud ήταν ότι το άγχος λειτουργεί ως σήμα προς το Εγώ ότι αυτό βρίσκεται αντιμέτωπο με κάποια απειλή, με αποτέλεσμα το ίδιο το Εγώ να δύναται να θέσει σε λειτουργία τους αμυντικούς μηχανισμούς του οργανισμού, (Μητρούση και συν., 2013).

Η ψυχαναλυτική θεωρία, η οποία αναπτύχθηκε από τον Freud, υποστηρίζει ότι υπάρχουν δύο τύποι άγχους, οι οποίοι διαχωρίστηκαν και μελετήθηκαν από τον ίδιο ξεχωριστά, ως δύο διαφορετικές θεωρίες.

Η πρώτη θεωρία του Freud υποστηρίζει ότι το άγχος που κατατάσσεται στον πρώτο τύπο, το οποίο και χαρακτήρισε με τον όρο «Ενεστώσα Νεύρωση» (Actual Neurosis):

- a) οφείλεται στις απωθημένες ενορμήσεις σεξουαλικότητας με εκφάνσεις φοβιών, υστερίας ή ιδεοψυχαναγκαστικών νευρώσεων ή

β) είναι το αιτιατό της προσπάθειας ελέγχου της libido (μέσω ενεργειών όπως η αποχή από τη σεξουαλική συνεύρεση, ο διακοπτόμενος ή ανεσταλμένος οργασμός, κ.τ.λ.) με εκφάνσεις νευρασθένειας, υποχονδρίασης ή αγχώδους νευρώσεως. Στην περίπτωση αυτή, η έλλειψη εκτόνωσης της libido έχει ως αποτέλεσμα την εισβολή των ενορμήσεων στη συνείδηση του ατόμου, υπό τη μορφή του άγχους, (Μαδιανός, 2004).

Το τύπος αυτός, εκδηλώνεται μέσω μιας «κατακλυσματικής αίσθησης πανικού, η οποία δύναται να συνοδεύεται από εκδηλώσεις εκφόρτισης/εκτόνωσης του αυτόνομου νευρικού συστήματος», (όπως υπερβολική εφίδρωση, ταχύπνοια, ταχυκαρδία, διάρροια, υποκειμενική και έντονη αίσθηση τρόμου, κ.τ.λ.), (Φυλάκη, 2016: Gabbard, 2006)

Η δεύτερη θεωρία του Freud αντιμετωπίζει το άγχος ως μια αρχική προειδοποίηση προς το Εγώ, σε περιπτώσεις που μια «μη αποδεκτή παρόρμηση απειλεί να μετατραπεί σε συνειδητή». Συνήθως εκδηλώνεται ως μια «διάχυτη αίσθηση ανησυχίας». Εφόσον το προειδοποιητικό αυτό άγχος λειτουργήσει και το Εγώ του ατόμου επιτύχει να απωθήσει την παρόρμηση, τότε αποκαθίσταται η ψυχική ισορροπία. Σε αντίθετη περίπτωση, το δημιουργούμενο άγχος προκαλεί την κινητοποίηση μηχανισμών άμυνας, που, τελικά, οδηγούν στην εκδήλωση συμπτωμάτων ψυχικών διαταραχών. Όσον αφορά δε στις κρίσεις πανικού, που αποτελούν και την περισσότερο έντονη εκδήλωση του άγχους, σύμφωνα με τη δεύτερη θεωρία του Freud, αυτές χαρακτηρίζονται ως «αποτέλεσμα ανεπιτυχούς άμυνας ενάντια σε ενορμήσεις που προκαλούν άγχος, όταν σε ένα άτομο αναζωπυρωθούν άγχη της παιδικής ηλικίας (τραυματικό άγχος)». Ο τύπος αυτός άγχους είναι δυνατόν να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά με ήπιες μεθόδους ψυχοθεραπείας, (Μαδιανός, 2004).

Το άγχος κατατάσσεται σε τέσσερα επίπεδα, από το ήπιο άγχος έως και τον πανικό, με τις ενδιάμεσες διαβαθμίσεις του μέτριου άγχους και του σοβαρού άγχους. Όσον αφορά τα δύο πρώτα επίπεδα, θεωρείται πως το άγχος της εντάσεως αυτής μπορεί να είναι παραγωγικό και αποτελεσματικό, καθώς συμβάλει στην αύξηση της ενέργειας και της κινητοποιήσεως του ανθρώπου. Εν αντιθέσει, το άγχος έντασης τρίτου και τετάρτου επιπέδου λειτουργεί ως τροχοπέδη, μειώνοντας την αποτελεσματικότητα του ανθρώπου, (Φυλάκη, 2016: Βασιλάκη και συν, 2001).

Όπως αναφέρεται και ανωτέρω, η εκδήλωση του άγχους, ιδιαίτερα όταν αυτό κατατάσσεται σε ένα από τα υψηλότερα επίπεδα, είναι τόσο σωματική όσο και οργανική. Σε μια κρίση άγχους – ακόμη και ήπιας μορφής – προκαλείται

ενεργοποίηση μηχανισμών του αυτόνομου νευρικού και του ανοσοποιητικού συστήματος, αύξηση των ορμονών, αυξομειώσεις της αρτηριακής πίεσης και μείωση της μεταβλητότητας της καρδιακής συχνότητας. Αποτέλεσμα των ανωτέρω μπορεί να είναι η απορρύθμιση του νευρικού συστήματος, ενώ οι ορμονικές διαταραχές προκαλούν την υπερδραστηριότητα του άξονα υποθαλάμου – υπόφυσης – επινεφριδίων με αποτέλεσμα την απορρύθμιση του κίρκαδιου ρυθμού. Υπάρχει αυξημένος κίνδυνος δημιουργίας αθηρωματικής πλάκας, καθώς παρατηρείται έκπτωση στη λειτουργία του ενδοθηλίου με συνέπεια την μείωση των αντιφλεγμονωδών – αντιθρομβωτικών λειτουργιών του. Είναι πιθανή η πρόκληση αρρυθμιών ή ακόμη και ο αιφνίδιος θάνατος, (Ροβίθης και συν, 2017).

Συνεπώς, το άγχος αποτελεί μια από τις εγγενείς αντιδράσεις του ανθρώπου απέναντι στον κίνδυνο. Αναπτύχθηκε στο ανθρώπινο είδος ως ένας τρόπος αυτοπροστασίας απέναντι στον κίνδυνο, ως ένα μέσον διασφάλισης της διατήρησης της ασφάλειας. Ωστόσο, από ψυχολογικής απόψεως, μπορεί να αποτελεί και τη βάση διαφόρων μορφών ψυχικών αγχώδων διαταραχών, προκαλώντας ακραίες ενδεχομένως αντιδράσεις απέναντι σε ανύπαρκτες απειλές.

Παράλληλα, θα πρέπει να αναφερθεί ότι σήμερα πλέον ο όρος άγχος δεν περιγράφει απλώς την αντίδραση προσαρμοστικού χαρακτήρα απέναντι στον κίνδυνο. Αποτελεί μια λέξη που περιγράφει το μεγαλύτερο μέρος της καθημερινότητας του μέσου ανθρώπου, που το βάρος των απαιτήσεων και υποχρεώσεων φαίνεται να ξεπερνά το ίδιο το άτομο.

1.1.1. Θεωρίες για το Άγχος

Πέραν της ψυχολογικής προσεγγίσεως, το άγχος έχει μελετηθεί και από πλήθος άλλων επιστημών, με αποτέλεσμα να έχουν αναπτυχθεί γύρω από αυτό αρκετές ακόμη θεωρίες, οι οποίες βασίζονται σε διαφορετικές προσεγγίσεις της έννοιας. Οι θεωρίες αυτές, πέραν της ψυχολογικής, διαχωρίζονται σε φαινομενολογικά μοντέλα, στα γνωσιακά μοντέλα, στη βιολογική προσέγγιση και στη θεωρία του Spielberger. Οι εν λόγω θεωρίες παρουσιάζονται συνοπτικά κάτωθι:

1. Φαινομενολογικά μοντέλα. Πρόκειται για προσεγγίσεις που επικεντρώνονται στην ανθρωπιστική διάσταση και στον υπαρξισμό, ενώ αντιμετωπίζονται περισσότερο ως «φιλοσοφίες ζωής» ή και κατευθυντήριες αρχές βάσει των οποίων διάγει ο άνθρωπος. Εξάλλου, ο ανθρωπισμός και ο υπαρξισμός δεν είναι παρά φαινομενολογικές θεωρίες, καθώς αμφότερες βασίζονται στην προσωπική εμπειρία του ανθρώπου, ως κεντρική έννοια, ενώ παράλληλα απορρίπτουν την αιτιοκρατική θεώρηση της ανθρώπινης φύσης. Ως εκ τούτου, η συμπεριφορά ενός ανθρώπου δεν αποτελεί σε καμία περίπτωση προϊόν ανεξέλεγκτων ασυνείδητων ενορμήσεων ή βιολογικών ενστίκτων, ούτε περιβαλλοντικών συνεξαρτήσεων ενίσχυσης. Αντιθέτως, κάθε άτομο είναι αποκλειστικά και μόνον προσωπικά υπεύθυνο για κάθε επιλογή του, όσον αφορά στην κάθε συμπεριφορά του. Η αντιπροσωπευτικότερη θεωρία των φαινομενολογικών μοντέλων είναι η προσωποκεντρική (ή αλλιώς πελατοκεντρική) θεωρία, η οποία αποτελεί εξέλιξη της προσέγγισης του Αμερικανού ψυχολόγου και βασικού εκπροσώπου της ανθρωπιστικής ψυχολογίας Carl Rogers (1902 – 1987), σχετικά με την ατομική ψυχοθεραπεία. Βάσει της προσωποκεντρικής θεωρίας, κάθε άνθρωπος διαθέτει εγγενή ικανότητα ενεργοποίησης του δυναμικού του, το οποίο είναι μοναδικό για τον καθένα και, συνεπώς, οι εμπειρίες και οι αντιλήψεις του κάθε ατόμου για τη ζωή, είναι ιδιαίτερης σημασίας. Η ανάπτυξη το ατόμου, η οποία είναι συνεχής και έχει ως τελικό σκοπό την αυτοτελείωση, εξαρτάται από τη διαφοροποίησή του από το περιβάλλον – με την έννοια του εαυτού -, αλλά και από τη συνεχή του αλληλεπίδραση με το κοινωνικό του περιβάλλον – με την έννοια του κοινωνικού εαυτού. Παράλληλα με την ανάπτυξη του εαυτού, αναπτύσσεται και η ανάγκη του ατόμου για εκτίμηση, αναγνώριση και αποδοχή από τον κοινωνικό του περίγυρο, μέσα από

την έννοια της ανάπτυξης της αυτοαξίας και της ισορροπίας. Εάν οι απαιτήσεις της αυτοαξίας και οι νέες εμπειρίες ενός ατόμου δεν συμφωνούν με την έννοια του εαυτού του εν λόγω ατόμου, όπως αυτός την έχει ορίσει και καθορίσει μέσα από την αναπτυξιακή του πορεία, διαταράσσεται η ισορροπία της έννοιας του εαυτού. Εν τοιαύτη περιπτώσει, είναι δυνατόν να εκδηλωθεί άγχος ή ακόμη και να παρατηρηθεί αποδιοργάνωση της ίδιας της δομής του εαυτού. Σε περίπτωση δε που η ασυμφωνία αυτή είναι υψηλού βαθμού, μπορεί να εκδηλωθεί αμυντική συμπεριφορά και ανικανότητα αυτοπραγμάτωσης, (Μητρούση και συν., 2013: Καλαντζή – Αζίζι & Αναγνωστόπουλος, 1999). Γνωσιακά μοντέλα.

Πρόκειται για προσεγγίσεις που βασίζονται στις φιλοσοφικές διδαχές της Αρχαίας Ελληνικής Φιλοσοφίας, θεωρώντας ότι *«ο τρόπος με τον οποίο οι άνθρωποι δομούν νοητικά την πραγματικότητα, ασκεί καθοριστικό ρόλο στη συμπεριφορά τους»* (σύμφωνα με τη ρήση του φιλοσόφου Επίκτητου: *"ταράσσει τους ανθρώπους ου τα πράγματα, αλλά τα περί των πραγμάτων δόγματα"*). Η γνωσιακή προσέγγιση βασίζεται στη σημασία των γνωσιών (δηλ. των ερμηνειών, των προσδοκιών, των αντιλήψεων, των πεποιθήσεων, των αιτιωδών αποδόσεων και των αναμνήσεων για τον εαυτό), οι οποίες μεσολαβούν μεταξύ ενός ερεθίσματος και μιας συμπεριφοράς, (Πεχλιβανίδης, 2002). Εν προκειμένω, και όσον αφορά στο άγχος, παρουσιάζονται οι σημαντικότερες εξ αυτών των θεωριών.

A. Γνωσιακό Μοντέλο του Aaron Tim Beck(Beck & Emery, 1985) και Clark & Beck (1988).

Σύμφωνα με το εν λόγω μοντέλο, υπάρχει συσχέτιση συναισθημάτων και σκέψης σε κάθε διαταραχή άγχους, που μάλιστα θα πρέπει να ορίζονται αρχικά ως «διαταραχές σκέψης». Το μοντέλο αυτό στηρίζεται στην υπόθεση ότι η μεγαλύτερη σημασία έγκειται στον τρόπο ερμηνείας των γεγονότων και των καταστάσεων από το άτομο, ενώ ελάχιστη σημασία έχουν τα γεγονότα αυτά καθ' αυτά. Οι ερμηνείες που κατά περίπτωση δίνονται προκαλούν εν συνεχεία αρνητικά συναισθήματα όπως άγχος, θυμό και θλίψη. Στην περίπτωση δε του κλινικού άγχους τα αρνητικά συναισθήματα χαρακτηρίζονται από:

- μη ρεαλισμό,

- υπερεκτίμηση της πιθανότητας παρουσίασης και του βαθμού δριμύτητας των αρνητικών καταστάσεων και,
- υποεκτίμηση των υφισταμένων τρόπων αντιμετώπισης των καταστάσεων αυτών ή/και των τρόπων επίλυσης των προβλημάτων.

Παράλληλα, οι Clark & Beck (1988), υποστηρίζουν ότι ο ανθρώπινος νους, όταν θεωρεί ότι μια κατάσταση που αντιμετωπίζει είναι επικίνδυνη για αυτόν, θέτει αυτόματα σε λειτουργία ένα "πρόγραμμα άγχους" (anxiety program), το οποίο δεν είναι παρά εξέλιξη της εγγενούς ανάγκης για προστασία από κινδύνους. Κατά την «πυροδότηση» του προγράμματος άγχους σημειώνονται οργανικές, συμπεριφοριστικές και γνωσιακές αλλαγές στο αυτόνομο νευρικό σύστημα (προετοιμασία για φυγή ή επίθεση), στην αναστολή της παρούσας συμπεριφοράς και την αντικατάσταση αυτής από άλλη, λιγότερο αποτελεσματική, καθώς και στην είσοδο σε μια αδιάλειπτη εξέταση του εγγύς περιβάλλοντος με σκοπό τον εντοπισμό άλλων κινδύνων ή απειλών.

Σταδιακά, οι γνωσιακές λειτουργίες του ατόμου επικεντρώνονται στην ανίχνευση πληροφοριών σχετικά με νέους, πιθανούς κινδύνους, με αποτέλεσμα να μην εντοπίζονται και επομένως να μην λαμβάνονται υπόψη, οι πληροφορίες εκείνες που είναι αντίθετες προς την πιθανή ή πραγματική ύπαρξη απειλής. Σε περίπτωση ύπαρξης απειλής προς τη ζωή και την ακεραιότητα του ατόμου, το πρόγραμμα άγχους αποτελεί ένα εξαιρετικό σύστημα προειδοποίησης και προετοιμασίας. Ωστόσο, στην περίπτωση που ο κίνδυνος δεν είναι υπαρκτός, αλλά η κατάσταση η οποία εκλαμβάνεται από το άτομο ως απειλή αφορά απλώς σε μια λανθασμένη ερμηνεία της κατάστασης αυτής ή σε υπερεκτίμηση του μεγέθους του πιθανού κινδύνου, το πρόγραμμα άγχους είναι απολύτως ακατάλληλο. Εκτός αυτού, όταν το άτομο βρίσκεται αντιμέτωπο με υψηλά επίπεδα άγχους, ερμηνεύει τα ίδια τα συμπτώματα του άγχους αυτού ως πραγματικούς κινδύνους, με αποτέλεσμα να εισέρχεται σε έναν φαύλο κύκλο, διατηρώντας και ενισχύοντας κάθε φορά την ένταση του άγχους, (Μητρούση και συν., 2013: Beck & Emery, 1985, Clark & Beck, 1988).

B. Γνωσιακό Μοντέλο των Hoehn – Saric & McLeod (1988) και Freeman et all (1990).

Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, το άγχος αποτελεί μια «παγκοσμίως γνωστή εμπειρία, η οποία λειτουργεί ως μηχανισμός προειδοποίησης/ασφαλείας». Επομένως το άγχος λειτουργεί προειδοποιητικά σε καταστάσεις που μπορεί να αποτελούν απειλές/κινδύνους, οι οποίες σχετίζονται με αβεβαιότητα. Ωστόσο, ο μηχανισμός του άγχους είναι δυσλειτουργικός όταν:

- το επίπεδο του άγχους είναι υπερβολικά υψηλό/έντονο,
- συνεχίζει να υφίσταται και μετά το πέρας της έκθεσης του ατόμου σε κίνδυνο,
- εμφανίζεται σε καταστάσεις οι οποίες δεν αποτελούν πραγματικό κίνδυνο/απειλή και,
- εμφανίζεται χωρίς την ύπαρξη συγκεκριμένης αιτίας, (Μητρούση και συν., 2013: Freeman et all, 1990).

Γ. Γνωσιακό Μοντέλο των Blackburn & Davidson (1990).

Το μοντέλο αυτό αποτελείται από τρία τμήματα, το ερέθισμα, τη μεσολάβηση και την αντίδραση (σχήμα stimulus →mediation → response). Ως ερέθισμα εκλαμβάνεται κάθε κατάσταση, εμπειρία, σκέψη, ανάμνηση, κ.τ.λ., ενώ ως αντίδραση θεωρείται κάθε εκδήλωση άγχους, συμπτωμάτων του αυτόνομου νευρικού συστήματος, κ.τ.λ. Μεσολάβηση είναι το στάδιο μεταξύ ενός ερεθίσματος και μιας αντίδρασης και αντιπροσωπεύει «το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης των εν ενεργεία γνωσιακών σχημάτων και διαδικασιών και τις αυτόματες σκέψεις.

Στις περιπτώσεις κατά τις οποίες το άτομο αντιλαμβάνεται τις καταστάσεις, τον εαυτό του, τον κόσμο ή το μέλλον με αρνητικό τρόπο, ο αρνητισμός αυτός ορίζει την "αγχογενή γνωστική τριάδα" (anxiogenic cognitive triad). Σύμφωνα με την θεωρία της αγχογενοῦς γνωστικής τριάδας, τα άτομα με άγχος αντιλαμβάνονται:

- Τον εαυτό τους ως ευάλωτο προς όποια απειλή. Παράλληλα παρουσιάζουν αυξημένο άγχος, υψηλές πιθανότητες εμφάνισης κατάθλιψης, έλλειψη αυτοπεποίθησης, αποφυγή της πραγματικότητας, των υποχρεώσεων και των πραγματικών προβλημάτων).

- Τον κόσμο γύρω τους ως απειλή. Εμφανίζουν συμπτώματα του αυτόνομου νευρικού συστήματος, διαταραχές στον ύπνο, έλλειψη αυθορμητισμού, χαμηλή αυτοσυγκέντρωση, υπερκινητικότητα.
- Το μέλλον ως απολύτως απρόβλεπτο, ενώ βρίσκονται σε μια κατάσταση συνεχούς επαγρύπνησης, (Μητρούση και συν., 2013: Blackburn & Davidson, 1990).

Στα γνωσιακά μοντέλα, όπως αναφέρονται ανωτέρω, η διάγνωση και η θεραπεία του άγχους, βασίζεται στον εντοπισμό των αυτομάτων αρνητικών σκέψεων του πάσχοντα. Εν συνεχεία εστιάζει στην αναγνώριση των συνεπειών που μπορεί να προκύψουν από τις αρνητικές αυτές σκέψεις και στην αντικατάστασή τους με "θετικές" (λειτουργικές και λογικές) σκέψεις.

3. Βιολογική προσέγγιση.

Η επικρατέστερη βιολογική προσέγγιση του άγχους είναι εκείνη που ανέπτυξε το Selye (1950, 1956, 1975). Σύμφωνα με αυτή το άγχος αποτελεί φυσιολογική αντίδραση του οργανισμού. Η ένταση δε της αντίδρασης αυτής (δηλαδή του άγχους) εξαρτάται αποκλειστικά και μόνον από την ένταση των ερεθισμάτων που την προκαλούν. Επομένως, το άγχος δεν είναι παρά η δύναμη που υφίσταται έξω από το άτομο και που ασκεί πίεση, ενώ η έντασή του μπορεί να αξιολογηθεί βάση της έντασης των εξωτερικών ερεθισμάτων, δηλαδή μέσω της εκτίμησης της πίεσης που ασκούν στο άτομο οι εξωτερικοί παράγοντες/ερεθίσματα. Επομένως, όπως αναφέρεται και ανωτέρω, στην περίπτωση αυτή το άγχος παραλληλίζεται με την πίεση που παράγεται όταν μια εξωτερική δύναμη (φορτίο) δρα πάνω σε ένα σώμα. Στην εν λόγω προσέγγιση, το άγχος αντιμετωπίζεται ως ένας εξωτερικός παράγοντας, που καθορίζεται αποκλειστικά και μόνον από την ένταση του "φορτίου" (των ερεθισμάτων/καταστάσεων/γεγονότων που έχουν ως αποτέλεσμα την πρόκληση του άγχους). Εξαρτάται δηλαδή μόνον από το πόσο φορτικά και πιεστικά είναι για το άτομο τα εκάστοτε γεγονότα, ενώ δεν επηρεάζεται καθόλου από την προσωπικότητα, την ιδιοσυγκρασία, τις εμπειρίες και τις σκέψεις του ατόμου. Τονίζεται επίσης, ότι σύμφωνα με τη βιολογική προσέγγιση, σημασία έχει η «ένταση της απαίτησης για προσαρμογή στις συνθήκες του περιβάλλοντος» και όχι το εάν το εκάστοτε ερέθισμα είναι δυσάρεστο ή όχι.

Το άτομο, σύμφωνα με τον Selye, αντιδρά στα ερεθίσματα που μπορεί να του προκαλέσουν άγχος, βάσει του μοντέλου αντίδρασης που καλείται «Σύνδρομο Γενικής Προσαρμογής» (General Adaption Syndrome – GAS). Το Σύνδρομο GAS αναγνωρίζει τρεις φάσεις αντίδρασης, οι οποίες διακρίνονται:

- Στο στάδιο αντίδρασης συναγερμού,
- Στο στάδιο αντίστασης και,
- Στο στάδιο εξάντλησης.

Η περισσότερο συνηθισμένη αντίδραση προσαρμογής για έναν ανθρώπινο οργανισμό, σε περίπτωση έκθεσης σε κάποια απειλή, είναι εκείνη της πάλης και της φυγής. Για την επίτευξη της αντίδρασης αυτής, ο οργανισμός προετοιμάζεται μετά τον εντοπισμό της απειλής, τροποποιώντας έναν αριθμό φυσιολογικών λειτουργιών του, ώστε να αυξηθούν τα επίπεδα ενέργειάς του (στάδιο αντίδρασης συναγερμού). Εφόσον επιτευχθεί η ζητούμενη αντίδραση, η ισορροπία του οργανισμού επανέρχεται στα φυσιολογικά επίπεδα, ενώ, ώσπου να επιτευχθεί το ζητούμενο (ή έως το σημείο της εξάντλησης), ο οργανισμός συνεχίζει να προσπαθεί (στάδιο αντίστασης). Εάν δεν επιτευχθεί η αντιμετώπιση του κινδύνου ο οργανισμός μπαίνει στο τρίτο στάδιο αντίδρασης (στάδιο εξάντλησης), κατά τη διάρκεια του οποίου καθίστανται εμφανή τα σημάδια εξάντλησής του, εξαιτίας της παρατεταμένης προσπάθειας και υπερδιέγερσης (Μητρούση και συν., 2013: Αντωνίου, 2002).

4. Θεωρία του Spielberger.

Ο Spielberger διατύπωσε το 1966 μια θεωρία, βάσει της οποίας το άγχος διαχωρίζεται σε παροδικό και σε μόνιμο.

- Το παροδικό άγχος (state anxiety) περιγράφει μια συναισθηματική κατάσταση ανησυχίας και έντασης, η οποία υφίσταται σε δεδομένη χρονική στιγμή. Η τάση του ανθρώπου να παρουσιάζει άγχος εν αναμονή ή αντίληψη επικείμενου κινδύνου αποτελεί ένα χαρακτηριστικό προσωπικότητας (trait anxiety), και αφορά την προδιάθεσή του να «αντιλαμβάνεται συγκεκριμένες καταστάσεις ως απειλητικές και να αντιδρά σε αυτές με ποικίλα επίπεδα παροδικού άγχους». Σύμφωνα με τον Spielberger, το παροδικό άγχος

«χαρακτηρίζεται από υποκειμενικά, αντιληπτά συναισθήματα ανησυχίας και έντασης, συνοδευόμενα ή συσχετιζόμενα με την ενεργοποίηση ή διέγερση του αυτόνομου νευρικού συστήματος».

- Από την άλλη μεριά, το μόνιμο άγχος είναι μια επίκτητη συμπεριφορική προδιάθεση, η οποία καθιστά το άτομο σε μια κατάσταση κατά την οποία «αντιλαμβάνεται ένα σύνολο αντικειμενικά μη απειλητικών καταστάσεων ως απειλητικές». Τα άτομα μάλιστα που παρουσιάζουν μόνιμο άγχος, αντιδρούν στις μη απειλητικές αυτές καταστάσεις με «άγχος δυσανάλογο στην ένταση σε σχέση με το μέγεθος του αντικειμενικού κινδύνου». Εκείνα τα άτομα που παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα μόνιμου άγχους αντιλαμβάνονται λανθασμένα ως απειλητικές περισσότερες καταστάσεις ή αντιδρούν με υπερβολικά επίπεδα άγχους στις πραγματικά απειλητικές καταστάσεις, ενώ μάλιστα μπορεί να παρουσιάζουν και τις δύο αυτές ακραίες αντιδράσεις, (Μητρούση και συν., 2013: Spielberg, 1966).

Η θεωρία του Spielberg όσον αφορά στο μόνιμο και στο παροδικό άγχος, βασίζεται σε δύο υποθέσεις:

- 1) Τα εσωτερικά ή εξωτερικά ερεθίσματα για ένα άτομο που γίνονται αντιληπτά ως απειλητικά προκαλούν αντιδράσεις παροδικού άγχους. Μέσω των αισθητηριακών και γνωστικών μηχανισμών ανατροφοδότησης τα υψηλά επίπεδα παροδικού άγχους βιώνονται ως δυσάρεστα.
- 2) Όσο μεγαλύτερη είναι η ένταση της απειλής που γίνεται αντιληπτή, τόσο πιο έντονη είναι η αντίδραση παροδικού άγχους.
- 3) Όσο μεγαλύτερης διάρκειας είναι η απειλή που το άτομο βιώνει, τόσο πιο μόνιμη είναι η αντίδραση παροδικού άγχους.
- 4) Σε σύγκριση με τα άτομα που συγκεντρώνουν χαμηλό επίπεδο μόνιμου άγχους, τα άτομα με υψηλό επίπεδο μόνιμου άγχους, αντιλαμβάνονται περισσότερες καταστάσεις ως απειλητικές, απαντούν με πιο έντονες αντιδράσεις παροδικού άγχους, ή και τα δύο. Οι καταστάσεις που ενέχουν τον κίνδυνο αποτυχίας ή απειλής της αυτοεκτίμησης είναι περισσότερο πιθανό να αποτελέσουν πηγές απειλής απ' ό,τι είναι οι καταστάσεις που μπορούν να απειλήσουν τη φυσική υγεία.

- 5) Τα υψηλά επίπεδα παροδικού άγχους εμπεριέχουν τέτοια ώθηση ώστε να εκδηλώνονται στη συμπεριφορά ή να κινητοποιούν τους ψυχολογικούς μηχανισμούς που έχουν υπάρξει ικανοί κατά το παρελθόν στη μείωση του παροδικού άγχους.
- 6) Η συχνή εμφάνιση στρεσογόνων καταστάσεων μπορεί να οδηγήσει το άτομο στην ανάπτυξη συγκεκριμένων ψυχολογικών μηχανισμών άμυνας με στόχο τη μείωση του παροδικού άγχους, (Μητρούση και συν., 2013: Spielberger, 1972).

Συνεπώς, βάσει της θεωρίας του Spielberger, ιδιαίτερη έμφαση πρέπει να δίδεται «στο ερέθισμα που προναλεί το παροδικό άγχος, στις γνωστικές διαδικασίες που ερμηνεύουν το ερέθισμα ως απειλητικό και στις συμπεριφορές που εκδηλώνονται σε απάντηση στην αντιλαμβανόμενη απειλή, (Μητρούση και συν., 2013).

1.2. Αγχώδεις Διαταραχές

Όπως αναφέρεται και ανωτέρω, το άγχος αποτελεί ένα κατά βάση φυσιολογικό συναίσθημα, το οποίο αναπτύχθηκε από τον ανθρώπινο οργανισμό ως ένα προειδοποιητικό μέσον διατήρησης της ασφάλειας και επιβίωσης. Ωστόσο, όταν το άγχος ξεπερνάει το επίπεδο της προειδοποίησης για έναν πραγματικό κίνδυνο και εμφανίζεται σε μη επικίνδυνες, πλασματικές καταστάσεις, παύει να είναι βοηθητικό προς την επιβίωση και τη διατήρηση της ασφάλειας και γίνεται, αν μη τι άλλο, αντιπαραγωγικό. Στις περιπτώσεις εκείνες που το άτομο παρουσιάζει υψηλά επίπεδα άγχους, χωρίς να υπάρχει πραγματικός κίνδυνος, το άγχος αυτό χαρακτηρίζεται ως «κακοήθες», καθώς αποτελεί στην πραγματικότητα μια νοσηρή εκδήλωση. Με το «κακοήθες» άγχος, είναι δυνατόν να προκληθούν σημαντικές διαταραχές της σκέψης και της ψυχικής υγείας, οι οποίες χαρακτηρίζονται με τον όρο «αγχώδεις διαταραχές» και αφορούν στην διαταραχή της προσαρμοστικής ικανότητας του ατόμου.

Οι πιθανότητες εμφάνισης αγχώδων διαταραχών, αυξάνονται επομένως, όταν το άγχος που παρουσιάζει ένα άτομο, χαρακτηρίζεται από δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση, με έντονα αισθήματα φόβου ή τρόμου, ως απάντηση σε μη γνωστή προέλευσης απειλή. Αυξάνονται επίσης στις περιπτώσεις ατόμων που παρουσιάζουν υπερβολική αντίδραση σε γεγονότα, τα οποία θα χαρακτηρίζονταν φυσιολογικά ως «ήπια στρεσογόνα». Οι αγχώδεις διαταραχές χαρακτηρίζονται από την τάση για αντίδραση προς μια αόριστη (ή και ανύπαρκτη) απειλή. Τα άτομα δε που πάσχουν από κάποια αγχώδη διαταραχή, ταλαιπωρούνται από επαναλαμβανόμενες αρνητικές σκέψεις και ανησυχίες, οι οποίες σχετίζονται με την καθημερινότητά τους, την οποία και εκλαμβάνουν ως απειλή. Παράλληλα, σε πολλές περιπτώσεις, παρατηρείται και σωματική συμπτωματολογία, όπως έντονη εφίδρωση, ζάλη, ταχυκαρδία, κ.ά.

Ως «αγχώδης διαταραχή» χαρακτηρίζεται ένας μεγάλος αριθμός κλινικών συνδρόμων και ψυχιατρικής φύσεως διαταραχών, τα οποία παρουσιάζουν συμπτωματολογία νευρικότητας, ανησυχίας και έντασης, που συνοδεύονται συνήθως και από σωματικά συμπτώματα. Αποτελούν μάλιστα τις πλέον συνήθεις ψυχιατρικές διαταραχές, ενώ η εμφάνισή τους καταγράφεται σε μεγάλο ποσοστό ανθρώπων και είναι δυνατόν να παρατηρηθεί σε διάφορες φάσεις της ζωής, (Μαδιανός, 2004).

Η διάγνωση και ταξινόμηση των αγχώδων διαταραχών επιτυγχάνεται συνήθως μέσω ενός εκ των δύο παγκοσμίως αποδεκτών συστημάτων διάγνωσης ψυχικών διαταραχών της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας – APA (Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών, DSM-IV-TR) και του Παγκοσμίου

Οργανισμού Υγείας – ΠΟΥ (Διεθνής Στατιστική Ταξινόμηση Νόσων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας, ICD-10). Σύμφωνα δε με τα δύο ανωτέρω αναφερόμενα συστήματα, έως σήμερα έχουν ταυτοποιηθεί δώδεκα (12) κατηγορίες αγχώδων διαταραχών.

Αναλυτικότερα, οι κυριότερες από αυτές τις κατηγορίες είναι:

1. Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή.

Η Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή, είναι και η πιο συνηθισμένη κατηγορία αγχώδων διαταραχών. Χαρακτηρίζεται από επίμονα συμπτώματα άγχους, τα οποία έχουν ως αποτέλεσμα την εμφάνιση χρονίων σωματικών και ψυχολογικών συμπτωμάτων, καθώς και συμπεριφορικές μεταβολές που σχετίζονται με τα ανωτέρω αναφερόμενα συμπτώματα, (Μαδιανός, 2004).

Σύμφωνα με τους Δημητριάδου και συν. (2013), η Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή χαρακτηρίζεται «από πλήθος ποικίλων οργανικών αντιδράσεων, καθώς και από την ύπαρξη γενικευμένης, επίμονης και ακαθόριστης ανησυχίας, η οποία καλύπτει σχεδόν όλες τις δραστηριότητες του ατόμου», (Δημητριάδου, και συν., 2013).

Το πλέον αναγνωρίσιμο χαρακτηριστικό της Γενικευμένης Αγχώδους Διαταραχής είναι η εμφάνιση υπερβολικής ανησυχίας για απλά προβλήματα που αφορούν την καθημερινή ζωή. Τα άτομα που πάσχουν από Γενικευμένη Αγχώδη Διαταραχή, έχουν καθ' όλη τη διάρκεια της ημέρας μια διάχυτη και έντονη αρνητική διάθεση και ανησυχία. Παράλληλα, δεν είναι δυνατή συνήθως η αιτιολόγηση των αρνητικών αυτών συναισθημάτων. Άμεσο αποτέλεσμα αυτής της διάθεσης, είναι η δυσλειτουργικότητα του ατόμου σε επίπεδα που περιλαμβάνουν την οικογενειακή ζωή, την επαγγελματική ζωή (καθώς επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό την αποδοτικότητα και την παραγωγικότητα), τις κοινωνικές σχέσεις, κ.τ.λ., (Δημητριάδου, και συν., 2013).

Παράλληλα, στη Γενικευμένη Αγχώδη Διαταραχή, παρατηρείται ότι η ένταση, η διάρκεια καθώς και η συχνότητα εμφάνισης της αρνητικής διάθεσης και της ανησυχίας που την χαρακτηρίζει, είναι εμφανώς δυσανάλογες και υπερβολικές σε σχέση με τις πραγματικές επιπτώσεις που μπορεί να προκύψουν από την κατάσταση που εκλαμβάνει ο ασθενής ως απειλή. Είναι δε πολύ μεγάλη η συχνότητα ατόμων, που εκλαμβάνουν ως απειλή καταστάσεις που αποτελούν απλώς στοιχεία της καθημερινότητάς τους (π.χ. εργασία, παιδιά, οικιακό περιβάλλον, κ.τ.λ.). Στην πραγματικότητα η απειλή είναι σπανίως υπαρκτή με την

έννοια του κινδύνου, ενώ παράλληλα η όποια τους ανησυχία στερείται λογικής. Παρόλα αυτά, είναι ιδιαίτερος δύσκολο για τους ασθενείς που πάσχουν από Γενικευμένη Αγχώδη Διαταραχή τόσο το να ελέγξουν τις αντιδράσεις τους και την ανησυχία τους, όσο και το να κατανοήσουν ότι αυτό που εκλαμβάνουν ως κίνδυνο, στην πραγματικότητα δεν αποτελεί καμία ουσιαστική απειλή, (Μαδιανός, 2004).

Οι πάσχοντες από Γενικευμένη Αγχώδη Διαταραχή, χαρακτηρίζονται από την τάση να ανησυχούν διαρκώς για κάθε κατάσταση της ζωής τους (συμπεριλαμβανομένων τόσο των σημαντικών όσο και των ανούσιων γεγονότων) και να περιμένουν ότι θα συμβεί, σε κάθε περίπτωση, το χειρότερο δυνατό. Σε πολλές μάλιστα περιπτώσεις, η ανησυχία που αισθάνονται, χαρακτηρίζεται ως «μη ειδική» με την έννοια ότι δεν εστιάζει σε συγκεκριμένη κατάσταση, γεγονός ή απειλή, (Μαδιανός, 2004).

Σε πολλές μάλιστα περιπτώσεις, οι ασθενείς (ή ο στενός τους περίγυρος) παρατηρούν τα πρώτα συμπτώματα Γενικευμένης Αγχώδους Διαταραχής, ήδη από την εφηβική τους ηλικία, ή ακόμη και από την παιδική ηλικία. Παρόλα αυτά, η εμφάνιση της Γενικευμένης Αγχώδους Διαταραχής, μπορεί να παρατηρηθεί και σε άτομα μέσης ηλικίας (με μέσο όρο ηλικίας πρώτης εμφάνισης τα 55 έτη), ενώ η πιθανότητα εμφάνισης της διαταραχής είναι ιδιαίτερος αυξημένη μετά το 40^ο έτος της ηλικίας. Όσον αφορά στην πορεία της, αυτή είναι ως επί το πλείστον χρόνια με διακυμάνσεις και επιδεινώσεις σε περιόδους συνθηκών έντονου άγχους (π.χ. εργασιακές προθεσμίες, οικονομικές δυσχέρειες, προβλήματα υγείας, κ.ά.).

2. Διαταραχή Πανικού με ή χωρίς Αγοραφοβία.

Η Διαταραχή Πανικού εκδηλώνεται με προσβολές έντονου άγχους και αίσθημα επικείμενης καταστροφής, αλλά και σωματικά συμπτώματα όπως η αίσθηση έλλειψης οξυγόνου, ταχυπαλμία, αίσθηση απώλειας του ελέγχου του εαυτού, κ.τ.λ., (Δημητριάδου, και συν., 2013).

Χαρακτηρίζεται από «επαναλαμβανόμενα, μη αναμενόμενα επεισόδια πανικού», καθώς και από επίμονη ανησυχία (διάρκεια τουλάχιστον ενός μηνός). Παρατηρούνται μάλιστα συμπεριφορικές αλλαγές που είναι άμεσα συσχετιζόμενες με τα επεισόδια πανικού. Παράλληλα, στα άτομα με Διαταραχή Πανικού, σημειώνονται κατά την εκδήλωση των επεισοδίων σοβαρές συνέπειες για τον πάσχοντα (π.χ. απώλεια

αυτοελέγχου και ελέγχου της κατάστασης, καρδιακή προσβολή, εμφάνιση τρέλας, κ.ά.), (Freeman, 1990).

Τα επεισόδια πανικού είναι ως το πλείστον ξαφνικές με συμπτώματα που περιλαμβάνουν αίσθημα επικείμενου κινδύνου, ανάγκη για διαφυγή, αύξηση του καρδιακού παλμού, εφίδρωση, τρέμουλο, δύσπνοια και αίσθημα πνιγμού, πόνος στο στήθος, ναυτία, ζαλάδα, παραισθήσεις, φόβος για θάνατο, φόβος για απώλεια του ελέγχου, αίσθηση ότι ο πάσχων θα τρελαθεί, ιδρώτας. Εκτός από τα επεισόδια πανικού είναι πιθανόν να εκδηλωθεί και αγοραφοβία με έντονο αίσθημα φόβου και προσπάθειας αποφυγής μιας κατάστασης κατά την οποία μπορεί να εκδηλωθεί η διαταραχή πανικού ή από την οποία είναι δύσκολη η διαφυγή, (ADDA, 2008).

Η Διαταραχή Πανικού αποτελεί τη συχνότερη εκ των αγχώδων διαταραχών. Η αντιμετώπισή της είναι αρκετά απαιτητική, καθώς απαιτεί αρκετές συνεδρίες με τον θεράποντα ιατρό, οι οποίες είναι ακόμη περισσότερες στην περίπτωση που αυτή συνοδεύεται και από αγοραφοβία. Όταν οι κρίσεις πανικού εμφανίζονται με πλήρη συμπτώματα, τότε συνήθως συνδέονται και με μεγαλύτερη νοσηρότητα, όπως είναι για παράδειγμα η μεγαλύτερη ανικανότητα ή η φτωχότερη ποιότητα ζωής, συγκριτικά με τις επιθέσεις με περιορισμένα συμπτώματα, (American Psychiatric Association, 2013).

Όπως προαναφέρεται, τα επεισόδια πανικού είναι μη αναμενόμενα, γεγονός που συνεπάγεται ότι είναι δυνατόν να συμβούν ανά πάσα στιγμή και σε οποιονδήποτε τόπο, ενώ δεν είναι απίθανη η εμφάνισή τους ακόμη και κατά τη διάρκεια του ύπνου. Η διάρκεια ενός επεισοδίου είναι, στις περισσότερες περιπτώσεις, περίπου 10 λεπτά, ωστόσο μερικά εκ των συμπτωμάτων της είναι πιθανό να συνεχίσουν να υφίστανται και μετά το πέρας του επεισοδίου και να διαρκέσουν παραπάνω, (Μαδιανός, 2004).

Σε πολλές μάλιστα περιπτώσεις, η Διαταραχή Πανικού συνδέεται άμεσα με μειωμένη ποιότητα ζωής και διαταραγμένη ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα.

3. Φοβικές Διαταραχές (Ειδική/Απλή Φοβία, Κοινωνική Φοβία, Αγοραφοβία).

Οι Φοβικές Διαταραχές χαρακτηρίζονται από τον υπερβολικό φόβο (ή και φόβους) απέναντι σε συγκεκριμένες καταστάσεις ή αντικείμενα, σε συνδυασμό με συνοδό συμπεριφορά αποφυγής, (Δημητριάδου, και

συν., 2013). Κάθε μια μορφή φοβικής διαταραχής μπορεί να εστιάζει σε διαφορετικό αντικείμενο φόβου, αλλά, σε κάθε περίπτωση, η ένταση εκδήλωσης του φόβου είναι υπερβολική. Κάτωθι παρουσιάζονται αναλυτικότερα, τα χαρακτηριστικά των κυριότερων και περισσότερο διαδεδομένων Φοβικών Διαταραχών:

- Ειδική/Απλή Φοβία.

Η Ειδική Φοβία (ή αλλιώς Απλή Φοβία ή Μεμονωμένη Φοβία), χαρακτηρίζεται από τον «εκσεσημασμένο και επίμονο φόβο που εκδηλώνει ένα άτομο, όσον αφορά σαφώς διακριτά και συγκεκριμένα αντικείμενα ή καταστάσεις». Παράλληλα, στις περιπτώσεις που ο πάσχων από Ειδική Φοβία εκτίθεται στο φοβικό ερέθισμα, προκαλείται άμεση αντίδραση άγχους.

Τονίζεται μάλιστα το γεγονός ότι τα ενήλικα άτομα που παρουσιάζουν μια (ή και περισσότερες) Ειδική Φοβία, έχουν επίγνωση του ότι ο φόβος τους αυτός είναι υπερβολικός σε σχέση με την απειλή και τις πιθανές επιπτώσεις της ή ακόμη και παράλογος. Παρόλα αυτά, στις περισσότερες περιπτώσεις, οι πάσχοντες αδυνατούν να αντιμετωπίσουν τους παράλογους φόβους τους, με αποτέλεσμα να πολλαπλασιάζεται το αίσθημα άγχους και να αντιδρούν με κρίσεις άγχους ή και επεισόδια πανικού.

Επομένως, ως Ειδική Φοβία χαρακτηρίζεται ο έντονος και παράλογος φόβος για ένα ερέθισμα (κατάσταση ή αντικείμενο), το οποίο στην ουσία δεν αποτελεί πραγματική απειλή, ή εάν είναι πραγματική, τότε το μέγεθος των πιθανών επιπτώσεών της είναι ελάχιστο.

Ενδιαφέρον προκαλεί το γεγονός ότι σε πολλές περιπτώσεις ένα ίδιου τύπου ερέθισμα μπορεί να γίνει αντιληπτό ως απειλή ή μπορεί να αντιμετωπισθεί και ως ακίνδυνο, από το ίδιο άτομο που πάσχει από μια Ειδική Φοβία (π.χ. ένα κλειστοφοβικό άτομο μπορεί να αντιδρά με κρίση πανικού όταν βρίσκεται εντός ανελκυστήρα αλλά να μην αντιμετωπίζει κανένα πρόβλημα κλειστοφοβίας όταν βρίσκεται σε υπόγεια σήραγγα).

Όσον αφορά στον χρόνο εμφάνισής τους, οι Ειδικές Φοβίες συνήθως παρουσιάζονται κατά την παιδική ή και εφηβική ηλικία. Στις περισσότερες μάλιστα περιπτώσεις, διατηρούνται και καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής του πάσχοντα, ενώ είναι πιθανόν να εμφανιστούν και άλλες φοβίες στο ίδιο άτομο με την πάροδο του χρόνου. Ενδιαφέρον προκαλεί επίσης το γεγονός, ότι οι Ειδικές Φοβίες

παρουσιάζονται περισσότερο στο γυναικείο φύλο από ότι στο αντρικό με αναλογία 2:1, (American Psychiatric Association, 2013).

- Κοινωνική Φοβία.

Η Κοινωνική Φοβία χαρακτηρίζεται από έναν «εκσεσημασμένο και επίμονο φόβο για τις καταστάσεις κοινωνικού χαρακτήρα ή τις καταστάσεις κατά τις οποίες ο πάσχων καλείται να επιτελέσει κάποια δραστηριότητα παρουσία άλλων ατόμων και κατά τη διάρκεια των οποίων ενδέχεται να προκύψει αμηχανία». Περιλαμβάνει επίσης, εκτός από την αυξημένη ανησυχία, και ένα αίσθημα τύψεων που σχετίζονται με τις κοινωνικές καταστάσεις και απαιτήσεις της καθημερινότητας. Παράλληλα, στις περιπτώσεις που ο πάσχων από Κοινωνική Φοβία εκτίθεται σε ένα από τα ανωτέρω κοινωνικά ερεθίσματα, είναι σχεδόν βέβαιο ότι θα εκδηλωθεί μια άμεση αντίδραση άγχους, (American Psychiatric Association, 2013).

Ο φόβος δε που έχει το άτομο που πάσχει από Κοινωνική Φοβία, απέναντι στο βρεθεί απέναντι σε κόσμο και να «τεθεί υπό ενδεδειγμένη εξέταση», έχει συνήθως ως αποτέλεσμα την – μερική ή και πλήρη – αποφυγή των διαφόρων κοινωνικών καταστάσεων. Η Κοινωνική Φοβία, επηρεάζει μάλιστα σε πολύ σημαντικό βαθμό τις καθημερινές δραστηριότητες, την λειτουργικότητα στην εργασία και την κοινωνική ζωή του ατόμου που πάσχει από αυτήν. Πολλές μάλιστα φορές, η Κοινωνική Φοβία ενός ατόμου επικεντρώνεται στο φόβο ότι θα κριθεί αρνητικά από τους άλλους, ότι η συμπεριφορά του είναι πιθανόν να προκαλέσει αμηχανία σε αυτόν ή στους γύρω του ή ότι η συμπεριφορά του μπορεί να τον εκθέσει ή να τον γελοιοποιήσει, (American Psychiatric Association, 2013).

Η Κοινωνική Φοβία, εκδηλώνεται εκτός από την αντίδραση άγχους και μέσα από σωματικά συμπτώματα, όπως αίσθημα παλμών, εφίδρωση, κοκκίνισμα δέρματος, τρέμουλο, κ.τ.λ. Το γεγονός μάλιστα ότι η φοβία τους εκδηλώνεται και με εμφανή σωματικά συμπτώματα καθιστά τους πάσχοντες από Κοινωνική Φοβία επιρρεπή και απέναντι στο άγχος που προκαλείται από τον συνειδητό φόβο ότι η κατάστασή τους θα γίνει αντιληπτή από τον κοινωνικό τους περίγυρο, (American Psychiatric Association, 2013).

Στα άτομα που παρουσιάζουν εντονότερη κατάσταση της Κοινωνικής Φοβίας, παρατηρούνται άμεσες και έμμεσες συνέπειες αυτής, με πρωτίστως τις κοινωνικές δραστηριότητες, αλλά και τις

επαγγελματικές, οικογενειακές, κ.τ.λ. να περιορίζονται σε σημαντικό βαθμό, ενώ το τελικό στάδιο δεν είναι παρά η κοινωνική απομόνωση.

Είναι δε ιδιαίτερος ανησυχητικό το γεγονός ότι τα στατιστικά στοιχεία καταδεικνύουν ότι η Κοινωνική Φοβία είναι πλέον αρκετά διαδεδομένη, (Δημητριάδου, και συν., 2013).

Όσον αφορά στον χρόνο εμφάνισής της, η Κοινωνική Φοβία συνήθως παρουσιάζεται κατά την πρώιμη παιδική ή και εφηβική ηλικία. Στην περίπτωση της εκδήλωσής της ήδη από την πρώιμη παιδική ηλικία, τα συμπτώματα φαίνεται να είναι πολύ πιο σοβαρά από ότι τα αντίστοιχα στα άτομα που εκδήλωσαν Κοινωνική Φοβία αργότερα στη ζωή τους, ενώ παράλληλα παρατηρούνται και χαμηλότερα επίπεδα λειτουργικότητας και, συνεπώς, πολύ πιο σοβαρές συνέπειες σε βάθος χρόνου, (ADAA, 2008).

- Αγοραφοβία.

Η Αγοραφοβία εμφανίζεται συχνά σε άτομα που ήδη πάσχουν από Αγχώδη Διαταραχή Πανικού, ενώ μάλιστα συνήθως αποτελεί απόκριση στα επεισόδια πανικού. Χαρακτηρίζεται από «εκδήλωση άγχους όταν το άτομο βρίσκεται σε χώρους ή καταστάσεις από όπου η διαφυγή είναι ενδεχομένως δύσκολη ή όπου ενδέχεται να μην υπάρχει δυνατότητα να του παρασχεθεί βοήθεια σε περίπτωση μη αναμενομένου επεισοδίου πανικού ή συμπτωμάτων που προσομοιάζουν κρίσεις πανικού». Επομένως, η Αγοραφοβία αφορά τον φόβο για καταστάσεις ή γεγονότα, από τα οποία δεν είναι εύκολη η άμεση διαφυγή και μόλις εκδηλωθεί ένα επεισόδιο (π.χ. πολυπληθή μέρη, δημόσιους χώρους, σήραγγες, μέσα μαζικής μεταφοράς, κ.ά., αλλά επίσης και πλατείες, δρόμους με μεγάλη κίνηση, κ.τ.λ.), (American Psychiatric Association, 2013).

Οι πρώτες εκδηλώσεις της Αγοραφοβίας περιλαμβάνουν διαδοχικά επεισόδια πανικού, ενώ οι πάσχοντες μπορεί να παρουσιάσουν διαρκές άγχος που σχετίζεται με τον φόβο της εκδήλωσης της επόμενης κρίσης. Η επαφή με το ερέθισμα, αλλά ακόμη και η σκέψη μιας πιθανής επαφής με αυτό, έχει πάντοτε ως άμεσο αποτέλεσμα την εκδήλωση άγχους ή φόβου. Τα άτομα που πάσχουν από Αγοραφοβία αποφεύγουν τις καταστάσεις που αποτελούν ερέθισμα για την Αγοραφοβία τους συνειδητά και με μεγάλη ένταση. Παράλληλα, συνήθως επιζητούν την παρουσία ενός ατόμου με το

οποίο έχουν οικειότητα και εμπιστοσύνη, όταν υπάρχει πιθανότητα να εκτεθούν σε κάποιο ερέθισμα.), (American Psychiatric Association, 2013).

Οι πάσχοντες από αγοραφοβία υποφέρουν από συνεχές άγχος για την πιθανότητα έκθεσής τους σε ένα ερέθισμα, και εκδηλώνουν έντονο άγχος και φόβο σε περίπτωση που τελικά βρεθούν σε κάποια κατάσταση που σχετίζεται με την φοβία τους. Κατά συνέπεια, τα άτομα που παρουσιάζουν συμπτώματα Αγοραφοβίας, τείνουν να αποφεύγουν τις καταστάσεις εκείνες που ενδέχεται να τους προκαλέσουν εκδήλωση επεισοδίου άγχους ή ακόμη δυσφορία, με αποτέλεσμα να υπάρχουν συνέπειες στην καθημερινότητα και στην κοινωνική ζωή, στην εργασία, κ.τ.λ.

Η ένταση των συμπτωμάτων είναι δυσανάλογη και στην περίπτωση της Αγοραφοβίας συγκριτικά με τον πραγματικό βαθμό επικινδυνότητας των καταστάσεων που μπορεί να αποτελούν το αντικείμενό της σε κάθε περίπτωση. Η διάγνωσή της απαιτεί την ύπαρξη τουλάχιστον δύο αγοραφοβικών καταστάσεων. Τα συμπτώματα άγχους και φόβου, καθώς και η προσπάθεια αποφυγής των καταστάσεων που μπορεί να προκαλέσουν επεισόδιο είναι έντονα και επίμονα, ενώ διαρκούν για τουλάχιστον 6 μήνες, (American Psychiatric Association, 2013).

4. Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή.

Με τον όρο «Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή» περιγράφεται η αγχώδης εκείνη διαταραχή που χαρακτηρίζεται από «έμμονες ιδέες και ιδεοληψίες». Χαρακτηρίζεται επίσης από αναμενόμενους φόβους ή απειλές, οι οποίοι έχουν ως αποτέλεσμα την εμφάνιση υψηλών επιπέδων άγχους, διακόπτοντας και διαταράσσοντας τη φυσιολογική ροή της ζωής, (American Psychiatric Association, 2013).

Ο πάσχων διακατέχεται παράλληλα και από την αίσθηση ότι είναι υποχρεωμένος να διεκπεραιώσει κάθε τι με συγκεκριμένες και υπερβολικές διαδικασίες και τρόπους, που ο ίδιος έχει καθιερώσει (ψυχαναγκασμοί) με τελικό σκοπό εκ μέρους του να μπορέσει να ελέγξει το άγχος του. Ωστόσο, ακριβώς αυτές οι συγκεκριμένες και ψυχαναγκαστικές διεργασίες που έχει καθιερώσει, τελικά απλώς ενδυναμώνουν και πολλαπλασιάζουν τις εμμονές και τις ιδεοληψίες του, με αποτέλεσμα να δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος ιδεοψυχαναγκαστικής συμπεριφοράς, (ADDA, 2008).

Τονίζεται μάλιστα, ότι το άτομο που πάσχει από Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή, ενδέχεται να κατανοεί και να αναγνωρίζει – αν μη τι άλλο εν μέρει – ότι οι έμμονες ιδέες και οι ιδεοληψίες που τον διακατέχουν είναι παράλογες και πλασματικές, αλλά δεν του είναι δυνατόν να τις απομακρύνει, (American Psychiatric Association, 2013).

Ο όρος «Έμμονες Ιδέες» αφορά τις «επανεμφανιζόμενες και επίμονες σκέψεις, παρορμήσεις ή εικόνες, τις οποίες το άτομο βιώνει κάποια στιγμή, συνήθως ως δυσάρεστες και ακατάλληλες, κατά τη διάρκεια εκδήλωσης της διαταραχής και οι οποίες προκαλούν χαρακτηριστικό άγχος ή δυσφορία». Πρόκειται στην ουσία για – ιδεατές τις περισσότερες φορές - καταστάσεις που ο πάσχων προσπαθεί να «αγνοήσει, καταστείλει ή εξαλείψει μέσω κάποιας άλλης σκέψης ή ενέργειας», (American Psychiatric Association, 2013).

Ο όρος «Ιδεοληψίες» αφορά τις «επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές ή ψυχικές δραστηριότητες στις οποίες εξωθείται το άτομο ως ανταπόκριση σε μια έμμονη ιδέα ή συμμορφούμενο σε κάποιους αυστηρούς κανόνες». Οι ιδεοληψίες στοχεύουν στην αποφυγή ή τη μείωση της δυσφορίας ή στην αποτροπή ενός γεγονότος ή μιας κατάστασης που δημιουργεί φόβο στο άτομο. Ωστόσο, αυτές οι συμπεριφορές ή ψυχικές δραστηριότητες είτε δεν συνδέονται με ρεαλιστικό τρόπο με το γεγονός ή την κατάσταση που επιδιώκουν να εξαλείψουν είτε είναι σαφώς υπερβολικές, (American Psychiatric Association, 2013).

5. Μετατραυματική Διαταραχή μετά από ισχυρό στρες.

Η Μετατραυματική Διαταραχή (PTSD) εμφανίζεται μετά την έκθεση ενός ατόμου σε κάποιο ασυνήθιστα σοβαρό ψυχοτραυματικό γεγονός. Πρόκειται δηλαδή για αντίδραση μετά από ένα τραυματικό βίωμα, το οποίο συνήθως σχετίζεται με την έκθεση σε ακραία απειλητικά γεγονότα ή και γεγονότα καταστροφικής φύσεως, στα οποία το άτομο που πάσχει από PTSD εκτέθηκε είτε ως θύμα είτε ως μάρτυρας, (American Psychiatric Association, 2013).

Βιώματα που θεωρούνται ως σοβαρά ψυχοτραυματικά γεγονότα περιλαμβάνουν κακοποιήσεις κάθε τύπου, βίαια και σοβαρά ατυχήματα, παρουσία (ως θύμα ή μάρτυρας) σε κάποια επίθεση, έγκλημα ή απαγωγή, εμπόλεμες καταστάσεις, φυσικές καταστροφές, διάγνωση αρρώστιας (είτε του ίδιου, είτε άλλου οικείου του ατόμου), θάνατος. Είναι δε σύνηθες σε στρατιώτες που έχουν συμμετάσχει σε εμπόλεμες

καταστάσεις και σε αστυνομικούς που έχουν βιώσει έντονα εγκλήματα ή ατυχήματα, (ADAA, 2008).

Η Μετατραυματική Διαταραχή μπορεί να εκδηλωθεί αμέσως μετά το συμβάν που αποτέλεσε το έναυσμά της, αλλά ωστόσο είναι πιθανή και η αναβίωση αναμνήσεων των τραυματικών εμπειριών, πολύ μετά την έκθεση στην επώδυνη κατάσταση, οπότε και θα σημειωθεί η έναρξη της εκδήλωσης των συμπτωμάτων της Διαταραχής. Η δε αναβίωση των βιωμάτων αυτών, μπορεί να επέλθει μετά από κάποιο άλλο γεγονός που υπενθύμισε στο άτομο την κύρια τραυματική εμπειρία ή και μέσα από την ανάδυση του υποσυνειδητού σε συνειδητό επίπεδο, μετά από κάποιο όνειρο, (American Psychiatric Association, 2013, ADAA, 2008).

Εφόσον εκδηλωθεί η Μετατραυματική Διαταραχή, ο πάσχων βιώνει συνεχές και έντονο άγχος, που μπορεί να συνοδεύεται από έντονο φόβο ή και τρόμο, καθώς και από αίσθημα αδυναμίας τόσο σωματικής όσο και ψυχικής. Παράλληλα, ξαναζεί διαρκώς το ψυχοτραυματικό γεγονός που τον επηρέασε, τόσο μέσα από παρεμβαλλόμενες αναμνήσεις, όσο και μέσα από επαναλαμβανόμενους εφιάλτες, (American Psychiatric Association, 2013).

Στα χαρακτηριστικά συμπτώματα της Μετατραυματικής Διαταραχής μετά από ισχυρό στρες (PTSD) συγκαταλέγονται:

- επίμονη ανάκληση του τραυματικού γεγονότος μέσω αναμνήσεων, ονείρων ή αναδρομών στο παρελθόν,
- επίμονη σωματική ή συναισθηματική αποφυγή ερεθισμάτων που συνδέονται με το τραύμα,
- πάγωμα της γενικής ανταπόκρισης: αποφυγή σκέψεων ή διαλόγων σχετικά με το τραύμα ή αίσθημα αποκοπής από τους άλλους
- επίμονα συμπτώματα αυξημένης διέγερσης, όπως ανεπαρκής ύπνος, δυσκολία συγκέντρωσης ή υπερβολική φοβική αντίδραση, (American Psychiatric Association, 2013).

Συνοψίζοντας τα ανωτέρω όσον αφορά στα συμπτώματα των αγχώδων διαταραχών, αυτά περιλαμβάνουν:

1. Συναισθήματα πανικού, φόβου και ανησυχίας.
2. Προβλήματα ύπνου.
3. Κρύα ή ιδρωμένα άκρα (άνω ή/και κάτω).
4. Δύσπνοια.

5. Ταχυπαλμία.
6. Μούδιασμα ή μυρμηγκιασμα στα άκρα (άνω ή κάτω).
7. Ναυτία.
8. Μυϊκή ένταση.
9. Ζάλη, (Μαδιανός, 2004).

Τα αίτια που μπορεί να προκαλέσουν μια εκδήλωση Αγχώδους Διαταραχής είναι ποικίλα και μπορεί να λειτουργούν και συνδυαστικά μεταξύ τους. Στους παράγοντες κινδύνου περιλαμβάνονται οικογενειακά, γνωσιακά, συμπεριφορικά ή κοινωνικά εναύσματα, ή και συνδυασμός αυτών.

1.3. Κατηγορίες άγχους που εμφανίζουν οι ασθενείς στο νοσοκομειακό περιβάλλον

Στην περίπτωση του ασθενούς που βρίσκεται αντιμέτωπος με μια επίσκεψη ή και εισαγωγή σε νοσοκομείο η εμφάνιση άγχους θεωρείται σύνηθες φαινόμενο, καθώς αυτή μπορεί να προκληθεί λόγω της διατάραξης της καθημερινότητας του εν λόγω ασθενούς. Οι συνηθέστεροι λόγοι εκδήλωσης άγχους είναι η αβεβαιότητα που χαρακτηρίζει το διάστημα της αναμονής για μια διάγνωση και η διάρκεια της διεξαγωγής ιατρικών εξετάσεων κατά τις οποίες προκαλείται αίσθηση ανασφάλειας ή ντροπής. Επίσης είναι δυνατόν να βιώνει έντονο άγχος και κάποιος ασθενής ο οποίος νοσεί από σοβαρό νόσημα και ανησυχεί για την τελική έκβαση της θεραπείας ή και για την ίδια του τη ζωή, (Φυλάκη, 2016).

Λόγω των αυξημένων κινδύνων για την υγεία και λόγω της συχνότητας εμφάνισης συμπτωμάτων άγχους κατά τις ανωτέρω αναφερόμενες περιστάσεις, θεωρείται απαραίτητο για τους νοσηλευτές να διαθέτουν γνώσεις χειρισμού και αντιμετώπισης μιας τέτοιας περίπτωσης ασθενούς. Η παροχή βοήθειας προς έναν ασθενή που βρίσκεται αντιμέτωπος με μια κρίση άγχους – όποιας έντασης – μέσα από την προσωπική επικοινωνία μεταξύ νοσηλευτή και ασθενή κρίνεται απαραίτητη. Εξάλλου το άγχος τελικά θα επιδεινώσει την κατάσταση της υγείας του ασθενούς, δυσκολεύοντας το έργο του νοσηλευτή και την συνολική του προσπάθεια για τη βελτίωση αυτής, (Φυλάκη, 2016).

1.4. Φοβίες

Ο φόβος αποτελεί μια φυσιολογική κατάσταση, που λειτουργεί προστατευτικά για τον άνθρωπο απέναντι στους κινδύνους, προετοιμάζοντας τον ανθρώπινο οργανισμό για την αντιμετώπιση ή την αποφυγή του, λειτουργώντας ως μηχανισμός επιβίωσης και ασπίδα του οργανισμού. Στις περιπτώσεις εκείνες που ο άνθρωπος έρχεται αντιμέτωπος με κάποιον κίνδυνο που του δημιουργεί το αίσθημα του φόβου, αυξάνονται οι καρδιακοί παλμοί, ενώ παρατηρείται ταυτόχρονη αύξηση της αρτηριακής πίεσης, του ρυθμού της αναπνοής και της μυϊκής τάσης, (Ψούνη, 2014).

Η ειδοποιός διαφορά μεταξύ του φόβου και της φοβίας είναι ότι στην περίπτωση εκδήλωσης μιας φοβίας δεν υπάρχει πραγματικός κίνδυνος. Τα συμπτώματα και η ενεργοποίηση του οργανισμού παραμένουν τα ίδια, αλλά στην περίπτωση της φοβίας το αίσθημα το φόβου είναι παράλογο και υπερβολικό. Σημειώνεται δε ότι στις περισσότερες περιπτώσεις ένας άνθρωπος που πάσχει από κάποια φοβία έχει και πλήρη επίγνωση για την μη πραγματική υπόσταση του φόβου που του προκαλείται. Ωστόσο, παρότι γνωρίζει ότι πρόκειται για μια προβληματική συμπεριφορά, δεν έχει τη δύναμη και τη δυνατότητα να αντιμετωπίσει τη φοβία του. Παρότι γνωρίζει ότι είναι παράλογος, δε δύναται να ασκήσει έλεγχο στον εαυτό του και στις υπερβολικές αντιδράσεις του. Στις περισσότερες δε περιπτώσεις οι άνθρωποι που έχουν φοβίες καταφεύγουν στη συνειδητή αποφυγή των καταστάσεων που τις ενεργοποιούν γνωρίζοντας ότι εάν βρεθούν αντιμέτωποι με μια από αυτές, η φοβία τους θα εκδηλωθεί έντονα φτάνοντας ακόμη και σε κρίση πανικού, (Ψούνη, 2014).

Ωστόσο τα συμπτώματα μιας φοβίας είναι δυνατόν να εμφανιστούν και χωρίς την πραγματική έκθεση στην κατάσταση που την προκαλεί, αλλά αρκεί να φανταστεί ο πάσχων ότι βρίσκεται αντιμέτωπος με τις συνθήκες που – παραλόγως – φοβάται. Επομένως, ο πάσχων από κάποια φοβία βρίσκεται συνεχώς αντιμέτωπος με τον παράλογο και υπερβολικό φόβο του, ο οποίος μάλιστα δεν τον προστατεύει από κάποιον πραγματικό κίνδυνο, αλλά, αντιθέτως, του προκαλεί συνεχείς δυσκολίες και δυσλειτουργική συμπεριφορά, (Ψούνη, 2014).

Οι φοβίες κατατάσσονται σε δύο γενικές κατηγορίες ανάλογα με τον γενικό παράγοντα φόβου που τις προκαλεί, ενώ συνήθως ένας άνθρωπος που πάσχει από φοβίες εκδηλώνει τη μια από αυτές. Η πρώτη κατηγορία αφορά τις φοβίες που σχετίζονται με τον φόβο του αποχωρισμού. Η δεύτερη τις φοβίες που σχετίζονται με τον φόβο για τραυματισμό ή πόνο. Ο πάσχων μπορεί επομένως να παρουσιάζει μια ή περισσότερες φοβίες, που ωστόσο σχετίζονται συνήθως με μια μόνο από τις ανωτέρω κατηγορίες. Στην περίπτωση που πρόκειται για μια μόνο φοβία –

μονοσυμπτωματική φοβία -, συνήθως πρόκειται για ειδική φοβία και εμφανίζεται μεμονωμένα, (Μεσσήνη & Μπακόλα, 2016).

Σε κάποιες περιπτώσεις, η εμφάνιση μιας φοβίας μπορεί να σχετίζεται με ορισμένη τραυματική εμπειρία του πάσχοντα. Ωστόσο συνήθως, η φοβία είναι η εκδήλωση ενός ασυνείδητου προβλήματος που παραμένει άλυτο. Σύμφωνα με την Τζελέπη (2008), οι φοβίες κατά την ψυχαναλυτική έννοια, *«οφείλονται σε άγχος που βιώνει ο πάσχων λόγω ενδοψυχικών συγκρούσεων σε συνδυασμό με την απώθηση βασικών επιθυμιών και παρορμήσεων του»*. Κατά την ερμηνεία αυτή, *«το φοβικό αντικείμενο αποτελεί απλώς ένα "υποκατάστατο" του πραγματικού αντικειμένου του φόβου του, το οποίο είναι μια συγκεκριμένη ψυχοσεξουαλική σύγκρουση που απασχολεί τον πάσχοντα»*, (Τζελέπη, 2008).

Οι συνηθέστερες μορφές φοβίας είναι η αγοραφοβία, η κοινωνική φοβία και η ειδική φοβία, η οποία περιλαμβάνει συγκεκριμένους φόβους που χαρακτηρίζονται ως υπερβολικοί και παράλογοι και σχετίζονται με αντικείμενα ή καταστάσεις (π.χ. ύψος, αίμα, σύριγγα) και αποτελεί και το αντικείμενο της εργασίας αυτής, (Ψούνη, 2014).

1.5. Φοβίες που εμφανίζουν οι ασθενείς στο νοσοκομειακό περιβάλλον

Οι φοβίες που εμφανίζουν συνήθως οι ασθενείς όταν πρόκειται να έρθουν σε επαφή με κάποιο νοσοκομειακό περιβάλλον – είτε για απλή εξέταση είτε για νοσηλεία – εντάσσονται στην ειδική φοβία.

Η ειδική φοβία αποτελεί μια ξεχωριστή μορφή φοβίας η οποία περιλαμβάνει ένα πλήθος διαφορετικών μονοσυμπτωματικών φοβιών. Κάθε διαφορετική φοβία που εντάσσεται στην μορφή αυτή χαρακτηρίζεται από υπερβολή και είναι απολύτως παράλογη, ενώ σχετίζεται με συγκεκριμένο αντικείμενο ή συνθήκες/καταστάσεις, που στην πραγματικότητα είναι απολύτως ακίνδυνα (Ψούνη, 2014). Μάλιστα το επίπεδο του άγχους που αισθάνεται ο πάσχων όταν βρίσκεται εγγύς του αντικειμένου της φοβίας του αυξάνεται ανάλογα με την εγγύτητά του προς αυτό, (Τζελέπη, 2008).

Τα είδη της ειδικής φοβίας που απασχολούν τη συγκεκριμένη εργασία αφορούν αποκλειστικά και μόνον εκείνες που σχετίζονται με το νοσοκομειακό περιβάλλον και τα αντικείμενα, τα άτομα και τις διεργασίες που μπορεί να σχετίζονται με αυτά. Οι μονοσυμπτωματικές αυτές φοβίες είναι η φοβία του αίματος και του τραύματος, η φοβία των ενέσεων (βελονοφοβία), η τοκοφοβία, η φοβία των ασθενειών (νοσοφοβία ή αρρωστοφοβία), η φοβία των μικροβίων (μικροβιοφοβία), η φοβία της "λευκής μπλούζας", η φοβία για την νάρκωση, η φοβία πριν από τη νοσηλεία και πριν από μια χειρουργική επέμβαση, η φοβία για τον θάνατο (ασθενείς με ανίατη ασθένεια), η φοβία της ιατρικής περίθαλψης διαμέσω της θρησκείας, η φοβία για τις ιατρικές εξετάσεις και η φοβία των παιδιών για το νοσοκομείο, (Τζελέπη, 2008).

Κάποιες από τις ανωτέρω αναφερόμενες φοβίες μπορεί να έχουν μια λογική βάση ή να οφείλονται σε προηγούμενες τραυματικές ή έστω δύσκολες εμπειρίες του πάσχοντα. Κάθε μια από αυτές τις φοβίες που αναφέρονται παραπάνω μπορεί να προκαλέσουν ακραίες αντιδράσεις και κρίσεις πανικού. Ακόμη, κάθε μια από τις φοβίες αυτές χρίζει διαφορετικής προσέγγισης εκ μέρους τόσο του νοσηλευτικού προσωπικού όσο και του ίδιου του πάσχοντα, ώστε να επιτευχθεί αφενός καθησυχασμός και αφετέρου ουσιαστική αντιμετώπιση.

2. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΕΣ ΣΤΑ ΘΕΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΦΟΒΙΩΝ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ

2.1. Λόγοι εμφάνισης άγχους και φοβιών σε νοσοκομειακό περιβάλλον

Οι επαγγελματίες υγείας και ιδιαίτερα το νοσηλευτικό προσωπικό ενός νοσοκομειακού ιδρύματος είναι επιφορτισμένοι με την φροντίδα των ασθενών, σε κάθε της δυνατή έκφανση, με τελικό στόχο την ίασή του – ή εάν αυτό δεν είναι εφικτό την όσο το δυνατόν καλύτερη ιατροφαρμακευτική υποστήριξή του.

Στην περίπτωση ανάγκης αντιμετώπισης κρίσεων άγχους ή ειδικών φοβιών που σχετίζονται με το νοσοκομειακό περιβάλλον, οι νοσηλευτές καλούνται να παράσχουν κάθε δυνατή βοήθεια προς τον πάσχοντα. Οι λόγοι της εμφάνισης τέτοιων κρίσεων μπορεί να είναι πολλοί και διαφορετικοί, αλλά δεν παύουν να υφίστανται, να είναι αποδεκτοί και να πρέπει να αντιμετωπιστούν κατάλληλα από τους νοσηλευτές. Ακόμη και για έναν άνθρωπο ο οποίος γενικά εμφανίζει υγιές, ήπιο άγχος και δεν παρουσιάζει διαταραχές που να σχετίζονται με φοβίες η πιθανότητα μιας ασθένειας δεν παύει να αποτελεί μια αρνητική εμπειρία. Η ανησυχία για το πόρισμα μιας διάγνωσης και για τη σοβαρότητα της κατάστασής του, ο «αφιλόξενος» και αποστειρωμένος χώρος, η ιδέα πως νοσοκομειακή περίθαλψη συνεπάγεται και σοβαρή ασθένεια, η ανησυχία για την έκβαση μιας θεραπείας, η άγνοια των ιατρικών όρων και των διαδικασιών που ακολουθούνται από ένα νοσοκομείο, ο φόβος για το θάνατο, αποτελούν κάποιους μόνο από τους λόγους πρόκλησης άγχους σε ένα κατά τα άλλα υγιές μυαλό, (Φυλάκη, 2016).

Η κατάσταση εντείνεται σε μεγάλο βαθμό όταν ο ασθενής πάσχει ήδη από κάποια φοβία ή είναι επιρρεπής στην εκδήλωση άγχους επιπέδου. Ειδικότερα στις περιπτώσεις που υφίσταται μια μορφή ειδικής φοβίας, το αντικείμενο της οποίας σχετίζεται άμεσα με τον παράγοντα «νοσοκομείο» θα πρέπει να λαμβάνονται μέτρα και να παρέχεται εξειδικευμένη προετοιμασία, φροντίδα και βοήθεια εκ μέρους του νοσηλευτικού προσωπικού, (Καππάτου, 2014).

2.2. Ανάγκη παροχής βοήθειας για την αντιμετώπιση του άγχους και των φοβιών των ασθενών στο νοσοκομειακό περιβάλλον από τους επαγγελματίες υγείας

Οι φοβίες πρέπει να αντιμετωπίζονται άμεσα όταν επηρεάζουν σε σημαντικό βαθμό την καθημερινότητα του πάσχοντος. Σε περιπτώσεις που η έντασή της λειτουργεί αποτρεπτικά προς τη διενέργεια καθημερινών πράξεων λόγω της συνεχούς αποφυγής του αντικειμένου της, θα πρέπει να ζητηθεί άμεσα βοήθεια από κάποιον επαγγελματία υγείας.

Οι παράγοντες που καθορίζουν την αναγκαιότητα παροχής βοήθειας για την αντιμετώπιση μιας ειδικής φοβίας είναι η αίσθηση έντονου φόβου, άγχους και πανικού, η αναγνώριση από τον πάσχοντα ότι ο φόβος του είναι παράλογος και υπερβολικός, η συνεχής αποφυγή καταστάσεων που σχετίζονται με το αντικείμενο της φοβίας, η πρόκληση προβλημάτων και δυσλειτουργιών στην καθημερινότητα του πάσχοντος, η πρόκληση στον πάσχοντα υψηλού βαθμού αισθήματος δυσφορίας, ή η συνεχής εμφάνιση συμπτωμάτων για χρονικό διάστημα τουλάχιστον έξι μηνών, (Μητσοπούλου, 2013).

2.3. Τρόποι αντιμετώπισης του άγχους και των φοβιών

Η φοβίες δεν είναι εύκολο να αντιμετωπιστούν χωρίς τη λήψη επαγγελματικής βοήθειας. Για την αντιμετώπισή της είναι καταρχήν απαραίτητη η αποδοχή της φοβίας ως πρόβλημα από τον ίδιο τον πάσχοντα καθώς και η αποδοχή του ότι απαιτείται να μιλήσει σε κάποιον ειδικό για το πρόβλημά του.

Οι περισσότεροι συνηθισμένοι τρόποι μέσω των οποίων αντιμετωπίζονται οι φοβίες είναι η συμβουλευτική και η ψυχοθεραπεία, χωρίς ωστόσο να αποκλείεται και η εφαρμογή κάποιας φαρμακευτικής αγωγής συνδυαστικά με αυτές.

Η συμβουλευτική και η ψυχοθεραπεία που εφαρμόζεται θα πρέπει να εστιάζει στην αύξηση της αυτοεκτίμησης του πάσχοντα, στην εκπαίδευσή του ώστε να μπορεί να μειώνει τα επίπεδα άγχους κατά την εκδήλωση μιας φοβίας μέσω τεχνικών χαλάρωσης. Η εφαρμογή της συμβουλευτικής και της ψυχοθεραπείας σε τέτοιες περιπτώσεις βασίζεται στην βαθμιαία και προοδευτική έκθεση του πάσχοντα στο αντικείμενο της φοβίας του. Ο στόχος τους είναι η ριζική αλλαγή του τρόπου με τον οποίο σκέφτεται ο πάσχων και με τον οποίο αντιμετωπίζει τη φοβία του καθώς και των δημιουργούμενων συναισθημάτων και εντάσεων όταν βρίσκεται αντιμέτωπος με το αντικείμενο του φόβου τους ή και την ιδέα αυτού, (Μητσοπούλου, 2013).

Η συμβουλευτική και η ψυχοθεραπεία για την αντιμετώπιση των φοβιών βασίζονται στην αρχή ότι ο πάσχων πρέπει να διδαχθεί και να εμπεδώσει το γεγονός ότι το αντικείμενο της φοβίας του, που στα μάτια του φαίνεται υπερβολικά τρομακτικό και επικίνδυνο, στην πραγματικότητα δεν αποτελεί ουσιαστικό κίνδυνο. Χρησιμοποιούνται ώστε να κατανοήσει ο πάσχων ότι θα πρέπει να μετατρέψει το φόβο του σε κινητήρια δύναμη, διοχετεύοντας την ενέργεια παραγωγικά, (Μητσοπούλου, 2013).

Μια εξαιρετικά διαδεδομένη ψυχοθεραπευτική προσέγγιση για την αντιμετώπιση των φοβιών είναι η Γνωστική Συμπεριφορική Θεραπεία, (Cognitive Behavioral Therapy). Η προσέγγιση αυτή πρεσβεύει ότι κάθε ανθρώπινο πρόβλημα προκύπτει από τον τρόπο αντίληψης του ανθρώπου των καταστάσεων, άσχετα με την αντικειμενική τους μορφή. Επομένως κάθε συναισθηματική κατάσταση επηρεάζεται από τις προσωπικές σκέψεις και την προσωπική αντιληπτική ικανότητα του ανθρώπου. Οι περισσότερες ψυχολογικές διαταραχές οφείλονται σε δυσλειτουργικές σκέψεις και/ή παράλογες πεποιθήσεις οι οποίες λαμβάνουν την μορφή της απόλυτης αλήθειας για τον άνθρωπο που παρουσιάζει συμπτώματα αυτού του τύπου, (Μεσσήνη & Μπακόλα, 2016).

Για τη θεραπεία των εν λόγω διαταραχών η Γνωστική Συμπεριφορική Θεραπεία βασίζεται στην προσπάθεια αντικατάστασης των δυσλειτουργικών αυτών

σκέψεων με πεποιθήσεις που αντικατοπτρίζουν την πραγματική αλήθεια. Μέχρι σήμερα αποδεικνύεται πως είναι αποτελεσματική για την αντιμετώπιση των φοβιών, καθώς δεν εστιάζει στην αποφυγή του προβλήματος, αλλά στην παροχή βοήθειας προς τον πάσχοντα ώστε να αποδεχθεί, να αντικρίσει και να αντιμετωπίσει το αντικείμενο της φοβίας του. Σύμφωνα με τους Judith & Beck (2005) όπως παρατίθενται από τις Μεσσήνη & Μπακόλα, (2016) η εφαρμογή της Γνωστικής Συμπεριφορικής Θεραπείας βασίζεται στις εξής δέκα αρχές:

- 1) Στον διαρκώς εξελισσόμενο τρόπο κατανόησης του πάσχοντα και των διαταραχών του με γνωστικούς τρόπους.
- 2) Απαιτείται μια «σταθερή θεραπευτική συμμαχία».
- 3) Απαιτείται διαρκής συνεργασία και ενεργός συμμετοχή από τον πάσχοντα.
- 4) Προσανατολίζεται σε συγκεκριμένους στόχους και επικεντρώνεται σε συγκεκριμένα προβλήματα.
- 5) Κατά την εκκίνησή της δίνεται έμφαση στο παρόν και όχι σε πιθανές τραυματικές εμπειρίες ή καταστάσεις του παρελθόντος.
- 6) Επιδιώκεται η εκπαίδευση του πάσχοντα ώστε να μπορέσει να θεραπεύσει ο ίδιος τον εαυτό του.
- 7) Είναι βραχείας διάρκειας.
- 8) Πραγματοποιείται βάσει δομημένων θεραπευτικών συνεδριών.
- 9) Επιδιώκεται η εκπαίδευση του πάσχοντα ώστε να είναι ικανός να αναγνωρίζει, να αξιολογεί και να απαντά στις δυσλειτουργικές του σκέψεις.
- 10) Στοχεύει στη δραστική αλλαγή του τρόπου σκέψης, της διάθεσης και της συμπεριφοράς του πάσχοντα με τη χρήση μιας ποικιλίας τεχνικών, (Μεσσήνη & Μπακόλα, 2016).

2.4. Αντιμετώπιση του άγχους και των φοβιών των ασθενών στο νοσοκομειακό περιβάλλον από τους επαγγελματίες υγείας

Δεν είναι δυνατόν να ειπωθεί πως υπάρχει μια συγκεκριμένη «φόρμουλα» που θα επιφέρει αποτελέσματα στην αντιμετώπιση του άγχους και της διαφορετικής ειδικής φοβίας κάθε πάσχοντα.

Στην περίπτωση προγραμματισμένων διαδικασιών (εξετάσεις, τοκετοί, προγραμματισμένη νοσηλεία, κ.τ.λ.) προτείνεται η καταρχήν προετοιμασία κάθε ασθενούς, ώστε να είναι εξαρχής ενήμερος για το τι πρόκειται να αντιμετωπίσει. Με τον τρόπο αυτό είναι δυνατή η ελαχιστοποίηση ανησυχιών και άγχους που σχετίζονται με την αναμονή και την άγνοια, ενώ ταυτόχρονα ο ασθενής είναι ψυχολογικά προετοιμασμένος για όποιον πόνο ενδέχεται να αντιμετωπίσει. Σύμφωνα δε με μελέτη των Zuk et al. (2003) το 87% των ασθενών που είχε ενημερωθεί σχετικά με την ασθένεια του και τη θεραπεία αυτής ήταν συνεργάσιμο κατά την διάρκεια της θεραπείας, το 63,5% δεν ένιωσε περιορισμό της ελευθερίας του εξαιτίας της νοσηλείας και το 79,3% δήλωσε πως δεν αντιμετώπισε καμία δυσκολία κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του, (Φυλάκη, 2016).

Απαραίτητη κρίνεται η συστηματική προσέγγιση του άγχους των ασθενών που πρόκειται να νοσηλευτούν καθώς και η προσπάθεια ουσιαστικής προσέγγισης του ασθενούς από τον νοσηλευτή. Ο νοσηλευτής που βρίσκεται αντιμέτωπος με κάποιον ασθενή που παρουσιάζει έντονα συμπτώματα άγχους ή φοβιών που σχετίζονται με το νοσοκομειακό περιβάλλον, θα πρέπει να είναι ικανός να αντιμετωπίσει την ενδεχόμενη κρίση αλλά και να στηρίξει τον ασθενή. Η επικοινωνία με τους ασθενείς, η παροχή κατάλληλης φροντίδας και η προσπάθεια εφησυχασμού του άγχους του ασθενή με την ταυτόχρονη επίδειξη προσωπικού ενδιαφέροντος, αποτελούν μεθόδους μέσω των οποίων μπορεί να επιτευχθεί η αντιμετώπιση της κρίσης. Για την επίτευξη του σκοπού αυτού μπορούν να ακολουθηθούν ορισμένα βήματα εκ μέρους του νοσηλευτή, όπως η διαμόρφωση κλίματος εμπιστοσύνης, η διερεύνηση των γνώσεων του ασθενούς σχετικά με την κατάσταση της υγείας του, η εκτίμηση των αναγκών του ασθενούς όσον αφορά στην πληροφόρησή του για τα θέματα που τον αφορούν και η παροχή των αντιστοίχων πληροφοριών, η αναγνώριση από τον νοσηλευτή των συναισθημάτων και των ανησυχιών του ασθενούς και η προσπάθεια εφησυχασμού τους, (Φυλάκη, 2016).

3. ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

3.1. Εισαγωγή – Περίληψη

Με τη συγκεκριμένη μελέτη περίπτωσης επιχειρείται η προσέγγιση των φοβικών συμπτωμάτων, σε σχέση με θέματα υγείας - επίσκεψη σε ιατρείο, ιατρικές εξετάσεις και άλλα παρεμφερή - νεαρής γυναίκας (Δανάη) με διαταραχές άγχους, που σημάδεψαν τη ζωή της ήδη από τα παιδικά της χρόνια, με όλο το φάσμα των χαρακτηριστικών γνωρισμάτων των κρίσεων πανικού, της ενταμένης αγωνίας και του άγχους.

Το πρόβλημα εξετάζεται μέσα στα πλαίσια του στενότερου και ευρύτερου κοινωνικού περιβάλλοντος της νεαρής, δεδομένου ότι τόσο η οικογένεια όσο και ο φιλικός της κύκλος, στέκονται με ενδιαφέρον και στοργή δίπλα της, προκειμένου να τη βοηθήσουν να αντιμετωπίσει ορθολογικά τη δυσφορία της στα θέματα υγείας.

Η Δανάη χρειάστηκε να νοσηλευθεί σε Ιδιωτική Κλινική, στην ηλικία των δεκαεπτά ετών, λόγω οξύτατου πόνου στη δεξιά κατώτερη κοιλιακή χώρα, στη σκωληκοειδή απόφυση. Η διάγνωση από τον έμπειρο χειρουργό επέβαλε την άμεση αφαίρεση της σκωληκοειδούς απόφυσης με χειρουργική σκωληκοειδεκτομή.

Η ασθενής αντέδρασε έντονα, πανικόβλητη, με ανεξέλεγκτο φόβο, δυσφορία και άγχος, προκαλώντας το σοβαρό προβληματισμό του γιατρού και των οικείων της, για την αντιμετώπιση της κατάστασης, δεδομένου ότι δεν επιτρεπόταν η καθυστέρηση της επέμβασης.

3.2. Παρουσίαση – Ανάλυση περίπτωσης

Σύμφωνα με τα στοιχεία του ιστορικού της Δανάης, καθώς και τις πληροφορίες που δόθηκαν από τους γονείς της, το πρόβλημα με τη φοβία των γιατρών, των ιατρικών εξετάσεων και γενικώς, τη φοβία με τα ζητήματα υγείας, διακατέχει την ασθενή από τη νηπιακή της ηλικία.

Συγκεκριμένα:

- Σε ηλικία ενός έτους, χρειάστηκε να υποβληθεί σε εξετάσεις που προέβλεπαν και τη λήψη αίματος. Η διαδικασία της αιμοληψίας στάθηκε μία πραγματικά τραυματική εμπειρία, διότι δεν ήταν δυνατή η εύρεση φλέβας, με αποτέλεσμα πολλά άστοχα και επίπονα τρυπήματα.

Έκτοτε, η επίσκεψη σε γιατρό εξελισσόταν σε περιπέτεια τρόμου, κλαμάτων και πανικού.

Έγινε προσπάθεια από την οικογένεια να αντιμετωπίσει το πρόβλημα, παίζοντας με τη Δανάη στο σπίτι τους γιατρούς και τις νοσοκόμες, αγοράζοντας παιχνίδια ιατρικού ενδιαφέροντος και χρήσης, ώστε να εξοικειωθεί με τον ιατρικό χώρο το παιδί σιγά – σιγά και να αρχίσει να διώχνει το φόβο του.

- Σε ηλικία δύο ετών, παίζοντας ανέμελα στο πάρκο της πόλης, βρέθηκε ξαφνικά μπροστά σε μία γάτα τραυματισμένη θανάσιμα στο κεφάλι, με μία αποκρουστική πληγή. Η Δανάη πανικοβλήθηκε από το θέαμα και κλαίγοντας έτρεξε στην αγκαλιά της μαμάς της.

Για μεγάλο χρονικό διάστημα, το παιδί δεν ήθελε να βγει έξω από το σπίτι. Κάθε φορά που επρόκειτο να βγει με τους γονείς της έκλαιγε και γαντζωνόταν από τη μητέρα της. Καθήμενη στο καροτσάκι της, καθόλη τη διαδρομή, έκλεινε με τα χεράκια της τα μάτια της, ζώντας με το φόβο της αποτροπιαστικής εικόνας της σκοτωμένης γάτας.

- Στα τέσσερα χρόνια της η Δανάη χρειάστηκε να υποβληθεί σε επέμβαση αφαίρεσης των αδενοειδών εκβλαστήσεων, τα γνωστά σε όλους κρεατάκια. Λίγο πριν την έναρξη της επέμβασης, ο γιατρός απαίτησε να βγει από το χώρο η μητέρα. Το παιδί άρχισε να κλαίει και ο γιατρός το χαστούκισε με οργή.

Η Δανάη, βλέποντας τα αίματα να τρέχουν και τον «εχθρό» γιατρό από πάνω της με τη μακρυνά κόκκινη πλαστική ποδιά του, λιποθύμησε.

Για πολύ καιρό, η μικρή Δανάη βασανιζόταν από αϋπνίες και εφιάλτες, όταν πια κοιμόταν.

Πλέον, το μικρό παιδί άκουγε τη λέξη γιατρός και βίωνε τον απόλυτο πανικό.

Οι γονείς, άνθρωποι υψηλού μορφωτικού επιπέδου, προσπάθησαν να αντιμετωπίσουν με ψυχραιμία το πρόβλημα, που γινόταν ολοένα και μεγαλύτερο.

Οι προσπάθειες επικεντρώνονταν σε παιδαγωγικής στρατηγικής μεθόδους, προκειμένου να επιτύχουν την ύφεση του φαινομένου, αλλά και τον κατευνασμό των βασανιστικών συνεπειών του ανεξέλεγκτου φόβου της Δανάης, μέσα από ένα πλαίσιο ενεργειών, που συνοψίζονται στα κάτωθι:

- ✓ Δεν ανάγκαζαν ποτέ το παιδί τους να πάει με τη βία σε οποιαδήποτε ιατρική επίσκεψη, συνήθως στον οδοντίατρο,
- ✓ Δεν υπερέβαλλαν την προσοχή τους σε κάθε εκδήλωση πανικού ή απλού φόβου του παιδιού τους,
- ✓ Δεν τρομοκρατούσαν τη μικρή Δανάη με φαντάσματα, θηρία και μπαμπούλες ή αστυνομικούς – ο αποτελεσματικότερος δηλαδή τρόπος για να ριζωθεί για πάντα ο φόβος στον εσωτερικό κόσμο του παιδιού,
- ✓ Δεν υποβάθμιζαν το φόβο του παιδιού τους, γελοιοποιώντας το, αλλά το άκουγαν με προσοχή και κατανόηση, εξηγώντας ποιοι είναι οι πραγματικοί κίνδυνοι που πρέπει να φοβάται,
- ✓ Προσπάθησαν επιμελώς, να τονώσουν την αυτοπεποίθηση και την αυτονομία της, αποφεύγοντας υπερπροστατευτικές συμπεριφορές και στάσεις.

Τη δεδομένη στιγμή ωστόσο, με την είσοδο της Δανάης στην Ιδιωτική Κλινική, για την αφαίρεση της σκωληκοειδούς απόφουσης, ο πανικός γιγαντώθηκε, περισσότερο έντονος, περισσότερο ανεξέλεγκτος.

Η Δανάη έπρεπε να χειρουργηθεί οπωσδήποτε το πρωινό της επόμενης μέρας. Κάθησε στην άκρη του κρεβατιού, χωρίς να δεχθεί να ξαπλώσει, έστω και για λίγο, αρνούμενη να βγάλει ακόμη και το πανωφόρι της – μία νεανική, φθηνή γούνα κατά τα πρότυπα των χίπις εκείνης της εποχής.

Ο γιατρός ερχόμενος το επόμενο πρωί για το χειρουργείο, έμεινε έκπληκτος βλέποντάς την στην άκρη του κρεβατιού, όπως ακριβώς την άφησε το προηγούμενο βράδυ και, γελώντας την πείραξε, λέγοντάς της:

«Καλά, βρε Δανάη, ούτε την ερμίνα σου δεν έβγαλες;»

Καταλαβαίνοντας αμέσως, ότι δεν υπήρχε δυνατότητα να την πείσει να συνεργαστεί, της είπε ότι θα της χορηγήσει ένα φάρμακο παυσίπονο, ώστε να περάσει τα Χριστούγεννα στο σπίτι μαζί με την οικογένειά της, προγραμματίζοντας την επέμβαση στο άμεσο διάστημα μετά τις γιορτές.

Η Δανάη συμφώνησε με ανακούφιση με την πρότασή του, δεχόμενη να της κάνουν την «παυσίπονη» ένεση.

Η ένεση ήταν στην πραγματικότητα προνάρκωση, με αποτέλεσμα να μπορέσει ο έμπειρος γιατρός και φίλος των γονέων της Δανάης, να προβεί στη χειρουργική σκωληκοειδεκτομή.

3.3. Ψυχολογικό υπόβαθρο των φοβικών συμπτωμάτων της μελέτης

Ο εσωτερικός κόσμος της Δανάης επλήγη σοβαρά, ήδη από την ηλικία του ενός έτους, με την τραυματική εμπειρία της, κατά την αιμοληψία που περιγράφεται ανωτέρω.

Οι γονείς της κατάφεραν με μεγάλη προσπάθεια να φέρουν εις πέρας τον εμβολιασμό της, σε όλη τη διάρκεια των φάσεων που προβλέπονται για τα εμβόλια των παιδιών.

Η Δανάη γνώρισε το φόβο για τους γιατρούς μέσα από τραυματική «μάθηση», όπως τη βίωσε η ίδια... Δεν γνώρισε το φόβο μέσα από το φόβο που ένοιωσαν κάποια στιγμή, πρόσωπα του περιβάλλοντός της.

Είχε προσωπική εμπειρία του φόβου η ίδια, γεγονός που εμπόδισε την ψυχική της ωρίμανση, προσβάλλοντας ουσιαστικά αυτή καθεαυτή την προσωπικότητά της.

Το περιστατικό με την αποτροπιαστική εικόνα της τραυματισμένης θανάσιμα γάτας, όπως την αφηγήθηκε η μητέρα της, είχε σοβαρές επιπτώσεις στην καθημερινή ζωή του παιδιού, που μέχρι εκείνη τη στιγμή χαιρόταν τις εξόδους με τους γονείς και τώρα, δεν ήθελε να βρεθεί έξω από την ασφάλεια της οικογενειακής στέγης.

Ωστόσο, η τραυματική εμπειρία που βίωσε η Δανάη και σημάδεψε βαθειά τον ψυχισμό της, είναι αυτή της αφαίρεσης των αδενοειδών εκβλαστήσεων (κρεατάκια), με την αποτρόπαιη και απαράδεκτη συμπεριφορά του γιατρού.

Η στάση του αυτή, διόγκωσε το πρόβλημα της Δανάης, που και μέχρι σήμερα, στην ηλικία των εξήντα περίπου ετών της, δυσκολεύεται υπέρμετρα να αντιμετωπίσει θέματα υγείας, γιατρών, εξετάσεων και νοσηλείας, όχι μόνο δικά της, αλλά και προσφιλών της προσώπων.

Η Δανάη, ένα παιδί χαρούμενο από τη φύση του, ένοιωσε την εισβολή του φόβου στον κόσμο της πολύ νωρίς, με τρόπο καθοριστικό για τη ζωή της, τις συνήθειές της αργότερα στην καθημερινότητά της, κάθε φορά που έπρεπε να βρεθεί στο χώρο της υγείας, είτε σε επισκέψεις σε ιατρεία είτε σε νοσηλευτικούς χώρους, ακόμη και σαν επισκέπτρια προσφιλούς της προσώπου.

Ωστόσο, το ασφαλές οικογενειακό περιβάλλον λειτούργησε σαν αντίδοτο στην τραυματισμένη εσωτερικότητα της Δανάης, σε όλα τα επίπεδα – κοινωνικό, συναισθηματικό και ψυχολογικό.

Η στάση των γονέων έπαιξε καταλυτικό ρόλο στη σφαιρική εξέλιξη της προσωπικότητας του παιδιού τους, αποφεύγοντας συστηματικά να εκδηλώνουν τους δικούς τους φόβους, τις εντάσεις, το άγχος για τα θέματα της καθημερινότητάς τους, ώστε να δημιουργούν ένα περιβάλλον σταθερότητας,

αγάπης, κατανόησης και εμπιστοσύνης για το παιδί τους. Εμπόδισαν με τον τρόπο αυτό, να εισβάλουν κι άλλου είδους φοβίες στον ψυχισμό της Δανάης, που θα προκαλούσαν την επιδείνωση του ψυχικού της υπόβαθρου, εξαλείφοντας την παιδική της αισιοδοξία, επιτρέποντας έτσι, να ριζώσουν μέσα της φόβοι και άγχος για το τι πρόκειται να συμβεί στη ζωή της.

Η στάση αυτή των γονέων της Δανάης ήταν η αιτία που μπόρεσε να αντιμετωπίσει με θάρρος την επέμβαση για την αφαίρεση της σκωληκοειδούς απόφυσης, υποβαλλόμενη σε χειρουργική σκωληκοειδεκτομή, παρά την αρχική της αρνητική αντίδραση, κατορθώνοντας να ελέγξει τον πανικό και τη δυσφορία της, με την αποτελεσματική, γεμάτη χιούμορ και κατανόηση στάση και του έμπειρου γιατρού.

4. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τόσο η εκδήλωση άγχους όσο και η αίσθηση φόβου όταν κάποιος βρίσκεται αντιμέτωπος με το άγνωστο, με μια ασθένεια ή με έναν πιθανό κίνδυνο αποτελούν μια φυσιολογική αντίδραση του ανθρώπου και, σε πολλές περιπτώσεις, λειτουργούν θετικά και παραγωγικά για την αντιμετώπιση ενός προβλήματος. Ωστόσο τα πολύ αυξημένα επίπεδα άγχους επιφέρουν τα αντίθετα αποτελέσματα, λειτουργώντας αφενός ως τροχοπέδη και, αφετέρου προκαλώντας έως και σωματικά και οργανικά προβλήματα.

Η περίπτωση δε των φοβιών, αποτελεί την παράλογη και υπερβολική εκδήλωση φόβου σε περιπτώσεις που δεν υπάρχει κάποιος πραγματικός κίνδυνος. Στη βιβλιογραφία αναφέρεται ένας μεγάλος αριθμός διαφορετικών μορφών φοβίας. Όσον αφορά στην περίπτωση που ο ασθενής παρουσιάζει κάποια φοβία που σχετίζεται με το νοσοκομειακό περιβάλλον, αυτή χαρακτηρίζεται ως ειδική φοβία. Στις ειδικές φοβίες συγκαταλέγονται οι φοβίες του αίματος, του τραύματος, της λευκής μπλούζας, των μικροβίων, κ.ά. Η ένταση εκδήλωσης μιας φοβίας μπορεί να οδηγήσει σε κρίση πανικού.

[%CF%84%CF%81%CE%B1%CF%8D%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B](#)
[E/](#) [Έγινε πρόσβαση στις 10 Δεκεμβρίου 2018].

8. Ροβίθης, Μ. et al., 2017. Άγχος και Κατάθλιψη σε Νοσηλευόμενους Ασθενείς με Στεφανιαία Νόσο ή και με Συσκευή Βηματοδότη. *Νοσηλευτική*. 56 (2): 138-148. [Internet] 2017. Διαθέσιμο από: http://www.hjn.gr/wp-content/uploads/2018/04/56_2_587_Erevnitiki_Rovithis.pdf [Έγινε πρόσβαση στις 6 Δεκεμβρίου 2018].
9. Τσελέπη, Ε., 2008. Φοβίες. *PsychologyNet*. [Internet] 2008. Διαθέσιμο από: psychologynet.gr/article.php?item=61 [Έγινε πρόσβαση στις 11 Δεκεμβρίου 2018].
10. Φυλάκη, Ξ., 2016. *Η Ψυχολογία του ασθενή στο νοσοκομείο και Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις*. [Internet] 2016. Διαθέσιμο από: <http://apothetirio.teiep.gr/xmlui/bitstream/handle/123456789/6100/NURS.pdf?sequence=1> [Έγινε πρόσβαση στις 5 Δεκεμβρίου 2018].
11. Ψούνη, Λ., 2014. Φοβίες. *Ιάτωρ Διαδικτυακό Ιατρικό Περιοδικό*. [Internet] 2014. Διαθέσιμο από: <https://www.iator.gr/2014/11/07/fovia-psouni/> [Έγινε πρόσβαση στις 5 Δεκεμβρίου 2018].
12. Dimatteo, R., Martin, L., 2002, *Εισαγωγή στην Ψυχολογία της Υγείας*, Αθήνα: Πεδίο.
13. Ντελέζος, Κ., Μέντζιου, Ε., Κούτου, Α., Κονόμη, Κ., Νεστορίδου, Α., 2014, Διερεύνηση Εκδήλωσης Εργασιακού Stress σε Περίοδο Οικονομικής Κρίσης στο Διοικητικό Προσωπικό του Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Αθηνά. *Περιεχειρητική Νοσηλευτική*, 1 (2): 88-97. Internet
14. Graham, S., 1991, A Review of Attribution Theory in Achievement contexts. *Educational Psychology Review*, 3: 5-39. Internet
15. Τεγόπουλος – Φυτράκης, 1993, *Ελληνικό Λεξικό*, Αθήνα: Αρμονία Α.Ε., Ζ' έκδοση εκτός εμπορίου για την Ελευθεροτυπία.
16. Αλεβίζος, Β., 2008. Άγχος: Ιατρικές και Κοινωνικές Διαστάσεις. 1η έκδοση. Αθήνα: Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις.
17. Kneisl, C., Wilson, H. & Trigoboff, E., 2009. Contemporary Psychiatric: Mental Health Nursing. Μεταφρασμένο από Αγγλικά από Γ. Κρομμύδας. Αθήνα: Εκδόσεις Έλλην. Γράμματα
18. Παπαδημητρίου, Γ., Λιάππας, Ι., Λυκούρας, Ε., *Σύγχρονη Ψυχιατρική*, Αθήνα: Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις.
19. Μαδιανός, Μ., 2004, *Σχιζοφρένεια, σχιζοτυπικές και παραληρητικές διαταραχές*. *Κλινική Ψυχιατρική*, Αθήνα: Καστανιώτης.
20. Freud, S., 2016. *Ψυχοπαθολογία της Καθημερινής Ζωής*. Μετάφραση από τα Γερμανικά από Β. Πατσογιάννη. Αθήνα: Πλέθρον.

21. Gabbard, G., 2006. *Η Ψυχοδυναμική Ψυχιατρική στην Κλινική Πράξη*. Μεταφρασμένο από Αγγλικά από Θ. Υφαντής. 3η έκδοση. Αθήνα: Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις.
22. Μητρούση, Σ., Τραυλός, Α., Κούκια, Ε., Ζυγά, Σ., 2013. Θεωρίες άγχους: Μία κριτική ανασκόπηση, *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*. 6 (1): 21-27. [Internet] 2013. Διαθέσιμο από: http://journal-ene.gr/wp-content/uploads/2013/11/theories_agchous_kritiki_anaskopisi.pdf [Έγινε πρόσβαση στις 17 Μαΐου 2019].
23. Καλαντζή – Αζίζι, Α., Αναγνωστόπουλος, Φ. 1999. *Εισαγωγή στην Κλινική Ψυχολογία*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
24. Πεχλιβανίδης, Α. 2002. *Γουέλες Δ. Οσφυαλγία – Δισκοπάθεια*. Αθήνα: Καυκάς.
25. Beck, A.T., & Emery, G. (with Greenberg, R.). 1985. *Anxiety disorders and phobias*. New York: Basic Books.
26. Clark, D. M., Beck, A. T. 1988. Cognitive Approaches. In C. G. Last & M. Hersen (eds), *Handbook of Anxiety Disorders*, Oxford: Pergamon Press.
27. Freeman, A., Pretzer, J., Fleming, B., Simon, K.M., 1990. *Clinical applications of cognitive therapy*. New York: Plenum.
28. Blackburn, I., & Davidson, K., 1990. *Cognitive therapy for depression and anxiety*. Oxford: Blackwell Scientific Publications.
29. Αντωνίου, Α. Σ., 2002. *Ζώντας με στρες*. Αθήνα: Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε.
30. Spielberger, C.D., 1966. *Theory and research on anxiety*. In C. D.
31. Spielberger, C.D., 1972. *Anxiety as an emotional state*. In C.D.
32. Δημητριάδου, Π., Μαυρογιαννάκη, Μ., Κουτουξίδου Ε., 2013. *Ανάπτυξη 13 Κατευθυντήριων Οδηγιών Γενικής Ιατρικής για τη διαχείριση των πιο συχνών νοσημάτων και καταστάσεων υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Κωδικός MIS: 464637. Νόσημα: Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή (ΓΑΔ)*. Αθήνα: ΕΣΠΑ 2007-2013.
33. ADAA - Anxiety Disorder Association of America. 2008. *Anxiety disorders in children*. [Internet] 2013. Διαθέσιμο από: <https://adaa.org/sites/default/files/Anxiety%20Disorders%20in%20Childr en.pdf> [Έγινε πρόσβαση στις 5 Απριλίου 2019].
34. American Psychiatric Association - APA, 2013. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5*