



ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ
“ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ”

Φοβίες

Τσακνάκη Δήμητρα

Φοιτήτρια, Τμήματος Νοσηλευτικής,
Τ.Ε.Ι. Ηπείρου

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια

Μαίρη Γκούβα

Αν. Καθηγήτρια

ΙΩΑΝΝΙΝΑ, 2018

Ευχαριστίες

Με την περάτωση της παρούσας πτυχιακής εργασίας θα ήθελα να ευχαριστήσω αρχικά την επιβλέπουσα καθηγήτρια μου κυρία Μαίρη Γκούβα για την πολύτιμη στήριξή της στην προσπάθειά μου, αλλά και για τις γνώσεις που μου μετέδωσε καθόλη τη διάρκεια των σπουδών μου. Μυώνοντας με με τα μαθήματά της στον κόσμο των συναισθημάτων και δίνοντάς μου κίνητρα να ασχοληθώ με το ζήτημα της Συναισθηματικής Νοημοσύνης στο χώρο της Νοσηλευτικής μου δόθηκε η ευκαιρία να αντιληφθώ τη σημασία του συναισθήματος σε πολύπλευρο επίπεδο. Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω την οικογένειά μου που με στήριξε αλλά και όλους όσους με βοήθησαν να φτάσω ένα βήμα πιο κοντά στο στόχο μου...

Περιεχόμενα

Περίληψη	9
Εισαγωγή	10
Ιστορική Αναδρομή	12
Το σύνδρομο της φοβίας.....	15
Ορισμός.....	15
Αιτιολογία εκδήλωσης φοβιών	18
Κατηγορίες Φοβιών	22
Ειδική Φοβία (πρώην απλή φοβία).....	23
Κοινωνική Φοβία (διαταραχή κοινωνικού άγχους)	26
Σχολική φοβία.....	29
Διαταραχή πανικού με αγοραφοβία.....	30
Διαταραχή πανικού χωρίς αγοραφοβία.....	34
Διαταραχή μετατραυματικού στρες.....	39
Φοβίες που συναντώνται στο νοσοκομείο	41
Ειδική φοβία αίματος.....	41
Βελονοφοβία	42
Οδοντιατρική φοβία	42
Τοκοφοβία.....	43
Νοσοφοβία ή αρρωστοφοβία.....	46
Μικροβιοφοβία	48
Φοβία πριν από μία νοσηλεία ή χειρουργική επέμβαση.....	49
Η φοβία για τον θάνατο, σε ασθενείς με ανίατη ασθένεια	50
Θεραπευτική παρέμβαση των φοβιών	52
Ο ρόλος της οικογένειας	52
Φαρμακολογικές θεραπείες	55
Νοσηλευτική παρέμβαση.....	57
Συμπεράσματα	62
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	64

Εισαγωγή: Οι φοβίες είναι μια διαταραχή της ψυχικής υγείας του ατόμου. Η διαταραχή αυτή μπορεί να οφείλεται σε βιωματικές εμπειρίες, να είναι απόρροια του οικογενειακού ή κοινωνικού περιβάλλοντος του ατόμου ή να είναι αποτέλεσμα έντονου stress. Η αντιμετώπιση των φοβιών απαιτεί σωστή αντιμετώπιση από την οικογένεια, αλλά και σωστή θεραπευτική παρέμβαση από τους ειδικούς.

Σκοπός: Με την παρούσα μελέτη σκοπός είναι να αποτυπωθούν μερικές πτυχές του φοβικού συνδρόμου, μιας ψυχικής διαταραχής, η οποία δυσκολεύει την καθημερινότητα των ατόμων που πάσχουν και την ποιότητα ζωής τους.

Στόχος: Με την παρούσα έρευνα, στόχος είναι να γίνει μια έρευνα και κατόπιν ενημέρωση για το φαινόμενο των φοβιών, ώστε να αντιμετωπίζεται ολιστικά το φαινόμενο πρώτα μέσα από την οικογένεια και κατόπιν από την κοινωνία.

Πηγές: Αναζητήθηκαν τα απαραίτητα δεδομένα σε ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων, όπως MEDLINE, CINAHL, IATRONET, WHO, PUBMED, έγινε επίσης ανασκόπηση της ξενόγλωσσας βιβλιογραφίας και επιλέχθηκαν ορισμένα ελληνικά βιβλία, επιστημονικά άρθρα και ερευνητικές μελέτες.

Αποτελέσματα: Οι φοβίες είναι ένα πολύ σοβαρό ζήτημα της δημόσιας ψυχικής υγείας, το οποίο φέρει πολύ σημαντικές επιπτώσεις και σε κοινωνικό επίπεδο και επηρεάζει την ποιότητα ζωής των πασχόντων.

Introduction: The phobia is a disorder of the mental health of the individual. This disorder can be caused by life experiences, be the result of family or social environment of the person, or be the result of intense stress. The treatment of phobias requires proper treatment by family, but also correct therapeutic intervention from specialists.

Purpose: Present study is to properly reflect some aspects of phobic syndrome, a mental disorder, which complicates daily lives of people and their quality of life.

Objective: In this research, the aim is to make a survey and further information about the phenomenon of phobias, to be treated holistically phenomenon first within the family and then by society.

Sources: Searched the necessary data in electronic databases such as MEDLINE, CINAHL, IATRONET, WHO, PUBMED, also there was a review of foreign language literature and some selected Greek books, scientific articles and research studies.

Results: Phobias are a very serious issue of public mental health, which carries very significant impact on social level and affects the quality of life of sufferers.

Περίληψη

Στην παρούσα εργασία επιχειρείται η μελέτη του συνδρόμου της φοβίας. Ποιοι είναι οι ορισμοί που έχουν δοθεί κατά καιρούς από τους ερευνητές αλλά και μια σύντομη ιστορική αναδρομή σχετικά με τον εμφάνιση και την έρευνα που έχει υπάρξει για το σύνδρομο.

Στην συνέχεια, μελετήθηκαν τα αίτια εκδήλωσης των φοβιών και οι κατηγορίες που εμφανίζονται. Αναφέρονται οι τρόποι που εμφανίζεται η εκάστοτε φοβία και τα αίτια που την προκαλούν αλλά και η συνηθισμένη συμπεριφορά των ατόμων που εμφανίζουν το κάθε είδος φοβίας.

Η επόμενη κατηγορία που μελετήθηκε και αναλύθηκε είναι αυτή των φοβιών που συναντώνται στο νοσοκομείο. Ποιες δηλαδή είναι οι κατηγορίες που εμφανίζονται, με ποια μορφή και ποια τα συμπεριφορικά χαρακτηριστικά των πασχόντων ατόμων.

Τέλος, γίνεται αναφορά στους τρόπους αντιμετώπιση του συνδρόμου από το οικείο κοινωνικό και οικογενειακό περιβάλλον, τις φαρμακολογικές θεραπείες και τον ρόλο του νοσηλευτή στην αντιμετώπιση και καταπολέμηση των ασθενειών.

Εισαγωγή

Ένα από τα πρωτογενή πρωτογενή συναισθήματα του ανθρώπου, πέρα από τη χαρά, το θυμό και τη λύπη, είναι και ο φόβος. Σε μια προσπάθεια προσδιορισμού του συναισθήματος του φόβου, που φαίνεται να αποτελεί μια τεχνική επιβίωσης, ο φόβος παρομοιάζεται με τον τρόπο λειτουργίας ενός συστήματος συναγερμού, το οποίο στην ουσία παρακινεί το άτομο να διασωθεί από τον κίνδυνο, υπαρκτό ή μη.

Από τα πρώτα ακόμα στάδια της ανάπτυξής του, ο άνθρωπος μπορεί να εκδηλώσει συναισθήματα φόβου. Δεν είναι λίγες οι φορές που ειδικοί που ασχολούνται με τα παιδιά (εκπαιδευτικοί και εργαζόμενοι σε παιδοψυχιατρικά πλαίσια) αλλά και το ευρύτερο οικογενειακό περιβάλλον τους, έχουν έρθει αντιμέτωποι με φοβικές αντιδράσεις και συμπεριφορές των παιδιών. Ενώ είναι πολύ συνηθισμένο να ακούμε από μικρά παιδιά την φράση «μαμά φοβάμαι...», δηλώνοντας στο άτομο που εμπιστεύονται περισσότερο το συναίσθημα φόβου που αισθάνονται.

Για να προκληθεί το συναίσθημα του φόβου θα πρέπει το άτομο να απειλείται από υπαρκτούς - πραγματικούς κινδύνους, όπως η έκθεσή του σε τραυματικές καταστάσεις, η πρόσληψη τρομακτικών πληροφοριών ή η παρατήρηση άλλων ανθρώπων που εκδηλώνουν φοβική συμπεριφορά. Τα παιδιά προσωποποιούν τα φοβικά αντικείμενα και δεν είναι λίγες οι φορές που οι μητέρες για να τα συνετίσουν, χρησιμοποιούν απειλητικά εκφραστικά σχήματα (π.χ. αν δεν φας το φαγητό σου θα το φάει ο κακός ο λύκος). Έτσι δημιουργείται συχνά μια φοβογόνος αντίδραση (Παπαγεωργίου, 2004).

Η αποτελεσματική αντιμετώπιση του φόβου που εκδηλώνουν τα παιδιά δημιουργεί μεγαλύτερες πιθανότητες ομαλής ανάπτυξης και προόδου. Ενώ, σε περιπτώσεις που η φοβική συμπεριφορά δεν αντιμετωπίζεται με τους κατάλληλους τρόπους, ενδέχεται να παγιωθεί και τότε κάνουμε λόγο για την παθολογική μορφή φόβου, που ονομάζουμε φοβία (Matthews&Odom, 1989).

Είναι αρκετά συνηθισμένο να γίνεται λάθος χρήση των όρων «φόβος» και «φοβία». Παρά, την ομοιότητα που φαίνεται να έχουν μεταξύ τους, η διαφορά τους είναι ουσιαστική. Ο φόβος αποτελεί την φυσιολογική αντίδραση σε μια αληθινή απειλή, ενώ η φοβία είναι ένας «διογκωμένος φόβος», που δεν προκαλείται από αληθινό κίνδυνο και για τον λόγο αυτό κατατάσσεται στις παθολογικές μορφές συμπεριφοράς,

αφού παρακωλύει την φυσιολογική πορεία του ατόμου λόγω των έντονων και δυσάρεστων συναισθημάτων που του προκαλεί (Beck & Stanley, 1997). Παρόλο που το άτομο που αντιμετωπίζει κάποια φοβία αναγνωρίζει τις περισσότερες φορές την νοσηρότητα της κατάστασής του, ωστόσο δεν είναι σε θέση να ελέγξει «λογικά» τις αντιδράσεις του. Αυτό κάνει τα φοβικά άτομα να αναρωτιούνται αν είναι «φυσιολογικά» ή «ψυχικά διαταραγμένα». Τα άτομα που παρουσιάζουν φοβικές αντιδράσεις πολύ συχνά εμφανίζουν το αίσθημα ότι η ζωή και η καθημερινότητά του κυριεύεται από αυτή τους την φοβία, με αποτέλεσμα να γίνονται επιφυλακτικά και να μην εμπιστεύονται τις δυνάμεις και τις ικανότητές τους (Carey, 1990).

Χαρακτηριστικό γνώρισμα του «φοβικού συνδρόμου» είναι η αγωνία της «επόμενης φοράς». Τα άτομα με φοβίες αντιμετωπίζουν το άγχος της επόμενης φοράς που θα έρθουν αντιμέτωπα με την φοβία τους. κάτι τέτοιο αιτιολογεί την προσπάθειά τους να αποφεύγουν, οποιασδήποτε κατάσταση τους προκαλεί φοβικές αντιδράσεις. Αυτό έχει πολλές φορές σαν αποτέλεσμα το άτομο να αυτοπεριορίζεται ολοένα και περισσότερο, να ελαττώνει τις δραστηριότητές του και να αποκλείεται σταδιακά από την κοινωνική και επαγγελματική του ζωή. Οι αρνητικές συνέπειες του αυτοαποκλεισμού πέρα από κοινωνικές και οικονομικές συχνά επεκτείνονται και στην ψυχολογική και συναισθηματική κατάσταση του φοβικού ατόμου. Η κακή συναισθηματική κατάσταση έχει αρνητικό αποτέλεσμα στην αντιμετώπιση της φοβίας, καθώς η χαμηλή αυτοεκτίμηση ενισχύει την οποιαδήποτε φοβία και καθιστώντας την αντιμετώπισή της ακόμα δυσκολότερη.

Ιστορική Αναδρομή

Ο όρος της "φοβίας" εμφανίζει τις ρίζες του στην ελληνική λέξη φόβος που σημαίνει τρομοκρατία ή φόβος. Στην αρχαιότητα ο θεός Φόβος πιστεύεται ότι προκαλούσε φόβο και τρόμο στους εχθρούς του Έλληνα (Davey, 1997). Ο μεγάλος αριθμός φόβων έχει ονομαστεί προσθέτοντας το συνθετικό "φοβία" σε λατινικό ή ελληνικό πρόθεμα. Μερικά παραδείγματα σχετικά με το συνθετικό φόβος είναι η σκιοφοβία (φόβος που έχει κάποιος ότι τον παρακολουθούν), η ξενοφοβία (φόβος για τους ξένους) και η ανθρωποφοβία (φόβος για τους ανθρώπους που βρίσκονται γύρω μας). Ο πρώιμος σχεδιασμός της κοινωνικής φοβίας περιγράφεται από διάφορους συντάκτες (π.χ., Fahlenetal., 1995, Heckelman & Schneier, 1995, Schneier, Johnson, Hornig, Liebowitz & Weissman, 1992). Οι λογοτεχνικές περιγραφές της ντροπής και της κοινωνικής ανησυχίας μπορούν να αναχθούν στον Ιπποκράτη 400 π.Χ. (Heckelman & Schneier, 1995).

Ο John Locke, επιχείρησε την συστηματική ταξινόμηση των φοβιών τις οποίες ονόμασε 'αντιπάθειες'. Συγκεκριμένα πίστευε πως οι περισσότερες των αντιπαθειών είναι επίκτητης προέλευσης και την ύπαρξη τους την απέδωσε στην ιδιοσυστασία. Ο Westphal (1871), δημοσίευσε μια μελέτη του σχετικά με τις φοβίες στην οποία πρώτος χρησιμοποίησε τον όρο 'αγοραφοβία' για να περιγράψει τον φόβο που αισθάνονται τα άτομα που κυκλοφορούν σε ανοικτούς χώρους, πλατείες, οδούς. Αργότερα, ο Watson (1985), καθώς και οι θεωρητικοί της Ψυχολογίας της Συμπεριφοράς Dollard και Miller (1950), υποστήριζαν την άποψη ότι οι φοβίες είναι εξαρτημένες αντιδράσεις ή ειδικοί τρόποι συμπεριφοράς έναντι επώδυνων βιωμάτων (Φιλιππόπουλος, 1971).

Ο Kraepelin, αρχικά κατέταξε τις φοβίες στις 'νευρασθένειες', αργότερα τις χαρακτήρισε ως 'ψυχαναγκαστική νευροπάθεια' και τέλος ως 'ψυχοπαθητική κατάσταση'. Υποστήριξε ότι αυτές οι καταστάσεις αποτελούν μια μορφή εκφύλισης του νευρικού συστήματος και παραδέχθηκε ότι τα εκφυλιστικά αυτά συμπτώματα παρατηρούνται και σε άτομα με υψηλό δείκτη νοημοσύνης των οποίων οι ψυχοδιανοητικές λειτουργίες είναι απόλυτα φυσιολογικές (Φιλιππόπουλος, 1971).

Ο Pierre Janet μελέτησε συστηματικότερα τις φοβικές αντιδράσεις τις οποίες συσχέτισε και παραλλήλισε με τις υστερικές παραλύσεις ισχυριζόμενος ότι και οι δύο αυτές καταστάσεις εμποδίζουν το άτομο από την πραγματοποίηση κάποιου έργου το οποίο για τον έναν ή τον άλλο λόγο, είτε συνειδητά είτε ασυνείδητα δεν επιθυμεί να επιτελέσει. Για τον Janet ο φόβος αποτελεί το αίτιο της φοβίας (Φιλιππόπουλος, 1971).

Ο Freud (1895), εισήγαγε μια καινοτόμο αντίληψη για την μελέτη του μηχανισμού της φοβίας και διευκόλυνε την κατανόηση της ψυχολογίας των φοβικών. Το 1909 μελέτησε την περίπτωση του μικρού Hans όπου με αριστοτεχνικό τρόπο ανέλυσε την φοβία του. Η Klein ισχυρίστηκε πως η φοβία είναι κάτι περισσότερο από μεταμφιεσμένο φόβο ευνουχισμού και αποτελεί επαναφορά ενός πρωτόγονου άγχους που προϋπάρχει και εμφανίζεται σε τροποποιημένη έκδοση. Η Klein απορρίπτοντας την θεωρία του Freud για το φόβο του ευνουχισμού κάνει λόγο για το φόβο καταστροφής του Υπερεγώ και διατυπώνει την άποψη πως η φοβία είναι μια τροποποίηση του άγχους στα πρώιμα στάδια ανάπτυξης. Ενώ η A.Freud ισχυρίστηκε ότι οι φοβίες δεν είναι τίποτε περισσότερο παρά άγχη που έχουν αρχαϊκή προέλευση (π.χ. φόβος σκότους, μοναξιάς) και εμφανίζονται πριν τις πραγματικές φοβίες.

Η πρώτη ρητή αναφορά στην κοινωνική φοβία ή "phobiedessituationssociales" (φοβία των κοινωνικών καταστάσεων) πραγματοποιείται στις αρχές της δεκαετίας του 1900 από τη Janet (1903). Στη δεκαετία του '30, ο Schilder χρησιμοποίησε τον όρο "κοινωνική νεύρωση" για να περιγράψει εξαιρετικά ντροπαλούς ασθενείς (Schilder, 1938, που παραθέτει ο Fahlen, 1995). Στη δεκαετία του 1950, μετά το πρωτοποριακό έργο του Joseph Wolpe σχετικά με τη συστηματική απευαισθητοποίηση, το ενδιαφέρον για τη συμπεριφορική θεραπεία των φοβιών αυξήθηκε απότομα. Εργαζόμενοι σε αυτή την παράδοση, ο Βρετανός ψυχίατρος Isaac Marks πρότεινε στη δεκαετία του 1960 ότι οι κοινωνικές φοβίες θα μπορούσαν να θεωρηθούν ως ξεχωριστή κατηγορία (Marks, 1969, Marks & Gelder, 1966).

Σταδιακά η ιδέα αυτή αναγνωρίστηκε από την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία και το 1980 η κοινωνική φοβία συμπεριλήφθηκε επισήμως ως ψυχιατρική διάγνωση στην τρίτη έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου Ψυχικών Διαταραχών DSM-III (APA, 1980).

Το DSM-III, που μοιάζει στενά με μια συγκεκριμένη (ή απλή) φοβία, χαρακτήρισε την κοινωνική φοβία ως έναν οριοθετημένο φόβο για καταστάσεις

απόδοσης, με δραστηριότητες όπως μιλώντας, τρώγοντας ή κάνοντας ούρηση μπροστά σε άλλους προκαλώντας "σημαντική αγωνία". Αυτό ωστόσο παραβλέπει άτομα που εκδηλώνουν υπερβολικό άγχος σε πολυάριθμες κοινωνικές ρυθμίσεις, συμπεριλαμβανομένων ανεπίσημων συνομιλιών και αλληλεπιδραστικών καταστάσεων, αν και αυτά τα άτομα θα μπορούσαν να διαγνωσθούν ότι έχουν κάποια διαταραχή προσωπικότητας η οποία παρουσιάζει τάσεις φυγής. Η συννοσηρότητα μεταξύ αυτών των δύο διαγνώσεων δεν επιτρέπεται. Τα διαγνωστικά κριτήρια αναθεωρήθηκαν στο DSM-III-R (APA, 1987).

Ο όρος "σημαντική αγωνία" άλλαξε σε "παρεμβολή ή έντονη δυσφορία". Επιτρεπόταν τώρα η συννοσηρότητα μεταξύ της κοινωνικής φοβίας και της διαταραχής της προσωπικότητας, και εισήχθη ο γενικευμένος υποτύπος της κοινωνικής φοβίας. Σε σύγκριση με αυτήν την ουσιαστική αναθεώρηση, τα διαγνωστικά κριτήρια τροποποιήθηκαν ελαφρώς μόνο από την DSM-III-R στην τρέχουσα τέταρτη έκδοση του DSM (APA, 1994).

Μετά την εισαγωγή της κοινωνικής φοβίας στο DSM-III, η ερευνητική δραστηριότητα που αφορούσε αυτή τη διαταραχή ήταν αρχικά περιορισμένη, γεγονός που οδήγησε ορισμένες αρχές να περιγράψουν την κοινωνική φοβία ως «παραμελημένη αγχώδη διαταραχή» (Liebowitz, Gorman, Fyer & Klein, 1985). Ωστόσο, αυτή η εικόνα έχει αλλάξει εντελώς, καθώς η κοινωνική φοβία έχει λάβει τεράστια προσοχή τα τελευταία χρόνια, με αποτέλεσμα έναν τεράστιο αριθμό μελετών. Αξίζει να σημειωθεί ότι ορισμένες πρόσφατες μελέτες έχουν προτιμήσει το όνομα "διαταραχή κοινωνικού άγχους", που είναι η εναλλακτική ετικέτα που δίνεται στο DSM-IV. (Liebowitz, Heimberg, Fresco & Stein, 2000).

Το σύνδρομο της φοβίας

Ορισμός

Το φαινόμενο της φοβίας αυτό καθ' εαυτό, η αναγνώριση και η κατανόησή του αποτέλεσε για πολλές δεκαετίες το αντικείμενο ενασχόλησης πολλών ερευνητών της ψυχικής υγείας. Το φαινόμενο έχει συνδεθεί από τους ερευνητές με την ιστορικότητα της παιδικής ηλικίας, καθώς και με τις επακόλουθες θεσμικές αλλαγές που συνέβησαν στο άτομο, στο επίπεδο της οικογένειας, της κοινωνικής πρόνοιας και του σχολείου.

Η φοβία, ως μια μορφή προβληματική συναισθηματικής συμπεριφοράς ανήκει στα συναισθηματικά προβλήματα που μπορεί να εμφανίσει ένας άνθρωπος στην διάρκεια της ζωής τους και σχετίζεται με την ψυχική υγεία του. Τα προβλήματα ψυχικής υγείας μπορεί να ταξινομηθούν σε προβλήματα εσωτερίκευσης, δηλαδή σε όσα δεν γίνονται εύκολα αντιληπτά από τον κοινωνικό και οικογενειακό περίγυρο και σε προβλήματα εξωτερίκευσης (Achenbach, 1966). Ωστόσο, με όποια από τις δύο μορφές και αν εμφανίζονται, οι φοβίες ανήκουν στις ψυχολογικές διαταραχές.

Παρόλο που το φαινόμενο εκδήλωσης κάποιου είδους φοβίας εξαπλώνεται ολοένα και περισσότερο, ωστόσο η ακριβής έννοια της λέξης δεν είναι κατανοητή από όλους, και αν επιχειρήσουμε να δώσουμε έναν ορισμό για την φοβία μπορούμε να πούμε ότι είναι ένας *«παράλογος φόβος που προκαλεί συνειδητή αποφυγή του φοβισμένου θέματος, δραστηριότητας ή κατάστασης»* (Preda, 2010). Οι άνθρωποι που πάσχουν από φοβική διαταραχή μπορούν να ζουν σε διαφορετικά περιβάλλοντα ή στο ίδιο περιβάλλον, να εκφράζουν διαφορετικές στάσεις και πεποιθήσεις αλλά και διαφορετικά συμπτώματα.

Σύμφωνα με τον ορισμό της φοβίας, το χαρακτηριστικό γνώρισμά της είναι ότι ο φόβος που αισθάνεται το άτομο που τη βιώνει είναι πολλές φορές μεγαλύτερος από το γεγονός που ήδη συμβαίνει και δυσανάλογος με τον αντικειμενικό κίνδυνο που διατρέχει. Η φοβία χαρακτηρίζεται από μία αίσθηση αυξημένης κινητοποίησης και από την έντονη ανάγκη του ατόμου να ξεφύγει από την κατάσταση που του δημιουργεί φόβο (Adams & Boscarino, 2005).

Μια φοβία είναι έντονος φόβος για ένα ερέθισμα ή μια κατάσταση που οι περισσότεροι άνθρωποι δεν τα θεωρούν ιδιαίτερα επικίνδυνα. Το άτομο συνήθως συνειδητοποιεί ότι ο φόβος του είναι παράλογος αλλά δεν σταματά να νιώθει άγχος που μπορεί να κυμαίνεται από την έντονη ανησυχία έως τον πανικό και από το οποίο μπορεί να ανακουφιστεί μόνο αποφεύγοντας το αντικείμενο ή την κατάσταση που του προκαλεί φόβο (Atkinson L., R. et al., 2004B').

Το φοβικό άτομο κατακλύζεται από έντονα συναισθήματα, όταν έρχεται αντιμέτωπο με φοβογόνα ερεθίσματα. Προκειμένου να απαλλαγεί από αυτά τα συναισθήματα συνήθως τρέπεται σε φυγή ούτως ώστε να ανακτήσει την ψυχική του ηρεμία. Αυτό ουσιαστικά μπορεί να οδηγήσει το φοβικό άτομο να «παραιτηθεί» από την μέχρι τώρα φυσιολογική πορεία της ζωής του. Αποκόπτεται από την κοινωνική, την επαγγελματική ή σχολική, όταν πρόκειται για παιδιά και την προσωπική του ζωή γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε περαιτέρω προβλήματα.

Ο Bourne (2010), παρουσιάζει την φοβία ως έναν τύπο διαταραχής άγχους, που συνήθως ορίζεται ως επίμονος φόβος για ένα αντικείμενο ή μια κατάσταση που το άτομο που υποφέρει από αυτή θα κάνει ότι χρειαστεί με στόχο να την αποφύγει. Πρόκειται δηλαδή για μια διαταραχή που στην ουσία, οφείλεται στο υπερβολικό άγχος και το ξέσπασμα αυτού, και το οποίο καταλήγει σε ένα φοβικό ερέθισμα. Η φύση του φοβικού συναισθήματος μπορεί να ποικίλει έντονα από άτομο σε άτομο, πράγμα που οδηγεί σε διαφορετικούς τύπους φοβιών, οι οποίοι μάλιστα ταξινομούνται βάσει του ερεθίσματος που προκαλεί το άγχος. (Bourne, 2010)

Σύμφωνα με τους Mellonet' al (2003), η φοβία αποτελεί μία πολύπλοκη μορφή συμπεριφοράς. Όλα τα άτομα σε κάποια φάση της ζωής τους έχουν αντιμετωπίσει την εμπειρία του φόβου σε καθημερινές δραστηριότητες και πρακτικές. Υπάρχουν ωστόσο άτομα τα οποία βιώνουν το αίσθημα του φόβου είτε ιδιαίτερα έντονα είτε για μεγάλο χρονικό διάστημα, γεγονός που δυσχεραίνει τη συμμετοχή τους σε δραστηριότητες τους και δεν μπορούν να χαίρονται τις σχέσεις τους (Καλαντζή-Αζίζη & Ζαφειροπούλου, 2004).

Πολλοί άνθρωποι στον κόσμο αντιμετωπίζουν από κάποιου παράλογους φόβους, όπως είναι ο φόβος για τα φίδια, τα έντομα ή το υψόμετρο. Παρ' όλα αυτά ο φόβος αυτός δεν κατατάσσεται συνήθως στις φοβικές διαταραχές, εκτός και αν παρεμβαίνει και επηρεάζει σημαντικά την καθημερινότητα του ατόμου. Τέτοιου είδους φόβος διαγνώσετε ως φοβία όταν για παράδειγμα κάποιος με φόβο για τους κλειστούς

χώρους, δεν χρησιμοποιεί το ασανσέρ ή όταν ο φόβος για τα πλήθη εμποδίζει το άτομο από το να πηγαίνει στο θέατρο ή τον κινηματογράφο ή ακόμα και να περπατά σε πολυσύχναστους δρόμους (AtkinsonL., R. etal., 2004B').

Οι ψυχικές ασθένειες σε όλο τον κόσμο και στις Ηνωμένες Πολιτείες είναι μεταξύ των πιο κοινών περιστατικών, πλήττοντας περίπου το 14% του συνολικού πληθυσμού, ποσοστό που αγγίζει τα 450 εκατομμύρια άτομα παγκοσμίως. Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (2004) υπάρχει ευρύ φάσμα στην επιδημιολογία των ψυχικών διαταραχών, στο οποίο πιο γνωστές περιπτώσεις είναι η μείζων κατάθλιψη και οι φοβίες, και γενικότερα οι εσωτερικές διαταραχές. (Kessler, Petukhova, Sampson, Zaslavsky, & Wittchen, 2012). Έχει αποδειχθεί επίσης ότι το άγχος και οι επιπτώσεις του, παρεμποδίζουν την γενική ευημερία των ανθρώπων, μειώνοντας την ποιότητα ζωής τους. Το άγχος συνίσταται, συχνά, από παράλογους φόβους ή ανησυχίες, ενώ μπορεί να εκφραστεί και μέσα από σωματικά συμπτώματα (Muris, Mayer, Freher, Duncan, & vanden Hout, 2010).

Η φοβία είναι γνωστή σαν αιτία πολλών διαταραχών της υγείας στον οργανικό - ψυχικό χώρο και συγχρόνως η αιτία πολλών διαταραχών. Ορισμένοι βλέπουν την ρίζα της φοβίας σαν ψυχικό τραύμα που αρχίζει με την γέννηση. Οι επιστήμονες ανακάλυψαν ότι ακόμη και η διαδικασία της γέννησης μπορεί να προκαλέσει φοβία, που εμφανίζεται αργότερα όταν το παιδί αντιμετωπίζει ψυχικά αρνητικές καταστάσεις, όπως είναι η έλλειψη μητρική στοργής ή ψυχικής ζεστασιάς.

Σε μικρά παιδιά μπορεί να διαγνώσει κανείς την φοβία σαν αιτία νευρικών διαταραχών στη σωματική και ψυχική ανάπτυξη. Για να αποφευχθούν επιπλέον αρνητικές εξελίξεις είναι απαραίτητη για τους γονείς μια σαφής γνώση της πραγματικότητας με όλες τις συνέπειες. Η φοβία αποτελεί επίσης την αιτία πολλών αντιστάσεων στη διαπαιδαγώγηση και δυσκολεύει την αλλαγή ριζωμένων και λανθασμένων συνηθειών.

Τα παιδιά μπορεί να παρουσιάσουν φοβίες σε κάθε ηλικία. Υπάρχουν όμως περίοδοι φοβίας που εμφανίζονται σε συγκεκριμένες καταστάσεις. Μόνο που συχνά από άγνοια των γονέων και του ευρύτερου κοινωνικού περιβάλλοντος οι φοβίες αυτές οξύνονται. Έτσι μπορεί να παρουσιαστούν διάφορες διαταραχές, όπως είναι οι διαταραχές στην διατροφή, δυσκολίες στον ύπνο διαταραχές στην ομιλία και επιθετικότητα.

Όλα τα παραπάνω μπορούν να διορθωθούν, με την έγκαιρη παρέμβαση ενός θεραπευτή, στον οποίο θα έχει εμπιστοσύνη το παιδί και ο οποίος θα είναι ενθαρρυντικός και θα κατανοεί την προσωπικότητα του παιδιού, βοηθώντας τον να πετύχει σωματική και πνευματική υγεία (Εμπερλάιν, 1980).

Αιτιολογία εκδήλωσης φοβιών

Η φοβία είναι μια αγχώδης κατάσταση στην οποία μετατρέπεται η απλή ανησυχία σε ένα συναίσθημα τόσο έντονο και παρατεταμένο, ώστε το άτομο να δυσκολεύεται ή να ακινητοποιείται στις καθημερινές του δραστηριότητες. Στην φοβία το αίσθημα του φόβου εντοπίζεται σε καθορισμένο αντικείμενο, πρόσωπο ή κατάσταση (Herbert, 1997). Πολλοί είναι οι θεωρητικοί οι οποίοι υποστηρίζουν ότι η φοβία είναι μια διαταραχή που όταν ενεργοποιηθεί εμφανίζονται συμπτώματα άγχους από την συναισθηματική σφαίρα, καταστροφικός ιδεασμός από την νοητική, αποφυγή από το συμπεριφοριστικό σύστημα και συμπτώματα από το αυτόνομο νευρικό σύστημα. Σε αυτήν την διαταραχή είτε μπορεί να συνυπάρχουν τα συμπτώματα είτε να εμφανίζονται μεμονωμένα (Μπουλουγούρης, 1994).

Όσον αφορά τα αίτια που σχετίζονται με τις φοβίες, κάποιες από αυτές προέρχονται από τραυματικές εμπειρίες που έχουν στιγματίσει το άτομο, προκαλώντας του περίεργα και αρνητικά συναισθήματα. Στην πλειονηφία των περιπτώσεων, οι φοβίες και όλα τα συμπτώματά τους, συνιστούν το ξέσπασμα ενός προβλήματος βαθύτερου το οποίο τοποθετείται ασυνείδητα στον ψυχικό κόσμο του ασθενούς κάνοντάς τον να ανησυχεί είτε για συγκεκριμένα πράγματα, είτε για οτιδήποτε. Σύμφωνα μάλιστα με την ψυχαναλυτική/ ψυχοδυναμική προσέγγιση, κάθε είδους φοβία έχει τις ρίζες της στο άγχος που κατακλύζει το άτομο εξαιτίας μιας σειράς ενδοψυχικών συγκρούσεων σε συσχέτιση πάντα με την απώθηση κάποιων βασικών ατομικών επιθυμιών και παρορμήσεών του. Το άτομο που υποφέρει από φοβίες συγκρούεται εσωτερικά.

Το πώς μια φοβία δημιουργείται, το πώς γεννιέται και πώς επωάζεται μέσα σε έναν οργανισμό, ερμηνεύεται από ποικίλους και σύνθετους παράγοντες. Αυτοί που μελετήθηκαν κυρίως είναι οι κοινωνικοί, δημογραφικοί παράγοντες και παράγοντες που έχουν να κάνουν με την ψυχοκοινωνική ανάπτυξη του ατόμου. Μια άμεση εμπειρία ενός ατόμου με ένα φοβικό ερέθισμα μπορεί να εγκαταστήσει στο ψυχισμό του μια φοβική διάθεση με αποτέλεσμα να γενικεύει το συναίσθημα του φόβου του απέναντι σε παρεμφερή ερεθίσματα. Ακόμα το άτομο είναι πιθανό να αποκτήσει φόβο για κάποιο ερέθισμα χωρίς να έχει προηγηθεί άμεση ή έμμεση αρνητική εμπειρία με το ερέθισμα αυτό, απλά βλέποντας άλλα πρόσωπα να εκδηλώνουν φοβικές αντιδράσεις προς το ίδιο ερέθισμα. Επιπλέον, όταν το άτομο δοκιμάζει μια οδυνηρή εμπειρία σε κάποιο ερέθισμα αλλά δεν μπορεί να το αποφεύγει στη ζωή του, τότε μετατοπίζει το φόβο σε άλλο ερέθισμα που συνδέεται άμεσα ή έμμεσα με την αρχική πηγή φόβου (Ζαρταλούδη, 2011).

Ιστορικά, οι φοβίες ήταν το κύριο θέμα αντιπαράθεσης μεταξύ των ψυχοδυναμικών θεωριών και των θεωριών της συμπεριφοράς. Η θεωρία του Freud για την ανάπτυξη των φοβιών είναι από τις πιο γνωστές του και ταυτόχρονα από τις πιο αμφιλεγόμενες. Ο Freud υποστήριζε ότι οι φοβίες δημιουργούνται όταν οι άνθρωποι μεταθέτουν το άγχος τους σχετικά με ασυνείδητα κίνητρα ή επιθυμίες σε αντικείμενα που συμβολίζουν τα κίνητρα αυτά ή τις επιθυμίες. Πολύ γνωστό είναι το παράδειγμα του Hans που χρησιμοποιεί ο Freud στην θεωρία του και στο οποίο θα αναφερθούμε προκειμένου να γίνει κατανοητή η θεωρία του.

Στο κλασικό αυτό παράδειγμα του Hans, το πεντάχρονο αγόρι εμφανίζεται να αναπτύσσει φοβίες για τα άλογα. Ο Freud ερμήνευσε την φοβία του αγοριού ως οιδιπόδειο φόβο. Συγκεκριμένα, αναλύοντας την συγκεκριμένη κατάσταση ο Freud αναφέρει ότι ο Hans ήταν ερωτευμένος με την μητέρα του ενώ ταυτόχρονα αισθανόταν μίσος και ζήλια για τον πατέρα του τον οποίο και ήθελε να αντικαταστήσει (οιδιπόδεια σύγκρουση), ωστόσο φοβόταν ότι ο πατέρας του θα του το ανταπέδιδε και θα τον ευνούχιζε. Το άγχος που του προκαλούσε αυτή η σύγκρουση ήταν υπερβολικά μεγάλο, καθώς οι επιθυμίες του ήταν απαράδεκτες από τον συνειδητό νου του παιδιού. Έτσι, το άγχος του μετατοπίστηκε σε ένα αθώο αντικείμενο, στην συγκεκριμένη περίπτωση σε ένα μεγάλο άλογο που είδε ο Hans να πέφτει στον δρόμο και να κλοτσά.

Ο Freud ερμήνευσε τη φοβία του Hans για τα άλογα βασιζόμενος σε ενδείξεις που προέρχονταν από τις απαντήσεις του Hans σε μια σειρά κατευθυντήριων ερωτήσεων για το τι ήταν αυτό που φοβόταν πραγματικά, καθώς και από το γεγονός ότι ο Hans έμοιαζε να έχει ξεπεράσει τη φοβία των αλόγων μετά τις συζητήσεις του με τον Freud. Ο Freud ισχυρίστηκε ότι ο Hans κατάλαβε την πραγματική αιτία της φοβίας του και αυτή η κατανόηση θεράπευσε την φοβία του.

Οι επικριτές του Freud τόνισαν ότι ο Hans δεν παρείχε ποτέ οποιαδήποτε αυθόρμητη ή άμεση ένδειξη ότι η πραγματική του ανησυχία ήταν ο πατέρας του και όχι τα άλογα. Παρατήρησαν επίσης, ότι η φοβία του μειώθηκε σταδιακά με τον χρόνο, και όχι απότομα, ως αποτέλεσμα κάποιας ξαφνικής ενόρασης. Μερικοί από του ισχυρότερους επικριτές των ερμηνειών του Freud για τις φοβίες ήταν οι συμπεριφοριστές. Υποστήριζαν ότι οι φοβίες δεν αναπτύσσονται από ασυνείδητα άγχη, αλλά από κλασική και συντελεστική εξαρτημένη μάθηση. Πολλές φοβίες εμφανίζονται έπειτα από τραυματικές εμπειρίες. Όταν για παράδειγμα ένα παιδί σχεδόν πνίγεται αναπτύσσει φοβία για το νερό, ένα άλλο όταν το δαγκώνει σκύλος αναπτύσσει φοβία για τα σκυλιά, ένας έφηβος που δεν τα πάει καλά σε μια παρουσίαση στην τάξη και οι συμμαθητές του τον κοροϊδεύουν, αναπτύσσει την φοβία για τις δημόσιες εμφανίσεις.

Σε αυτές τις περιπτώσεις, ένα προηγουμένως ουδέτερο ερέθισμα, όπως το νερό, ο σκύλος και η δημόσια ομιλία, συνδέεται με ένα τραυματικό γεγονός που δημιουργεί άγχος, όπως είναι ο πνιγμός, το δάγκωμα και το ρεζίλεμα. Με την κλασική εξαρτημένη μάθηση, το προηγουμένως ουδέτερο ερέθισμα μπορεί τώρα, να προκαλέσει την αντίδραση του άγχους. Επιπλέον, πολλοί άνθρωποι με τέτοιου είδους φόβους αποφεύγουν το αντικείμενο του φόβου τους επειδή η αποφυγή βοηθά στη μείωση του άγχους τους. Έτσι, η συμπεριφορά της φοβίας διατηρείται με τη συντελεστική εξαρτημένη μάθηση (Atkinson L., R. et al., 2004B').

Ενώ λοιπόν, μερικές φοβίες μοιάζουν να είναι το αποτέλεσμα πραγματικών τρομακτικών εμπειριών, άλλες μπορεί να είναι μαθημένες έμμεσα και μέσω της παρατήρησης. Οι γονείς που φοβούνται έχουν παιδιά τα οποία μοιράζονται τους φόβους τους. Ένα παιδί που παρατηρεί τους γονείς του να αντιδρούν με φόβο σε πολλές καταστάσεις, είναι πολύ πιθανό να αναπτύξει τις ίδιες αντιδράσεις στις ίδιες καταστάσεις. Σύμφωνα μάλιστα με μελέτες, οι φοβίες εκδηλώνονται σε αρκετά μέλη της ίδιας οικογένειας. Ωστόσο, δεν είναι σαφές αν αυτό είναι κυρίως αποτέλεσμα του γεγονότος ότι το παιδί μαθαίνει τις φοβίες από τους γονείς του ή αν οφείλεται και εν μέρει σε γενετική μετάδοση των φοβιών (Atkinson L., R. et al., 2004B').

Επιπροσθέτως η υπερπροστατευτική συμπεριφορά των γονέων στην παιδική ηλικία του ατόμου, έχει στερήσει από το παιδί την δυνατότητα ανάπτυξης πρωτοβουλιών και αυτονομίας. Η υπερπροστατευτική τάση συνδυασμένη με συνεχείς υποδείξεις στο παιδί του δημιουργούν μια λανθασμένη εντύπωση για τους κινδύνους που διατρέχει με αποτέλεσμα μεγαλώνοντας σαν άτομο να αναπτυχθεί σε έναν ανασφαλή χαρακτήρα, προσκολλημένο σε πρόσωπα και καταστάσεις (Τσιάντης & Μανωλόπουλος, 1988).

Επίσης, και η πολύ αυστηρή παιδική ηλικία είναι δυνατόν να επιφέρει αρνητικές ψυχικές επιπτώσεις στο άτομο μεγαλώνοντας. Στην περίπτωση αυτή το άτομο μεγάλωσε σε ένα φοβικό περιβάλλον, που ένιωθε ότι δεν έχει κανένα προστάτη. Δεν είναι λίγοι οι γονείς οι οποίοι ασκούν συνεχώς κριτική στις επιδόσεις των παιδιών τους και δεν παύουν να τα συγκρίνουν με άλλα παιδιά ή ακόμα και με τα ίδια τα αδέρφια τους. Αυτή η συμπεριφορά δημιουργεί μειωμένη αυτοπεποίθηση στο παιδί και τη δημιουργία ενός αισθήματος ανικανότητας και μειονεξίας (Τσιάντης & Μανωλόπουλος, 1988).

Μια ακόμη περίπτωση όπου γεννιέται φοβική ατμόσφαιρα είναι αν στο οικογενειακό περιβάλλον επικρατούν δεισδιαιμονίες και προκαταλήψεις ή λαμβάνουν χώρα διάφορα οικογενειακά προβλήματα όπως αρρώστιες, θάνατοι αλλαγή τόπου κατοικίας, μετανάστευση, ανεργία γονέων όπου δημιουργούνται οι προϋποθέσεις για μια γενικότερη συναισθηματική ανασφάλεια. Σύμφωνα με τους Ollendick και King (1991), οι φόβοι πολλών παιδιών οφείλονται στο ότι έχουν ακούσει τρομαχτικά πράγματα για τα μετέπειτα φοβικά ερεθίσματα, από τους γονείς, τους δασκάλους, τους φίλους και την τηλεόραση. Επίσης έντονα απειλητικές χρωματισμένες σκηνές στα παραμύθια ή στην τηλεόραση ή τυχαίες εμπειρίες όπως ένας σεισμός δημιουργούν δυσάρεστα συναισθήματα και επηρεάζουν τα ευαίσθητα και ευφάνταστα παιδιά.

Σύμφωνα με έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί έχει διαπιστωθεί ότι η εμφάνιση μιας φοβίας δεν έχει χωροχρονική τάξη, δεν έχει να κάνει με το κοινωνικό, το μορφωτικό και το πνευματικό επίπεδο ενός ατόμου. Η φοβία μπορεί να κάνει την εμφάνισή της σε οποιαδήποτε ηλικία και σε κάθε άτομο (Καλαντζή-Αζίζι, 1988). Ενώ η έλλειψη ενός προσώπου αναφοράς προκαλεί στο υποσυνείδητο του παιδιού - ακόμα και στο βρέφος - φοβία (αρχέγονη φοβία) (Εμπερλάιν, 1980).

Κατηγορίες Φοβιών

Οι φοβίες δεν είναι ένα μονοδιάστατο φαινόμενο. Η φοβία μπορεί να εκδηλωθεί με διάφορους τρόπους, προκαλώντας ένα διαφορετικό συναίσθημα, ανάλογα με το πως εκφράζεται.

Το DSM - IV χωρίζει τις φοβικές διαταραχές σε τρεις ευρείες κατηγορίες: απλές φοβίες, κοινωνικές φοβίες και αγοραφοβία. Μια απλή φοβία είναι ο φόβος ενός συγκεκριμένου αντικειμένου, ζώου ή κατάστασης. Τέτοια παραδείγματα είναι οι παράλογοι φόβοι για τα φίδια τα μικρόβια, τους κλειστούς χώρους και το σκοτάδι. Μερικοί άνθρωποι μπορεί να αναπτύξουν μια απλή φοβία αλλά κατά τα άλλα να είναι φυσιολογικοί. Σε πιο σοβαρές περιπτώσεις, το άτομο έχει αρκετές φοβίες που παρεμβαίνουν σε πολλές πτυχές της ζωής του και μπορεί να είναι συνδεδεμένες με ιδεοληπτική ή ψυχαναγκαστική συμπεριφορά.

Οι άνθρωποι με κοινωνικές φοβίες νιώθουν υπερβολικά ανασφαλείς σε κοινωνικές καταστάσεις και φοβούνται πάρα πολύ μήπως ρεζιλευτούν. Συχνά, φοβούνται ότι το άγχος τους θα γίνει εμφανές από ενδείξεις όπως τα τρεμάμενα χέρια και η φωνή ή το κοκκίνισμα του προσώπου. Αυτοί οι φόβοι είναι συνήθως εξωπραγματικοί, καθώς εκείνοι που φοβούνται ότι θα τρέμουν, τελικά δεν τρέμουν, εκείνοι που φοβούνται ότι θα χάσουν τα λόγια τους και ότι θα τραυλίζουν, μιλούν απολύτως φυσιολογικά. Οι πιο κοινές φοβίες των κοινωνικά φοβικών ατόμων είναι η ομιλία μπροστά σε πολύ κόσμο ή το δημόσιο φαγητό (AtkinsonL., R. etal., 2004B').

Οι άνθρωποι με κοινωνικές φοβίες θα κάνουν μεγάλες προσπάθειες να αποφύγουν καταστάσεις στις οποίες οι άλλοι μπορεί να τους αξιολογήσουν. Μπορεί να αναλάβουν δουλειές που είναι μοναχικές και απομονωμένες προκειμένου να αποφεύγουν τους άλλους ανθρώπους και την συνεργασία μαζί τους. Σε περίπτωση που βρεθούν σε μια κοινωνική κατάσταση φοβούνται και μπορεί να αρχίσουν να τρέμουν και να ιδρώνουν, να νιώθουν σύγχυση και ζαλάδα, να έχουν καρδιοχτύπι και τελικά να καταλήξουν σε κρίση πανικού. Πολλές φορές οι άλλοι βλέποντας την νευρικότητά τους, τους κρίνουν ως ανίκανους να αρθρώσουν λόγο, αδύναμους, κουτούς ή ακόμα και τρελούς. Η κοινωνική φοβία είναι αρκετά κοινή, και συνήθως εμφανίζεται στην εφηβεία ενώ τείνει να γίνει χρόνια πρόβλημα σε περίπτωση που δεν θεραπευτεί (AtkinsonL., R. etal., 2004B').

Στις κοινές φοβίες ανήκουν οι φοβίες του σκότους, της αρρώστιας, των ζώων, του θανάτου. Έχουν καθολικό και πανανθρώπινο χαρακτήρα και αντιπροσωπεύουν τους έμφυτους φόβους του ανθρώπου, οι οποίοι όμως καθίστανται έντονοι και προσλαμβάνουν παθολογική μορφή. Οι ειδικές φοβίες αναφέρονται σε ειδικές καταστάσεις που σπείρουν το φόβο και επηρεάζουν τον φυσιολογικό άνθρωπο όπως η φοβία για το ύψος, την κίνηση, τους ανοικτούς ή κλειστούς χώρους. Ο Freud στην θεωρία του ισχυρίζεται ότι οποιοδήποτε αντικείμενο και οποιαδήποτε κατάσταση είναι δυνατόν να αποβούν φοβογόνα (Adamet' al, 2012).

Ο Freedman (1965), διακρίνει τις φοβίες ανάλογα με το περιεχόμενό τους. Διαχωρίζει φοβίες για ζώα ή αντικείμενα και φοβίες που σχετίζονται με ειδικές καταστάσεις. Αυτά τα δύο είδη φοβιών τα ονόμασε 'γνήσιες φοβίες' και τα διέκρινε από την πανφοβία την οποία και ονόμασε 'ψευδοφοβία'. Σύμφωνα με τον Freedman, στην πανφοβία το άγχος παραμένει αδέσμευτο δηλαδή δεν είναι καθηλωμένο σε ένα συγκεκριμένο αντικείμενο. Οι πάσχοντες από πανφοβία φαίνεται να φοβόνται τα πάντα και όχι κάποιο συγκεκριμένο φοβογόνο αντικείμενο (Bystriksky, 2004). Τα μικρά παιδιά που πάσχουν από πανφοβία φοβόνται πολλά αντικείμενα και καταστάσεις και νοιώθουν ασφαλή και ήρεμα μόνο κοντά στους γονείς τους. Επακόλουθο του φόβου, εφόσον το άτομο αναγκαστεί να έρθει αντιμέτωπο με το φοβικό αντικείμενο, είναι μια σειρά νευροφυτικών συμπτωμάτων όπως ταχυκαρδία, κεφαλαλγία, ιδρώτες, ζάλη, ναυτία, εμετοί, συσφικτικά αισθήματα, νυχτερινή ενούρηση, ονυχοφαγία, ανορεξία, ανησυχία κατά την διάρκεια του ύπνου, εφιάλτες και υπονοβασία ή αϋπνία (Κακαβούλης, 1990).

Ειδική Φοβία (πρώην απλή φοβία)

Σύμφωνα με τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM - IV, η ειδική φοβία, αναφέρεται σε έκδηλο και επίμονο φόβο, ο οποίος είναι υπερβολικός και παράλογος και ελκύεται από την παρουσία ή την πρόβλεψη παρουσίας ειδικού αντικειμένου ή ειδικής κατάστασης. Η έκθεση στο φοβικό ερέθισμα προκαλεί σχεδόν πάντα μια άμεση αντίδραση άγχους η οποία είναι πιθανό να εκδηλωθεί με τη μορφή μιας καταστασιακά συνδεδεμένης ή ελκυσμένης προσβολής πανικού. Στα παιδιά το άγχος αυτό είναι πιθανό να εκδηλώνεται με κλάμα και νευρικότητα (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006).

Ο όρος ειδική φοβία (πρώην απλή φοβία) είναι γενικός και αναφέρεται σε κάθε διαταραχή άγχους που εκφράζεται μέσω ενός παράλογου ή αδικαιολόγητου φόβου σχετικά με αντικείμενα ή καταστάσεις. Η ειδική φοβία περιλαμβάνει φοβίες όπως η κλειστοφοβία, η υψοφοβία, η αραχνοφοβία, τη φοβία για τα αεροπλάνα, για τα ζώα και άλλες παρόμοιες. Το αποτέλεσμα της ειδικής φοβίας στο άτομο είναι να προσπαθεί συνεχώς να αποφεύγει ενεργά την άμεση επαφή με τα αντικείμενα ή καταστάσεις που του προκαλούν φόβο.

Το άτομο με ειδική φοβία αναγνωρίζει πως ο φόβος του είναι υπερβολικός ή παράλογος αλλά δεν μπορεί να τον ελέγξει και γι' αυτό διακρίνεται από την τάση να αποφεύγει τη φοβική κατάσταση και όπου δεν υπάρχει αυτή η δυνατότητα, απλά την υπομένει βιώνοντας έντονο άγχος ή δυσφορία. Η αποφυγή, η αγχώδης προσμονή ή η δυσφορία που συνδέονται με τη φοβική κατάσταση παρεμποδίζουν σημαντικά τις συνήθειες καθημερινές δραστηριότητες του ατόμου (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006).

Οι ειδικές φοβίες αποτελούν την τρίτη πιο διαδεδομένη διαταραχή των ψυχικών διαταραχών και ο επιπολασμός της αναφέρεται στο 10-12% του πληθυσμού. Γενικότερα, επικρατεί η άποψη πως οι ειδικές φοβίες αποτελούν μια σχετικά καλοήγη διαταραχή και πως η αποφυγή της φοβικής κατάστασης θα θεραπεύσει τους πάσχοντες. Όμως, η ειδική φοβία ως αγχώδης διαταραχή μπορεί να είναι εξουθενωτική και η προσπάθεια αποφυγής της να οδηγήσει σε σοβαρά κοινωνικά και επαγγελματικά προβλήματα (Stinson et al., 2007).

Η έκθεση στο αντικείμενο ή την κατάσταση του φόβου επιφέρει μια άμεση αντίδραση με αποτέλεσμα το άτομο να μην αντέξει την έντονη ανησυχία και νευρικότητα ή να προσπαθήσει να αποφύγει το αντικείμενο ή την κατάσταση εντελώς. Η δυσφορία που συνδέεται με την φοβία και την ανάγκη να αποφευχθεί το αντικείμενο ή κατάσταση μπορεί να επηρεάσει σημαντικά τη λειτουργικότητα του ατόμου. Η συνήθης ηλικία έναρξης της ειδικής φοβίας είναι η παιδική ηλικία ή η εφηβεία, ενώ οι γυναίκες έχουν διπλάσιες πιθανότητες να νοσήσουν από ειδικές φοβίες συγκριτικά με τους άνδρες (Alasdair, 2004).

Οι ενήλικες που πάσχουν από ειδική φοβία μπορούν να αναγνωρίσουν ότι ο φόβος είναι υπερβολικός ή παράλογος αλλά δεν είναι σε θέση να το ξεπεράσουν. Οι ειδικές φοβίες αποτελούν την πιο ιάσιμη διαταραχή μεταξύ των ψυχικών διαταραχών, καθώς ένας ολοκληρωμένος έλεγχος και θεραπεία φαίνεται να έχει ποσοστό ανταπόκρισης της τάξεως του 80-90% (Choy et al., 2007).

Τα παιδιά είναι πιθανό να μην αντιλαμβάνονται πάντα πότε οι φόβοι του είναι υπερβολικοί ή αδικαιολόγητοι. Ο Silverman και Rabian (1993), διακρίνουν τις ειδικές φοβίες από τους αναπτυξιακά φυσιολογικούς φόβους επισημαίνοντας πως οι φοβικές αντιδράσεις είναι υπερβολικές και δυσανάλογες των απαιτήσεων της συγκεκριμένης κατάστασης, εκδηλώνονται παρά τη θέληση του ατόμου, οδηγούν στην αποφυγή του φοβικού ερεθίσματος, επιμένουν στο χρόνο και δεν διευκολύνουν το άτομο στην αποτελεσματική του προσαρμογή. Οι πιο συνηθισμένες φοβίες στα παιδιά φορούν τα ύψη, το σκοτάδι τους δυνατούς θορύβους, τους κεραυνούς, τα σκυλιά και άλλα μικρά ζώα. Συνήθως εμφανίζονται πριν από την ηλικία των 7 ετών και στις πιο πολλές περιπτώσεις τους η πρώτη τους εκδήλωση δεν συνδέεται με κάποια τραυματική εμπειρία (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006).

Τα παιδιά με ειδικές φοβίες συχνά διακατέχονται από το άγχος που τους δημιουργεί η σκέψη για το τι μπορεί να τους συμβεί αν εκτεθούν στο αντικείμενο ή την κατάσταση που τους προκαλεί το φόβο. Εάν για παράδειγμα, ένα παιδί φοβάται τους κεραυνούς τότε μπορεί να κυριαρχείται από την ανησυχία ως προς το τι θα μπορούσε να του συμβεί αν στο δρόμο για το σχολείο έπεφταν κεραυνοί. Είναι λοιπόν, πολύ πιθανό το παιδί αυτό να αποφύγει να πάει στο σχολείο ή απλά να κλαίει ή και να κρύβεται στην προσπάθειά του να αντιμετωπίσει το φοβικό ερέθισμα. Η διαρκής επιθυμία αποφυγής των φοβικών καταστάσεων μπορεί να οδηγήσει ένα παιδί που φοβάται τους κεραυνούς να παρακολουθεί συχνά τα δελτία πρόβλεψης του καιρού ή ακόμα και να κοιτά τον ουρανό προκειμένου να προβλέψει εάν υπάρχει ενδεχόμενο βροχής και κεραυνών (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006).

Το DSM-IV-TR αναφέρει συγκεκριμένα διαγνωστικά κριτήρια της ειδικής φοβίας. Έτσι, όταν το άτομο εκτίθεται στο φοβικό ερέθισμα εκφράζει άμεσα συμπτώματα φόβου και άγχους, τα οποία προσομοιάζουν κρίσεις πανικού. Στα παιδιά ο φόβος και το άγχος μπορεί να εκφράζονται ως κλάμα ή πάγωμα του βλέμματος. Δεύτερο κριτήριο είναι η έκφραση του αδικαιολόγητου και υπέρμετρου άγχους και φόβου λόγω της παρουσίας κάποιου φοβικού ερεθίσματος για διάστημα τουλάχιστον ενός μήνα.

Επιπλέον όταν το άτομο αναγνωρίζει πως ο φόβος του είναι υπερβολικός και αδικαιολόγητος, χωρίς βέβαια αυτό το σύμπτωμα να εμφανίζεται στα παιδιά, κάνουμε λόγο για ένα ακόμη κριτήριο διάγνωσης φοβικής συμπεριφοράς. Τέταρτο κριτήριο αποτελεί η αποφυγή του φοβικού ερεθίσματος από το άτομο, ακόμα όμως και όταν αναγκάζεται να το αντιμετωπίσει, αυτό γίνεται με υπέρμετρο άγχος και ένταση.

Επιπλέον η αποφυγή του φοβικού ερεθίσματος και τα συμπτώματα άγχους όταν το άτομο αντιμετωπίζει τα φοβικά ερεθίσματα, παρεμποδίζουν σε σημαντικό βαθμό την λειτουργικότητα του σε προσωπικό, κοινωνικό, επαγγελματικό ή άλλο τομέα της ζωής του. Τελευταίο κριτήριο διάγνωσης της φοβικής συμπεριφοράς αποτελεί το γεγονός ότι τα συμπτώματα του ατόμου δεν επεξηγούνται πληρέστερα βάσει κάποιας άλλης ψυχικής διαταραχής.

Κοινωνική Φοβία (διαταραχή κοινωνικού άγχους)

Η κοινωνική φοβία αποτελεί ένα σύνθετο φαινόμενο. Σύμφωνα με τον Valente (2002) “η κοινωνική φοβία είναι μια κατάσταση που κλονίζει την ψυχική υγεία, η οποία αν και μπορεί να θεραπευτεί, παραμένει χωρίς διάγνωση, αθεράπευτη, θέτοντας τη ζωή των ασθενών σε σοβαρό κίνδυνο. Ταυτόχρονα μειώνει την ποιότητα ζωής τους, τις κοινωνικές τους σχέσεις, την καθημερινή τους λειτουργικότητα και την ανάγκη τους για θεραπεία. ”.

Αποτελεί μια συχνή εκδήλωση αγχώδους διαταραχής. Σε ένα βαθμό το κοινωνικό άγχος είναι φαινόμενο που σχεδόν κάθε άτομο έχει νιώσει κατά τη διάρκεια κάποιας φάσης της ανάπτυξής του. Το άτομο συνήθως ξεπερνά το πρόβλημα του κοινωνικού άγχους προοδευτικά, με την συμμετοχή του σε διάφορες κοινωνικές δραστηριότητες. Οι επιδημιολογικές έρευνες καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η κοινωνική φοβία διαφέρει από τις άλλες φοβίες και τις αγχώδεις διαταραχές. Η κοινωνική φοβία προσβάλλει εξίσου γυναίκες και άνδρες, κάτι που δεν συμβαίνει στην αγοραφοβία. Το άτομο που πάσχει από κοινωνική φοβία χαρακτηρίζεται από άγχος και αποφυγή συμμετοχής σε κοινωνικές και ομαδικές εκδηλώσεις. Το άτομο με κοινωνική φοβία δεν έχει εμπιστοσύνη στον εαυτό του, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι δεν έχει αναπτύξει κοινωνικές δεξιότητες (Μπουλουγούρης, 1994).

Γενικότερα μπορούμε να πούμε ότι ένα άτομο έχει κοινωνική φοβία όταν φοβάται ότι θα γελοιοποιηθεί κάνοντας κάποιο κραυγαλέο ή παράλογο λάθος, όταν δε νιώθει άνετα με άτομα που γνωρίζει ή όταν φοβάται ότι θα γίνει το κέντρο της προσοχής. Δεν μπορεί να περπατά μπροστά σε κόσμο και δεν νιώθει άνετα επειδή δεν ξέρει τι είναι αυτό που περιμένει ο άλλος από αυτόν, ενώ γίνεται νευρικός όταν μιλάει με κάποιον ανώτερό του (Μπουλουγούρης, 1994).

Η κοινωνική φοβία οδηγεί σε περισσότερες ημέρες ασθενείας, κακές εργασιακές επιδόσεις, δαπανηρές ιατρικές επισκέψεις και επισκέψεις επείγουσας φροντίδας, επισκέψεις για ψυχική υγεία και μεγαλύτερη εξάρτηση από την αναπηρία ή την ευημερία, ενώ στις χειρότερες περιπτώσεις ο ασθενής μπορεί να αποφασίσει ότι δεν αξίζει να ζει και τελικά να οδηγηθεί στην αυτοκτονία. Ο έλεγχος και η προσεκτική αξιολόγηση είναι τα κλειδιά για την ανίχνευση και την αξιολόγηση της κοινωνικής φοβίας.

Η φύση των παραπάνω αποτελεσμάτων είναι τέτοια ώστε να μην μπορούν να ληφθούν ελαφρώς υπόψιν από την πλευρά του κράτους πρόνοιας. Αυτό γιατί οι δείκτες ψυχικής υγείας δείχνουν σε παγκόσμιο επίπεδο ότι τέτοιου είδους προβλήματα απασχολούν κάθε χώρα. Μάλιστα, η βαρύτητά τους είναι τέτοια που σε λίγα χρόνια θα αποτελούν το σοβαρότερο πρόβλημα δημόσιας υγείας. Έχουν επίσης επιπτώσεις στον οικονομικό τομέα των χωρών. Για τον συγκεκριμένο λόγο, είναι σημαντικό το κράτος να φροντίζει για την ψυχική υγεία των πολιτών με κάθε τρόπο. Πιο συγκεκριμένα, οι σημερινοί σπουδαστές είναι αυτοί στους οποίους το κράτος πρέπει να επενδύει, καθώς η παραγωγικότητά τους είναι σημαντική. Είναι φυσιολογικό για τους ανθρώπους γενικά να ανησυχούν και να συνειδητοποιούν ότι υπάρχουν δυσκολίες στην ζωή, οι οποίες χρήζουν αντιμετώπισης. Αυτό πρέπει να συμβαίνει σταδιακά και όχι μόνιμα. Είναι φυσιολογικό καθένας από εμάς να νιώθει άγχος για τη δουλειά ή οτιδήποτε άλλο, αλλά αυτό δεν πρέπει να μετατρέπεται σε εμμονή και μετέπειτα σε φοβία.

Για παράδειγμα, όταν κάποιος δίνει μια ομιλία ή κάνει συνέντευξη για μια νέα δουλειά, μπορεί να νιώθει νευρικός ή αναστατωμένος. Το κοινωνικό άγχος ή η κοινωνική φοβία είναι κάτι περισσότερο από συστολή ή περιστασιακή νευρικότητα. Με την κοινωνική αγχώδη διαταραχή, υπάρχει φόβος να ενοχλεί τον εαυτό του και αυτός ο φόβος γίνεται τόσο σοβαρός που κάποιος σχηματίζει συμπεριφορά περιφραγμένων περιστάσεων που μπορεί να προκαλέσει αυτές τις έντονες στιγμές

Το DSM-IV-TR ορίζει την κοινωνική φοβία ως διαταραχή άγχους που χαρακτηρίζεται από ισχυρό και επίμονο φόβο κοινωνικών καταστάσεων ή καταστάσεων απόδοσης στις οποίες ο ασθενής μπορεί να αισθάνεται αμηχανία ή ταπείνωση. Ο Schneier (1991), δηλώνει ότι η κοινωνική φοβία παραμένει μεταξύ των λιγότερο κατανοητών αγχωδών διαταραχών, αν και η δραματική αύξηση στη μελέτη αυτής της κατάστασης τα τελευταία 5 χρόνια δίνει νέες πληροφορίες για τα χαρακτηριστικά της και την ανταπόκριση της θεραπείας. Τα άτομα που φοβούνται μόνο ένα είδος κατάστασης απόδοσης ή φοβούνται μόνο λίγες και όχι τις περισσότερες κοινωνικές καταστάσεις μπορούν

να περιγραφούν ως έχουσες μη γενικευμένη, περιγραφόμενη ή συγκεκριμένη κοινωνική φοβία (Mental Disorders, 2014).

Σχετικά με την αιτιολογική βάση της κοινωνικής φοβίας, δύναται να εντοπιστεί τόσο σε γενετικούς παράγοντες όσο και σε διάφορους περιβαλλοντικούς. Το γέννημα ενός φόβου είναι δυνατόν να οφείλεται σε κάποιο τραυματικό γεγονός. Η κοινωνική φοβία συνιστά μια από τις πιο διαδεδομένες διαταραχές ψυχικής υγείας, κατέχοντας την τρίτη θέση μεταξύ του παγκόσμιου πληθυσμού. Μάλιστα, η επιδημιολογία της διατηρείται ανησυχητικά σταθερή στο 5%, ενώ φαίνεται πως είναι πιο διαδεδομένη μεταξύ των γυναικών.

Αν και διαθέτουμε τόσα στοιχεία για την κοινωνική φοβία, είναι λυπηρό το γεγονός ότι αυτού του είδους η φοβία δεν μπορεί να διαγνωστεί εύκολα. Αυτό σημαίνει πως δεν είναι εύκολη η θεραπεία της. Η κοινωνική φοβία είναι σαν την απομόνωση. Το άτομο συχνά απομονώνεται, επιλέγει να κλειστεί στον εαυτό του, έχει μειωμένη κοινωνική δραστηριότητα και απρόβλεπτη συμπεριφορά (Veale, 2003).

Βάσει της ψυχαναλυτικής θεωρίας, οι φοβίες έχουν την κύρια αιτιολογική τους βάση στην παιδική ηλικία και στις μνήμες αυτής. Για παράδειγμα, οι απαγορευμένες σεξουαλικές ή επιθετικές ενορμήσεις έχουν ως αποτέλεσμα την δημιουργία μιας κατάστασης εσωτερικού κινδύνου-φόβου με αποτέλεσμα να απωθούνται. Σε δεύτερη φάση, μετά την μη επιτυχή εφαρμογή της απώθησης, τίθεται σε δράση ο αμυντικός μηχανισμός της μετάθεσης και κάθε άλυτο πρόβλημα μετατίθεται σ' ένα αντικείμενο ή κατάσταση που συμβολίζει τη σύγκρουση. Σταματά λοιπόν να είναι διάχυτος ο κίνδυνος σε όλο τον ψυχικό κόσμο του ατόμου, και μόλις εντοπιστεί, είναι αρκετό να αποφευχθεί είτε ένα αντικείμενο είτε μια απλή κατάσταση προκειμένου το άτομο που υποφέρει να ηρεμήσει και να παραμείνει έτσι. Εκφράζοντας προς τα έξω κάθε είδους ανησυχία ή εσωτερικές συγκρούσεις, το άτομο έρχεται αντιμέτωπο με συγκεκριμένες καταστάσεις οι οποίες είναι παραδεκτές από το συνειδητό του, ενώ όσον αφορά τον υποσυνείδητο κόσμο του, εκεί μένουν προσκολλημένα τα αμφιθυμικά του συναισθήματα. (Erickson & Janeck, 2007).

Σχολική φοβία

Με τον όρο σχολική φοβία, χαρακτηρίζεται η άρνηση του παιδιού να πάει στο σχολείο γιατί εκεί νιώθει έντονες σωματικές και ψυχικές ενοχλήσεις, συμπτώματα που εξαφανίζονται όταν βρίσκεται στο σπίτι. Το παιδί με σχολική φοβία αποφεύγει τις καταστάσεις που είναι συνυφασμένες με τη σχολική ζωή.

Η αιτιολογία της φοβίας του είναι συνήθως πολυπαραγοντική. Παράγοντες πρόκλησης φόβου στα παιδιά μπορεί να είναι οι δάσκαλοι, οι συμμαθητές, η αποτυχία στα μαθήματα, ο αποχωρισμός από τους γονείς, το μέγεθος του σχολείου, οι εξετάσεις, οι προσδοκίες των εκπαιδευτικών, οι μαθησιακές δυσκολίες κ.α. Συχνά, θεωρείται ότι η σχολική φοβία είναι ουσιαστικά η εκδήλωση του άγχους αποχωρισμού του παιδιού.

Το παιδί αρνείται όχι μόνο να πάει στο σχολείο αλλά και να συμμετέχει και σε άλλες κοινωνικές και ομαδικές εκδηλώσεις. Οι σωματικές ενοχλήσεις που βιώνει το παιδί και αρχίζουν την εμφάνισή τους από τη στιγμή του πρωινού στο σπίτι και την προετοιμασία του για το σχολείο, είναι συνήθως ναυτία, εμετός, διάρροια, πονοκέφαλος και πόνος στο στομάχι. Συμπτώματα που εξαφανίζονται όταν οι γονείς του, του επιτρέπουν να μην πάει στο σχολείο ή όταν ο δάσκαλος του λέει να εγκαταλείψει το σχολείο και να επιστρέψει στο σπίτι.

Η έναρξη της σχολικής φοβίας μπορεί να είναι είτε αιφνίδια είτε σταδιακή, με το παιδί να παρουσιάζει για μέρες ή και εβδομάδες άγχος και φόβο ή ακόμα και αλλαγές στην κοινωνικότητά του. Ο όρος της σχολικής φοβίας καθιερώθηκε το 1941 με σκοπό να διαφοροποιηθεί από το “σκασιαρχείο”, καθώς στόχος του παιδιού δεν είναι η απλή απομάκρυνσή του από το σχολείο προκειμένου να είναι μακριά από την επίβλεψη γονιών και δασκάλων σε κάποιο μέρος διασκέδασης, αλλά να μείνει στο σπίτι και κοντά στους δικούς του. Το φαινόμενο εντοπίζεται περισσότερο στα αγόρια παρά στα κορίτσια και δεν έχει σχέση με το κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο της οικογένειας (Μπουλουνγούρης, 1994).

Διαταραχή πανικού με αγοραφοβία

Η διαταραχή πανικού με αγοραφοβία είναι μια αγχώδης διαταραχή κατά την οποία το άτομο έχει επεισόδια έντονου φόβου και άγχους. Η αγοραφοβία ως όρος χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά το 1871 για να περιγράψει το φόβο και την αποφυγή των δημόσιων χώρων (Barlow, 2002).

Η λέξη “φοβία”, ως ειδικός και ξεχωριστός όρος, άρχισε να χρησιμοποιείται από τις αρχές του αιώνα μας. Δε σημαίνει τίποτε άλλο παρά τον υπερβολικό φόβο, έξω από κάθε αναλογία, για ένα καινοφανές, αβλαβές ερέθισμα ή κατάσταση, που δεν μπορεί να εξηγηθεί με τη λογική και οδηγεί το άτομο στην αποφυγή του συγκεκριμένου φοβογόνου ερεθίσματος. Η αγοραφοβία, που λέγεται και “αγοραφοβικό σύνδρομο”, συνήθως συνοδεύεται από πανικό, αν και είναι δυνατό να εκδηλώνεται και χωρίς πανικό. Είναι μια χρόνια κατάσταση αναπηρίας του ατόμου, και αυτό γιατί το άτομο πρέπει να αντιμετωπίσει κάποιες καταστάσεις, κάνει αλλεπάλληλες αποφυγές, παγιδεύεται μέσα σε αυτές, περιορίζει τις δραστηριότητές του, κλείνεται στο σπίτι του και για να λειτουργήσει έστω και σε κάποιο βαθμό, εξαρτάται από την παρουσία των άλλων (Μπουλουγούρης, 1994).

Στην έννοια της αγοραφοβίας έχουν δοθεί διάφορες ονομασίες. Ο Freud την αποκαλούσε “αγχώδη υστερία”, ο Klein “φοβική αγχώδη κατάσταση”, ο Roth “φοβικό - αγχώδες και με αποπροσωποποίηση σύνδρομο”. Ωστόσο, η πρώτη και λεπτομερής περιγραφής της αγοραφοβίας διατυπώθηκε από τον Westphal το 1871, ενώ το 1885, η αγοραφοβία εγκρίθηκε από τον Henry Maudsley ως ξεχωριστό σύνδρομο (Μπουλουγούρης, 1994).

Παλαιότερα θεωρείτο πως η αγοραφοβία συνοδεύεται αποκλειστικά με την εκδήλωση πανικού, όμως στο DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) ο πανικός διαγιγνώσκεται είτε με είτε χωρίς αγοραφοβία. Το DSM-IV περιγράφει την αγοραφοβία ως αγχώδη διαταραχή, κατά την οποία το άτομο αποφεύγει μέρη ή καταστάσεις από τις οποίες η διαφυγή θα ήταν δύσκολη. Στην περίπτωση αυτή εμφανίζονται ανεπιθύμητα σωματικά συμπτώματα (Κριτήριο Α), όπου για να ηρεμήσει το άτομο απαιτείται η παρουσία ενός έμπιστου προσώπου ή το άτομο θα πρέπει να υπομείνει την κατάσταση με μεγάλη αγωνία (Κριτήριο Β).

Η αγοραφοβία εμπεριέχει τη συμπτωματολογία του φόβου της μοναξιάς, του φόβου της απώλειας του ελέγχου σε δημόσιο χώρο, του αισθήματος της απόσπασης από τους άλλους, του συναισθήματος του ‘αβοήθητου’, του συναισθήματος ότι

το σώμα και το περιβάλλον δεν είναι πραγματικά, ενώ οι πάσχοντες σπάνια βγαίνουν από το σπίτι τους. Από την άλλη, ο πανικός συνοδεύεται από το αίσθημα του κινδύνου, της διαφυγής, το αίσθημα παλμών της καρδιάς, την εφίδρωση ή ρίγη, το τρέμουλο ή μυρμήγκιασμα, τη δύσπνοια, το σφίξιμο στο λαιμό και το αίσθημα του πνιγμού, τον πόνο στο στήθος, τη ναυτία ή τη δυσφορία στο στομάχι, τη ζάλη, το φόβο ότι το άτομο θα χάσει το μυαλό του, το φόβο της απώλειας του ελέγχου και του θανάτου και την αίσθηση του εξωπραγματικού.

Η ταξινόμηση των φοβικών διαταραχών θα μπορούσε να γίνει με βάση το αντικείμενο ή την κατάσταση που αποφεύγει ο ασθενής, αλλά κάτι τέτοιο θα είχε ως αποτέλεσμα έναν εκτενή πίνακα ταξινόμησης. Το ιατρικό λεξικό Gould ταξινομεί περισσότερες από 275 φοβίες με το όνομά τους. Στην ταξινόμηση των φοβικών διαταραχών αποκλείουμε τις φοβίες που αναπτύσσονται δευτεροπαθώς, δηλαδή φοβίες που είναι συμπτώματα μιας άλλης νόσου. Μερικές φορές μια τέτοια διάκριση είναι αρκετά δύσκολη, για τον λόγο αυτό, μόνο όταν η φοβία αποτελεί το επικρατέστερο και κυρίαρχο σύμπτωμα, τότε μόνο ονομάζουμε την κατάσταση αυτή φοβία ή φοβική νεύρωση ή φοβική διαταραχή. Οι φοβικές καταστάσεις διαιρούνται σε δύο κατηγορίες. Στην πρώτη κατηγορία κατατάσσονται οι φοβίες από εξωγενή ερεθίσματα, αποτελούν τις πιο συχνές και περιλαμβάνουν την αγοραφοβία, τις κοινωνικές φοβίες τις φοβίες ζώων και τις μεικτές ειδικές φοβίες (π.χ. κεραυνού, βροντής κ.λπ.). Στην δεύτερη κατηγορία ανήκουν οι φοβίες από ενδογενή ερεθίσματα και σε αυτές ανήκουν η φοβία νόσου και η ψυχαναγκαστική φοβία (Μπουλουγούρης, 1994).

Τα δύο τρίτα των αγοραφοβικών είναι γυναίκες, με τα πρώτα συμπτώματα να εμφανίζονται στην εφηβεία. Η έναρξη εμφάνισης των συμπτωμάτων γίνεται συνήθως ανάμεσα στα 15 και στα 35 έτη. Η αγοραφοβία δεν εμφανίζεται συχνά στην παιδική ηλικία και έτσι γίνεται πιο απίθανη η συμμετοχή κάποιου κληρονομικού παράγοντα. Ωστόσο, η άποψη αυτή δεν στηρίζεται σε αντικειμενικά δεδομένα καθώς σε ασθενείς όπως η μανιοκαταθλιπτική ψύχωση, η έναρξη των συμπτωμάτων γίνεται στα ίδια περίπου όρια ηλικίας με αυτά της αγοραφοβίας, ενώ η κληρονομική επιβάρυνση είναι βέβαιη. Στην αγοραφοβία είναι πιθανό να συνυπάρχουν και μη φοβικά αγχώδη συμπτώματα, όπως άγχος, αυτόματοι πανικοί, ανασφάλεια, το χρόνιο αίσθημα τάσης που έχουν κατά την ηρεμία, ίλιγγοι, κατάθλιψη, φόβοι απώλειας ελέγχου καθώς και συμπτώματα Ιδαίο-ψυχαναγκαστικής νεύρωσης (Μπουλουγούρης, 1994).

Η διάγνωση της αγοραφοβίας με πανικό, ή αλλιώς της διαταραχής πανικού με αγοραφοβία, σύμφωνα με τον ορισμό που έχει δώσει η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία, γίνεται όταν το άγχος αναμονής που έχει σχέση με τους πανικούς κάνει το άτομο απρόθυμο να εγκαταλείψει το σπίτι του ή να μπει σε μέρη που είναι δυνατόν να του προκληθεί πανικός. Λέμε ότι ένα άτομο έχει αγοραφοβία όταν τα φοβικά συμπτώματα το εμποδίζουν να ανταποκριθεί στις ευθύνες της οικογένειάς του, να πάει στην δουλειά του κ.λπ. Επίσης τα φοβικά συμπτώματα πρέπει να διαρκούν περισσότερο από ένα χρόνο. Στην πορεία των συμπτωμάτων μπορεί μεν να παρατηρούνται διακυμάνσεις αλλά δεν παρατηρείται ποτέ πλήρης υποχώρηση. Το κύριο σύμπτωμα του αγοραφοβικού είναι ο φόβος να βγει έξω. Θέλει να μένει μέσα στο σπίτι του, γιατί έξω από αυτό υπάρχουν ερεθίσματα που του προκαλούν φόβο.

Οι βασικές σύγχρονες σχολές που ερμηνεύουν την παθογένεια της αγοραφοβίας είναι δύο. Η πρώτη συνδέει την αγοραφοβία με κάποια βιολογική απορρύθμιση που εκδηλώνεται πρώτα με πανικό και στη συνέχεια με αποφυγή. Η δεύτερη θεωρεί υπεύθυνη πολλές αιτίες. Θεωρεί ότι ο πανικός δεν αποτελεί προϋπόθεση για την εκδήλωση της αγοραφοβίας και υποθέτει ότι ποικίλες αιτίες αποδυναμώνουν το άτομο και έτσι αυτό αποκτά φοβικές αντιδράσεις. Ακόμη για την εγκατάσταση και διατήρηση της αγοραφοβίας λαμβάνεται υπόψη η συμβολή των κοινωνικών περιστάσεων, η ανάπτυξη της προσωπικότητας και τα διάφορα βιολογικά γεγονότα. Σύμφωνα με πρόσφατες έρευνες, υποστηρίζονται οι απόψεις της δεύτερης σχολής καθώς τα 2/3 των αγοραφοβικών ασθενών αναφέρουν έναρξη αγοραφοβίας χωρίς να έχει προηγηθεί πανικός και μόνο το 1/3 αναφέρει ότι έχει υποστεί πανικό πριν την έναρξή της (Μπουλουγούρης, 1994).

Ο αγοραφοβικός αποφεύγει διάφορες καταστάσεις επειδή φοβάται ότι θα λιποθυμήσει και θα χάσει τον έλεγχο. Πολλές φορές πιστεύει ότι ο φόβος είναι έξω από τον εαυτό του και για αυτόν το λόγο, αναζητώντας την εύκολη λύση, θεωρεί καλύτερο να αποφεύγει τις επώδυνες καταστάσεις. Οι αγοραφοβικοί περιγράφουν τον εαυτό τους ως άτομα ανίκανα να αντιμετωπίζουν εξωτερικούς κινδύνους ή να εκδηλώσουν επιθετικότητα, εκτός εάν έχουν ένα οικείο πρόσωπο κοντά τους που θα τους προστατεύσει. Δεν κάνουν προσπάθειες να αντιμετωπίσουν την μοναξιά τους, ούτε να μειώσουν την υποτιθέμενη ελευθερία τους. Η γνωσιακή δομή του αγοραφοβικού χαρακτηρίζεται από μειωμένη εμπιστοσύνη στον εαυτό του (Μπουλουγούρης, 1994).

Σε περιπτώσεις που πρέπει οπωσδήποτε να αντιμετωπίσει μια κατάσταση κοινωνικής αλληλεπίδρασης, τότε καταφεύγει σε διασπαστικές σκέψεις που θα

μετριάσουν το άγχος του, χωρίς να κάνει καμία προσπάθεια κατανόησης της φύσης του ή προσπάθεια για να μάθει πως να αντέχει ή να γελοιοποιεί όσα αισθάνεται. Ταυτόχρονα με την αγοραφοβία συνυπάρχουν και κοινωνικοί φόβοι, παρόλο που δεν είναι το κύριο και πρωταρχικό σύμπτωμα. Ο φόβος της δημόσιας ομιλίας εμφανίζεται πολύ συχνά τόσο στα άτομα με κοινωνική φοβία όσο και στους αγοραφοβικούς. Σε μεγάλο ποσοστό οι αγοραφοβικοί φοβούνται ότι έχουν κακή υγεία και ότι πάσχουν από κάποια ανίατη και θανατηφόρα ασθένεια (Μπουλουγούρης, 1994).

Οι αγοραφοβικοί είναι υπερευαίσθητοι στα εσωδεκτικά ερεθίσματα και πιστεύουν ότι οι σωματοαισθήσεις που νιώθουν θα έχουν καταστροφικές συνέπειες επάνω τους. Η υπερευαίσθησία αυτή είναι δυνατόν να υπάρχει και σε φυσιολογικά άτομα. Ο υπαρξιακός φόβος του αγοραφοβικού, ο φόβος ότι είναι μόνος μέσα στον κόσμο, και ο “φόβος του φόβου” μήπως τον πιάσει πανικός όταν απομακρύνεται από τις ζώνες ασφαλείας που ο ίδιος έχει εφεύρει, αποτελούν χαρακτηριστικά σχεδόν κάθε αγοραφοβικού. Για τον λόγο αυτό το σπουδαιότερο σκέλος της θεραπείας έγκειται στο να μάθουμε στον αγοραφοβικό να ζει μόνος του. Το μεγαλύτερο ίσως πρόβλημα στην αγοραφοβία είναι η παρουσία της κατάθλιψης. Υπολογίζεται ότι οι μισοί σχεδόν ασθενείς με αγοραφοβία έχουν και κατάθλιψη. Έτσι, η δυσκολία του ειδικού έγκειται στην αναγνώριση του πραγματικού προβλήματος. Πότε δηλαδή είναι η αγοραφοβία και πότε η κατάθλιψη το πρωταρχικό πρόβλημα. Η τόσο στενή σχέση της αγοραφοβίας με την κατάθλιψη αποδεικνύεται και από τη βελτίωση πολλών αγοραφοβικών ασθενών με την χορήγηση αντικαταθλιπτικής αγωγής (Μπουλουγούρης, 1994).

Το DSM-IV TR ορίζει πως το άτομο θα πρέπει να βιώσει και τα δύο κριτήρια στη διαταραχή του πανικού με αγοραφοβία: τις επαναλαμβανόμενες και απροσδόκητες κρίσεις πανικού, τουλάχιστον μία από τις κρίσεις να έχει για ένα μήνα (ή περισσότερο) από ένα (ή περισσότερα) από τα ακόλουθα συμπτώματα:

- (α) επίμονη ανησυχία σχετικά με επιθέσεις,
- (β) ανησυχία για τις συνέπειες της επίθεσης (π.χ., απώλεια ελέγχου, καρδιακή προσβολή, "τρέλα")
- (γ) σημαντική αλλαγή στη συμπεριφορά που σχετίζεται με τις κρίσεις πανικού (American Psychiatric Association, 1994).

Η πορεία της αγοραφοβίας εξαρτάται και από τις συμπεριφορές των ανθρώπων του περιβάλλοντος του αγοραφοβικού ατόμου, που πολλές από αυτές εκδηλώνονται καθαρά από το ενδιαφέρον των οικείων. Η εξάρτηση του αγοραφοβικού ατόμου από κάποιον οικείο προκειμένου να βγει εκτός σπιτιού, είναι τόσο συχνή που

καταλήγει να γίνεται συνήθεια και αυτό έχει ως αποτέλεσμα την μη αποθάρρυνση της συγκεκριμένης πρακτικής. Ένα οικείο πρόσωπο που ανησυχεί για την υγεία του αγοραφοβικού ατόμου, το παροτρύνει να μείνει στο σπίτι με αποτέλεσμα η εξάρτηση αυτή να αυξάνεται. Γίνεται αντιληπτό, ότι πολλές συμπεριφορές μας που πηγάζουν από το ενδιαφέρον για το πάσχων άτομο, μπορεί να ενθαρρύνουν την αγοραφοβία του ατόμου και να διαιωνίσουν το πρόβλημα (Μπουλουγούρης, 1994).

Διαταραχή πανικού χωρίς αγοραφοβία

Η ετυμολογία της λέξης “πανικός” προέρχεται από το όνομα του ιδιότυπου θεού του ελληνικού πανθέου Παν, ο οποίος σύμφωνα με την μυθολογία ήταν προστάτης των ποιμένων και με τις άγριες κραυγές του έσπερνε τον πανικό. Έτσι, το απροσδόκητο και τρομερό συναίσθημα που προκαλούσε ο θεός Παν έμεινε γνωστό ως πανικός (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006).

Η λέξη πανικός στην καθημερινή γλώσσα έχει διαφορετική έννοια από την κλινική πράξη. Ως πανικό στην καθημερινή ζωή ορίζουμε την ανησυχία που νιώθουμε για συγκεκριμένες καταστάσεις που έχουμε να αντιμετωπίσουμε και αμφιβάλλουμε για το αν θα τα καταφέρουμε. Συνήθως έχει προηγηθεί αναμονή και ο πανικός αυτός εκδηλώνεται βαθμιαία. Στην κλινική πράξη είναι προτιμότερο να γίνεται διάκριση των διαταραχών πανικού από τον αγοραφοβικό πανικό. Στην διαταραχή πανικού το φαινόμενο του πανικού επαναλαμβάνεται, είναι απρόβλεπτο και δύσκολα μπορούμε να βρούμε τις αιτίες του. Αντίθετα στην αγοραφοβία, ο πανικός τις περισσότερες φορές προβλέπεται καθώς τις περισσότερες φορές έχει σχέση με το φοβογόνο ερέθισμα (Μπουλουγούρης, 1994).

Παλαιότερα οι ειδικοί εκτιμούσαν πως η διαταραχή πανικού εκδηλώνεται μόνο σε ενήλικες και πως πολύ σπάνια μπορεί να παρουσιαστεί σε παιδιά και εφήβους. Η συγκεκριμένη εντύπωση είχε επικρατήσει για αρκετό καιρό καθώς υπήρχε η εντύπωση πως για την εκδήλωση της διαταραχής απαιτούνται ορισμένες γνωστικές διεργασίες οι οποίες είναι αδύνατες για τα παιδιά, με τους ειδικούς να εκτιμούν ότι τα παιδιά δεν μπορούν να οδηγηθούν σε καταστροφικές παρερμηνείες που αφορούν σωματικά συμπτώματα (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006).

Ως διαταραχή πανικού εννοούμε την αιφνίδια πρόκληση έντονου τρόμου που συχνά συνοδεύεται με συναισθήματα επερχόμενου θανάτου. Η αιφνίδια έναρξη είναι η εισβολή της κατάστασης του τρόμου που έρχεται μέσα σε διάστημα 10 -

15 λεπτών, στο τέλος της οποίας ο πανικός φτάνει στην μεγαλύτερή του ένταση. Εκδηλώνεται τόσο γρήγορα που μπορεί να συγκριθεί με κάποιον που δέχεται ηλεκτροσόκ. Μπορεί να συναντηθεί επίσης με ονομασίες όπως “μυϊκή εξάντληση της καρδιάς”, “νευρασθένεια”, “αγχώδης νεύρωση”, κ.α. (Μπουλουγούρης, 1994).

Οι προσβολές πανικού είναι δύο ειδών, ο προβλεπόμενος ή αναμενόμενος και ο απρόβλεπτος. Ο προβλεπόμενος προκαλείται από ένα ή περισσότερα συναισθήματα που αναγνωρίζονται από τον ασθενή ως παθογόνα. Πρόκειται δηλαδή για τον πανικό που έχει το φοβικό άτομο όταν αντιμετωπίζει το φοβογόνο ερέθισμα. Ο απρόβλεπτος πανικός είναι εκείνος που εμφανίζεται απροειδοποίητα και αυτόματα. Οι αυτόματες κρίσεις πανικού είναι δυνατόν να εμφανιστούν χωρίς λόγο και συνήθως μειώνονται με την πάροδο του χρόνου. Το άτομο που υποφέρει μόνο από αυτόματους πανικούς και έχει διαταραχή πανικού δεν αποφεύγει τις ειδικές καταστάσεις ή το χώρο στον οποίο συνέβη ο πανικός και έχει φυσιολογική ζωή μεταξύ των επεισοδίων πανικού (Μπουλουγούρης, 1994).

Παρόλο που ένα επεισόδιο πανικού μπορεί να παρουσιάσει διαφορετικά συμπτώματα, τα ξεσπάσματα που σχετίζονται με την διαταραχή πανικού χωρίς αγοραφοβία παρουσιάζουν μια σειρά από ιδιαιτερότητες. Μάλιστα, χαρακτηριστικό είναι ότι τα συμπτώματα με τη μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης σύμφωνα με έρευνα των Barlow & Craske (1988) που είχε ως δείγμα 41 ασθενείς που είχαν λάβει διάγνωση σχετική με διαταραχή πανικού και αγοραφοβία ήταν:

- το αίσθημα παλμών,
- η ζάλη, η εφίδρωση,
- ο φόβος της τρέλας ή της απώλειας ελέγχου,
- η δύσπνοια και
- ο τρόμος (Barlow & Craske, 1988).

Σύμφωνα με τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM - IV, η προβολή πανικού εκδηλώνεται με έντονο φόβο ή δυσφορία, κατά την οποία τέσσερα τουλάχιστον από τα παρακάτω συμπτώματα εμφανίζονται ξαφνικά και κορυφώνονται μέσα σε διάστημα 10 λεπτών της ώρας και στην συνέχεια, σε 30 περίπου λεπτά ή σε μερικές ώρες μειώνονται.

Τα συμπτώματα είναι τα εξής:

1. αίσθημα παλμών, καρδιά που “σφυροκοπά” ή επιτάχυνση καρδιακού ρυθμού
2. εφίδρωση
3. τρεμούλα ή έντονος τρόμος
4. αίσθημα λαχανιάσματος ή ασφυξίας
5. αίσθημα πνιγμονής
6. πόνος ή δυσφορία στον θώρακα
7. ναυτία ή κοιλιακή ενόχληση
8. αίσθημα ζάλης, αστάθειας ή τάση για λιποθυμία
9. αποπραγματοποίηση ή αποπροσωποποίηση
10. φόβος απώλειας ελέγχου ή ότι θα τρελαθεί
11. φόβος θανάτου
12. παραισθήσεις
13. ρίγη ή αίσθημα ζέστης (Μπουλουγούρης, 1994).

Η προσβολή πανικού συνοδεύεται από μία ανυπόφορη αίσθηση επικείμενου κινδύνου ή θανάτου και το άτομο διακατέχεται από μία ακατανίκητη τάση να ξεφύγει από αυτή την κατάσταση. Παρόλο που οι προσβολές πανικού έχουν συνήθως μικρή χρονική διάρκεια, μπορεί να εμφανιστούν περισσότερες φορές σε διάστημα μιας εβδομάδας ή ενός μήνα και τα συμπτώματα ενδέχεται να πάρουν αρκετά σοβαρή μορφή, που βέβαια δεν απειλούν τη ζωή ή την σωματική του υγεία.

Το DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) απαιτεί 4 συμπτώματα από μια λίστα 11 σωματικών και 2 γνωστικών συμπτωμάτων για τη διάγνωση ενός επεισοδίου πανικού. Γίνεται μάλιστα ξεκάθαρο πως από τον συγκεκριμένο ορισμό δύναται να προκύψουν 715 πιθανοί συνδυασμοί των τεσσάρων συμπτωμάτων ή φαινοτυπικών εκφράσεων ενός επεισοδίου πανικού. Μερικές από αυτές τις ομάδες συμπτωμάτων ίσως παρουσιάζουν ομοιότητες, σε περίπτωση που φέρουν κοινά δύο ή τρία συμπτώματα. Ωστόσο, ένα ξέσπασμα πανικού που διακρίνεται από «αίσθημα παλμών, δύσπνοια, αισθήματα ζεστού ή κρύου (εξάψεις) και ναυτία» ξεκάθαρα δεν είναι το ίδιο με ένα ξέσπασμα το οποίο συνοδεύεται από «ζάλη, τρόμο, εφίδρωση και αποπροσωποποίηση» ή από ένα επεισόδιο με «αστάθεια, θωρακικό πόνο, προκάρδιους παλμούς και φόβο απώλειας ελέγχου».

Οι Cox et al (1994) ανακάλυψαν ένα μοντέλο τριών παραγόντων της συμπτωματολογίας του πανικού που αποτελείται από συμπτώματα σχετιζόμενα με ζάλη, με καρδιοαναπνευστική δυσφορία και γνωστικούς παράγοντες, και συμπέραναν ότι κάποια συμπτώματα είναι πιθανότερο να παρουσιάζονται σε ένα επεισόδιο πανικού, διατυπώνοντας την άποψη ότι η παρούσα φαινομενολογική ταξινόμηση (DSM) του πανικού είναι μάλλον ανακριβής. Μια δεύτερη συνέπεια αυτών των πολυάριθμων συνδυασμών των συμπτωμάτων του πανικού είναι ότι οι ασθενείς με τη διαταραχή μπορεί να αποτελούν ετερογενή ομάδα. Ως αποτέλεσμα, οι καθιερωμένες ή οι εστιασμένες γνωστικές συμπεριφορικές θεραπείες για τον πανικό δεν μπορεί να έχουν, και μάλλον δεν έχουν, μια πλήρη και μοναδική θεραπευτική εφαρμογή και επιτυχία. Η γνωστική θεωρία του πανικού έχει επηρεάσει κατά πολύ τον τρόπο που οι σύγχρονοι θεραπευτές κατανοούν και θεραπεύουν τον πανικό. Η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία «είναι μια ιδιαίτερα αποτελεσματική θεραπεία για τον πανικό, με αναλύσεις πρόθεσης θεραπείας να δείχνουν πως το 74-94% των ασθενών γίνονται ελεύθεροι πανικών και πως τα οφέλη αυτά διατηρούνται και στην επανεξέταση» (Clark, 1997).

Παρόλο που στον παιδικό πληθυσμό η διαταραχή πανικού είναι εξαιρετικά σπάνια, αναφέρεται από τους ειδικούς πως η διαταραχή άγχους του αποχωρισμού είναι πιθανό να αποτελεί κατά κάποιο τρόπο μία πρόιμη μορφή προσβολής πανικού, η οποία στην εφηβεία ή και αργότερα μπορεί να εξελιχθεί σε διαταραχή πανικού (Μπουλουγούρης, 1994).

Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή

Οι επιδημιολογικές μελέτες έχουν διαπιστώσει ότι σε ολόκληρο το φάσμα των αγχωδών διαταραχών, η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή είναι η διαταραχή με την υψηλότερη εκτίμηση του αριθμού των ετών ζωής που χάνονται λόγω της νόσου σε άνδρες και η δεύτερη υψηλότερη στις γυναίκες μετά τη διαταραχή πανικού. Στους πάσχοντες με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή έχει διαπιστωθεί αυξημένη χρήση των υπηρεσιών υγείας και μειωμένη σωματική ευεξία (Adam et al., 2012). Η μελέτη των Fullana et al (2010) έδειξε πως η παρουσία οποιασδήποτε χρόνιας σωματικής κατάστασης αυξάνει την επικράτηση των ψυχαναγκαστικών συμπτωμάτων.

Το DSM-IVTR (American Psychiatry Association, 1994) αναφέρει πως η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή εμπεριέχει είτε εμμονές, είτε καταναγκασμούς, ενώ ορίζει τις εμμονές ως:

(1) τις επαναλαμβανόμενες και επίμονες σκέψεις, παρορμήσεις ή εικόνες που βιώνονται σε κάποια χρονική στιγμή κατά τη διάρκεια της διαταραχής, ως ενοχλητικές και ακατάλληλες και προκαλούν σοβαρό άγχος ή αγωνία.

(2) τις σκέψεις, παρορμήσεις ή εικόνες που δεν είναι απλά υπερβολικές ανησυχίες για τα προβλήματα της πραγματικής ζωής.

Το εμμονικό άτομο προσπαθεί να αγνοήσει ή να καταστείλει αυτές τις σκέψεις, παρορμήσεις ή εικόνες, ή να τις εξουδετερώσει με κάποια άλλη σκέψη ή πράξη και παρόλα αυτά αναγνωρίζει ότι οι ιδεοληπτικές σκέψεις, παρορμήσεις ή εικόνες είναι προϊόν του δικού του μυαλού.

Ο καταναγκασμός ορίζεται ως (American Psychiatry Association, 1994):

(1) η επαναλαμβανόμενη συμπεριφορά ή οι επαναλαμβανόμενες διανοητικές πράξεις που το άτομο εκτελεί ως ανταπόκριση σε μια εμμονή,

(2) οι συμπεριφορές ή οι διανοητικές πράξεις που αποσκοπούν στην πρόληψη ή τη μείωση της ψυχικής δυσφορίας ή στην πρόληψη κάποιου επίφοβου συμβάντος (χωρίς να ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα).

Το αποτέλεσμα της διαταραχής είναι πως οι ιδεοληψίες ή οι ψυχαναγκασμοί προκαλούν έντονη δυσφορία, είναι χρονοβόροι (διαρκεί περισσότερο από 1 ώρα την ημέρα) και επηρεάζουν σημαντικά την κανονική ρουτίνα του ατόμου, την επαγγελματική (ή ακαδημαϊκή) του λειτουργία και τις συνήθειες κοινωνικές δραστηριότητες ή σχέσεις. Διαταραχές που συνδέονται με το στρες. Οι διαταραχές που συνδέονται με το στρες περιλαμβάνουν τη διαταραχή μετατραυματικού στρες και την οξεία αντίδραση στο στρες. Η οξεία διαταραχή στο στρες εμφανίζεται σε άτομα που δεν εμφανίζουν κάποια άλλη ψυχιατρική διαταραχή και οφείλεται σε εξαιρετική σωματική και ψυχολογική πίεση. Το στρες που βιώνει έντονα το άτομο μπορεί να αναφέρεται σε μια συντριπτική τραυματική εμπειρία, όπως ένα ατύχημα, ο πόλεμος, η σωματική κακοποίηση, ο βιασμός, ή σε μία ασυνήθιστα απότομη αλλαγή των κοινωνικών συνθηκών του ατόμου, όπως το πένθος. Η ατομική ευπάθεια και η ικανότητα αντιμετώπισης παίζουν ρόλο στην εμφάνιση και τη βαρύτητα της οξείας αντίδρασης στο στρες. Τα συμπτώματα της διαταραχής παρουσιάζουν σημαντική διακύμανση, αλλά συνήθως περιλαμβάνουν ένα αρχικό στάδιο «ζάλης» με κάποιο περιορισμό του πεδίου της συνείδησης και της προσοχής, αδυναμία κατανόησης ερεθισμάτων και αποπροσανατολισμό. Η διαταραχή μετατραυματικού στρες αποτελεί την ανταπόκριση σε ένα αγχωτικό γε-

γονός ή σε μια κατάσταση που έχει εξαιρετικά απειλητική φύση και μπορεί να προκαλέσει σημαντική δυσφορία (μεγάλο πόνο, άγχος, θλίψη, οξεία σωματική και ψυχική ταλαιπωρία, κόπο). Οι αιτίες της διαταραχής αναφέρονται στο βίωμα σοβαρών καταστάσεων, όπως ο πόλεμος, η βία, οι φυσικές ή και ανθρώπινες καταστροφές, τα ατυχήματα, η μαρτυρία σε βίαιο θάνατο ή επίθεση, η σεξουαλική κακοποίηση και ο βιασμός, τα βασανιστήρια, η τρομοκρατία ή η σύλληψη ομήρων.

Διαταραχή μετατραυματικού στρες

Η διαταραχή του μετατραυματικού στρες (PTSD) αποτελεί μία αγχώδη διαταραχή που εμφανίζεται όταν ένα άτομο βιώνει ένα τραυματικό γεγονός. Το τραύμα προκαλεί έντονα συναισθήματα, όπως φόβο και άγχος, αλλά το καθοριστικότερο χαρακτηριστικό της διαταραχής του μετατραυματικού στρες είναι το συναισθηματικό μούδιασμα που ακολουθεί το τραύμα (Litz et al., 2002).

Ο όρος συναισθηματικό μούδιασμα περιγράφει την αδυναμία των πασχόντων να αισθάνονται κάθε είδους συναίσθημα, ιδιαίτερα εκείνων που σχετίζονται με την οικειότητα, την αγάπη και στοργή (Feeny et al, 2000). Σύμφωνα με τα κριτήρια του DSM-IVTR (American Psychiatric Association, 2000) μία έκθεση σε ένα τραυματικό συμβάν είναι η αιτία της ανάπτυξης της διαταραχής αυτής. Ένα συμβάν μπορεί να χαρακτηριστεί ως τραυματικό όταν υπάρξει θάνατος ή σοβαρός τραυματισμός (Κριτήριο A-1). Η ανταπόκριση του ατόμου στο στρεσογόνο τραύμα χαρακτηρίζεται από έντονο φόβο, αδυναμία ή τρόμο και τα παιδιά μπορεί να εκφράζουν αποδιοργανωμένη ή διαταραγμένη συμπεριφορά (Κριτήριο A-2). Τα συμπτώματα της διαταραχής του μετατραυματικού στρες είναι συμπτώματα άγχους που σχετίζονται με το τραυματικό αγχογόνο παράγοντα.

Ειδικότερα, τα βασικά συμπτώματα της διαταραχής σύμφωνα με το DSM-IV TR είναι τρία:

- το τραυματικό γεγονός ξανά-βιώνεται επίμονα (Κριτήριο B),
- υπάρχει η επίμονη αποφυγή των ερεθισμάτων που συνδέονται με το τραύμα και το μούδιασμα της γενικής ανταπόκρισης (Κριτήριο Γ),
- υπάρχουν επίμονα συμπτώματα αυξημένης διέγερσης (Κριτήριο Δ).
- τα παραπάνω συμπτώματα πρέπει να διαρκούν για περισσότερο από τέσσερις εβδομάδες (Κριτήριο Ε) και

- να προκαλούν κλινικά σημαντική δυσφορία ή έκπτωση των κοινωνικών, επαγγελματικών και άλλων τομέων της λειτουργικότητας του ατόμου (Κριτήριο ΣΤ).

Το καθοριστικό σύμπτωμα της διαταραχής, όπως αναφέρθηκε, είναι το συναισθηματικό μούδιασμα, επίσης γνωστό ως «συναισθηματική αναισθησία», που αποτελεί τη μειωμένη ικανότητα ανταπόκρισης στον εξωτερικό κόσμο (Feeny et al., 2000).

Πιο συγκεκριμένα, το συναισθηματικό μούδιασμα αποτελεί την αδυναμία του ατόμου να αισθάνεται κάθε είδους συναίσθημα και ιδιαίτερα εκείνων που σχετίζονται με την οικειότητα, την τρυφερότητα και τη σεξουαλικότητα (Litz et al., 2002). Το συναισθηματικό μούδιασμα εκπροσωπείται ιδιαίτερα σε τρία διαφορετικά συμπτώματα: στο κριτήριο Γ-4 που αναφέρεται στη σημαντική ελάττωση του ενδιαφέροντος και της συμμετοχής σε σημαντικές δραστηριότητες, στο κριτήριο Γ-5, το οποίο αναφέρεται στο αίσθημα της απόσπασης ή της αποξένωσης από τους άλλους και στο κριτήριο Γ-6, το οποίο αναφέρεται στο περιορισμένο εύρος του συναισθήματος (π.χ. αδυναμία του βιώματος του αισθήματος της αγάπης) (American Psychiatric Association, 2000).

Τα παιδιά με την διαταραχή αυτή παρουσιάζουν επίμονο άγχος, ως επακόλουθο ενός τραυματικού γεγονότος που βίωσαν και το οποίο είναι ασυνήθιστο στα πλαίσια της ανθρώπινης εμπειρίας. Τέτοιου είδους γεγονότα μπορεί να είναι κάποιες φυσικές καταστροφές ή όταν το παιδί γίνεται μάρτυς κάποιου εγκλήματος ή βίαιης ενέργειας.

Το παιδί με την διαταραχή αυτή διακρίνεται από την τάση να προσπαθεί επίμονα να αποφύγει σκέψεις, συναισθήματα ή συζητήσεις που σχετίζονται με το τραυματικό γεγονός καθώς και δραστηριότητες τόπους ή ανθρώπους που προκαλούν ανακλήσεις του τραύματος. Επιπλέον, ενδέχεται να μειωθεί το ενδιαφέρον και η συμμετοχή του σε σημαντικές δραστηριότητες και να διακρίνεται από το αίσθημα απομάκρυνσης και αποξένωσής του από τους άλλους. Ακόμη, μπορεί να έχει διαταραχές ύπνου, εκρήξεις θυμού, δυσκολίες στη συγκέντρωση της προσοχής και να αντιδρά με υπερβολή στο ξάφνιασμα (Μπουλουγούρης, 1994).

Φοβίες που συναντώνται στο νοσοκομείο

Ειδική φοβία αίματος

Η ειδική φοβία αίματος αποτελεί μια από τις πιο συχνά εμφανιζόμενες φοβίες στο χώρο του νοσοκομείου, με τους ασθενείς αυτούς να αρνούνται να τους πάρει ο νοσηλευτής αίμα. Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων το άτομο αποστασιοποιείται από οτιδήποτε έχει σχέση με την υγεία του με αποτέλεσμα να μην μπορεί να την παρακολουθήσει. Αυτό συνεπάγεται ότι δεν μπορεί να έχει την απαραίτητη πρόληψη και ενημέρωση. Με την πάροδο των χρόνων, και όσο το ανοσοποιητικό σύστημα αποδυναμώνεται δεν έχει την δυνατότητα να ελέγξει την κατάσταση, ενώ ταυτόχρονα ο κίνδυνος για εμφάνιση προβλημάτων υγείας αυξάνεται σημαντικά. Πέρα από την αυτοφροντίδα, η ειδική φοβία αίματος έχει και άλλες σημαντικές συνέπειες. Για παράδειγμα το άτομο δεν μπορεί να βοηθήσει έναν συνάνθρωπό του προσφέροντάς του τις πρώτες βοήθειες σε περίπτωση που αυτό κριθεί απαραίτητο. Η κατάσταση αυτή είναι χειρότερη στην περίπτωση που τα άτομα αυτά είναι γονείς.

Σίγουρα, η Ειδική Φοβία Αίματος είναι ιάσιμη. Πάραυτα το άτομο αρνείται να αντιμετωπίσει την κατάστασή του και αυτό έχει ως αποτέλεσμα να επιδεινώνεται. Μια θεραπεία για την φοβία αίματος, είναι να εκθέσουμε τον πάσχοντα απέναντι σε αυτό. Αυτό γίνεται μέσω μιας σειράς σταδίων. Σύμφωνα με την έρευνα, αυτό συχνά περιλαμβάνει το να γίνει αιμοδότης μια φορά και το πρόβλημα έχει ξεπεραστεί. Ωστόσο, λόγω των προβλημάτων της λιποθυμίας που μειώνει τον καρδιακό ρυθμό σε ορισμένους αιμοφοβικούς, το έργο της έκθεσης είναι καλύτερο να γίνεται υπό την καθοδήγηση της κλινικής ψυχολόγου ή κάποιον ψυχίατρο. Τουλάχιστον θα πρέπει να παρακολουθείται στενά από κάποιον επαγγελματία υγείας (Ak,et al., 2014).

Άλλη μια έρευνα δείχνει πως στο 3% έως 4% του γενικού πληθυσμού παρουσιάζεται ψυχική διαταραχή όταν βρίσκονται απέναντι σε τραυματισμό ή αίμα. Οι περισσότεροι ασθενείς με φοβία αίματος και της βελόνας δεν θα επισκεφθούν τον γιατρό όπως επίσης και κλινικές και νοσοκομεία καθώς αυτά τους προκαλούν άγχος και δυσφορία. Φοβούνται πως θα λιποθυμήσουν στη θέα του αίματος, η πρόβλεψη της σωματικής βλάβης, ή η πρόβλεψη μιας ένεσης, η οποία χαρακτηρίζεται από τη συμπεριφορά αποφυγής και έντονο, παράλογο φόβο σε απάντηση να δω αίμα, ενέσεις, τραυματισμούς, αναπηρίες, ή έκθεση σε αυτά ή άλλες παρόμοιες ιατρικές διαδικασίες. Ονομάζεται και φοβία αίμα-τραυματισμό-ένεση, επειδή συχνά το αίμα και η ένεση που

έχει ως αποτέλεσμα την θέα απειροελάχιστου αίματος είναι τα συνθήματα που μπορούν να προκαλέσουν μια αμυδρή, όπως αντιπροσωπεύεται γενικά στη βιβλιογραφία, φοβία. Καθώς η σύγχρονη ιατρική εξαρτάται κυρίως από ενέσεις, η φοβία έχει γίνει όλο και πιο σημαντικό ζήτημα. Η φοβία αίματος – τραυματισμού έχει διακριτικά κλινικά χαρακτηριστικά και είναι ένα περίεργο είδος φοβίας. Η έκθεση σε φοβικά συνθήματα προκαλεί ταχυκαρδία στις περισσότερες φοβίες. Ασθενείς με αιμοφοβία τυπικά βιώνουν μια διφασική καρδιαγγειακή απόκριση ενός αρχικού σταδίου ταχυκαρδίας, ακολουθούμενη από βραδυκαρδία, υπόταση, σοκ, ίλιγγο, συγκοπή, εφίδρωση, ναυτία και σπάνια και το θάνατο. Σε 80% των περιπτώσεων, η απόκριση φοβία χαρακτηρίζεται από συγκοπή. Αυτή η απάντηση είναι κοινή σε φοβία αίματος και δεν είναι ένα χαρακτηριστικό άλλων ειδικών φοβιών (Wani, et al., 2014).

Βελονοφοβία

Η συγκεκριμένη φοβία συνδυάζει πολλούς φόβους. Μερικοί από αυτούς είναι του αίματος, της ζημίας που «απειλείται» από ένα αιχμηρό αντικείμενο, και μπορεί ένα ορισμένο επίπεδο άγχους για αυτά τα πράγματα να είναι αναμενόμενο. Το πρόβλημα αυτό όμως πρέπει να αντιμετωπιστεί όταν η συγκεκριμένη φοβία βάζει σε κίνδυνο την ασφάλεια του ατόμου και το κάνει να μην θέλει να επισκεφθεί και να συμβουλευτεί τον γιατρό ή να παραλάβει μια εξέταση αίματος. Πολλοί άνθρωποι θεωρούν αδιανόητο να κάνουν μια ένεση έχοντας στο μυαλό τους ότι θα πονέσουν πολύ, αναστατώνονται και παθαίνουν πανικό απέναντι στη θέα μιας ένεσης (Sokolowski, 2010).

Οδοντιατρική φοβία

Ας αναφερθούμε και σε μια άλλη φοβία των νοσοκομείων που είναι η οδοντιατρική φοβία. Πολλοί είναι εκείνοι που ανησυχούν για την οδοντιατρική θεραπεία. Το πρόβλημα αυτό το βιώνει ένα πέντε τις εκατό του γενικού πληθυσμού. Πιο συχνά εμφανίζεται στις γυναίκες. Ξεκινά κυρίως στην παιδική ηλικία ή στην εφηβεία και μπορεί να σχετίζεται με παρόμοιους φόβους στους γονείς και κάποια αύξηση σε άλλα συναισθηματικά προβλήματα. Η οδοντιατρική φοβία μπορεί να εμφανίζεται από μόνη της όμως μπορεί και να σχετίζεται με τη φοβία του αίματος, του τραυματισμού ή του νοσοκομείου. Οι άνθρωποι που φοβούνται ιδιαίτερα τις ενέσεις και το τρυπάνι, αντιδρούν τε-

ντώνοντας τους μυς τους, και συνήθως περιμένουν περισσότερο πόνο από ό, τι πραγματικά αισθάνονται κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Η έρευνα δείχνει, ωστόσο, ότι έχουν το ίδιο επίπεδο ανοχής του πόνου κατά τη διάρκεια της θεραπείας ως μη φοβικοί, αλλά μπορεί να έχουν ένα χαμηλότερο ή κατώτατο όριο πόνου, ή το ίδιο όριο, αλλά να αισθάνονται περισσότερο πόνο. Προφανώς οι άνθρωποι είναι σε πολλά διαφορετικά σημεία της κλίμακας φοβικοί. Μερικοί θα προτιμούσαν να βγάλουν μόνοι τους τα δόντια τους από το να επισκεφτούν έναν οδοντίατρο (και σε ορισμένες περιπτώσεις το έχουν πράξει). Μερικοί άνθρωποι που φοβούνται τον οδοντίατρο, έχουν αυξημένη ευαισθησία στη φίμωση. Η φίμωση είναι το αντανάκλαστικό στο λαιμό όταν ένα δάκτυλο τοποθετείται στο στόμα κοντά στη μαλακή υπερώα και μας προστατεύει από την κατάποση αντικειμένων ή ουσιών που είναι επικίνδυνα για τον οργανισμό μας. Το οδοντιατρικό άγχος είναι ένα πολύ διαδεδομένο πρόβλημα. Οι οδοντίατροι είναι σε θέση να πραγματοποιήσουν παρεμβάσεις συμπεριφορικές ώστε να μειώσουν την οδοντιατρική φοβία. Μια μελέτη περίπτωσης αναλύει την αξιολόγηση θεραπείας μίας απλής βελονοφοβίας χρησιμοποιώντας τη νόμο διαβαθμισμένη έκθεση προκειμένου να αποδειχθεί η χρήση αυτών των τεχνικών. Η εξοικείωση των οδοντιάτρων με τις συμπεριφορικές παρεμβάσεις θα τους βοηθήσουν να αντιδρούν κατάλληλα σε ασθενείς που παρουσιάζουν ήπια μορφή φόβου και άγχους. Η έγκαιρη παρέμβαση μπορεί να παίζει σημαντικό ρόλο στη μείωση της αγχώδους φοβίας στο οδοντιατρικό περιβάλλον. Οδοντίατροι με ενδιαφέρον να διαχειριστούν την ανάλογη συμπεριφορά του ασθενούς μπορούν επίσης να κάνουν τα άτομα με φοβία να τους επιθυμούν για τη θεραπεία τους (McDonnell-Boudra, et al., 2014).

Τοκοφοβία

Μια άλλη ειδική φοβία είναι ο φόβος για τον τοκετό. Οι περισσότερες γυναίκες φοβούνται και μόνο στην ιδέα για μια μελλοντική γέννα κατά τη διάρκεια ή ακόμα και πριν από μία εγκυμοσύνη. Ο φόβος αυτός, θα μπορούσαμε να πούμε, πως σε γενικές γραμμές είναι αναμενόμενος και δικαιολογημένος. Η πράξη του τοκετού συνοδεύεται από πιθανούς φυσικούς κινδύνους αλλά και μεγάλες αλλαγές στη μετέπειτα ζωή της γυναίκας και του συντρόφου της. Όλα αυτά δικαιολογούν το αίσθημα του φόβου που νιώθει η γυναίκα. Η ένταση του φόβου μπορεί να επηρεάζεται από την προσωπικότητα και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της γυναίκας και από τη δομή του οικείου της περιβάλλοντος, με συνέπεια κάποιες γυναίκες να λειτουργούν καλύτερα

ενάντια σε αυτόν σε σύγκριση με άλλες. Με τον όρο τοκοφοβία εννοούμε τον υπερβολικό φόβο που νιώθει η γυναίκα απέναντι στην πράξη του τοκετού, ο οποίος φόβος μπορεί να οδηγήσει σε υπερβολικές και ακραίες αντιδράσεις και στη άρνηση της γυναίκας να υποστεί την διαδικασία αυτή. Είναι μια παθολογική κατάσταση διόλου φυσιολογική. Ο φόβος του τοκετού έχει καταγραφεί από τα αρχαία χρόνια. Τα τελευταία χρόνια όμως η τοκοφοβία «ανακαλύφτηκε» ως ψυχοπαθολογική οντότητα. Η πρώτη επιστημονική δημοσίευση που μελέτησε την κατάσταση αυτή έγινε το 2000, ενώ το Webster's New Millennium αγγλικό λεξικό περιέχει τον όρο από το 2001. Η ίδια δημοσίευση ξεχώρισε την τοκοφοβία σε πρωτογενή - εάν υφίσταται πριν από την πρώτη γέννα - και δευτερογενή - μετά την πρώτη γέννα. Αν και τα κλασικά ψυχιατρικά συγγράμματα δεν αναφέρουν την ίδια τη λέξη “τοκοφοβία”, επιτρέπουν το χαρακτηρισμό της ως μία ειδική φοβία. Μια γυναίκα που πάσχει από τοκοφοβία παρουσιάζει πληθώρα συμπτωμάτων κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Ένα ποσοστό 6-10% των εγκύων έχουν υπέρμετρο φόβο για τον τοκετό που εκδηλώνεται με ποικίλα σωματικά ενοχλήματα, όπως πόνους σε διάφορα σημεία ακόμα και στην περιοχή της κοιλιάς. Άλλες πάλι μπορεί να δυσκολεύονται να συγκεντρωθούν στις καθημερινές τους δραστηριότητες ή να βλέπουν εφιάλτες. Ακόμα και οι έμετοι που μπορεί να έχει μια γυναίκα στην αρχή της εγκυμοσύνης της μπορεί να έχουν ψυχολογικό υπόβαθρο. Ακόμη, γυναίκες που πάσχουν από κατάθλιψη πριν, κατά τη διάρκεια ή μετά την εγκυμοσύνη παρουσιάζουν πιο συχνά το φαινόμενο της τοκοφοβίας χωρίς όμως να είναι σίγουρο εάν η κατάθλιψη προκαλεί φόβο για τον τοκετό ή και το αντίστροφο. Συνήθως οι γυναίκες που φοβούνται την πράξη του τοκετού θα προτιμήσουν να γεννήσουν με καισαρική.

Στη Μεγάλη Βρετανία και τη Σουηδία, 7-22% των προγραμματισμένων καισαρικών τομών γίνονται μετά από αίτημα της γυναίκας, που συχνά οφείλεται σε φόβο για τον τοκετό. Πολλές γυναίκες καταφεύγουν ακόμα και στη διακοπή της εγκυμοσύνης τους εξαιτίας της φοβίας τους, ενώ υπάρχουν περιπτώσεις που η γυναίκα αισθάνεται ανακούφιση όταν, λόγω αποβολής ή εξωμήτριου εγκυμοσύνης, αποφεύγει την επερχόμενη γέννα. Η εκδήλωση συμπτωμάτων νευρωτικού τύπου και η ενεργός αποφυγή καταστάσεων που οδηγούν στον τοκετό είναι στοιχεία που ικανοποιούν το χαρακτηρισμό της τοκοφοβίας ως μία από τις φοβίες. Πολλοί είναι οι λόγοι για τους οποίους μία γυναίκα μπορεί να βιώνει υπερβολικό φόβο για τον τοκετό, με πιο σημαντικό αυτόν του αβάσταχτου πόνου. Γυναίκες που δεν αντέχουν τον πόνο είναι περισσότερο τοκοφοβικές.

Σε χώρες που δεν παρέχεται ικανή αναλγησία στον τοκετό - όπως η επισκληρίδιος αναισθησία - ένας μεγάλος αριθμός γυναικών θα ζητήσουν καισαρική τομή. Για γυναίκες που έχουν ήδη τεκνοποιήσει, μπορεί να φοβούνται να ξανά τεκνοποιήσουν εξαιτίας κάποιας παλαιότερης αρνητικής εμπειρίας τοκετού. Για παράδειγμα, γυναίκες που έχουν γεννήσει με επείγουσα καισαρική τομή ή με τη βοήθεια βεντούζας φοβούνται πιο πολύ μία μελλοντική γέννα από εκείνες που γέννησαν φυσιολογικά και χωρίς κανένα πρόβλημα. Άλλες γυναίκες πάλι θεωρούν πως δεν είναι ικανές να γεννήσουν, έχοντας διογκώσει στο μυαλό τους τον κίνδυνο της όλης διαδικασίας. Ακόμη μπορεί να μην επιθυμούσαν την εγκυμοσύνη αυτή, γεγονός που τις αγχώνει και τις κάνει να φοβούνται περισσότερο. Είναι ακόμα πιθανό για κάποιες γυναίκες το αναμενόμενο τραύμα του τοκετού να επαναφέρει υποσυνείδητα κάποιο τραύμα ή κακοποίηση σε μικρότερη ηλικία. Από όλα αυτά λοιπόν καταλήγουμε στο συμπέρασμα πως η τοκοφοβία είναι υπαρκτή και μπορεί να έχει αρνητικές συνέπειες για μια γυναίκα, ειδικότερα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Έχει ψυχοσωματικό αντίκτυπο σε αυτήν, αφού μπορεί να εκδηλώνει συμπτώματα όπως οι έμετοι (σωματικό αντίκτυπο) ή μπορεί να την οδηγήσει σε μια χειρουργική επέμβαση- καισαρική τομή στα πλαίσια της φοβίας της. Για αυτές τις γυναίκες λοιπόν πρέπει να παρέχεται η κατάλληλη ψυχολογική υποστήριξη και θεραπεία. Ο γυναικολόγος μπορεί να συμβάλει στη θεραπεία, ενημερώνοντας αναλυτικά για τα προβλήματα της προηγούμενης εγκυμοσύνης και θέτοντας ρεαλιστικές απαντήσεις για την επερχόμενη εγκυμοσύνη και τοκετό. Τα μαθήματα προετοιμασίας στην εγκυμοσύνη μειώνουν τον πόνο και το άγχος κατά τον τοκετό και την ανασφάλεια για την υγεία του μωρού. Με κατάλληλη ψυχοθεραπεία, η τοκοφοβία μπορεί να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά, ενώ φάρμακα χρησιμοποιούνται μόνο σε ανθεκτικές περιπτώσεις ή σε φοβίες με υπόβαθρο σοβαρής ψυχιατρικής κατάστασης. Η παροχή οργανωμένης ψυχοθεραπείας μπορεί να οδηγήσει σε αλλαγή του πλάνου τοκετού - από προγραμματισμένη καισαρική τομή σε φυσιολογικό τοκετό - σε πάνω από τις μισές γυναίκες. Στην ελληνική πραγματικότητα, λίγες γυναίκες θα δηλώσουν ξεκάθαρα τη φοβία τους στην οικογένεια ή τον ιατρό τους, αφού μπορεί να αντιμετωπιστούν με προκατάληψη. Συνήθως, θα ζητήσουν από το μαιευτήρα να γεννήσουν με προγραμματισμένη καισαρική τομή. Το 6% των εγκύων γυναικών φοβούνται την διαδικασία του τοκετού. Έτσι υπάρχει αυξημένος κίνδυνος για τυχόν επιπλοκές κατά τη διάρκεια του τοκετού (πριν και μετά) όπως πχ ο πρόωρος τοκετός, η επείγουσα καισαρική τομή, ο φόβος του τοκετού και το τραυματικό άγχος. Κατά τη διάρκεια της τελευ-

ταίας δεκαετίας, υπάρχουν αυξανόμενες κλινικές ενδείξεις ότι η haptotherapy θα μπορούσε να είναι μια αποτελεσματική παρέμβαση για να μειωθεί ο φόβος του τοκετού σε έγκυες γυναίκες. Η συγκεκριμένη μελέτη έχει σκοπό να αξιολογήσει τις συνέπειες μιας τέτοιας επέμβασης. Οι μέθοδοι τις έρευνας καθώς και ο σχεδιασμός περιλαμβάνει έγκυες γυναίκες με σοβαρή τοκοφοβία, ηλικίας ≥ 18 χρόνων. Τοποθετήθηκαν σε τρεις βραχίονες:

- (1) θεραπεία με haptotherapy,
- (2) διαδικτυο ψυχο-εκπαίδευση ή
- (3) φροντίδα ως συνήθως.

Το κύριο αποτέλεσμα της μελέτης είναι ο φόβος του τοκετού. Οι μετρήσεις που έγιναν κατά την έναρξη σε εβδομάδα κύησης 20-24, αμέσως μετά την επέμβαση ολοκληρώνεται στην 36η εβδομάδα κύησης, δηλαδή έξι εβδομάδες μετά τον τοκετό και έξι μηνών μετά τον τοκετό. Δευτερεύοντα καταληκτικά σημεία της μελέτης είναι η αγωνία, η γενική ανησυχία, η κατάθλιψη, η σωματοποίηση, η κοινωνική υποστήριξη, η σύνδεση μητέρας και παιδιού, κύηση και επιπλοκές παράδοσης, τραυματικά συμπτώματα του άγχους, τη διάρκεια της παράδοσης, το βάρος της γέννησης και η φροντίδα ικανοποίησης. Η θεραπεία προϋποθέτει την διδασκαλία με ένα συνδυασμό των δεξιοτήτων σε οκτώ συνεδρίες της μίας ώρας. Η ομάδα διαδικτυο, ακολουθεί μια πορεία στο διαδικτυο οκτώ εβδομάδων που περιέχει πληροφορίες σχετικά με την εγκυμοσύνη και τον τοκετό. Η ομάδα ελέγχου έχει τη φροντίδα, ως συνήθως, σύμφωνα με τα πρότυπα της RoyalDutchΟργάνωση των μαιών και του Οργανισμού ολλανδικής Μαιευτικής και Γυναικολογίας (Royhe, et al., 2013).

Νοσοφοβία ή αρρωστοφοβία

Στις νοσοκομειακές φοβίες επίσης περιλαμβάνεται και η νοσοφοβία ή αρρωστοφοβία της οποίας ο ορισμός είναι η εμμονή της μόλυνσης από κάποια νόσο. Σχετίζεται με την μικροβιοφοβία. Οι άνθρωποι επισκέπτονται πολύ συχνά το νοσοκομείο για να διαπιστώσουν εάν πάσχουν από κάποια νόσο όπως επίσης παίρνουν από μόνοι τους φάρμακα χωρίς λόγο. Εκδηλώνεται και ως «διαταραχή του φοιτητή της ιατρικής». Όταν κάποιος πάσχει από νοσοφοβία, στο μυαλό του επικρατεί η σκέψη ότι πάσχει από κάποια ασθένεια, σπάνια ή ανίατη όπως φυματίωση καρκίνο καθώς και καρδιακές παθήσεις. Μερικοί συγγραφείς συνιστούν ότι η νόσος φοιτητών ιατρικής

πρέπει να αναφέρεται ως νοσοφοβία αντί για υποχονδρίαση καθώς οι ιατρικές έρευνες δείχνουν ένα πολύ χαμηλό ποσοστό υποχονδρισμού σε αυτή την διαταραχή. Από την άλλη μεριά η αρρωστοφοβία έχει να κάνει με την κατάσταση κατά την οποία το άτομο νομίζει πως είναι διαρκώς άρρωστο. Η συγκεκριμένη νόσος μπορεί να συνοδευτεί από ψυχαναγκαστική διαταραχή και κρίσεις πανικού. Οι άνθρωποι με την συγκεκριμένη φοβία αγχώνονται και μόνο στην σκέψη κάποιας ασθένειας, δεν μπορούν να λειτουργήσουν λόγω του άγχους και μερικές φορές γνωρίζουν ότι οι φόβοι τους είναι παράλογοι αλλά ταυτόχρονα αισθάνονται ανίκανοι να τους ελέγξουν.

Οι αρρωστοφοβικοί ψάχνουν διαρκώς στο ιντερνέτ την ασθένεια την οποία νομίζουν πως έχουν και επηρεασμένοι από τα όσα διαβάζουν νομίζουν πως έχουν και τα συμπτώματα της συγκεκριμένης ασθένειας (Κρέμερ, 2014). Όταν κάποιος φοβάται πως πάσχει από μια ασθένεια, σκέφτεται διαρκώς αυτό το πράγμα (συμπεριλαμβανομένου του θανάτου από τη νόσο), εξετάζει συνέχεια τα όργανά του και πηγαίνει αρκετά συχνά για εξετάσεις και ζητά διαβεβαιώσεις από τον γιατρό πως η ασθένεια δεν είναι παρούσα από την οικογένεια, τους φίλους και τους γιατρούς. Οι φοβικοί με την νόσο κατά κάποιο τρόπο μοιάζουν να έχουν ιδεοψυχαναγκαστική / καταναγκαστική διαταραχή καθώς και η σκέψη της ασθένειας σαν εμμονή. Για το λόγο αυτό δεν έχουν περιγραφεί.

Ο όρος συμπεριφορά της ασθένειας εισήχθη από τον Volkart και περιγράφει τους διάφορους τρόπους των ατόμων να ανταποκριθούν στην δικιά τους κατάσταση της υγείας τους. Η έννοια Pilowskyτης μη φυσιολογικής συμπεριφοράς στην ασθένεια, περιλαμβάνει διάφορες κλινικές καταστάσεις που χαρακτηρίζονται από δυσπροσαρμοστικό τρόπο που βιώνουν, αντιλαμβάνονται, αξιολογούν και αντιμετωπίζουν τα άτομα τη δική τους κατάσταση υγείας. Η έννοια της σωματοποίησης επικρίθηκε επειδή υπονοεί την παρουσία της ψυχολογικής δυσφορίας ή μιας επικείμενης ψυχιατρικής διαταραχής όταν μια αιτία οργανική για σωματικά συμπτώματα δεν βρέθηκε. Έτσι, οι πιο αθεώρητοι όροι, όπως τα λειτουργικά σωματικά συμπτώματα και τα ιατρικώς ανεξήγητα συμπτώματα, εισήχθησαν.

Οι Κλίμακες Ασθένεια Στάση Kellner φαίνονται να είναι το χρυσό πρότυπο για τη μέτρηση του υποχονδριακού φάσματος, που περιλαμβάνει διάφορες κλινικές καταστάσεις, όπως νοσοφοβία, θανατοφοβία και το άγχος για την υγεία. Η εκτίμηση της ασθένειας και η άρνηση θα πρέπει να θεωρούν πως ένας ορισμένος βαθμός της άρνησης μπορεί μερικές φορές να αποτρέψει τους ασθενείς από την συντριπτική ψυχολογική δυσφορία που προκύπτει από απειλητικές για τη ζωή ασθένειες. Η

άρνηση αυτή μπορεί να αφορά τόσο σωματικά όσο και ψυχιατρικά συμπτώματα. Ειδικά μέσα είναι διαθέσιμα για τους δύο τύπους της άρνησης. Οι γνωστικές και συναισθηματικές αναπαραστάσεις που αναπτύχθηκαν από άτομα που έχουν να αντιμετωπίσουν μια ασθένεια ή μια αντιληπτή απειλή για την υγεία μπορούν να αξιολογηθούν από το σύστημα.

Μικροβιοφοβία

Η φοβία για τα μικρόβια, είναι μια φοβία από την οποία πάσχουν πολλοί άνθρωποι. Η φοβία των ανθρώπων μήπως χάσουν την υγεία τους μπορεί να φτάσει σε ακραία επίπεδα και να επηρεάσει αρνητικά τη ζωή τους. Η μικροβιοφοβία είναι μια ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή. Εκδηλώνεται με τη μορφή έμμονης ιδέας. Συνήθως οι μικροβιοφοβικοί εκδηλώνουν έντονη αγωνία και στρες μήπως νοσήσουν από κάποια ασθένεια και αναγκαστούν να απομονωθούν κοινωνικά. Η μικροβιοφοβία λοιπόν, όπως αναφέραμε και πιο πάνω, είναι μια ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή και δεν στηρίζεται στη λογική. Ο μικροβιοφοβικός, φοβάται τα μικρά και αόρατα σωματίδια όπως μικρόβια, βακτήρια, ιούς. Τα άτομα αυτά δεν θέλουν να γίνουν φορείς ιών και μικροβίων που μπορεί να κοστίσουν την υγεία των ίδιων αλλά και των άλλων ανθρώπων γύρω τους. Η πάθηση αυτή συνήθως συνδέεται με το παρελθόν του ατόμου το οποίο μπορεί να είχε κάποια τραυματική εμπειρία. Ο πάσχων συνδέει γεγονότα του παρελθόντος με την ύπαρξη μικροβίων και τη μεταδοτικότητα τους. Μπορεί να θυμάται παραδείγματος χάρη, μια εμπειρία από όταν ήταν παιδί που είχε κολλήσει μια μεταδοτική ασθένεια και είχε απομονωθεί για κάποιο χρονικό διάστημα και ανθρώπους να τον αποφεύγουν για το λόγο αυτό. Όποια κι αν είναι η αιτία, όμως, το μικροβιοφοβικό άτομο βιώνει έντονο στρες και συναισθηματικό φόβο, γεγονός το οποίο, τον αποτρέπει από το να ζήσει μια φυσιολογική ζωή και να λειτουργήσει κανονικά στην καθημερινότητα. Τα συμπτώματα της μικροβιοφοβίας ποικίλουν αναλόγως του ατόμου και του σταδίου της διαταραχής. Όλοι σίγουρα νιώθουν άβολα και καταβάλλονται από το αίσθημα έντονου άγχους και στρες. Σε κάποιες πιο σοβαρές περιπτώσεις το πάσχον άτομο μπορεί να βιώσει ακόμη και κρίσεις πανικού. Τα πιο συνηθισμένα συμπτώματα είναι: ξηροστομία, ταχύπνοια, τρέμουλο, αυξημένοι παλμοί, αίσθηση ότι χάνεται ο έλεγχος, εφίδρωση, αίσθηση παγίδευσης και αδυναμίας εξόδου από αυτή, αίσθηση ότι θα συμβεί μια μεγάλη καταστροφή και συμπτώματα παρόμοια με αυτά της κρίσης πανικού.

Η διάγνωση της μικροβιοφοβίας γίνεται συνήθως από τον ίδιο τον ασθενή. Το άτομο αρχίζει να καταλαβαίνει πως όλα αυτά που νιώθει δεν έχουν λογική βάση κι έτσι αρχίζει να αναζητά τη βοήθεια των ειδικών. Ο ειδικός ψυχολόγος μπορεί να βοηθήσει το άτομο να εξαλείψει αυτή τη φοβία. Η ψυχανάλυση καθώς και η ψυχοθεραπεία μπορεί να βοηθήσει το άτομο να μάθει να ελέγχει το φόβο του (Fava,etal 2012).

Φοβία πριν από μία νοσηλεία ή χειρουργική επέμβαση

Πολλοί ασθενείς φοβούνται, αγχώνονται και νιώθουν πως απειλούνται όταν βρεθούν στο νοσοκομειακό περιβάλλον ή πρέπει να κάνουν κάποια χειρουργική επέμβαση ή μια επώδυνη εξέταση. Το ίδιο συναίσθημα νιώθουν και για μια βραχεία ή μακροχρόνια νοσηλεία. Σύμφωνα με την κυρία Άννα Χατζηδημητρίου-Ψυχολόγο Υγείας, η προετοιμασία για το χειρουργείο και τη νοσηλεία από πολύ νωρίς έχει αποδειχθεί απαραίτητη αλλά και αποτελεσματική για τη μείωση του εγχειρητικού και μετά-εγχειρητικού άγχους αλλά και του μετά-εγχειρητικού πόνου που είναι η πιο βασική ανησυχία των ασθενών.

Ο παγκόσμιος οργανισμός υγείας υποστηρίζει πως η μετάδοση πληροφόρησης πριν από μια χειρουργική επέμβαση είναι ο πιο αποτελεσματικός τρόπος για την προετοιμασία αγγογόνων επεμβάσεων. Ας δούμε πιο κάτω τους τρόπους:

- Δίνουμε την κατάλληλη ποσότητα που θέλει ο ασθενής και μπορεί να δεχτεί.
- Μεταδίδουμε τα νέα με ευαισθησία και ειλικρίνεια
- Αποφεύγουμε να χρησιμοποιούμε ιατρικές ορολογίες, καθώς οι γενικές και μη σαφές εκφράσεις δημιουργούν σύγχυση και άγχος στον ασθενή
- Για να καθησυχάσουμε τον ασθενή και το άγχος του μεταδίδουμε την πληροφορία χωρίς αρνητισμό
- Τις πληροφορίες τις δίνουμε σταδιακά κι όχι όλες μαζί
- Είμαστε κοντά στον ασθενή, μιλάμε μαζί του και του δίνουμε χρόνο να εκφραστεί ελεύθερα και να αντιδράσει
- Ο κάθε ασθενής έχει ξεχωριστή προσωπικότητα και ανάγκες. Για το λόγο αυτό δίνουμε εναλλακτικές λύσεις αντιμετώπισης.
- Για να είμαστε σίγουροι ότι ο ασθενής αντιλήφθηκε την πληροφορία, τον βάζουμε να επαναλάβει. Η αμφιβολία γεννάει στον ασθενή το άγχος

- Ο ασθενής πρέπει να κατανοήσει ότι μπορεί να συζητήσει οποιαδήποτε απορία έχει σχετικά με την νοσηλεία (Χατζηδημητρίου, 2015).

Η φοβία για τον θάνατο, σε ασθενείς με ανίατη ασθένεια

Σύμφωνα με τον Lemingo ασθενής αντιμετωπίζει οχτώ είδη φόβων σχετικά με τον θάνατο. Αυτοί χωρίζονται σε δύο κατηγορίες. Η πρώτη κατηγορία περιλαμβάνει τους φόβους που είναι συνδεδεμένοι με την πορεία όπου οδηγεί στον θάνατο και η δεύτερη έχει να κάνει γενικά με το θάνατο και με την κατάσταση του αποθανόντος. Οι φόβοι σχετικά με την περίοδο προς τον θάνατο είναι:

1. ο φόβος της ταπείνωσης
2. ο φόβος της εξάρτησης
3. ο φόβος του πόνου
4. ο φόβος της απόρριψης, απομόνωσης, μοναξιάς
5. ο φόβος του αποχωρισμού από τα αγαπημένα πρόσωπα

Οι φόβοι σχετικά με το γεγονός του θανάτου είναι:

1. ο φόβος οριστικότητας του θανάτου
2. ο φόβος για την τύχη του σώματος μετά το θάνατο
3. ο φόβος για τη μεταθανάτια ζωή

Ας ξεκινήσουμε λοιπόν αναλύοντας τον φόβο της εξάρτησης. Ο ασθενής φοβάται πως θα χάσει τον αυτοέλεγχο του, πως θα περιοριστούν οι δραστηριότητες του και η ανεξαρτησία του. Ακόμη τον βασανίζει η σκέψη πως αποτελεί βάρος στους συγγενείς του. Στη συνέχεια, έχουμε τον φόβο του πόνου. Ο ασθενής λοιπόν αποδέχεται καλύτερα τον πόνο όταν μπορεί να τον αιτιολογήσει. Για εκείνον όμως που πεθαίνει, ο φόβος του πόνου εντείνεται όταν πιστεύει πως δεν υπάρχει χρόνος για να νιώσει καλύτερα. Νιώθει πως θα έχει έναν μακρύ και επώδυνο θάνατο χωρίς να γνωρίζει το γιατί. Πιο κάτω, έχουμε τον φόβο της ταπείνωσης. Ο ασθενής που πλησιάζει προς το θάνατο φοβάται μήπως προκύψουν κι άλλα προβλήματα πιο πριν όπως κάποια αναπηρία και δεν τον ενδιαφέρει τόσο που θα περιοριστεί η λειτουργικότητα του, όσο η αυτοεκτίμηση του. Έτσι λοιπόν νιώθει ανήμπορος και αβοήθητος μπροστά στο θάνατο και νιώθει πως χάνει τον αυτοσεβασμό του. Νιώθει ντροπή και φοβάται πως δεν είναι

αποδεκτός από τα αγαπημένα του πρόσωπα. Και έτσι περνάμε στο φόβο της απομόνωσης και της μοναξιάς. Ο πιο συχνός φόβος του ασθενή είναι η εγκατάλειψη των αγαπημένων του προσώπων. Φοβάται πως συγγενείς και φίλοι δεν θα αντέχουν να τον βλέπουν έτσι και θα απομακρυνθούν από το πλευρό του. Ο φόβος του αποχωρισμού είναι που απασχολεί πολύ τον ασθενή που πεθαίνει, και επικεντρώνεται κυρίως στο πώς θα το πάρουν οι δικοί του και τι θα απογίνουν χωρίς αυτόν, ιδιαίτερα μάλιστα αν αποτελούσε σημαντικό οικονομικό και ψυχολογικό στήριγμα για την οικογένειά του.

Όσον αφορά στους φόβους σχετικά με το γεγονός του θανάτου, αρχικά έχουμε το φόβο για τη μεταθανάτια ζωή. Πολλοί ασθενείς τρομάζουν με το άγνωστο, ενώ μερικοί φοβούνται την Θεία Δίκη που μπορεί να τους τιμωρήσει. Άλλοι πάλι τρομάζουν στην ιδέα ότι μπορεί να υπάρχουν πνεύματα και μεταφυσικές δυνάμεις, ενώ άλλοι πάλι τρομάζουν στην ιδέα πως δεν υπάρχει τίποτα μετά το θάνατο. Ένας άλλος φόβος που βασανίζει τους ασθενείς σχετικά με το θάνατο είναι η οριστικότητα του. Ο αμετάκλητος θάνατος. Γεννιούνται ερωτήματα σχετικά με αυτό όπως, θα μπορώ να σκέφτομαι, θα υπάρχω, θα μπορώ να ξανά δω τα αγαπημένα μου πρόσωπα; Και τέλος θα αναφερθούμε στην τύχη του σώματος. Σε μερικούς ανθρώπους η σκέψη της ταφής, το φέρετρο κάτω από το χώμα τους δημιουργεί άγχος. Το κάθε άτομο βέβαια, βιώνει το φόβο σε διαφορετικό βαθμό. Άλλοι περισσότερο, άλλοι λιγότερο. Οι ερευνητές, τονίζουν πάντως πως τα υγιή άτομα φοβούνται περισσότερο την πορεία προς τον θάνατο παρά το γεγονός του ίδιου του θανάτου (Κούκης, 2013).

Θεραπευτική παρέμβαση των φοβιών

Για τη θεραπευτική παρέμβαση τόσο των φοβιών και του πανικού όσο και όλων σχεδόν των ψυχικών προβλημάτων, υπάρχουν δύο στρατόπεδα θεραπευτικών προσεγγίσεων που βρίσκονται σε αντιπαράθεση μεταξύ τους. Αυτά είναι το βιολογικό από την μία μεριά και το ψυχοθεραπευτικό από την άλλη. Ενώ πρόσφατα η συνύπαρξη των δύο προσεγγίσεων κρίνεται ως η καταλληλότερη και αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση. Η τελική αυτή αντιμετώπιση ξεκινά από την διαπίστωση ότι στην καθημερινή πρακτική ένα πρόβλημα μπορεί να ξεκινά από βιολογικά αίτια, αλλά οι παράγοντες που το συντηρούν μπορεί να είναι ψυχοκοινωνικοί και επομένως οι ψυχοθεραπευτικοί χειρισμοί να κρίνονται απαραίτητοι για την επίλυση του προβλήματος, όταν μόνο η βιολογική αντιμετώπιση θα ήταν ανεπαρκής (Μπουλουγούρης, 1994).

Ο ρόλος της οικογένειας

Το άτομο αμέσως μετά από την γέννησή του είναι δυνατόν να εκδηλώσει φόβους για διάφορα ερεθίσματα. Η οικογένεια και ιδιαίτερα οι γονείς, είναι εκείνοι που θα φροντίσουν να αποφεύγει το παιδί την επαφή με εξωγενείς παράγοντες, δηλαδή ερεθίσματα, τα οποία μπορεί να του προκαλέσουν φόβο. Πολύ σημαντικό ρόλο σε αυτό, διαδραματίζει και η διαμόρφωση των θετικών οικογενειακών σχέσεων (Burum & Goldfried, 2007).

Σύμφωνα με την βιοκοινωνική θεωρία του E. Erikson, θα πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη προσοχή κατά την βρεφική ηλικία. Κατά το πρώτο έτος ζωής αναπτύσσεται το βασικό αίσθημα εμπιστοσύνης με πρωταρχικό πρόσωπο αναφοράς την μητέρα. Αν λοιπόν σε αυτήν την φάση ανάπτυξης το παιδί βρεθεί σε ένα οικογενειακό περιβάλλον, ικανό να καλύψει τις βασικές του βιολογικές και ψυχολογικές ανάγκες για στοργή, επικοινωνία, περιποίηση, ασφάλεια και σωματική επαφή, θα καταφέρει να αναπτύξει την εμπιστοσύνη για πρόσωπα και τη ζωή γενικότερα. Στην περίπτωση που το βρέφος στερηθεί στην φάση αυτή της ζωής του τα βασικά αυτά στοιχεία, ενδέχεται να αναπτύξει έντονη τάση για φόβο προσώπων και καταστάσεων

που θα το ακολουθεί στην μετέπειτα ζωή του.

Το δεύτερο και τρίτο έτος ζωής του βρέφους σύμφωνα με τον E.Erikson, οπότε το παιδί αρχίζει να αυτονομείται, είναι ιδιαίτερα σημαντικό για την πρόληψη ανάπτυξης του φόβου. Εδώ λοιπόν, το παιδί αναπτύσσει την ικανότητα να ασκεί έλεγχο στον εαυτό του και στο περιβάλλον. Έτσι αν το παιδί νιώθει ότι οι γύρω του, προοδευτικά το «εμπιστεύονται», του επιτρέπουν να ενεργεί με τον δικό του τρόπο, αναπτύσσει ισχυρό αυτοσυναίσθημα. Αυτό του επιτρέπει να αντιμετωπίζει δυναμικά τους φόβους του. Στην περίπτωση που οι γονείς είναι αυταρχικοί και υπερπροστατευτικοί, το παιδί αναπτύσσει συναισθήματα αμφιβολίας και δειλίας που σίγουρα ευνοούν την ανάπτυξη φοβικών καταστάσεων.

Κάποιες συμπεριφορές των γονέων είναι πιθανό να αποτελέσουν αιτία πρόκλησης φόβων στα παιδιά, οι οποίοι θα διογκωθούν στην ενήλικη ζωή. Οι γονείς που δεν παρατηρούν τι φοβάται το παιδί τους και με ποιόν τρόπο εκδηλώνει τους φόβους του ή αδιαφορούν σκόπιμα για αυτούς, με στόχο να το «εκπαιδεύσουν» (να μην φοβάται), που εξαναγκάζουν το παιδί, να πλησιάσει το φοβικό αντικείμενο, χωρίς πριν να το έχουν προετοιμάσει για αυτό, προκαλούν ή ενισχύουν τη φοβική συμπεριφορά. Ακόμα, ένα παιδί μπορεί να παρουσιάσει φόβο όταν οι γονείς του το εκφοβίζουν και το απειλούν έντονα για αυστηρές τιμωρίες ή τρομακτικά φαντάσματα και πρόσωπα, με στόχο να το πειθαρχήσουν (Κακαβούλης, 1990).

Η οικογένεια τόσο στην παιδική ηλικία του ατόμου, όσο και στην ενήλικη ζωή του διαδραματίζει βασικό ρόλο στην αντιμετώπιση των φοβιών. Η οικογένεια, λοιπόν, οφείλει να ακολουθεί τους εξής κανόνες, ώστε να αποτραπεί ή και να αντιμετωπιστεί το φαινόμενο (Carlson, 2001):

- i. Δε θα πρέπει να γελά με τις φοβίες του μέλους της που πάσχει. Με το να γελοιοποιούνται τα συναισθήματα φόβου δε φεύγουν, αντιθέτως διογκώνονται και απλά το άτομο παύει να τα εκφράζει. Η συσσώρευση αυτή προκαλεί τη διόγκωση.
- ii. Η οικογένεια δε θα πρέπει να αγνοεί τους φόβους αυτούς. Η συζήτηση μπορεί να καταστείλει τη φοβία. Με την αφήγηση το φοβικό γεγονός χάνει τη δύναμή του.
- iii. Δε θα πρέπει να εξαναγκάζει το μέλος της να αντιμετωπίσει φοβικές

καταστάσεις. Ο φόβος δε νικιέται με αυτό τον τρόπο σε όποια κατηγορία και αν ανήκει. Πιο πιθανό είναι να ενταθεί. Ο φόβος θα πρέπει να προσεγγιστεί σταδιακά.

- iv. Η οικογένεια δε θα πρέπει να λέει ψέματα για καταστάσεις και γεγονότα. Η αξιοπιστία της οικογένειας δημιουργεί αίσθημα ασφάλειας που καταλαγιάζει το φόβο.
- v. Αν το μέλος που πάσχει βρίσκεται στην παιδική ηλικία, οι γονείς δε θα πρέπει να μεταβιβάζουν τους προσωπικούς τους φόβους στα παιδιά. Πολύ εύκολα τα παιδιά υιοθετούν φόβους και φοβισμένες αντιδράσεις των γύρω τους. Ο τρόπος που οι γονείς διαχειρίζονται τους φόβους τους, είναι οικείος στα παιδιά και αποτελεί παράδειγμα προς μίμηση και για εκείνα.
- vi. Οι γονείς θα πρέπει να αποδέχονται τις φοβίες των παιδιών τους και να τους δείχνουν ότι δεν είναι κακό να αισθάνονται φόβο.
- vii. Η οικογένεια θα πρέπει να βοηθά το άτομο που πάσχει ώστε να εξασκείται στην εύρεση λύσεων, εξωτερικεύοντας τις φοβίες του. Έτσι, ο πάσχων θα αισθανθεί ότι μπορεί να ελέγξει τους φόβους του δοκιμάζοντας.

Από την παιδική ηλικία, οι γονείς θα πρέπει να έχουν στο μυαλό τους ότι βοηθούν το παιδί να εξοικειωθεί με το άγνωστο φέρνοντάς το σε αλληλεπίδραση με άλλους ανθρώπους και καταστάσεις που ίσως του προκαλέσουν αυτό το συναίσθημα, πάντα όμως στηρίζοντάς το. Το παιδί έτσι θα αποκτήσει εμπιστοσύνη για τα νέα πράγματα και δε θα δυσπιστεί ή θα αποφεύγει καινούριες καταστάσεις. Τα παιδιά θα πρέπει να μάθουν να αντιμετωπίζουν τους φόβους τους από την αρχή της ζωής τους με τρόπους που δε θίγουν την αξιοπρέπειά τους.

Η οικογένεια θα πρέπει να λειτουργεί υποστηρικτικά. Να προσφέρει μια ανοιχτή αγκαλιά, η οποία να προσφέρεται για να ξεπεραστούν οι φόβοι του μέλους της οικογένειας. Επίσης, θα πρέπει να βοηθούν το άτομο να κατανοήσει τους λόγους που του προκαλούν τις φοβίες. Να μην είναι επικριτική, αλλά συμβουλευτική. Η οικογένεια θα πρέπει να έχει ενθαρρυντικό ρόλο. Και όταν το άτομο αποφασίσει ότι ανέκτησε τις δυνάμεις του να το ενθαρρύνουν.

Φαρμακολογικές Θεραπείες

Με το πέρασμα του χρόνου και τη μελέτη της αντιμετώπισης του άγχους, τα αποτελέσματα των πρώτων φαρμάκων ανακαλύφθηκαν εντελώς τυχαία και περιείχαν μερικές φορές κίνδυνο λόγω των ανύπαρκτων ή περιορισμένων κλινικών δοκιμών, ή λόγω της έλλειψης των αξιόπιστων διαγνωστικών κριτηρίων και των έγκυρων μέτρων της σοβαρότητας των συμπτωμάτων. Η εισαγωγή των βενζοδιαζεπινών και των τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών ήταν μια σημαντική πρόοδος στη φαρμακοθεραπεία της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής και πραγματοποιήθηκαν αυστηρές τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές. Η μεταγενέστερη εργασία με τους παράγοντες που στοχεύουν σε συγκεκριμένα μοριακά συστήματα, όπως οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης και οι αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης και της νοραδρεναλίνης, αποτέλεσε ένα ακόμα σημαντικό βήμα. Οι παράγοντες αυτοί θεωρούνται πρώτης γραμμής στη φαρμακοθεραπεία για τη θεραπεία της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής (Baldwin, Woods&Taylor, 2011).

Η ανακάλυψη της κλομιπραμίνης, ένα σεροτονινεργικό τρικυκλικό, είναι αποτελεσματική για την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, μία σημαντική ανακάλυψη που έδωσε ώθηση στη συμβολή της σεροτονίνης στην ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή. Οι ειδικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRIs) διαπιστώθηκε πως δεν είναι απλώς αποτελεσματικοί ως φαρμακευτική αγωγή, αλλά και πως είναι ανθεκτικοί. Η έρευνα έχει εξίσου επικεντρωθεί στη σκιαγράφηση του ρόλου των νευροδιαβιβαστών της σεροτονίνης και οι στρατηγικές αύξησης των ντοπαμινεργικών έχουν χρησιμοποιηθεί κλινικά εδώ για αρκετό καιρό (Denys, Zohar & Westenberg, 2004). Πιο συγκεκριμένα, τα αντικαταθλιπτικά, τα αγχολυτικά φάρμακα και οι βήτα-αναστολείς είναι τα πιο κοινά φάρμακα που χρησιμοποιούνται για τις αγχώδεις διαταραχές. Τα αντικαταθλιπτικά έχουν αναπτυχθεί για τη θεραπεία της κατάθλιψης, αλλά βοηθούν εξίσου τα άτομα με αγχώδεις διαταραχές. Η φλουοξετίνη (Prozac), η σερτραλίνη (Zoloft), εσιταλοπράμη (Lexapro), η παροξετίνη (Paxil) και η σιταλοπράμη (Celexa) συνταγογραφούνται συχνά για τη διαταραχή πανικού, την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, τη διαταραχή του μετατραυματικού στρες και την κοινωνική φοβία. Η βενλαφαξίνη (Effexor) χρησιμοποιείται συνήθως για τη θεραπεία της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής, όπως και το αντικαταθλιπτικό

βουπροπιόνη (Wellbutrin). Κατά τη θεραπεία των αγχώδων διαταραχών τα αντικαταθλιπτικά ξεκινούν σε χαμηλές δόσεις και αυξάνονται με την πάροδο του χρόνου. Μερικά τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά λειτουργούν καλά για το άγχος. Για παράδειγμα, η ιμιπραμίνη (Tofranil) έχει συνταγογραφηθεί για τη διαταραχή του πανικού και τη γενικευμένη αγχώδη διαταραχή. Η κλομιπραμίνη (Anafranil) χρησιμοποιείται για τη θεραπεία της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής. Εξίσου με τα αντικαταθλιπτικά, τα τρικυκλικά ξεκινούν σε χαμηλές δόσεις και αυξάνονται με την πάροδο του χρόνου. Στις αγχώδεις διαταραχές χρησιμοποιούνται επίσης οι αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης, όπως η φενελζίνη (Nardil), η τρανυλκυπρομίνη (Parnate), και το ισοκαρβοξαζίδιο (Marplan). Οι άνθρωποι που λαμβάνουν αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης πρέπει να αποφεύγουν ορισμένα τρόφιμα και φάρμακα που μπορούν να αλληλεπιδρούν και να προκαλέσουν επικίνδυνη αύξηση της αρτηριακής πίεσης. Οι ασθενείς που παρουσιάζουν δυσανεξία στους άμεσους αναστολείς της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης μπορούν να λάβουν αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης νορεπινεφρίνης (SNRIs) ή τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά και τους αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης.

Τα αγχολυτικά φάρμακα επιφέρουν την καταστολή του άγχους, όπως τα υπνωτικά. Τα φαρμακευτικά σκευάσματα με κύριο συστατικό τη φαινοβαρβιτάλη σε συνδυασμό με παρα- ή συμπαθητικολυτικά ή με οσκιαμίνη 42 ή άλατα του βρωμίου ή χλωράλη και άλλα υπνωτικά, διευκολύνουν την εξομάλυνση του άγχους. Τα αγχολυτικά φάρμακα έχουν ως κύριο εκπρόσωπο την ομάδα των βενζοδιαζεπινών, που δρα στον ίδιο δραστικό μεταβολίτη, τη νορδιαζεπάμη. Η ομάδα των βενζοδιαζεπινών διαχωρίζεται στην ομάδα που κατά κύριο λόγο υπερτερεί η κατασταλτική δράση (τα υπνωτικά δηλαδή) και στην ομάδα που υπερτερεί η αντιαγχώδης δράση (τα αγχολυτικά δηλαδή). Πλην του διαχωρισμού αυτού, τα αγχολυτικά φαρμακευτικά σκευάσματα διαχωρίζονται στα βραχείας διάρκειας με την από του στόματος λήψη που διατηρεί το μέγιστο της δραστηρότητας τους σε σύντομο χρονικό διάστημα και στα μακράς διάρκειας των οποίων αγχολυτική δράση εκδηλώνεται μετά από μακρύτερο χρονικό διάστημα, συνεπώς έχει μεγαλύτερη διάρκεια. Η κλοναζεπάμη χρησιμοποιείται για την κοινωνική φοβία και τη γενικευμένη αγχώδη διαταραχή, η λοραζεπάμη είναι χρήσιμη για τη διαταραχή πανικού και η αλπραζολάμη είναι χρήσιμη τόσο για τη διαταραχή πανικού και τη γενικευμένη αγχώδη διαταραχή. Η βουσπιρόνη είναι ένα νεότερο αντιαγχολυτικό φάρμακο που χρησιμοποιείται για τη θεραπεία της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής.

Νοσηλευτική παρέμβαση

Παρόλο που σε περιστατικά ψυχικών διαταραχών περισσότερο σημαντική είναι η συμβολή ιατρών ψυχικής υγείας, όπως ψυχολόγοι, ωστόσο και οι νοσηλευτές έχουν ένα πολύ σημαντικό έργο να διαπράξουν σε αυτό το περιστατικό. Ο ρόλος του νοσηλευτή βρίσκεται στη διαδικασία λήψης αποφάσεων που πηγάζουν από την αξιολόγηση και τον έλεγχο της κατάστασης των ασθενών, ώστε να εφαρμοστεί ένας αποτελεσματικός θεραπευτικός σχεδιασμός, ο οποίος θα συντονίσει τη συμμετοχή και τη συμβολή των άλλων κλάδων και ειδικοτήτων (Shattell, 2004).

Ο νοσηλευτής θα πρέπει να εκπαιδεύσει τον ασθενή στον προσδιορισμό της κατάστασης του, αλλά και στην αξιολόγηση των εναλλακτικών που υπάρχουν για την επίλυση του προβλήματος. Επίσης, ο νοσηλευτής θα πρέπει να ενημερώσει τον ασθενή για την κατάλληλη θεραπευτική αγωγή που θα ακολουθήσει. Η αγωγή αυτή θα περιλαμβάνει τη λήψη των κατάλληλων αγχολυτικών φαρμάκων.

Στις αρμοδιότητες του νοσηλευτή ανήκει και η εκπαίδευση του ασθενή να προσφέρει φροντίδα στον εαυτό του. Αυτό σημαίνει ότι ο νοσηλευτής θα πρέπει (Ladwig & Ackley, 2013):

- i. Να εκπαιδεύσει τον ασθενή να αναγνωρίζει τα συμπτώματα της διαταραχής που πλησιάζει.
- ii. Να μάθει τον ασθενή να βρίσκει εναλλακτικούς τρόπους επίλυσης του προβλήματός του, ώστε να μειωθεί το αίσθημα αγωνίας & άγχους που αισθάνεται.
- iii. Να βοηθά τον ασθενή να αναγνωρίζει τα συμπτώματα, όταν ακόμη η φοβία του βρίσκεται σε χαμηλό επίπεδο. Έτσι, θα έχει περισσότερο την ευχέρεια να ελέγξει το περιστατικό, επεμβαίνοντας γρηγορότερα στις κρίσεις άγχους του. Ο ασθενής θα έχει την ικανότητα να χρησιμοποιήσει τις ικανότητες επίλυσης προβλημάτων πιο αποτελεσματικά όταν το άγχος του βρίσκεται σε χαμηλό επίπεδο.
- iv. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να υπενθυμίζει στον ασθενή ότι όταν το άγχος του βρίσκεται σε χαμηλό επίπεδο μπορεί να λειτουργήσει ενθαρρυντικά για να σχεδιάσει τις αλλαγές που χρειάζεται και να οδηγηθεί προς αυτές.
- v. Ο νοσηλευτής συμβουλεύει τον ασθενή για τη σωστή φαρμακευτική αγωγή που θα πρέπει να ακολουθήσει και τον ενημερώνει ώστε να γνωρίζει τις πιθανές

ανεπιθύμητες ενέργειες.

vi.Ο νοσηλευτής θα πρέπει ενημερώσει τον ασθενή για την ψυχιατρική διαχείριση του άγχους.

Έχει αποδειχθεί πως νοσηλευτές που δεν έχουν την απαραίτητη εμπειρία είναι πολύ δύσκολο να προσφέρουν την απαραίτητη φροντίδα σε ασθενείς που αντιμετωπίζουν φοβικές καταστάσεις και γενικότερες ψυχικές διαταραχές. Επομένως, οποιοσδήποτε νοσηλευτής ψυχικής υγείας θα πρέπει να γνωρίζει τη νοσηλευτική διάγνωση των διαταραχών άγχους, αλλά και τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις που έχει στη διάθεσή του να του προσφέρει.

Επιπλέον, ο νοσηλευτής θα πρέπει να έχει την ικανότητα να διαγνώσει την αγχώδη διαταραχή και συγχρόνως να διαπιστώσει κατά πόσο συμβαίνουν παράλληλα και άλλα προβλήματα, ώστε να οργανώσει την περισσότερο αποτελεσματική νοσηλευτική παρέμβαση.

Όταν ο νοσηλευτής κρίνει πως ήρθε η ώρα να παρέμβει, θα πρέπει να δράσει ως ακολούθως:

i.Να αναγνωρίσει έγκαιρα την ψυχική διαταραχή που προέρχεται από τις φοβίες, ώστε να ξεκινήσει εγκαίρως την ενημέρωση και εκπαίδευση του πάσχοντος ατόμου, για να επιτύχει την ανακούφιση.

ii.Ο νοσηλευτής θα πρέπει να αντιμετωπίζει με ηρεμία τον πάσχοντα. Συγχρόνως, θα πρέπει να τον βοηθά να εκφράσει αυτό που ακριβώς αισθάνεται, αλλά και να περιγράψει ποια θεωρεί πως είναι η πιθανή αιτία κατά αυτόν για την ψυχική διαταραχή που αντιμετωπίζει και ευθύνεται για τη συναισθηματική δυσφορία που αισθάνεται. Έτσι, ο ασθενής καταφέρνει να κατανοήσει την πάθησή του και ξεκινά να επεξεργάζεται τις πληροφορίες που αφορούν στην πάθηση αυτή.

iii.Ο νοσηλευτής θα πρέπει να βοηθήσει τον ασθενή να αντιληφθεί πώς έχει την τάση να αποφεύγει το περιβάλλον ή τις καταστάσεις που του προκαλούν τη φοβία και τον εμποδίζουν να τη διαχειριστεί.

iv.Ο νοσηλευτής θα πρέπει να προσεγγίσει τον πάσχοντα με ηρεμία και να μιλά μαζί του. Πολλές φορές θα κριθεί χρήσιμο να κάνει μαζί του έναν περίπατο, ώστε να είναι και να παραμείνει ήρεμος ο ασθενής. Ο περίπατος θα χαλαρώσει τους μύες του

ασθενούς και θα μειώσει την ένταση που προκαλεί η έντονη ψυχική διαταραχή.

v.Ο διάλογος του νοσηλευτή με τον πάσχοντα προσφέρει στο δεύτερο την αίσθηση ότι υπάρχει χώρος και χρόνος ώστε να βιώσει και να εκφράσει τις φοβίες του. Με τον τρόπο αυτό αναπτύσσεται μεταξύ τους μια ορθή και υγιής θεραπευτική σχέση.

vi.Ο προαναφερθείσας περίπατος του ασθενή παρέα με το νοσηλευτή, ενώ συνδιαλέγονται, και ο χρόνος που ο νοσηλευτής αφιερώνει στον ασθενή του λειτουργεί ενθαρρυντικά στο δεύτερο, παρακινώντας τον να εξωτερικεύσει τους φόβους και τα συναισθήματά του. Έτσι, ο ασθενής θα νιώσει ασφάλεια και άνεση.

vii.Ο νοσηλευτής, τόσο με τα λόγια, όσο και με τις πράξεις του θα πρέπει να ηρεμήσει το νοσηλευτή. Στην περίπτωση που υπάρχει φασαρία στο εξωτερικό περιβάλλον, ο νοσηλευτής θα πρέπει να φροντίσει ώστε να μειωθεί ο θόρυβος αυτός, να τον πάει σε μέρος που δεν έχει συνωστισμό. Ο μεγάλος αριθμός εξωτερικών ερεθισμάτων ενισχύουν την αίσθηση άγχους και κατά συνέπεια και φόβου του ασθενή. Αντιθέτως, τα μειωμένα ερεθίσματα μειώνουν την ένταση της ψυχικής αναταραχής του ασθενή.

viii.Ο νοσηλευτής θα πρέπει στην αντιμετώπιση μιας φοβικής κρίσης να είναι ένας πολύ καλός ακροατής. Ο ασθενής έχει μεγάλη ανάγκη να εξωτερικεύσει το φόβο του και πόσο μάλλον να έχει απέναντί του ένα συνομιλητή που να νοιάζεται για αυτόν. Μέσα από τη συζήτηση αυτή θα προκύψουν προτάσεις για ενδεχόμενες λύσεις και πιθανές συμπεριφορές.

ix.Ο νοσηλευτής θα πρέπει να εμπνέει σεβασμό, αλλά και να τον απαιτεί με τη συμπεριφορά του. Έτσι, ο ασθενής θα καταφέρει να αποδεχθεί το νοσηλευτή του άνευ όρων, ώστε τελικά να αισθανθεί περισσότερη ασφάλεια. Ο ασθενής με την ασφάλεια που θα αισθανθεί μέσω του νοσηλευτή του θα τονώσει την αυτοεκτίμησή του. Η τόνωση της αυτοεκτίμησης είναι τελικά το μέσο που θα οδηγήσει στην ελάφρυνση της φοβίας.

x.Άλλη αρμοδιότητα του νοσηλευτή είναι να εκπαιδεύσει τον ασθενή να δείχνει κατανόηση στην πηγή των φοβιών του. Κατά το μεγαλύτερο μέρος της, η πηγή αυτή βρίσκεται στις ανεκπλήρωτες ανάγκες και προσδοκίες του ασθενή.

xi.Σχετικά με το χώρο του νοσοκομείου, ο νοσηλευτής μαθαίνει τον ασθενή να εκφράζει με λόγια αυτά που τον ενοχλούν, που του εντείνουν τις φοβίες και τις κρίσεις

άγχους, που επιθυμεί να αλλάξει ώστε να επανέλθει η ηρεμία του. Τον μαθαίνει να εκφράζει αυτό που του προκαλεί δυσφορία ψυχική. Το παν σε αυτή την ψυχική ασθένεια είναι να εκφράζεις λεκτικά τις φοβίες και τα άγχη σου. Μόνο τότε βγαίνεις νικητής.

xii. Με την έκφραση ο ασθενής καταφέρνει να αντιληφθεί από μόνος του τους παράγοντες που τον οδηγούν στη φοβική κατάσταση. Έτσι, μπορεί να τους σταματήσει, ώστε να μην επιβαρύνει την ψυχική του ευεξία.

xiii. Η κατανόηση της σημαντικότητας των ανεκπλήρωτων αναγκών και προσδοκιών αποτελεί το πιο σημαντικό κομμάτι του ρόλου του νοσηλευτή προς τον ασθενή. Ο ασθενής θα καταφέρει να αισθανθεί ανακούφιση, αυτοπεποίθηση, θα τονώσει την αυτοεκτίμησή του και ως αποτέλεσμα θα ελαττώσει τις φοβικές κρίσεις.

xiv. Ο νοσηλευτής οφείλει να εξακριβώσει παλαιότερες τεχνικές μείωσης του φόβου τις οποίες εφάρμοσε ο ασθενής και φάνηκαν αποτελεσματικές. Με αυτό τον τρόπο θα τον ενθαρρύνει να τις εφαρμόσει ξανά και μάλιστα να αναζητήσει τη στήριξη της οικογένειας και των οικείων του προς αυτή την κατεύθυνση.

xv. Ο νοσηλευτής φέρει την ευθύνη για την επιμελή χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής στον ασθενή. Συγχρόνως, φροντίζει ώστε ο ασθενής να γνωρίζει τις πιθανές παρενέργειες από τα φάρμακα, αλλά και τη φύση των φαρμάκων αυτών. Περί τίνος πρόκειται, αλλά και σε τί θα τον βοηθήσουν.

xvi. Στο πλαίσιο της νοσηλευτικής παρέμβασης, ο νοσηλευτής μαθαίνει στον ασθενή μεθόδους με τις οποίες θα ελαττώσει το άγχος του και θα μειώσει την εκδηλώσει φοβιών. Ορισμένες από τις μεθόδους αυτές είναι:

- ασκήσεις αναπνοών, βαθιές και αργές για καλύτερη οξυγόνωση του εγκεφάλου
- σταδιακή χαλάρωση με εναλλακτική σύσπαση και χαλάρωση όλων των μυών του σώματος
- να φαντάζεται ότι βρίσκεται σε ένα ήρεμο και αρμονικό τοπίο
- να επικεντρώνει το βλέμμα του σε ένα σημείο στο χώρο, σταθερό
- να ακούει απαλή μουσική, σε ήρεμο και ήσυχο περιβάλλον

- αποφυγή καφεΐνης, νικοτινιωδών ουσιών και άλλων ψυχοδραστικών ουσιών, οι οποίες δρουν αρνητικά στην ψυχική ηρεμία του ατόμου.

Στο ρόλο του νοσηλευτή ανήκει και η προσπάθειά του να μάθει στον ασθενή να διοχετεύει το άγχος και τις φοβίες του σε εποικοδομητικές πράξεις και δραστηριότητες. Ο ασθενής θα πρέπει να κατανοήσει με τη βοήθεια του νοσηλευτή του ότι το άγχος και οι φοβίες σε χαμηλά επίπεδα λειτουργούν ενθαρρυντικά και είναι φυσιολογικό να υπάρχουν.

Συμπεράσματα

Το άτομο, για να καταφέρει να επιβιώσει και να ολοκληρωθεί, έχει ανάγκη από κάτι περισσότερο εκτός από το σώμα και το νου. Χρειάζεται το συναίσθημα και τη διαπροσωπική σχέση. Θα πρέπει λοιπόν το άτομο, συγχρόνως με τις υπόλοιπες βιοκινητικές και γνωστικές ικανότητες και δεξιότητες, να διαθέτει και ετοιμότητα, ώστε να ανταπεξέρχεται σε ψυχικές αναταραχές και να αποκτά τρόπους αλληλεπίδρασης. Αυτές οι ικανότητες θα τον βοηθήσουν να διαμορφώσει θετικές διαπροσωπικές σχέσεις και να ικανοποιήσει τις απαιτήσεις του (Παρασκευόπουλος, 2005).

Ο φόβος είναι μια παράμετρος η οποία μπορεί όταν υπάρχει σε φυσιολογικά επίπεδα να αποτελέσει μια θετική ώθηση, καθώς λειτουργεί διδακτικά και ενημερωτικά για το άτομο. Ωστόσο, όταν ο φόβος έχει παρατεταμένη διάρκεια, προκαλεί αναστάτωση στην ψυχική υγεία και ευεξία των ατόμων. Και δεν αναφερόμαστε στο φυσιολογικό συναίσθημα του φόβου, αλλά στην παθολογική έκφραση αυτού, που χαρακτηρίζεται ως φοβία (Κακαβούλης, 1990).

Η εξέλιξη του δυτικού κόσμου και η παγκοσμιοποίηση οδήγησαν σε αλλαγές στο θεσμό της οικογένειας. Ο ρόλος των γονέων και οι προτεραιότητες που θέτουν έχουν διαφοροποιηθεί σε σύγκριση με το παρελθόν. Οι γονείς έχουν λιγότερο διαθέσιμο χρόνο για τα παιδιά τους και επομένως είναι λιγότερος ο ενεργός και καθοδηγητικός ρόλος τους στην αγωγή τους. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα την μείωση της συναισθηματικής επικοινωνίας μεταξύ γονιού & παιδιού, γεγονός που συντελεί στην ανάπτυξη και επιπολασμό συμπεριφορών άγχους και επομένως και φοβιών, ακόμη και στην ενήλικη πλέον ζωή του παιδιού.

Τα μέλη μιας οικογένειας θα πρέπει να συζητούν μεταξύ τους, να αφοουγκράζονται το ένα το άλλο, να συζητούν για τις ανησυχίες και τα προβλήματά τους. Θα πρέπει η πολιτεία να αναλάβει ενεργό ρόλο προς αυτή την κατεύθυνση ενημερώνοντας την οικογένεια μέσω των κατάλληλων φορέων για φαινόμενα άγχους και φοβικών κρίσεων. Οι γονείς θα πρέπει να βρίσκονται σε συνεργασία με εξειδικευμένο προσωπικό, το οποίο θα τους καθοδηγεί, ώστε ο χρόνος που οι γονείς αφιερώνουν στα παιδιά τους, να είναι ποιοτικός και ουσιαστικός για την συναισθηματική τους ισορροπία (Brownet` al, 1996).

Επίσης, οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας που εργάζονται με άτομα που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές οφείλουν να μην παραμερίζουν τις συναισθηματικές αντιδράσεις του ατόμου. Αντιθέτως, θα πρέπει να δίνουν μεγάλη βαρύτητα σε αυτές ακόμα και αν βρίσκονται σε πρώιμο επίπεδο.

Η βάση θα πρέπει να τεθεί από την παιδική ακόμα ηλικία του ατόμου. Η πολιτεία θα πρέπει να φροντίσει, ώστε στο σχολείο τα παιδιά να αντιμετωπίζονται πολύπλευρα. Για να επιτευχθεί αυτός ο στόχος, οι εκπαιδευτικοί θα πρέπει να λάβουν επιπλέον κατάρτιση, ειδικότερα επάνω σε ζητήματα που αφορούν στη συναισθηματική αγωγή.

Το σχολείο, η οικογένεια και τελικά το επιστημονικό προσωπικό θα πρέπει να μάθει στους ασθενείς να προσεγγίζουν τις ψυχικές τους διαταραχές με λόγια. Μόνο με την έκφραση θα βγουν νικητές. Η συζήτηση εξομαλύνει τους δαίμονες των φοβιών. Έτσι, ο ασθενής συνειδητοποιεί την πηγή της φοβικής κρίσης, αντιλαμβάνεται την πραγματικότητα και οι φόβοι του δεν είναι πια και τόσο σπουδαίοι.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνόγλωσση

Ζαρταλούδη, Α. (2011). Γνωσιακή προσέγγιση της Κοινωνικής Φοβίας. *InterscientificHealthCare* . Τόμος 3, Τεύχος 1, σελ. 1-9.

Κακαβούλης, Α. (1990). *Συναισθηματική ανάπτυξη και ψυχοπαιδαγωγική Α΄*. Εκδόσεις Κακαβούλης, Αθήνα.

Κάκουρος, Ε., Μανιαδάκη, Κ. (2006). *Ψυχοπαθολογία παιδιών και εφήβων. Αναπτυξιακή προσέγγιση*. Εκδόσεις τυπωθήτω - Γιώργος Δαραδανός, Αθήνα.

Καλαντζή-Αζίζι, Α. (1988). *Εφαρμοσμένη κλινική ψυχολογία στο χώρο του σχολείου*. Εκδόσεις Κακαβούλης, Αθήνα.

Καλαντζή-Αζίζι, Α. & Ζαφειροπούλου, Μ. (2004). *Προσαρμογή στο σχολείο*. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.

Μπουλουγούρης, Γ. (1994). *Φοβίες και η αντιμετώπισή τους*. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.

Παπαγεωργίου, Ε. (2004). *Ψυχιατρική*. Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα.

Παρασκευόπουλος, Θ. (2005). *Συναισθηματική ανάπτυξη των παιδιών. Το συναίσθημα του φόβου*. Εκδόσεις Ατραπός, Αθήνα.

Τσιάντης, Γ., & Μανωλόπουλος, (1988). *Σύγχρονα θέματα παιδοψυχιατρικής*. Τόμος 2ος. Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα.

Φιλιππόπουλος, Γ. (1971). *Δυναμική Ψυχιατρική*. Εκδόσεις Καραβιά, Αθήνα.

Ξενόγλωσση

Achenbach, T., M. (1966). *The classification of children's psychiatric symptoms: A factor-analytic study*. Psychological Monographs, Vol. 80.

Adam, Y., Meinlschmidt, G., Gloster, A., T. & Lieb, R. (2012). *Obsessive compulsive disorder in the community: 12-month prevalence, comorbidity and impairment*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. Vol. 47, pp. 339–349.

Adams R. & Boscarino J. (2005). *Differences in mental health outcomes among Whites, African Americans, and Hispanics following a community disaster*. Psychiatry, Vol. 68, pp. 250–265.

Alasdair, R. (2004). A partial revolution: The diplomatic ethos and transparency in intergovernmental organizations. *Public Administration Review*. Vol. 64: 4. 410 - 424.

American Psychiatric Association, (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3 rd Edition. Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association, (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3 rd Edition , Revised . Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. Washington, DC: American Medical Association, Vol. 80.

Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed.). New York, NY, US: Guilford Press.

Barlow, D. H., & Craske, M. G. (1988). The phenomenology of panic. In S. Rachman & J. D. Maser (Eds.), *Panic: Psychological perspectives* (pp. 11-35). Hillsdale, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Beck, J., G. & Stanley, M., A. (1997). *Anxiety disorders in the elderly: The emerging role of behavior therapy*. Behavior therapy, Vol. 28, pp. 83–100.

Brown C, Schulberg HC, Madonia MJ, Shear MK, Houck PR. (1996). *Treatment outcomes for primary care patients with major depression and lifetime anxiety disorders*. Journal Psychiatry, vol. 153, pp. 1293–1300.

Burum B.A., Goldfried M.R. (2007). *The centrality of emotion to psychological change*. Clinical Psychology: Science and Practice, Vol. 14, pp. 407–413.

Bystritsky, A. (2004). *Diagnosis and treatment of anxiety*. Focus, Vol. 2, pp. 333–342.

Carey, G. (1990). *Genes, fears, phobias, and phobic disorders*. Journal of Counseling and Development. Vol. 68, pp. 628-631.

Choy , Y., Fyer , A. J. Lipsitz , J. D. (2007). Treatment of specific phobia in adults. Clinical Psychology Review, 27, 266-286.

Freedman, D., G. (1965). *Hereditary control of early social behavior*. In: BM. Foss (Ed.), *Determinants of infants behavior*, Vol. 3. New York: Willey.

Kessler, R. C., Petukhova, M., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Wittchen, H. U. (2012). Twelve-Month and Lifetime Prevalence and Lifetime Morbid Risk of Anxiety and Mood Disorders in the United States. International Journal of Methods in Psychiatric Research, 21, 169-184.

Heckelman, L. R., & Schneier, F. R. (1995). Diagnostic issues. In R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope, & F. R. Schneier (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment* (pp. 3-20). New York, NY, US: Guilford Press.

Ladwig, G., B. & Ackley, B., J. (2013). *Mosby's Guide to Nursing Diagnosis*. 4th edition. St. Louis, Eds. Mosby Elsevier.

Liebowitz, M.R., Heimberg, R.G., Fresco, D.M., Travers, J., Stein, M.B. (2000). Social phobia or social anxiety disorder: what's in a name? *Arch Gen Psychiatry*. Feb;57(2):191-2.

Marks, I., M. (1969). *Fears and phobias*. New York: Academic Press, 1969. 302 p. Inst. Psychiatry and Bethlem Royal and Maudsley Hospitals, London, England.

Marks, I. M., & Gelder, M. G. (1966). Different ages of onset in varieties of phobia. *The American Journal of Psychiatry*, 123(2), 218-221.

Matthews, D., & Odom, B. (1989). Anxiety: A component of self-esteem. *Elementary School Guidance and Counseling*. Vol. 24, pp. 153-159

Mellon, R., Roliadis, E., & Paraskevopoulos. T., (2003). *Normative Development of Fears in Greece: Self-reports on the Hellenic Fear Survey Schedule for Children*. *Journal of Anxiety Disorders*.

Muris, P., Mayer, B., Freher, N.K., Duncan, S., van den Hout A. (2010). Children's internal attributions of anxiety-related physical symptoms: age-related patterns and the role of cognitive development and anxiety sensitivity. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2010 Oct;41(5):535-48. doi: 10.1007/s10578-010-0186-1.

Ollendick, T., H. & King, N., J, (1991). *Origins of Childhood Fears: An evaluation of Rachman's theory of fear acquisition*. *Behavior Research and Therapy*. Vol. 29(2), pp. 117-123.

Shattell, M. (2004). *Nurse-patient interaction: a review of the literature*. *Journal of Clinical Nursing*. Vol. 13, pp. 714-722.

Veale, D. (2003). Treatment of social phobia. *Advances in Psychiatric treatment*. 9(4):258-264.

Μεταφρασμένη

Εμπερλάϊν, Γ. (1980). *Φοβίες και άγχη στα παιδιά*. Μετάφραση: Αγγελική Κουναλάκη. Εκδόσεις NOTOS ΕΠΕ, Αθήνα.

Atkinson, L. R., Atkinson, C. R., Smith, E. E., Bem, L. D., Nolen - Hoeksema, S. (2004). *Εισαγωγή στην Ψυχολογία του Hilgard*. Τόμος Β. 13η Αμερικανική έκδοση. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.

Herbert, M. (1997). *Ψυχολογική φροντίδα του παιδιού και της οικογένειάς του*. (Επιμ. Παρασκευόπουλος, Ι.), Β' έκδοση. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.

Ηλεκτρονική

Carlson, K, M. (2001). *Questions About Kids? Is it normal for Children to Be Afraid?*

Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://education.umn.edu>