



ΤΕΙ ΗΠΕΙΡΟΥ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

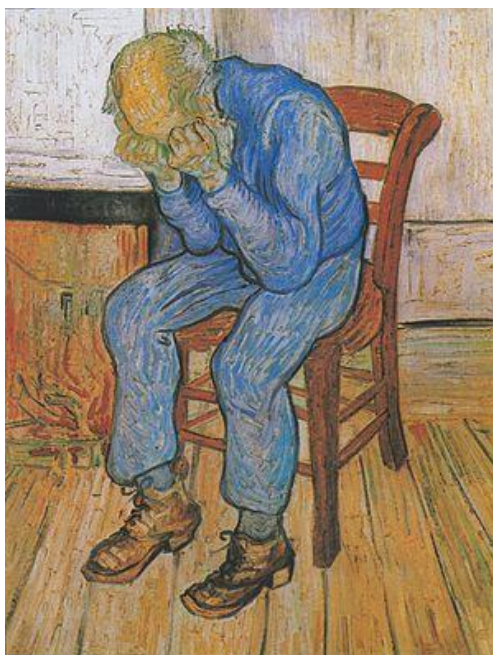
ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΓΧΩΔΕΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

ΦΟΙΤΗΤΕΣ

ΜΠΑΜΠΑΚΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΑΝΤΩΝΙΟΣ Α.Μ: 13062

ΚΑΚΟΣΑΙΟΣ ΕΥΣΤΑΘΙΟΣ Α.Μ: 13244



ΕΠΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

ΓΚΟΥΒΑ ΜΑΙΡΗ

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2017

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	1
ABSTRACT	2
ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ	3
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	4
1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	5
1.1 Άγχος και αγχώδεις διαταραχές	5
1.2 Επιδημιολογία των αγχωδών διαταραχών.....	9
1.3 Ταξινόμηση των αγχωδών διαταραχών	12
2. ΑΓΧΩΔΕΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	13
2.1 Αιτιολογία και παράγοντες κινδύνου	13
2.1.1 Φαρμακευτικοί παράγοντες	13
2.1.2 Νευρολογικοί παράγοντες	14
2.1.3 Ψυχολογικοί παράγοντες (Stress)	16
2.1.4 Γενετικοί παράγοντες.....	16
2.1.5 Ανθεκτικότητα του άγχους	17
2.1.6 Εξελικτική αναντιστοιχία.....	17
2.2 Παθοφυσιολογία των διαταραχών	18
2.3 Διάγνωση της νόσου	20
2.4 Πρόγνωση και συννοσηρότητα	22
2.5 Θεραπεία των αγχωδών διαταραχών.....	24
2.5.1 Φαρμακευτική θεραπεία	24
2.5.2 Επιπτώσεις της φαρμακευτική θεραπείας.....	27
2.5.3 Ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση.....	28
3. ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΦΑΣΜΑΤΟΣ ΤΩΝ ΑΓΧΩΔΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ	32
3.1 Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή.....	32
3.2 Διαταραχή πανικού με ή χωρίς αγοραφοβία	35

3.3	Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή	40
4.	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΑΓΧΩΔΕΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ.....	45
4.1	Νοσηλευτική εκτίμηση του ασθενή	45
4.1.1	Γενική εμφάνιση και συμπεριφορά.....	45
4.1.2	Νοσηλευτικό ιστορικό	47
4.1.3	Εκτίμηση της ψυχικής κατάστασης	49
4.2	Νοσηλευτικές παρεμβάσεις.....	49
4.2.1	Νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε ασθενείς με αγχώδεις διαταραχές	50
4.2.2	Εναλλακτικές παρεμβάσεις νοσηλευτικής αντιμετώπισης του άγχους	52
4.3	Ο εκπαιδευτικός ρόλος του νοσηλευτή στις αγχώδεις διαταραχές	53
	ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	57
5.	ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ.....	58
5.1	Ερευνητικό ερώτημα και σκοπός της παρούσας μελέτης	58
5.2	Μεθοδολογική προσέγγιση του ερευνητικού ερωτήματος	59
5.2.1	Παρουσίαση του κοινωνικού ιστορικού	59
5.2.2	Παρουσίαση του ιστορικού των συμπτωμάτων.....	59
5.2.3	Αναπαράσταση για τα αίτια της νόσου.....	60
5.2.4	Στόχοι φροντίδας	60
5.2.5	Συμπεράσματα - Προτάσεις.....	60
6.	ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	62
7.	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	64

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι αγχώδεις διαταραχές είναι μια ομάδα ψυχικών διαταραχών που χαρακτηρίζονται από αισθήματα άγχους και φόβου. Το άγχος είναι μια ανησυχία για τα μελλοντικά γεγονότα και ο φόβος είναι μια αντίδραση στα τρέχοντα γεγονότα. Αυτά τα συναισθήματα μπορεί να προκαλέσουν σωματικά συμπτώματα, όπως γρήγορο καρδιακό ρυθμό και τρεμούλο. Υπάρχουν διάφορες αγχώδεις διαταραχές και το είδος της διαταραχής διαφέρει από τις εκδηλώσεις των συμπτωμάτων. Οι άνθρωποι συχνά έχουν περισσότερες από μία διαταραχές άγχους. Η αδυναμία αντίληψης αυτών των παθολογικών διαταραχών οδηγεί σε περιττές εξετάσεις, με την πρωταρχική κατάσταση και τα συμπτώματα να παραμένουν ανεπεξέργαστα. Ευτυχώς, τέτοιες συνθήκες δεν είναι δύσκολο να διαγνωσθούν και είναι ιδιαίτερα επιδεκτικές στη θεραπεία. Οι ασθενείς με ήπια συμπτώματα μπορούν να διαχειριστούν με επιτυχία στις μονάδες πρωτοβάθμιας περίθαλψης, αφήνοντας τους πιο σοβαρούς ασθενείς σε ειδικές μονάδες θεραπείας, όπως οι εξειδικευμένοι ψυχίατροι και ψυχολόγοι. Παρόλο που οι περισσότεροι ασθενείς με διαταραχές άγχους μπορούν να αντιμετωπιστούν ως εξωτερικοί ασθενείς, η πλειονότητα τους εξακολουθεί να μην αναζητά θεραπεία. Αυτό έχει σοβαρές συνέπειες. Τα ψυχολογικά και σωματικά συμπτώματα συμβάλλουν στη μείωση της ποιότητας ζωής και στην εξασθένιση της κοινωνικής και της επαγγελματικής λειτουργίας. Επίσης, τα άτομα με διαταραχές άγχους παρουσιάζουν αυτοτραυματικές συμπεριφορές και αυτοκτονικό ιδεασμό. Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις στις αγχώδεις διαταραχές είναι κρίσιμες και οι νοσηλευτές πρέπει να συμμετέχουν στη διάγνωση και την έναρξη της φαρμακευτικής αγωγής. Επιπλέον, στον τομέα της εκπαίδευσης που αφορά την ψυχική υγεία, οι νοσηλευτές θεωρούνται σημαντικοί επαγγελματίες της υγειονομικής περίθαλψης, καθώς διαδραματίζουν και ρόλο εκπαιδευτή, εξηγώντας τη φύση και τις απαιτήσεις της ασθένειας. Τέλος, είναι προφανές ότι οι νοσηλευτές σε αυτόν τον τομέα πρέπει να λάβουν ειδική εκπαίδευση σε ψυχολογικές θεραπείες, οικοδομώντας μια θεραπευτική σχέση με τους ασθενείς και έρχονται αντιμέτωποι με παρεκκλίνουσες συμπεριφορές.

Λέξεις κλειδιά: Άγχος, φόβος, διαταραχή, νοσηλευτής, θεραπεία

ABSTRACT

Anxiety disorders are a group of mental disorders characterized by feelings of anxiety and fear. Anxiety is a worry about future events and fear is a reaction to current events. These feelings may cause physical symptoms, such as a fast heart rate and shakiness. There are several anxiety disorders and the type of disorder is different from the manifestations of the symptoms. People often have more than one anxiety disorder. Failure to detect these pathological disorders results in unnecessary examinations, with the primary condition and symptoms remaining untreated. Fortunately, such conditions are not difficult to diagnose and are highly amenable to treatment. Patients with milder symptoms may be successfully managed in the primary care setting, leaving the more severely ill to specialist services, such as psychiatric services. Although most patients with anxiety disorders can be managed as outpatients, the majority are still not seeking treatment. This has serious implications. Psychological and physical symptoms contribute to lower quality of life and impairment of social and occupational functioning. Also, people with anxiety disorders exhibit self-traumatic and suicidal thoughts and behavior. Nursing interventions for anxiety disorders are crucial and nurses have to participate in disease's diagnosis and initiation of medication. Moreover, in the field of mental health education, nurses are regarded as important health care professionals who also play the role of instructor, explaining the nature and demands of the disease. Finally, it is obvious that nurses in this area have to receive specific training in psychological therapies, building a therapeutic alliance with patients and dealing with deviating behaviors.

Key words: Anxiety, fear, disorder, nurse, treatment

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

AAT	: Animal - Assisted Therapy	Θεραπεία με την Βοήθεια Ζώων
APA	: American Psychiatric Association	Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρίας
BAI	: Beck Anxiety Inventory	Κλίμακα Άγχους του Beck
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders	Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών
ECA	: Epidemiological Catchment Area	Τμήματος Συλλογής Επιδημιολογικών στοιχείων
GAD-7	: Generalized Anxiety Disorder 7	Ερωτηματολόγιο γενικευμένης αγχώδης διαταραχής 7
HADS	: Hospital Anxiety Depression Scale	Νοσοκομειακή Κλίμακα Άγχους και Κατάθλιψης
ICD	: International Statistical Classification of Diseases	Διεθνή Στατιστική Ταξινόμηση Νόσων
NCS	: National Comorbidity Survey	Εθνική Έρευνα Συννοσηρότητας
NIMH	: National Institute of Mental Health	Εθνικό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας
OCD	: Obsessive compulsive disorder	Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή
OCS	: Obsessive Compulsive Scale	Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Κλίμακα
SSRIs	: Selective serotonin reuptake inhibitors	Εκλεκτικούς αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης
STAI	: State - Trait Anxiety Scale	Ερωτηματολόγιο Άγχους του Spielberger
WHO	: World Health Organization	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σύμφωνα με την Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρίας (American Psychiatric Association, APA) οι αγχώδεις διαταραχές περιλαμβάνουν ένα ευρύ φάσμα κλινικών διαταραχών και συνδρόμων που χαρακτηρίζονται από φόβο, άγχος, νευρικότητα, ανησυχία, ένταση και ποικίλα σωματικά συμπτώματα (APA 2000). Γενικά, οι αγχώδεις διαταραχές είναι οι συνηθέστερες ψυχιατρικές διαταραχές και επηρεάζουν περίπου το 13,6% έως 28,8% των ενηλίκων κατά τη διάρκεια ζωής τους (Alonso, et al., 2004, Kessler, et al., 2005). Οι αγχώδεις διαταραχές συγκαταλέγονται μεταξύ των ψυχιατρικών διαταραχών με το μεγαλύτερο επιπολασμό, κόστος περίθαλψης και οδηγούν σε σημαντική λειτουργική εξασθένηση και εξαιρετικά αυξημένη χρησιμοποίηση πόρων υγειονομικής περίθαλψης (Lieb, et al., 2005).

1.1 Άγχος και αγχώδεις διαταραχές

Ο όρος άγχος προέρχεται από το ρήμα *ἄγχω*, που στην αρχαία ελληνική γλώσσα σημαίνει σφίγγω ή πνίγω. Το άγχος είναι μια φυσιολογική σωματική και ψυχική αντίδραση σε μια απειλή ή σε μια αίτηση για την αντιμετώπιση κάποιων απαιτητικών καταστάσεων (Αλεβίζος 2008). Ο πρωτόγονος άνθρωπος βίωσε το άγχος ως μια προειδοποίηση ή μια απειλή κατά της ζωής του από φυσικούς κινδύνους και εχθρούς, γεγονός που τον οδήγησε στην ικανότητα να σκέπτεται, να υπολογίζει και να οργανώνει την άμυνά του. Παρόλο που η ζωή του σύγχρονου ανθρώπου δεν απειλείται πλέον από φυσικούς κινδύνους, εντούτοις, βιώνει την εμπειρία του άγχους ως μια απειλή προσωπικής ήττας και απόρριψης. Σημαντικές απειλές, όπως οι έντονες κοινωνικές μεταβολές, οι πόλεμοι, οι απειλές καταστροφής και οι φυσικές καταστροφές δημιούργησαν μια εποχή έκδηλου άγχους (Polikandrioti & Koutsopoulou, 2014).

Το άγχος εκδηλώνεται ως απάντηση στους αντιλαμβανόμενους πιθανούς κινδύνους, πραγματικούς ή πλασματικούς που προέρχονται από εσωτερικές ή εξωτερικές πηγές και προετοιμάζει το άτομο να κινητοποιήσει τις άμυνες του, προκειμένου να αντιμετωπίσει μια επερχόμενη απειλή ή να την διαφύγει. Προηγείται μια προπαρασκευαστική σωματική και ψυχολογική αντίδραση, η οποία δεν είναι

παθολογική αλλά αντιθέτως εξασφαλίζει εγρήγορση, έντονους συλλογισμούς και οργάνωση, και προετοιμάζει το άτομο για την καλύτερή του απόδοση. Απώτερος στόχος της φάσης αυτής είναι η διατήρηση της ατομικής ομοιόστασης ανάμεσα στο άτομο και το περιβάλλον, στον άνθρωπό και την απειλή (Eby, et al., 2005, Αλεβίζος 2008).

Το άγχος διαδραματίζει, μέσω της αλληλεπίδρασης με το εξωτερικό περιβάλλον, καθοριστικό ρόλο στην διάπλαση του ατόμου, καθώς διαμορφώνει την ισορροπία των αναγκών του ατόμου με τις απαιτήσεις και τις επιταγές της κοινωνίας, και οδηγεί σε μια κατάλληλη μορφή κοινωνικής προσαρμογής. Σε αυτή την περίπτωση, το άγχος έχει προστατευτικό ρόλο διότι ευνοεί τη συγκρότηση και την οργάνωση του «εγώ» και καθιστά ικανό το άτομο να λειτουργήσει παραγωγικά στο κοινωνικό του περιβάλλον (Αλεβίζος 2008).

Αντιθέτως, όταν υπάρχει αύξηση της έντασης και της χρονικής διάρκειας έκθεσης στο άγχος, τότε χάνεται ο προσαρμοστικός του χαρακτήρας, το άγχος μετατρέπεται σε μια παθολογική κατάσταση και σε μία έντονη ψυχική καταπόνηση. Ως παθολογικό άγχος ορίζεται η δυσανάλογη αντίδραση σε μια κατάσταση ή η αντίδραση που προέρχεται μέσα από συγκρούσεις που ανήκουν στο παρελθόν του ατόμου. Το παθολογικό άγχος περιλαμβάνει σωματικά και ψυχικά συμπτώματα (Polikandrioti & Koutsopoulou, 2014).

Τα κυριότερα σωματικά συμπτώματα είναι, η δύσπνοια, το αίσθημα πνιγμού, ο πόνος στο στήθος, το αίσθημα παλμών, η λιποθυμική τάση, η ξηροστομία, η ανορεξία, η ναυτία, ο ίλιγγος, η σωματική κόπωση, η αδυναμία, η ζάλη, οι εφιδρώσεις, η συχνουρία και η κεφαλαλγία τάσεως ενώ τα κυριότερα ψυχικά συμπτώματα είναι η ανησυχία, η ανυπομονησία, το αίσθημα αορίστου φόβου, η νευρικότητα, η διάσπαση της προσοχής, η δυσκολία συγκέντρωσης, το αίσθημα μειωμένης αντιληπτικής ικανότητας, οι αρνητικές αντιδράσεις, η προσμονή αόριστης απειλής, η αδυναμία ανταπόκρισης στις καθημερινές δραστηριότητες, η συμπεριφορά αποφυγής και ο αυξημένος τόνος του αυτόνομου νευρικού συστήματος. Τα σωματικά συμπτώματα, εκλαμβάνονται ως απειλή για την υγεία με αποτέλεσμα η όλη κατάσταση να αποτελεί φαύλο κύκλο καθώς η ανησυχία για την υγεία επιτείνει το άγχος, το οποίο συνεπάγεται περισσότερα σωματικά συμπτώματα (Αλεβίζος 2008, Polikandrioti & Koutsopoulou, 2014).

Το παθολογικό άγχος είναι εύκολο να διαγνωστεί, ωστόσο η ανεύρεση των

γενεσιουργών αιτιών είναι σχετικά δύσκολη. Διακρίνεται σε πρωτογενές όταν δεν υπάρχουν εμφανή σημεία και σε δευτερογενές όταν προέρχεται από σωματική, περιβαλλοντική ή ψυχολογική καταπόνηση (Αλεβίζος 2008). Πρέπει να επισημανθεί ότι, το άγχος πρέπει να διαφοροποιείται από το φόβο. Μολονότι, το άγχος και ο φόβος πυροδοτούν την ίδια βιολογική απόκριση του οργανισμού που περιλαμβάνει τη διέγερση του συμπαθητικού νευρικού συστήματος, όπως επίσης λειτουργούν ως προειδοποιητικά σήματα ενός επικείμενου κινδύνου, εντούτοις, διαφέρουν σημαντικά (Polikandrioti & Koutsopoulou, 2014).

Ο φόβος συνιστά μια δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση, που δημιουργείται ως απάντηση σε ένα εξωτερικό πραγματικό κίνδυνο ή απειλή, που γίνεται συνειδητά αντιληπτή. Ο φόβος περιλαμβάνει τόσο υποκειμενική αίσθηση φόβου (ψυχολογική διάσταση) όσο και φυσιολογικές μεταβολές που είναι κυρίως η επιτάχυνση του καρδιακού ρυθμού, η επιτάχυνση της αναπνοής, ο τρόμος των μυών και η ανακατανομή του αίματος από το δέρμα και τα σπλάχνα στους μεγάλους μύς (φυσιολογική διάσταση). Οι μεταβολές αυτές προετοιμάζουν το σώμα για μια μυϊκή δραστηριότητα (πάλη ή φυγή) που μπορεί να είναι απαραίτητη ως απάντηση στην απειλή (Γιαπράκη 2012).

Αντιθέτως, το παθολογικό άγχος συνιστά τη δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση που περιλαμβάνει αισθήματα τάσης, φόβου ή ακόμη και τρόμου σαν απάντηση σε κίνδυνο του οποίου η πηγή είναι σε μεγάλο βαθμό άγνωστη ή μη αναγνωρίσιμη. Όπως και ο φόβος, έτσι και το άγχος εκτός της ψυχολογικής διάστασης της τάσης, φόβου και τρόμου συνοδεύεται από διέγερση του νευρικού συστήματος που εκδηλώνεται με ιδρώτα, ταχυκαρδία, τρόμο, επιτάχυνση της αναπνοής και γαστρεντερική δυσφορία (φυσιολογική διάσταση). Σε αντίθεση, όμως, με τον φόβο η πηγή του άγχους είτε είναι άγνωστη είτε έχει ελάχιστη ένταση σε σύγκριση με την ένταση φυσιολογικής και συναισθηματικής (ψυχολογικής) αντίδρασης που προκαλεί (Γιαπράκη 2012).

Επίσης, απαιτείται διάκριση ανάμεσα στο άγχος και το stress, τα οποία συχνά χρησιμοποιούνται ως συνώνυμα. Η βασική διάκριση θεωρείται, ότι το άγχος αποτελεί την κλινική εκδήλωση της μακροχρόνιας έκθεσης σε στρεσογόνους παράγοντες. Το stress (ή αλλιώς ψυχική καταπόνηση) αποτελεί μια έννοια που δύσκολα μπορεί να ορισθεί και να ποσοτικοποιηθεί αφενός διότι οι συνθήκες stress είναι ετερογενείς αφετέρου διότι η απάντηση του ατόμου ποικίλει σε μεγάλο βαθμό. Η

διαφορετικότητα ως προς την απάντηση σε συνθήκες stress καθορίζεται από προηγούμενες τις εμπειρίες του ατόμου όπως επίσης από τους γενετικούς και τους αναπτυξιακούς παράγοντες του εγκεφάλου (Αλεβίζος 2008, Polikandrioti & Koutsopoulou, 2014).

Με βάση τις προαναφερθείσες παθολογικές καταστάσεις που βιώνουν τα άτομα δημιουργούνται οι αγχώδεις διαταραχές. Αποτελούν μια ομάδα ψυχικών διαταραχών που χαρακτηρίζονται από συναισθήματα άγχους, φόβου και stress (APA 2013). Αυτά τα συναισθήματα μπορεί να προκαλέσουν σωματικά συμπτώματα, όπως τον γρήγορο καρδιακό ρυθμό και το τρέμουλο. Υπάρχουν διάφορες αγχώδεις διαταραχές, όπως η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή, η ειδική φοβία, η κοινωνική αγχώδης διαταραχή, η διαταραχή άγχους αποχωρισμού, η αγοραφοβία, η διαταραχή πανικού, η διαταραχή μετατραυματικού stress κ.α.. Η διάκριση των διαταραχών έγκειται στις διαφορετικές εκδηλώσεις των συμπτωμάτων τους (APA 2013).

Οι αιτίες των αγχωδών διαταραχών είναι ένας συνδυασμός γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων (NIMH 2016). Στους παράγοντες κινδύνου περιλαμβάνονται το ιστορικό παιδικής κακοποίησης, το οικογενειακό ιστορικό ψυχικών διαταραχών, η φτώχειας κ.α.. Οι διαταραχές άγχους συχνά εμφανίζονται μαζί με άλλες ψυχικές διαταραχές, όπως με τη μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, τη διαταραχή προσωπικότητας και τις διαταραχές συμπεριφοράς (Craske & Stein, 2016).

Για να διαγνωσθούν τα συμπτώματα θα πρέπει να είναι παρόντα στους ασθενείς για τουλάχιστον έξι μήνες, να είναι περισσότερα από αυτά που αναμένονται ως κλινικές εκδηλώσεις και να υπάρχει μια υποβάθμιση και έκπτωση της φυσιολογικής συμπεριφοράς και της λειτουργικότητας του ατόμου (APA 2013, Craske & Stein, 2016). Χωρίς θεραπεία, οι διαταραχές άγχους τείνουν να παραμένουν. Η θεραπεία μπορεί να περιλαμβάνει αλλαγές στον τρόπο ζωής, φαρμακευτική αντιμετώπιση (όπως αντικαταθλιπτικά ή β-αναστολείς) και ψυχοθεραπευτική προσέγγιση (όπως η γνωσιακή - συμπεριφοριστική θεραπεία και η ψυχοεκπαίδευση) (Craske & Stein, 2016, NIMH 2016).

1.2 Επιδημιολογία των αγχώδων διαταραχών

Οι αγχώδεις διαταραχές είναι οι πιο κοινές μορφές ψυχιατρικών διαταραχών τόσο στις Ηνωμένες Πολιτείες όσο και στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Ως κατηγορία, οι αγχώδεις διαταραχές είναι εξίσου συχνές με ή ακόμη πιο συχνές από τις διαταραχές διάθεσης (που περιλαμβάνουν τη μείζονα καταθλιπτική διαταραχή). Η συχνότητα εμφάνισης κατά τη διάρκεια ζωής οποιασδήποτε αγχώδους διαταραχής είναι περίπου 13,6% έως 28,8%, ενώ η αντίστοιχη συχνότητα των διαταραχών διάθεσης είναι 14,0% έως 20,8% (Alonso, et al., 2004, Kessler, et al., 2005)

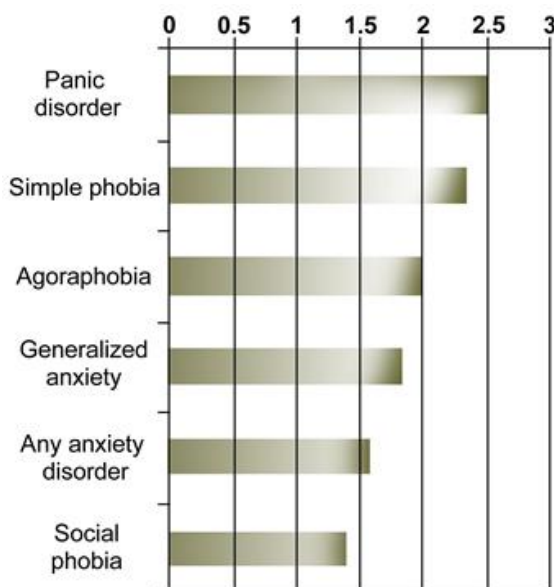
Η αγχώδης κοινωνική διαταραχή (ή αλλιώς κοινωνική φοβία) είναι η πιο κοινή διαταραχή άγχους. Έχει μικρή ηλικία εμφάνισης, περίπου 11 ετών, σε ποσοστό 50% και στην ηλικία των 20 ετών σε ποσοστό 80%. Αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την επακόλουθη καταθλιπτική νόσο και την έναρξη διαταραχών κατάχρησης/εξάρτησης (π.χ. αλκοόλ) (Stein & Stein, 2008). Η δωδεκάμηνη εκτίμηση του επιπολασμού της αγχώδους κοινωνικής διαταραχής στις Ηνωμένες Πολιτείες για το 2012 ήταν περίπου 7% (APA 2013).

Σύμφωνα με δύο σημαντικές μελέτες στις Ηνωμένες Πολιτείες, τη μελέτη του Τμήματος Συλλογής Επιδημιολογικών δεδομένων (Epidemiological Catchment Area, ECA) (Karno, et al., 1988) και της μελέτης της Εθνική Έρευνα Συννοσηρότητας (National Comorbidity Survey, NCS) (Kessler, et al., 1994), και σε συνδυασμό με τις πιο πρόσφατες επιδημιολογικές μελέτες (APA 2013, NIMH 2016), τα εκτιμώμενα ποσοστά επικράτησης των ατομικών διαταραχών άγχους σε όλη τη διάρκεια της ζωής τους είναι 2,3-2,7% για τη διαταραχή πανικού, 4,1-6,6% για τη γενικευμένη αγχώδης διαταραχή και 2,6-13,3% για την κοινωνική φοβία. Ενώ, στην μελέτη NCS διατυπώθηκαν οι ακόλουθες εκτιμήσεις για την επιπολασμό των διαταραχών σε όλη τη διάρκεια ζωής των συμμετεχόντων (και για διάστημα εντός 30 ημερών), οι οποίες ήταν 6,7% (και 2,3%) για την αγοραφοβία, 11,3% (και 5,5%) για την κλασική φοβία και 13,3% (και 4,5%) για την κοινωνική φοβία (Magee, et al., 1996, Schneier, et al., 1996).

Στις διεθνείς έρευνες ο επιπολασμός των συγκεκριμένων διαταραχών φαίνεται να ποικίλλει μεταξύ των χωρών και των διαφόρων πολιτισμών. Μια διακρατική μελέτη της επικράτησης της διαταραχής πανικού κατέδειξε ότι τα ποσοστά επιπολασμού κυμαίνονταν από 0,4% στην Ταϊβάν έως 2,9% στην Ιταλία (όλη τη

διάρκεια ζωής των συμμετεχόντων). Ο μέσος όρος επιπολασμού της κοινωνικής αγχώδους διαταραχής στην Ευρώπη είναι 2,3%. Σε ορισμένους πολιτισμούς της Άπω Ανατολής, τα άτομα με κοινωνική αγχώδης διαταραχή μπορεί να αναπτύξουν φόβους ότι θα προσβληθούν από τους άλλους παρά το να φοβούνται ότι θα τους ενοχλήσουν και θα ντραπούν γι' αυτό. Στην Ιαπωνία και την Κορέα, αυτό το σύνδρομο αναφέρεται ως taijin kyofusho (APA 2013).

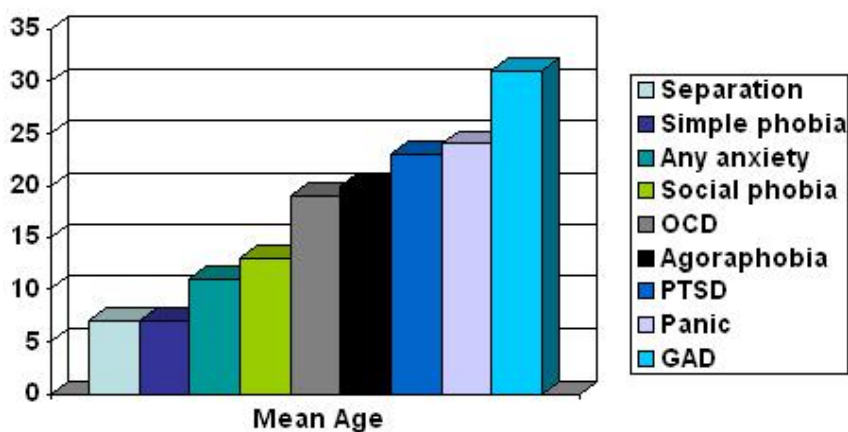
Τα συγκριτικά αποτελέσματα επιπολασμού των αγχωδών διαταραχών της μελέτης NCS ανά φυλή δεν διατύπωσαν κάποια διαφορά στα ποσοστά διαταραχής πανικού μεταξύ λευκών, αφροαμερικανών ή ισπανόφωνων πληθυσμών στις Ηνωμένες Πολιτείες. Ενώ, όσον αναφορά το φύλο, η αναλογία των γυναικών προς τους άνδρες για οποιαδήποτε αγχώδης διαταραχή κατά τη διάρκεια της ζωής τους είναι 3:2 (Εικ. 1) (Magee, et al.,1996).



Εικόνα 1: Διαγραμματική απεικόνιση του λόγου μεταξύ γυναικών και ανδρών για τον επιπολασμό των αγχωδών διαταραχών (Kessleretal 1994).

Όσον αναφορά την κατανομή των αγχωδών διαταραχών ανάλογα με την ηλικία, δυστυχώς οι περισσότερες αγχώδεις διαταραχές ξεκινούν από την παιδική ηλικία, την εφηβεία και την πρόωμη ενηλικίωση (Εικ. 2). Η διαταραχή άγχους του αποχωρισμού αρχίζει κυρίως από την παιδική ηλικία και πιο συχνή αιτία αυτού του άγχους σχετίζεται με τη μετάβαση του παιδιού σε ένα νέο σχολείο. Αυτή η διαταραχή μπορεί να είναι πρόδρομος για διαταραχές άγχους στην ενήλικη ζωή του και συνηθέστερα για την εκδήλωση διαταραχών πανικού (Bhatt & Bienenfeld, 2016).

Σύμφωνα με το πέμπτο Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5, DSM 5), η διαταραχή άγχους του αποχωρισμού μπορεί να ξεκινήσει και από την ενηλικίωση. Ωστόσο, η διαταραχή πανικού στη μελέτη NCS παρουσίασε μια ηλικιακά διττή κατανομή των αποτελεσμάτων της, αφού παρουσιάστηκε στις ηλικιακές ομάδες των 15-24 ετών και των 45-54 ετών (Bhatt & Bienenfeld, 2016).



Εικόνα 2: Ηλικία εκδήλωσης των διαταραχών άγχους με βάση το συγκεκριμένο τύπο διαταραχής.

Η ηλικία εμφάνισης για την Ιδιοψυχαναγκαστική Διαταραχή (Obsessive Compulsive Disorder, OCD) φαίνεται να είναι στα μέσα της τρίτης δεκαετίας έως τις αρχές της τέταρτης δεκαετίας του ατόμου. Οι περισσότερες κοινωνικές φοβίες ξεκινούν πριν από την ηλικία των 20 ετών (με μέση ηλικία εμφάνισης της ασθένειας τα 16 έτη), ενώ η αγοραφοβία συνήθως ξεκινάει από τα τέλη της εφηβείας έως την πρόωμη ενηλικίωση (με μέση ηλικία κατά την έναρξη της νόσου, τα 29 έτη). Τέλος, τα συμπτώματα άγχους νέας έναρξης στους ηλικιωμένους θα πρέπει να προκαλέσουν τη διερεύνηση για μία μη αναγνωρισμένη γενική ιατρική παθολογία, όπως οι διαταραχές κατάχρησης/εξάρτησης (αλκοόλ, φάρμακα ή ναρκωτικά) και η μείζονα κατάθλιψη με συμπτώματα δευτερογενούς άγχους (Bhatt & Bienenfeld, 2016).

1.3 Ταξινόμηση των αγχωδών διαταραχών

Έχουν αναπτυχθεί δύο συστήματα ταξινόμησης και διάγνωσης των ψυχικών διαταραχών βάσει κριτηρίων, τα οποία συνήθως χρησιμοποιούνται σε όλο τον κόσμο. Τα συστήματα αυτά είναι (Alonso, et al., 2004, Kessler, et al., 2005):

- Το σύστημα που αναπτύχθηκε από την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία (APA) και παρουσιάζεται στο Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών, 5^η έκδοση, αναθεώρηση κειμένου (DSM-V) (APA 2013).
- Το σύστημα που αναπτύχθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO) και παρουσιάζεται στη Διεθνή Στατιστική Ταξινόμηση Νόσων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας, 10^η έκδοση (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD-10) (WHO 2004).

Το σύστημα ICD-10 ταξινομεί όλους τους τύπους των νόσων και των διαταραχών, συμπεριλαμβανομένων των ψυχικών διαταραχών, ενώ το DSM-IV ταξινομεί μόνο τις ψυχικές διαταραχές. Παρόλο που υπάρχουν ορισμένες διαφορές μεταξύ αυτών των δύο συστημάτων σε ό,τι αφορά την ταξινόμηση των ψυχικών διαταραχών, οι δημιουργοί τους συνεργάστηκαν και έτσι οι ορισμοί και τα κριτήρια στις περισσότερες περιπτώσεις είναι πανομοιότυπα (Sadock 2000). Ενώ, η ICD-10 είναι το επίσημο σύστημα ταξινόμησης που χρησιμοποιείται στην Ευρώπη και σε πολλά άλλα μέρη του κόσμου, η ταξινόμηση του DSM-IV χρησιμοποιείται συχνά σε ερευνητικές μελέτες, επομένως παραθέτονται και χρησιμοποιούνται και τα δύο συστήματα ταξινόμησης (Sadock 2000). Κατά τις προηγούμενες δεκαετίες ταυτοποιήθηκαν πάρα πολλοί τύποι αγχωδών διαταραχών. Το DSM-IV ταυτοποιεί 12 κατηγορίες αγχωδών διαταραχών, οι οποίες υπάρχουν επίσης στην ICD-10 (WHO 2004, APA 2013).

2. ΑΓΧΩΔΕΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

2.1 Αιτιολογία και παράγοντες κινδύνου

Η αιτιολογία των αγχώδων διαταραχών συνίσταται σε ένα συνδυασμό ψυχολογικών και βιολογικών παραγόντων, οι οποίοι επιδρούν σε μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό στην εμφάνισή τους.

2.1.1 Φαρμακευτικοί παράγοντες

Το άγχος και η κατάθλιψη μπορούν να προκληθούν από την κατάχρηση οινοπνεύματος, η οποία στις περισσότερες περιπτώσεις βελτιώνεται με την παρατεταμένη αποχή. Ακόμη και μέτρια, η παρατεταμένη χρήση αλκοόλ μπορεί να αυξήσει τα επίπεδα άγχους σε ορισμένα άτομα (Evans & Sullivan, 2001). Η εξάρτηση από την καφεΐνη, το αλκοόλ και τους παράγοντες της βενζοδιαζεπίνης μπορεί να επιδεινωθεί ή να προκαλέσει έντονες διαταραχές άγχους και διαταραχές πανικού. Το άγχος εμφανίζεται συνήθως κατά τη διάρκεια της οξείας φάσης απεξάρτησης από το αλκοόλ και μπορεί να παραμείνει μέχρι 2 χρόνια ως μετα-σύνδρομο οξείας στέρησης, και εμφανίζεται περίπου το ένα τέταρτο των ατόμων που αναρρώνουν από τον αλκοολισμό (Johnson 2011). Στην πολυετή μελέτη (1988-1990) του Cohen (1995), ερευνήθηκαν οι αγχώδεις διαταραχές στους μισούς περίπου ασθενείς που παρακολουθούσαν υπηρεσίες ψυχικής υγείας σε μία βρετανική νοσοκομειακή ψυχιατρική κλινική, με συχνότερες διαταραχές την διαταραχή πανικού και την κοινωνική φοβία. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι αυτές οι διαταραχές προκλήθηκαν εξαιτίας της εξάρτησης από το αλκοόλ ή τη βενζοδιαζεπίνη. Σε αυτούς τους ασθενείς, παρατηρήθηκε αρχική αύξηση του άγχους κατά τη διάρκεια της περιόδου διακοπής, ακολουθούμενη από την διακοπή των συμπτωμάτων του άγχους (Cohen 1995).

Επιπροσθέτως, η λήψη καφεΐνης μπορεί να προκαλέσει ή να επιδεινώσει τις διαταραχές άγχους (Scott 2011), συμπεριλαμβανομένης της διαταραχής πανικού (Hughes 1996). Τα άτομα με διαταραχές άγχους μπορούν να έχουν υψηλή ευαισθησία στην καφεΐνη. Η επαγόμενη από καφεΐνη διαταραχή άγχους είναι μια υποκατηγορία της DSM-5 διάγνωσης διαταραχής άγχους που προκαλείται από την ουσία και εμπίπτει στην κατηγορία των διαταραχών άγχους και όχι στην κατηγορία των

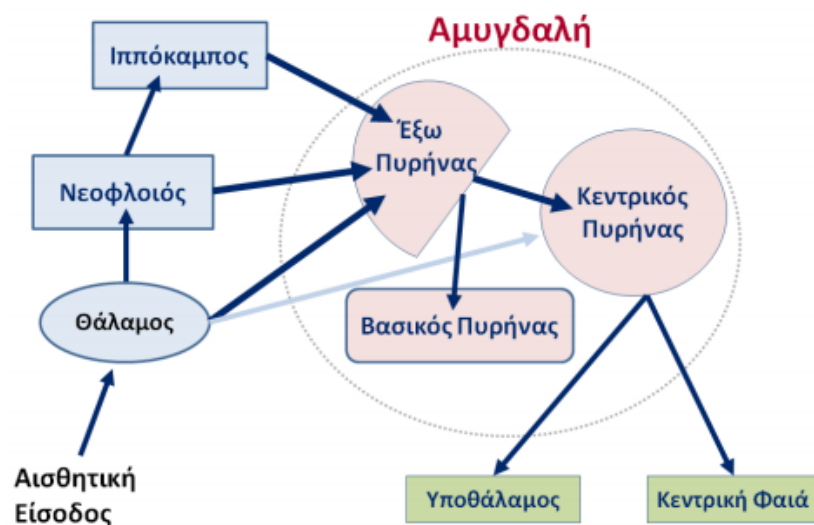
διαταραχών που σχετίζονται με την ουσία και την εθιστική συμπεριφορά, παρόλο που τα συμπτώματα οφείλονται στις επιδράσεις της ουσίας. Ενώ, η χρήση κάνναβης σχετίζεται με διαταραχές άγχους. Ωστόσο, πρέπει να καθοριστεί η ακριβής σχέση μεταξύ της χρήσης κάνναβης και του άγχους (APA 2013).

2.1.2 Νευρολογικοί παράγοντες

Η συμβολή της αμυγδαλής στο συναίσθημα είναι σε μεγάλο βαθμό αποτέλεσμα της ανατομικής συνδεσιμότητάς της. Η αμυγδαλή (ή αμυγδαλοειδές σύμπλεγμα) είναι ένα σύνολο πολλών και λειτουργικά ετερογενών πυρήνων, οι οποίοι σχηματίζουν προσαγωγούς και απαγωγούς συνδέσεις με άλλες περιοχές του εγκεφάλου, καθώς και ενδογενείς συνδέσεις μεταξύ τους. Οι πυρήνες αυτοί μπορούν να ομαδοποιηθούν με βάση τις λειτουργίες και τις συνδέσεις τους στη βασοπλευρική περιοχή - έξω καιβασικό πυρήνα (Basolateral Amygdala, BLA) και την κεντρική περιοχή - κεντρικό πυρήνα (Central Amygdala, CA), οι οποίες έχουν συσχετιστεί με την έκφραση του φόβου, του άγχους και της συναισθηματικής εκμάθησης (Σιδηροπούλου 2015).

Πιο αναλυτικά, η βασοπλευρική περιοχή συνεισφέρει στην εκτίμηση της συναισθηματικής αξίας ενός ερεθίσματος και εν προκειμένω πόσο απειλητικό είναι, ενώ ο κεντρικός πυρήνας διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στις αμυντικές αποκρίσεις που σχετίζονται με το φόβο. Η βασοπλευρική περιοχή είναι η κύρια περιοχή εισόδου σημάτων στην αμυγδαλή. Λαμβάνει πληροφορίες από διάφορα αισθητήρια συστήματα (σωματοαισθητικό, οπτικό, ακουστικό, οσφρητικό), από το θάλαμο, καθώς και από τον ιπόκαμπο και τον προμετωπιαίο φλοιό, εγκαθιδρύοντας έτσι μια αμφίδρομη ρυθμιστική επίδραση στις εκτελεστικές και μνημονικές λειτουργίες αλλά και τη συναισθηματική συμπεριφορά (Σιδηροπούλου 2015).

Τις πληροφορίες αυτές τις μεταβιβάζει μετά από επεξεργασία στον κεντρικό πυρήνα, ο οποίος αποτελεί το σημαντικότερο σταθμό των απαγωγών συνδέσεων της αμυγδαλής προς κέντρα του υποθαλάμου και του εγκεφαλικού στελέχους, τα οποία ελέγχουν συναισθηματικές αποκρίσεις όπως εκφράσεις του προσώπου και τις εκφράσεις ολόκληρου του σώματος σαν το “πάγωμα”, δηλαδή την ακινησία λόγω φόβου. Τα μονοπάτια από την αμυγδαλή προς τον πλάγιο υποθάλαμο σχετίζονται με περιφερικές συμπαθητικές αποκρίσεις στο ψυχολογικό stress (LeDoux 2000).



Εικόνα 3: Αδρό σχήμα εισόδων στην αμυγδαλή, εσωτερικών συνδέσεων μεταξύ των πυρήνων της και επιδράσεις των εξόδων της (Παπαθεοδωρόπουλος 2015).

Από λειτουργικής άποψης, η αμυγδαλή συμμετέχει σε διάφορες διεργασίες που σχετίζονται με φόβο και συναίσθημα, όπως είναι η επεξεργασία των σχετικών με συναισθήματα πληροφοριών, η ρύθμιση των συνεπειών του stress στη μνήμη, η μάθηση με ανταμοιβή και η εξαρτημένη μάθηση του φόβου. Γενικά, θεωρείται πως λειτουργεί ως ανιχνευτής απειλής, με την αρχική, σύντομη και φασική δραστηριότητά της να συνοδεύεται από παρατεταμένη τονική δραστηριότητα άλλων περιοχών του εγκεφάλου που είναι υπεύθυνες για τη διατήρηση των συμπεριφορικών, ανατομικών, και μεταβολικών αποκρίσεων σε ερεθίσματα κινδύνου. Λόγω του ρόλου της στην κατάσταση προσήλωσης και εγρήγορσης κατά την επεξεργασία μιας απειλής, προβλήματα στη λειτουργία της μπορεί να σχετίζονται με την υπερδιέγερση και υπερ-εγρήγορση των αγχωδών διαταραχών (Etkin 2012).

Επιπροσθέτως, έχει διατυπωθεί η άποψη ότι οι συναισθηματικές μνήμες που αποθηκεύονται στο κεντρικό τμήμα της αμυγδαλής μπορεί να παίζουν ένα ρόλο σε αγχώδεις διαταραχές (Bishop 2007). Στους ανθρώπους, η ηλεκτρική διέγερση της αμυγδαλής προκαλεί συμπτώματα φόβου και άγχους, δηλαδή αυξημένο καρδιακό ρυθμό, αρτηριακή πίεση και μυϊκή ένταση, τα οποία συνοδεύονται από υποκειμενικές αισθήσεις φόβου και άγχους, καθώς και αύξηση των κατεχολαμινών στο πλάσμα. Η έκκριση των κατεχολαμινών επινεφρίνη και νορεπινεφρίνη είναι μέρος της απόκρισης της αμυγδαλής στην επικείμενη απειλή ή κίνδυνο. Επιπλέον, οι κακώσεις της αμυγδαλής σχετίζονται με ανικανότητα αναγνώρισης τρομαγμένων εκφράσεων του

προσώπου (Adolphs, et al., 1994) και αδυναμία δημιουργίας αναμνήσεων που σχετίζονται με φόβο (Bechara, et al., 1995).

2.1.3 Ψυχολογικοί παράγοντες (Stress)

Οι αγχώδεις διαταραχές μπορεί να προκύψουν ως απόκριση σε ψυχολογικές πιέσεις, όπως οι οικονομικές ανησυχίες ή μια χρόνια σωματική πάθηση. Το stress μεταξύ των εφήβων και των νεαρών ενηλίκων είναι κοινό λόγω των πιέσεων της κοινωνικής αλληλεπίδρασης, της κοινωνικής αξιολόγησης και της εικόνας του σώματος (τουλάχιστον τις τελευταίες δεκαετίες). Το stress, επίσης, εντοπίζεται συχνά στους ηλικιωμένους που έχουν κάποια μορφή άνοιας, όπως τη νόσο Alzheimer. Από την άλλη πλευρά, η διαταραχή άγχους είναι μερικές φορές λανθασμένα διαγνωσμένη σε ηλικιωμένους, ειδικά όταν οι ιατροί παρερμηνεύουν τα συμπτώματα μιας σωματικής πάθησης, για παράδειγμα μια καρδιακή αρρυθμία, ως κλινική εκδήλωση του άγχους (Calleo & Stanley, 2008).

2.1.4 Γενετικοί παράγοντες

Η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή έχει καταγραφεί σε πολλές οικογένειες και είναι έξι φορές πιο συνηθισμένη στα παιδιά ενός ατόμου που φέρει τη νόσο (Patel & Fancher, 2013). Ενώ το άγχος προέκυψε ως προσαρμογή του προϊστορικού ανθρώπου στο άγνωστο περιβάλλον, στη σύγχρονη εποχή σχεδόν πάντα θεωρείται αρνητικό στο πλαίσιο των αγχωδών διαταραχών. Τα άτομα με αυτές τις διαταραχές έχουν ιδιαίτερα ευαίσθητα συστήματα αντίληψης, και ως εκ τούτου τείνουν να αντιδρούν υπερβολικά σε φαινομενικά αβλαβή ερεθίσματα. Μερικές φορές οι διαταραχές άγχους εμφανίζονται σε όσους είχαν τραυματικές εμπειρίες κατά την εφηβεία, υποδεικνύοντας μια αυξημένη πιθανότητα επικράτησης (ίσως και επιδείνωσης) του άγχους στην ενήλικη ζωή. Σε αυτές τις περιπτώσεις, η διαταραχή δημιουργείται ως ένας τρόπος να προβλεφθεί ότι το περιβάλλον του ατόμου θα συνεχίσει να δημιουργεί απειλές (Grinde 2005).

Τέλος, οι περιβαλλοντικοί παράγοντες διαδραματίζουν, επίσης, σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση των διαταραχών, χωρίς να έχει τεκμηριωθεί πλήρως πως αλληλεπιδρούν με τους γενετικούς συντελεστές. Η πολυγονιδιακή-πολυπαραγοντική

θεωρία κατά την οποία μεγάλος αριθμός γονιδίων δρουν συνεργιστικά με τυχαίους περιβαλλοντικούς παράγοντες και επάγουν την ευαισθησία που ευθύνεται για την εκδήλωση της αγχώδους διαταραχής φαίνεται να είναι, προς το παρόν, επικρατέστερη (Αυγουστάτος 2008).

2.1.5 Ανθεκτικότητα του άγχους

Σε χαμηλά επίπεδα, το άγχος δεν είναι παθολογικό. Στην πραγματικότητα, η ορμονική απάντηση στο άγχος έχει εξελιχθεί ως όφελος του ανθρώπου, καθώς τον βοηθά να αντιδράσει σε πιθανούς κινδύνους. Οι ερευνητές του τομέα της εξελικτικής ιατρικής πιστεύουν ότι αυτή η προσαρμογή επιτρέπει στους ανθρώπους να επεξεργαστούν και να συνειδητοποιήσουν ότι υπάρχει μια πιθανή απειλή και να ενεργήσουν αναλόγως για να εξασφαλίσουν μεγαλύτερη προστασία. Έχει πράγματι αποδειχθεί ότι εκείνοι με τα χαμηλότερα επίπεδα άγχους έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο θανάτου από αυτούς που κυμαίνονται στο μέσο όρο. Γεγονός που συμβαίνει επειδή η απουσία φόβου μπορεί να οδηγήσει σε κάποιο τραυματισμό ή και το θάνατο (Grinde 2005).

Επιπροσθέτως, οι ασθενείς με άγχος και κατάθλιψη βρέθηκαν να έχουν χαμηλότερη νοσηρότητα από εκείνους που είχαν μόνο κατάθλιψη. Η λειτουργική σημασία των συμπτωμάτων που σχετίζονται με το άγχος περιλαμβάνει μεγαλύτερη επαγρύπνηση, ταχύτερη προετοιμασία για δράση και μειωμένη πιθανότητα να μην αντιληφθεί πιθανούς κινδύνους και απειλές. Χαρακτηριστικά, στην άγρια φύση, τα ευάλωτα άτομα ή οι έγκυες που πιθανόν να τραυματιστούν εύκολα, καθώς έχουν ένα χαμηλό όριο για την αντιμετώπιση του άγχους, καθιστώντας τους πιο επιφυλακτικούς και επαγρύπνηση. Γεγονός που καταδεικνύει ένα μακρύ εξελικτικό μονοπάτι της απόκρισης του άγχους στον άνθρωπο (Bateson, et al., 2011).

2.1.6 Εξελικτική αναντιστοιχία

Έχει θεωρηθεί ότι τα υψηλά ποσοστά άγχους είναι μια αντίδραση στον τρόπο αλλαγής του κοινωνικού περιβάλλοντος από την παλαιολιθική εποχή. Για παράδειγμα, στην εποχή των λίθων υπήρχε μεγαλύτερη επαφή με το δέρμα και περισσότερος χειρισμός των μωρών από τις μητέρες τους, πρακτικές που επιστημονικά

αποδεδειγμένα μειώνουν το άγχος (Grinde 2005). Επιπλέον, υπάρχει μια μεγαλύτερη αλληλεπίδραση με ξένους πληθυσμούς και κουλτούρες στην παρούσα εποχή σε αντίθεση με το παρελθόν όπου οι αλληλεπιδράσεις γίνονταν αποκλειστικά μεταξύ των στενά συνδεδεμένων λαών ή φυλών. Οι ερευνητές υποστηρίζουν ότι η έλλειψη συνεχούς κοινωνικής αλληλεπίδρασης, ειδικά κατά τη διάρκεια των ετών της κοινωνικοψυχικής διαμόρφωσης του ατόμου, αποτελεί γενεσιουργός αιτία για υψηλά ποσοστά άγχους (Grinde 2005, Price 2003).

Πολλές τρέχουσες παθολογικές περιπτώσεις είναι πιθανό να προέκυψαν από μια εξελικτική αναντιστοιχία, η οποία χαρακτηρίστηκε ειδικά ως «ψυχοπαθολογική αναντιστοιχία» (Psychopathological Mismatch). Με εξελικτικούς όρους, μια αναντιστοιχία εμφανίζεται όταν ένα άτομο διαθέτει χαρακτηριστικά που διαμορφώθηκαν για την προσαρμογή του ένα συγκεκριμένο περιβάλλον, αλλά το περιβάλλον στο οποίο βρίσκεται τώρα διαφέρει από το περιβάλλον της προσαρμογής του. Για παράδειγμα, παρόλο που μια αντίδραση άγχους μπορεί να έχει εξελιχθεί για να βοηθήσει σε απειλητικές για τη ζωή καταστάσεις, για τα ευαισθητοποιημένα άτομα στις δυτικοποιημένες κοινωνίες ακούγοντας απλά δυσάρεστα νέα μπορεί να τους προκαλέσει μια ισχυρή αντίδραση φόβου ή έντονης ανησυχίας (Price 2003).

Μια εξελικτική θεώρηση των διαταραχών άγχους μπορεί να παρέχει πολύτιμες πληροφορίες για εναλλακτικές λύσεις στις τρέχουσες μεθόδους κλινικής θεραπείας. Η απλή γνώση κάποιου άγχους είναι ευεργετική και μπορεί να ανακουφίσει μερικές μορφές ήπιων πανικών που σχετίζονται με ήπιες συνθήκες ή ήπιους κινδύνους. Μερικοί ερευνητές μάλιστα πιστεύουν ότι, θεωρητικά, το άγχος μπορεί να διαμεσολαβεί μεταξύ της μείωσης της αίσθησης ευπάθειας του ασθενούς και της εκτίμησης της παθολογικής του κατάστασης (Price 2003).

2.2 Παθοφυσιολογία των διαταραχών

Τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα των αγχωδών διαταραχών είναι είτε σωματικά συμπτώματα ή/και συμπεριφορές αποφυγής. Το συμπαθητικό σύστημα ενεργοποιείται έντονα από τη φυσική και ψυχική υπερένταση (stress) με σκοπό την καλύτερη προσαρμογή του οργανισμού στις απαιτήσεις του περιβάλλοντος. Η έντονη αυτή ενεργοποίηση ονομάζεται συμπαθητική αντίδραση συναγερμού (ή αντίδραση πάλης ή φυγής), γιατί προετοιμάζει άμεσα τον οργανισμό να παλέψει (κυριολεκτικά ή

μεταφορικά) με την εστία του κινδύνου ή να φύγει τρέχοντας (Αυγουστάτος 2008).

Συγκεκριμένα παρατηρούνται αύξηση της καρδιακής συχνότητας και αύξηση έντασης συστολής, αύξηση της αρτηριακής πίεσης, αύξηση της ροής του αίματος στους μύς που ενεργούν με ταυτόχρονη ελάττωσή της σε όργανα που δεν είναι απαραίτητα για την εκτέλεση γρήγορων ενεργειών (π.χ. σύσπαση των αγγείων της κοιλιάς και του δέρματος), αύξηση του κυτταρικού μεταβολισμού σε ολόκληρο το σώμα, αύξηση των επιπέδων γλυκόζης στο αίμα, αύξηση της γλυκόλυσης στους μύς, αύξηση της μυϊκής δύναμης, αύξησης της νοητικής δραστηριότητας, διαστολή της κόρης του οφθαλμού, ανορθωτική διέγερση των μυών των τριχών και άφθονη εφίδρωση (Αυγουστάτος 2008).

Συνοπτικά η επίδραση του άγχους στο ανθρώπινο σώμα συσχετίζεται με τις ακόλουθες παραμέτρους (Eby, et al., 2005, Κουτελέκος 2012):

- Τη φύση, την ένταση, τη διάρκεια και τη συχνότητα του άγχους.
- Την υποκειμενική σημασία του άγχους.
- Τη δυνατότητα ή την αδυναμία αποφυγής και υπέρβασης του άγχους.
- Τις προηγούμενες εμπειρίες.
- Την ιδιοσυγκρασία.
- Τη γενική κατάσταση πριν και κατά τη διάρκεια τη έκθεσης στο άγχος.
- Την κοινωνική στήριξη.

Όπως γίνεται αντιληπτό αυτός ο αμυντικός μηχανισμός ήταν πολύ σημαντικός κυρίως τις εποχές που ο άνθρωπος είχε να αντιμετωπίσει μεγάλα και συνεχή προβλήματα επιβίωσης. Στη σύγχρονη εποχή αυτός ο μηχανισμός έχει κυριολεκτικά αποδιοργανωθεί και αυτό για δύο βασικούς λόγους, πρωτίστως οι κίνδυνοι είναι συχνά έμμεσοι ή και συμβολικοί και δευτερευόντως να καθίσταται αδύνατη η φυσιολογική εκτόνωση του συναγερμού, τόσο με την πάλη όσο και με την φυγή. Ο άνθρωπος βρίσκεται δηλαδή στην τραγική κατάσταση να βιώνει ένα συνεχή βομβαρδισμό ερεθισμάτων κινδύνου (πραγματικού ή φανταστικού), που ενεργοποιούν το σύστημα συναγερμού, χωρίς την ικανότητα αντίδρασης (Αυγουστάτος 2008).

Ανάλογα στον σύγχρονο άνθρωπο το συνεχές stress ενεργοποιεί τις ανώτερες περιοχές του εγκεφάλου, δηλαδή το φλοιός, τον υποθάλαμο και το δικτυωτό σχηματισμό, που με τη σειρά τους μεταβάλλουν την λειτουργία του αυτόνομου

νευρικού συστήματος αρκετά ώστε να προκαλέσουν βαριές ψυχοσωματικές παθήσεις, όπως το πεπτικό έλκος, η δυσκοιλιότητα, η σπαστική κολίτιδα, μορφές άσθματος, υπέρταση, ακόμα και έμφραγμα του μυοκαρδίου σε άτομα με προδιάθεση (Αυγουστάτος 2008).

2.3 Διάγνωση της νόσου

Οι διαταραχές άγχους είναι συχνά σοβαρές χρόνιες παθήσεις, οι οποίες μπορεί να εμφανιστούν από νεαρή ηλικία ή να αρχίσουν ξαφνικά μετά από ένα συμβάν που τις προκάλεσε. Είναι επιρρεπείς σε φλεγμονές σε περιόδους υψηλής πίεσης και συχνά συνοδεύονται από φυσιολογικά συμπτώματα όπως πονοκέφαλο, εφίδρωση, μυϊκούς σπασμούς, ταχυκαρδία, αίσθημα παλμών και υπέρταση, που σε ορισμένες περιπτώσεις οδηγούν σε κόπωση. Στην κλινική χρήση οι όροι "άγχος" και "φόβος", όπως έχει ήδη ειπωθεί, έχουν ξεχωριστές έννοιες, το άγχος ορίζεται ως μια δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση για την οποία η αιτία είτε δεν αναγνωρίζεται άμεσα είτε θεωρείται ανεξέλεγκτη ή αναπόφευκτη, ενώ ο φόβος είναι μια συναισθηματική και φυσιολογική απάντηση σε μια αναγνωρισμένη εξωτερική απειλή ή κίνδυνο (WHO 2009).

Η διάγνωση των διαταραχών άγχους είναι δύσκολη επειδή δεν υπάρχουν αντικειμενικοί βιοδείκτες για την ταυτοποίησή τους και βασίζεται σε συμπτώματα (Rose & Devine, 2014) τα οποία τυπικά πρέπει να είναι παρόντα τουλάχιστον για μεγάλο χρονικό διάστημα (π.χ. έξι μήνες), να εκδηλώνονται εντονότερα από την αναμενόμενη συχνότητα και να παρατηρηθεί μια υποβάθμιση και μια έκπτωση της φυσιολογικής συμπεριφοράς και της λειτουργικότητας του ατόμου (Craske & Stein, 2016).

Η δυνατότητα ανίχνευσης και διάγνωσης των αγχωδών διαταραχών μέσω πολύ βραχέων μεθόδων έχει διερευνηθεί ελάχιστα, εν αντιθέσει με τη κατάθλιψη. Η πολυμορφία των αγχωδών διαταραχών έχει ωθήσει τους ερευνητές περισσότερο στη δημιουργία ειδικών, για την κάθε διαταραχή, εργαλείων εκτίμησης παρά στην ανάπτυξη γενικών μεθόδων ανίχνευσης και ελέγχου του κλινικά σημαντικού άγχους. Ωστόσο, υπάρχουν ορισμένα έγκυρα και αξιόπιστα ερωτηματολόγια για την εκτίμηση του γενικευμένου άγχους ή των πιο κοινών αγχωδών συμπτωμάτων, όπως Hospital Anxiety Depression Scale (HADS), το Beck Anxiety Inventory (BAI), State-Trait

Anxiety Inventory (STAI) και το Generalized Anxiety Disorder 7 (GAD-7). Επιπλέον, έχει επιχειρηθεί πρόσφατα να αναπτυχθούν και βραχείες μέθοδοι ανίχνευσης του κλινικά σημαντικού γενικευμένου άγχους (Konstantakopoulos, et al., 2013).

Συγκεκριμένα, πρώτοι ο Lowe και οι συνεργάτες του (2003) υπολόγισαν ότι με την ερώτηση: «Νιώσατε νευρικός, αγχωμένος, ευερέθιστος ή πολύ ανήσυχος για πολλά διαφορετικά πράγματα; (περισσότερες από τις μισές ημέρες κατά τις τελευταίες 4 εβδομάδες)» αναγνωρίζονται ασθενείς με αγχώδεις διαταραχές με ευαισθησία 44% και ειδικότητα 93%. Οι ερευνητές συμπέραναν ότι η μικρή ευαισθησία καθιστά τη χρήση της ερώτησης προβληματική. Μια άλλη μελέτη διερεύνησε τη δυνατότητα να αναγνωριστούν συγκεκριμένες αγχώδεις διαταραχές, όπως η διαταραχή πανικού, η μετατραυματική διαταραχή stress, η κοινωνική φοβία και η διαταραχή γενικευμένου άγχους μέσω μιας ειδικής ερώτησης για κάθε διαταραχή (Means-Christensen, et al., 2006). Ένας συνδυασμός αποδεκτών επιπέδων ευαισθησίας και ειδικότητας βρέθηκε μόνο για τη διαταραχή πανικού. Γενικότερα όμως, η μεθοδολογία των ειδικών ερωτήσεων για κάθε επιμέρους αγχώδη διαταραχή δεν μπορεί να εξυπηρετήσει τον σκοπό της πολύ βραχείας ανίχνευσης (Konstantakopoulos, et al., 2013).

Ο Puddifoot και οι συνεργάτες του (2007) δοκίμασαν την ανίχνευση αγχωδών διαταραχών σε ασθενείς πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας μέσω της ερώτησης: «τον τελευταίο μήνα ανησυχούσατε πολύ για καθημερινά προβλήματα;». Ως επιπρόσθετη χρησιμοποίησαν την ερώτηση για την επιθυμία λήψης ειδικής βοήθειας σε όσους ασθενείς απάντησαν θετικά στην πρώτη ερώτηση. Τα αποτελέσματα της πρώτης ερώτησης είχαν ευαισθησία 76% και ειδικότητα 82% σε σύγκριση με τη διάγνωση που έγινε μέσω της κλίμακας HADS. Οι συγγραφείς αναφέρουν αύξηση της προβλεπτικής ισχύος με τον συνδυασμό των δύο ερωτήσεων αλλά δεν αναφέρουν συγκεκριμένα ποσοστά ευαισθησίας και ειδικότητας. Ωστόσο, το γεγονός πως δεν χρησιμοποιήθηκε κλινική διάγνωση στη μελέτη αυτή μειώνει την αξιοπιστία των ευρημάτων της (Puddifoot, et al., 2007).

Οι Kroenke, και συν., (2007) επιχείρησαν να δημιουργήσουν ένα ερωτηματολόγιο ανίχνευσης αγχωδών διαταραχών με δύο ερωτήσεις (GAD-2). Οι ερωτήσεις αυτές επιλέχθηκαν γιατί αφορούν στα πυρηνικά και πιο γενικά

συμπτώματα από αυτά που εκτιμά το έγκυρο ερωτηματολόγιο GAD-7, το οποίο χρησιμοποιείται για την ανίχνευση της διαταραχής γενικευμένου άγχους:

- Τις τελευταίες 2 εβδομάδες πόσο συχνά σας ενόχλησε ότι νιώσατε νευρικός, αγχωμένος ή ευερέθιστος;
- Τις τελευταίες 2 εβδομάδες πόσο συχνά σας ενόχλησε ότι δεν μπορούσατε να σταματήσετε ή να ελέγξετε το άγχος σας;

Οι απαντήσεις βαθμολογούνται από 0 (καθόλου) έως 3 (σχεδόν κάθε ημέρα). Το GAD-2 δοκιμάστηκε για την ανίχνευση 4 αγχωδών διαταραχών – διαταραχή γενικευμένου άγχους, διαταραχή πανικού, διαταραχή κοινωνικού άγχους και μετατραυματική διαταραχή stress, σε δείγμα ασθενών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Βρέθηκε ότι σε σύγκριση με τη διάγνωση βάσει ημιδομημένης συνέντευξης από ειδικούς ψυχικής υγείας το GAD-2 με βαθμολογία ≥ 3 ανιχνεύει όλες τις προαναφερόμενες διαταραχές πλην της μετατραυματικής διαταραχής στρες με αποδεκτά επίπεδα ευαισθησίας (70–86%) και ειδικότητας (81–83%) (Kroenke, et al., 2007).

2.4 Πρόγνωση και συννοσηρότητα

Οι αγχώδεις διαταραχές έχουν υψηλά ποσοστά συννοσηρότητας με τη μείζονα κατάθλιψη και συνοδεύονται από την κατάχρηση/εξάρτηση οινόπνευματος και ναρκωτικών ουσιών. Ορισμένοι παράγοντες υψηλής νοσηρότητας και θνησιμότητας σχετίζονται με τις διαταραχές άγχους, οι οποίοι μπορούν να εκδηλωθούν μέσω των νευροενδοκρινικών και νευροανοσοποιητικών μηχανισμών ή μέσω της άμεσης νευρικής διέγερσης (π.χ. υπέρταση ή καρδιακή αρρυθμία). Το χρόνιο άγχος μπορεί να σχετίζεται με τον αυξημένο κίνδυνο καρδιαγγειακής νοσηρότητας και θνησιμότητας (Bhatt & Bienenfeld, 2016).

Σημαντικά στοιχεία δείχνουν ότι η κοινωνική φοβία (κοινωνική αγχώδης διαταραχή) έχει ως αποτέλεσμα την πρόκληση σημαντικής λειτουργικής βλάβης και την υποβάθμιση της ποιότητας ζωής του ασθενή. Οι σοβαρές μορφές των αγχωδών διαταραχών μπορεί να είναι ιδιαίτερα πολύπλοκες, με αυτοτραυματικές συμπεριφορές και αυτοκτονικό ιδεασμό, και με ή χωρίς δευτεροπαθείς διαταραχές, όπως οι

διαταραχές διάθεσης (π.χ. κατάθλιψη) ή οι διαταραχές πρόσληψης τροφής (π.χ. ψυχογενής ανορεξία) (Lochner, et al., 2003).

Στην έρευνα του Τμήματος Συλλογής Επιδημιολογικών δεδομένων (ECA) (Karno, et al., 1988) αποκαλύφθηκε ότι η διαταραχή πανικού συνδέεται με τις απόπειρες αυτοκτονίας, με αναλογία 18:1 σε σύγκριση με πληθυσμούς - μάρτυρες, οι οποίοι δεν είχαν ψυχιατρικές διαταραχές. Ωστόσο, είναι ασαφές πόσο επιδρούν στη σχέση των διαταραχών πανικού με την αυτοκτονικότητα οι διαταραχές κατάχρησης/εξάρτησης, οι οποίες συχνά διαμεσολαβούν σε αυτή τη σύνδεση (Karno, et al., 1988).

Επίσης, το οξύ άγχος μπορεί να διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην παραγωγή της αυτοκτονικής συμπεριφοράς. Η παρουσία οποιασδήποτε αγχώδης διαταραχής, συμπεριλαμβανομένων των φοβιών και σε συνδυασμό με μια διαταραχή διάθεσης φαίνεται να αυξάνουν την πιθανότητα μιας απόπειρας αυτοκτονίας σε σύγκριση με την εκδήλωση μόνο της διαταραχής διάθεσης. Οι απόπειρες αυτοκτονίας μπορούν να προκληθούν από δυσάρεστα γεγονότα, όπως ένα διαζύγιο ή μια οικονομική καταστροφή. Οι επιδράσεις του οξύ άγχους στην εκδήλωση αυτοκτονικής συμπεριφοράς αυξάνονται σε άτομα με προβλήματα διάθεσης και κατάχρησης ουσιών (Sareen, et al., 2005).

Επιπροσθέτως, οι φοβίες είναι ιδιαίτερα συννοσηρές για τους ασθενείς. Οι περισσότερες ειδικές φοβίες (π.χ. υψοφοβία) και κοινωνικές φοβίες είναι προσωρινά πρωτοπαθείς στις εκδηλώσεις του ασθενή, ενώ η περισσότερο νοσηρή αγοραφοβία είναι προσωρινά δευτεροπαθής. Οι φοβίες που συνδέονται με άλλες διαταραχές άγχους είναι γενικά πιο σοβαρές στις εκδηλώσεις τους από τις απλές/ειδικές φοβίες. Συχνά, παρατηρούνται περιστατικά όπου ασθενείς παρουσιάζουν κοινωνική φοβία μαζί με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή ή άτυπη κατάθλιψη, μια παθολογική κατάσταση που οδηγεί σε αυξημένα ατυχήματα, αυτοκτονικό ιδεασμό και σε αρκετές περιπτώσεις αυξημένα ποσοστά αναπηρίας. Παρά τα αποδεικτικά στοιχεία της βλάβης, μόνο μια μειοψηφία ατόμων με απλή (ειδική) φοβία αναζητούν ποτέ επαγγελματική θεραπεία και πάντα με την παρότρυνση των οικείων τους (Lochner, et al., 2003, Matza, et al., 2003).

Είναι ενδιαφέρον ότι σε κλινικά δείγματα, πάνω από το 95% των ασθενών που παρουσιάζουν αγοραφοβία παρουσιάζουν και διαταραχή πανικού, ενώ σε επιδημιολογικά δείγματα, η απλή αγοραφοβία φαίνεται να είναι πιο διαδεδομένη σαν

διαταραχή στην κοινότητα από την διαταραχή πανικού σε συνδυασμό με την αγοραφοβία (APA 2000).

2.5 Θεραπεία των αγχωδών διαταραχών

2.5.1 Φαρμακευτική θεραπεία

Η φαρμακευτική θεραπεία έχει ως ένδειξη το έντονο, παθολογικό άγχος που βιώνει το άτομο ως δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση, ως υποκειμενική εμπειρία φόβου και αγωνίας, και μειώνει τη λειτουργικότητά του. Η μεγάλη πρόοδος που συντελέστηκε στα τελευταία χρόνια με την ανάπτυξη της νευροβιολογίας, οδήγησε στην καλύτερη γνώση της βιολογίας του άγχους, βοήθησε στην καλύτερη διαγνωστική ταξινόμηση και στην ανακάλυψη νέων θεραπειών για τις διάφορες κατηγορίες των αγχωδών διαταραχών. Το άγχος και οι αγχώδεις διαταραχές θεραπεύονται συμπτωματικά με τη χρήση ειδικών φαρμάκων, που περιλαμβάνουν τα αγχολυτικά, τα αντικαταθλιπτικά και τα φάρμακα άλλων κατηγοριών. Συνοπτικά, η θεραπευτική μεθοδολογία ακολουθεί δύο στρατηγικές (Αυγουστάτος 2008):

- Τη θεραπεία βραχείας διάρκειας. Αποσκοπεί στην απαλλαγή του πάσχοντα από τα συμπτώματα και να τον επαναφέρει στην προηγούμενη λειτουργικότητά του.
- Τη θεραπεία μακράς διάρκειας. Αποσκοπεί στη διατήρηση, σε ορισμένες περιπτώσεις, του θεραπευτικού αποτελέσματος και την αποτροπή εκδήλωσης νέου αγχωτικού επεισοδίου στο μέλλον.

Πριν από την εφαρμογή της βραχείας φαρμακευτικής θεραπείας θα πρέπει να τίθεται ακριβής διάγνωση και να διευκρινίζεται εάν η αγχώδης συμπτωματολογία είναι δευτεροπαθής, αν δηλαδή οφείλεται σε άλλη ψυχική διαταραχή, όπως κατάθλιψη, σχιζοφρένεια, χρήση ουσιών ή σε σωματική νόσο, όπως υπερθυρεοειδισμό, αγγειακό εγκεφαλικό σύνδρομο κ.α.. Σε αυτές τις περιπτώσεις προτάσσεται η θεραπεία της πρωταρχικής νόσου. Το ήπιο άγχος ή το άγχος που οφείλεται σε ψυχοτραυματικό stress ή σε κοινά προσωπικά και διαπροσωπικά προβλήματα, αν δεν εκδηλώνει παθολογικό χαρακτήρα, δεν αποτελεί ένδειξη αγχολυτικής θεραπείας και θα πρέπει να δοκιμάζεται, όπου είναι δυνατόν,

βραχυχρόνια αντιμετώπιση με συμβουλευτική, χειρισμό του στρες, άσκηση ή ψυχοθεραπεία (Αυγουστάτος 2008).

Το ενδεχόμενο να αποτελεί το άγχος συνοδό σύμπτωμα κατάθλιψης πρέπει να εξετάζεται, ιδίως όταν δεν ανταποκρίνεται ικανοποιητικά στη θεραπεία. Συχνά παρατηρείται στην κλινική πράξη καταθλιπτικοί ασθενείς με συνοδό άγχος να λαμβάνουν βενζοδιαζεπίνες χωρίς παράλληλη αντικαταθλιπτική θεραπεία, αν και υπάρχουν ενδείξεις ότι οι βενζοδιαζεπίνες μπορεί να επιδεινώσουν την καταθλιπτική συμπτωματολογία. Η διαταραχή πανικού και η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή αποτελούν τις δύο κατ' εξοχήν αγχώδεις καταστάσεις που μαζί με το άγχος που συνδέεται με ψυχοτραυματικό συμβάν, απαιτούν άμεση αγχολυτική θεραπεία (Αυγουστάτος 2008).

2.5.1.1 Θεραπεία βραχείας διάρκειας

Η βραχείας διάρκειας φαρμακευτική θεραπεία μπορεί να έχει διάρκεια μέχρι 6 μήνες από την υποχώρηση των συμπτωμάτων και περιλαμβάνει τις βενζοδιαζεπίνες, τις αζαπρόνες (βουσπιρόνη), τα αντικαταθλιπτικά και άλλους φαρμακευτικούς παράγοντες. Στη βραχυχρόνια θεραπεία του άγχους η μακρόχρονη χορήγηση βενζοδιαζεπινών θα πρέπει να αποφεύγεται, λόγω του ενδεχομένου εξάρτησης, επίδρασής τους στο επίπεδο εγρήγορσης και αλληλεπίδρασής τους με άλλα φάρμακα (Videbeck 2013). Γενικά συνιστάται να χορηγούνται για διάστημα μέχρι δύο εβδομάδων σε συνεχή ή σε διακεκομμένη χορήγηση. Η θεραπεία αρχίζει σε μικρές δόσεις που αυξάνονται σταδιακά κάθε λίγες ημέρες μέχρις ότου επιτευχθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα ή εμφανιστούν ανεπιθύμητες ενέργειες, οπότε η δόση μειώνεται ή αυξάνεται περαιτέρω με βραδύτερο ρυθμό (Αυγουστάτος 2008).

Η βουσπιρόνη είναι μη βενζοδιαζεπινικό αγχολυτικό και έχει αποδειχθεί αποτελεσματική στη γενικευμένη αγχώδη διαταραχή. Αποτελεί την πρωτότυπη ουσία μιας νέας χημικής κατηγορίας ουσιών που ονομάζονται αζαπρόνες. Ασκούν την αγχολυτική δράση τους ως μερικοί αγωνιστές των 5-HT_{1A} υποδοχέων της σεροτονίνης. Το αγχολυτικό αποτέλεσμα εμφανίζεται μετά από 1-2 εβδομάδες και το μέγιστο αποτέλεσμα επιτυγχάνεται μετά 4-5 εβδομάδες θεραπείας. Λόγω της καθυστερημένης εμφάνισης του αποτελέσματος είναι σκόπιμο να συγχρησιμοποιείται βενζοδιαζεπίνη για 1-2 εβδομάδες για άμεσο αγχολυτικό αποτέλεσμα. Δεν είναι

αποτελεσματική στη διαταραχή πανικού (Αυγουστάτος 2008, Videbeck 2013).

Από τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά η κλομιπραμίνη (Anafranil) και από τους εκλεκτικούς αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (Selective serotonin reuptake inhibitors, SSRIs) η φλουοξετίνη (Ladose), η φλουβοξαμίνη (Dumyrox), η παροξετίνη (Seroxat) η σιταλοπράμη (Seropram), η εσιταλοπράμη (Cipralex, Xeristar), έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικά στη θεραπεία της διαταραχής πανικού και της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής. Ενώ, από τα νεότερα αντικαταθλιπτικά, η βενλαφαζίνη (Efexor) και η ντουλοξετίνη (Cymbalta), ειδικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης και της νοραδρεναλίνης, με αποδεδειγμένη αντικαταθλιπτική δράση, έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικά στη διαταραχή πανικού και σε άλλες αγχώδεις διαταραχές, όπως η κοινωνική φοβία και η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή. Τα άλλα νεότερα αντικαταθλιπτικά, όπως τα ειδικά σεροτονινεργικά (νεφαζοδόνη, Nefirel) και τα νοραδρενεργικά και ειδικά σεροτονινεργικά (μιρταζαπίνη, Remeron), αναμένεται να αποδειχθούν εξίσου αποτελεσματικά στη θεραπευτική των αγχωδών διαταραχών (Αυγουστάτος 2008, Videbeck 2013).

Generic (Trade) Drug Name	Classification	Used to Treat
Alprazolam (Xanax)	Benzodiazepine	Anxiety, panic disorder, OCD, social phobia, agoraphobia
Buspirone (BuSpar)	Nonbenzodiazepine anxiolytic	Anxiety, OCD, social phobia, GAD
Chlorazepate (Tranxene)	Benzodiazepine	Anxiety
Chlordiazepoxide (Librium)	Benzodiazepine	Anxiety
Clomipramine (Anafranil)	Tricyclic antidepressant	OCD
Clonazepam (Klonopin)	Benzodiazepine	Anxiety, panic disorder, OCD
Clonidine (Catapres)	Beta-blocker	Anxiety, panic disorder
Diazepam (Valium)	Benzodiazepine	Anxiety, panic disorder
Fluoxetine (Prozac)	SSRI antidepressant	Panic disorder, OCD, GAD
Fluvoxamine (Luvox)	SSRI antidepressant	OCD
Hydroxyzine (Vistaril, Atarax)	Antihistamine	Anxiety
Imipramine (Tofranil)	Tricyclic antidepressant	Anxiety, panic disorder, agoraphobia
Meprobamate (Miltown, Equanil)	Nonbenzodiazepine anxiolytic	Anxiety
Oxazepam (Serax)	Benzodiazepine	Anxiety
Paroxetine (Paxil)	SSRI antidepressant	Social phobia, GAD
Propranolol (Inderal)	Alpha-adrenergic agonist	Anxiety, panic disorder, GAD
Sertraline (Zoloft)	SSRI antidepressant	Panic disorder, OCD, social phobia, GAD

Εικόνα 4: Φάρμακα που χρησιμοποιούνται για την θεραπευτική αντιμετώπιση των αγχωδών διαταραχών. GAD: Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή, OCD: ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, SSRI: Εκλεκτικός αναστολέας επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (Videbeck 2013).

2.5.1.2 Θεραπεία μακράς διάρκειας

Από τις αγχώδεις διαταραχές η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή, η διαταραχή πανικού, η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή και οι φοβικές διαταραχές, έχουν συνήθως χρόνια πορεία και η εφαρμογή μακράς και συντηρητικής θεραπείας είναι συχνά απαραίτητη για τη διατήρηση του θεραπευτικού αποτελέσματος και την αποτροπή εκδήλωσης νέου αγχωτικού επεισοδίου στο μέλλον. Η αναγκαιότητα εφαρμογής της συντηρητικής θεραπείας υπαγορεύεται, εκτός από τη χρονίζουσα πορεία τους και από τη συχνή υποτροπή μετά τη διακοπή της βραχείας θεραπείας, την ψυχοκοινωνική και επαγγελματική έκπτωση με αρνητική επίδραση στην ποιότητα ζωής του ασθενή, την ανάπτυξη και άλλων διαταραχών στην εξέλιξή τους (συννοσηρότητα), καθώς και την αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητα της θεραπείας συντήρησης (Αυγουστάτος 2008).

2.5.2 Επιπτώσεις της φαρμακευτική θεραπείας

Πεδίο πολλών ερευνών αποτελούν οι συνέπειες από της πολυετής φαρμακευτικής αντιμετώπισης των διαταραχών του άγχους. Οι συνέπειες της μακράς θεραπείας με βενζοδιαζεπίνες περιλαμβάνει μείωση της προσοχής, της ψυχοκινητικής συνέργειας και της ετοιμότητας, τη γνωσιακή έκπτωση με διαταραχές μνήμης και μείωση των ικανοτήτων του ατόμου να ανταποκρίνεται στις καθημερινές του δραστηριότητες. Οι παραπάνω επιδράσεις μπορεί να επηρεάζουν την εγρήγορση και την οδήγηση αυτοκινήτου και να επιδεινώνονται από τη χρήση οινοπνεύματος και ουσιών (Αυγουστάτος 2008).

Επίσης, η σωματική εξάρτηση αποτελεί δυνητικό επακόλουθο της μακράς λήψης βενζοδιαζεπινών, με εκδήλωση συμπτωμάτων στέρησης μετά τη διακοπή τους. Η κλινική εικόνα περιλαμβάνει προϋπάρχοντα συμπτώματα άγχους καθώς και νέα συμπτώματα, όπως αγχώδη διάθεση, νευρικότητα, αϋπνία, ένταση, ανησυχία, ναυτία, λήθαργο κ.α.. Το στερητικό σύνδρομο εμφανίζεται μετά 6-12 ώρες με τα βραχείας διάρκειας δράσης σκευάσματα (αλπραζολάμη, λοραζεπάμη) και μετά 24-36 ώρες με τα μακράς δράσης σκευάσματα, φθάνει στη μέγιστη ένταση μετά 2-4 ημέρες και υποχωρεί μετά από 1-3 εβδομάδες. Αναπτύσσεται κατά το πλείστον μετά από τέσσερεις και πλέον μήνες συνεχούς λήψης (Αυγουστάτος 2008).

Τέλος, όσον αναφορά την χρήση αντικαταθλιπτικών, κατά τη μακρά χορήγηση των τρικυκλικών παραγόντων, περίπου στο 1/3 των ασθενών, δεν ανέχονται και διακόπτουν πρόωρα τη θεραπεία, λόγω νευρικότητας, ορθοστατικής υπότασης και αλλεργικών αντιδράσεων και άλλων συμπτωμάτων. Η απότομη διακοπή των τρικυκλικών και των SSRIs προκαλεί το σύνδρομο απόσυρσης, κυρίως με τη μορφή παλίνδρομων συμπτωμάτων, όπως τρόμου, ναυτίας, κεφαλαλγίας, αϋπνίας κ.α., και γι' αυτό απαιτείται βραδεία και προοδευτική διακοπή (Αυγουστάτος 2008).

2.5.3 Ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση

Η γνωσιακή - συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία αποτελεί σύνθεση γνωσιακών και συμπεριφοριστικών προσεγγίσεων. Στόχος της παρέμβασης είναι η αναγνώριση των προτύπων δυσλειτουργικής σκέψης και συμπεριφοράς, με αποτέλεσμα σε ορισμένες φάσεις της θεραπείας να δίνεται μεγαλύτερη έμφαση σε συμπεριφοριστικές τεχνικές και σε άλλες φάσεις σε γνωσιακές τεχνικές (Hawton, et al., 1989). Ο βασικός πυρήνας της γνωσιακής - συμπεριφοριστικής ψυχοθεραπείας αποτελείται από τρεις βασικές αρχές:

- Τη γνωστική λειτουργία επηρεάζει τη συμπεριφορά.
- Τη γνωστική λειτουργία μπορεί να μεταβληθεί και να ελεγχθεί.
- Τις επιθυμητές αλλαγές στη συμπεριφορά μπορούν να επηρεαστούν από γνωστικές αλλαγές.

Η πιο σημαντική διαφορά ανάμεσα στην παραδοσιακή συμπεριφοριστική θεραπεία και στο γνωσιακό - συμπεριφορισμό είναι ο τρόπος με τον οποίο ερμηνεύει ο θεραπευτής στο θεραπευόμενο τη βελτίωση της κατάστασής του κατά τη θεραπεία. Οι θεραπευτές συμπεριφοριστικής κατεύθυνσης ερμηνεύουν τη θεραπευτική βελτίωση μέσω των κανόνων της μάθησης, ενώ οι θεραπευτές γνωσιακής κατεύθυνσης την ερμηνεύουν ως αποτέλεσμα αλλαγής των αντιλήψεων, πεποιθήσεων και του τρόπου σκέψης του ατόμου. Στο πλαίσιο αυτό, η γνωσιακή - συμπεριφοριστική προσέγγιση έχει αφομοιώσει συμπεριφοριστικές τεχνικές, οι οποίες όμως χρησιμοποιούνται με διαφορετική συλλογιστική. Για παράδειγμα, η τεχνική της έκθεσης στη συμπεριφοριστική θεραπεία στοχεύει στην εξοικείωση του ατόμου με το φοβογόνο αντικείμενο, ενώ στη γνωσιακή ψυχοθεραπεία στην

αμφισβήτηση και ανασκευή των μη ρεαλιστικών πεποιθήσεων του ατόμου για τη φοβογόνο κατάσταση (Ευσταθίου 2003).

Ο Beck (1976) υποστηρίζει ότι, παρ' ότου ο στόχος της συμπεριφοριστικής παρέμβασης είναι η ανακούφιση του συμπτώματος και η παρέμβαση απευθύνεται άμεσα στο σύμπτωμα και την έκδηλη συμπεριφορά του ατόμου, ο τρόπος με τον οποίο αυτή η παρέμβαση τελικώς λειτουργεί μπορεί να αναλυθεί με γνωσιακούς όρους. Για παράδειγμα, ένα άτομο που κατορθώνει, μέσω συμπεριφοριστικών ασκήσεων, να είναι διεκδικητικό σε μία περίπτωση (π.χ. να διαμαρτυρηθεί επειδή κάποιος του πήρε τη θέση στην ουρά της τράπεζας), μετά από την εμπειρία αυτή έχει την ευκαιρία να αμφισβητήσει τις μη ρεαλιστικές σκέψεις που βρίσκονταν πίσω από το φόβο του να είναι διεκδικητικό (π.χ. «Αν διεκδικήσω, ο άλλος θα θυμώσει και θα με βρήσει»). Μετά από μία επιτυχημένη εμπειρία διεκδίκησης, το άτομο μπορεί να καταλάβει ότι οι σκέψεις του σχετικά με την εκδήλωση διεκδικητικότητας δεν είχαν ρεαλιστική βάση («Ήμουν διεκδικητικός και παρ' όλα αυτά κανένας δε θύμωσε, ούτε με έβρισε») (Ευσταθίου 2003).

Οι συμπεριφορικές ψυχοθεραπείες είναι βραχείες, περιλαμβάνουν δέκα έως δεκαπέντε συνεδρίες, σπανιότερα περισσότερες, που διαρκούν μεταξύ μιας και δύο ωρών. Από τις αρχές του αιώνα μέχρι σήμερα έχουν περιγραφεί πολλές δεκάδες, τεχνικές. Οι πιο διαδεδομένες είναι (Αυγουστάτος 2008):

- **Μυοχαλάρωση:** Πρωτοπεριγράφηκε από τον ιατρό και φυσιολόγο Edmund Jacobson το 1934 και στηρίζεται στην παρατήρηση ότι το άγχος σχεδόν πάντα συνοδεύεται από μυϊκή τάση ή σύσπαση. Υπάρχουν διάφορες παραλλαγές. Η προοδευτική μυοχαλάρωση συνίσταται στη σύσπαση συγκεκριμένων ομάδων μυών (για πέντε δευτερόλεπτα), ενώ το υπόλοιπο σώμα είναι χαλαρωμένο. Στη συνέχεια ζητείται από τον ασθενή να χαλαρώσει την ομάδα των μυών αυτών για 10-15 δευτερόλεπτα, πριν η διαδικασία συνεχιστεί με μια άλλη ομάδα μυών. Το άτομο εκπαιδεύεται να εντοπίζει τους μυς στις διάφορες ζώνες του σώματος, πρόσωπο, μέτωπο, σαγόνια, μάτια, λαιμό, ώμους, χέρια, πόδια.
- **Έλεγχος της αναπνοής:** Στις αγχώδεις διαταραχές, έχουν περιγραφεί τύποι αναπνοής που πιστεύεται ότι σχετίζονται με την αιτιοπαθογένεια των διαταραχών αυτών. Η υπέρπνοια για παράδειγμα είτε με τη μορφή της ταχείας και βαθιάς αναπνοής που εμφανίζεται επεισοδιακά, είτε με τη μορφή της κατά συνήθεια,

γρήγορης αναπνοής ενοχοποιείται σαν παθοφυσιολογικός παράγοντας συμβολής στις κλινικές εκδηλώσεις της κρίσης. Πράγματι, έχει υπολογίσει ότι, τουλάχιστον το 50% των ασθενών εμφανίζουν υπέρπνοια κατά τη διάρκεια του επεισοδίου πανικού. Ο ασθενής εκπαιδεύεται ώστε να μάθει ένα ρυθμό αναπνοής ασυμβίβαστο με εκείνο της υπέρπνοιας. Υπάρχουν διάφοροι τρόποι εκμάθησης που στοχεύουν στον έλεγχο της αναπνοής, όπως η αναπνοή από τη μύτη (αντί του στόματος), η διαφραγματική (αντί της επίπνου θωρακικής) και με ένα ρυθμό περίπου 10-12 αναπνοών κατά λεπτό, φυσιολογικού εύρους. Ο ασθενής είναι δυνατόν να χρησιμοποιήσει τον νέο τύπο αναπνοής με τα πρώτα σημάδια άγχους ή πανικού.

- **Συστηματική απευαισθητοποίηση:** Από τις πιο συχνά χρησιμοποιούμενες τεχνικές. Συνίσταται στην έκθεση του θεραπευόμενου, ενώ αυτός βρίσκεται σε κατάσταση συναισθηματικής ηρεμίας (χαλάρωσης), σε μικρή ποσότητα φόβου. Αρχικά το φοβικό αντικείμενο παρουσιάζεται στην φαντασία του. Σε κάθε επανάληψη η ένταση του φόβου μειώνεται και σύντομα φτάνει στο μηδέν. Τότε παρουσιάζουμε μια σκηνή φόβου που προκαλεί λίγο περισσότερο άγχος από την προηγούμενη. Συνεχίζουμε αυτή την διαδικασία έως ότου ο φόβος φτάσει πάλι στο μηδέν. Αν ο θεραπευόμενος δεν μπορεί να φανταστεί αρκετά ρεαλιστικά τη φοβικό κατάσταση, τότε ο θεραπευτής μπορεί να χρησιμοποιήσει εικόνες ή και πραγματικές καταστάσεις.
- **Κατακλυσμική τεχνική:** Συνίσταται στην έκθεση του ατόμου σε έντονο άγχος για αρκετό διάστημα (έως και μια ώρα). Όταν το φοβικό άτομο εκτεθεί στη φοβικό κατάσταση, το άγχος του θα φτάσει σε κάποιο επίπεδο και μετά θα αρχίσει να υποχωρεί από μόνο του (εξοικείωση). Η διαδικασία επαναλαμβάνεται σε αρκετές συνεδρίες έως ότου το άγχος φτάσει στο μηδέν (απόσβεση). Αυτό μαθαίνει στον θεραπευόμενο πως δεν χρειάζεται να καταφεύγει στην συμπεριφορά αποφυγής προκειμένου να μειώσει το άγχος του. Από θεωρητικής πλευράς το πιθανότερο είναι ότι η τεχνική αυτή συνδέεται με αυτό που ονομάζουμε «προστατευτική αναστολή», δηλαδή όταν ένα ερέθισμα αυξηθεί υπερβολικά τότε ο οργανισμός καταβάλλει μεγαλύτερη προσπάθεια για την αντιμετώπισή του. Στις κατακλυσμικές τεχνικές ο θεραπευτής συνοδεύει το άτομο στην πραγματική έκθεσή του στη φοβικό κατάσταση. Η παρουσία του θεραπευτή φαίνεται να δρα πολλαπλώς (μίμηση προτύπου, συναισθηματικού ανταγωνισμού κ.α.). Το άγχος

μπορεί να είναι καμιά φορά έντονο και μερικοί δεν θέλουν να συνεχίσουν αυτή τη θεραπεία. Ωστόσο, η κατακλυσμική τεχνική εξακολουθεί να βρίσκεται στις πρώτες επιλογές για τα ψυχαναγκαστικά συμπτώματα και τις φοβίες.

- **Εκπαίδευση για την απόκτηση κοινωνικών δεξιοτήτων:** Είναι μια εκπαιδευτική μέθοδος, κατά την οποία κατάλληλες κοινωνικές συμπεριφορές επιδεικνύονται από τον θεραπευτή και στη συνέχεια δοκιμάζονται από τον ασθενή, προκειμένου ο τελευταίος να αποκτήσει μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα στις διαπροσωπικές του σχέσεις. Κατά τη διάρκεια εκμάθησης των δεξιοτήτων αυτών χρησιμοποιούνται αρκετές συμπεριφορικές τεχνικές, όπως το παίξιμο ρόλου, η μίμηση προτύπου, η έκθεση κ.α..

3. ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΦΑΣΜΑΤΟΣ ΤΩΝ ΑΓΧΩΔΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Οι βασικές παθήσεις του φάσματος των αγχώδων διαταραχών είναι η διαταραχή πανικού, η αγοραφοβία, η διαταραχή πανικού με ή χωρίς αγοραφοβία, η αγοραφοβία χωρίς προηγούμενο ιστορικό διαταραχής πανικού, η απλή (ειδική) φοβία, η κοινωνική φοβία, η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, η διαταραχή stress μετά από μια ψυχοτραυματική εμπειρία, η οξεία αντίδραση στο stress, η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή, η αγχώδης διαταραχής λόγω παρουσίας σωματικής νόσου και η αγχώδης διαταραχή λόγω κατάχρησης ουσιών. Σε αυτό το κεφάλαιο θα αναλυθούν η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή, η διαταραχή πανικού και η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή.

3.1 Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή

Η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή χαρακτηρίζεται από επίμονο, ελεύθερα διακυμαινόμενο άγχος και από ένα πλήθος ποικίλων οργανικών αντιδράσεων, όπως το τρέμουλο, η νευρικότητα, η ένταση, ο ιδρώτας, η ελαφριά ζαλάδα, ο φόβος, η ερεθιστικότητα, κ.α. (Reber 1985). Το χαρακτηριστικό γνώρισμα της γενικευμένης αγχώδης διαταραχής είναι ένα μη ρεαλιστικό ή υπερβολικό άγχος, το οποίο είναι διάχυτο, χρόνιο και όχι αποκλειστικά συνδεδεμένο με προσβολές πανικού (Reid & Wise, 1989). Στη γενικευμένη αγχώδης διαταραχή εμφανίζονται συχνά ήπια συμπτώματα μελαγχολίας, ενώ οι δυσκολίες στον κοινωνικό και επαγγελματικό χώρο είναι και αυτές μικρές. Η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή εμφανίζεται συχνότερα στις γυναίκες (Barlow, et al., 1984, Weissman 1990). Ενώ, στα παιδιά με γενικευμένη αγχώδης διαταραχή ανησυχούν πολύ για τις ικανότητες τους, τις επιδόσεις στο σχολείο ή την κοινωνική τους ανάπτυξη. Ακόμη, τα παιδιά μπορεί να ανησυχούν για πιθανές φυσικές καταστροφές, ατυχήματα και απειλές σωματική υγείας, με αποτέλεσμα να εμφανίζονται χωρίς αυτοπεποίθηση, επιδιώκοντας συνεχώς την επιδοκιμασία και την ενθάρρυνση (Γιαπράκη 2012).

Σύμφωνα με τα διαγνωστικά κριτήρια (κατά DSM-IV) για τη γενικευμένη αγχώδη διαταραχή ο ασθενής θα πρέπει να παρουσιάζει υπερβολικό άγχος και

ανησυχία, που εμφανίζονται για περισσότερες από μία ημέρες σε περίοδο 6 μηνών τουλάχιστον, σε έναν αριθμό περιστάσεων ή δραστηριοτήτων (όπως, στον χώρο εργασίας ή τις σχολικές επιδόσεις) και να αδυνατεί να ελέγξει την ανησυχία του (APA, 2000).

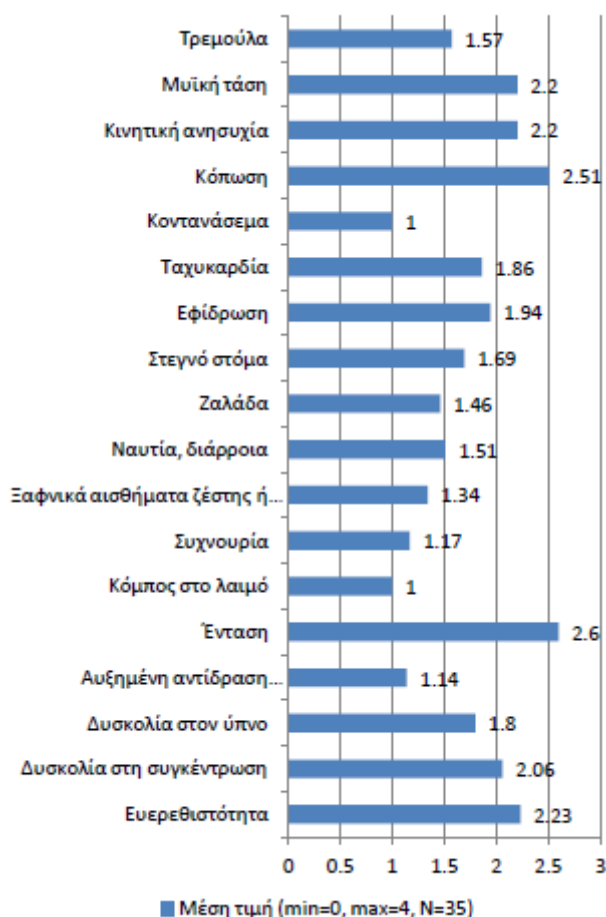
Για την ακριβή διάγνωση θα πρέπει το άγχος και η ανησυχία να συνδέονται με τρία (η περισσότερα) από τα παρακάτω έξι συμπτώματα και με τουλάχιστον μερικά συμπτώματα παρόντα για περισσότερες της μίας ημέρες για τους προηγούμενους έξι μήνες. Στην περίπτωση των παιδιών θα πρέπει το άγχος και η ανησυχία να συνδέονται με μόνο ένα από τα ακόλουθα συμπτώματα (APA 2000, Καλπάκογλου 2013).

- Κινητική ανησυχία ή το άτομο νιώθει τεντωμένος.
- Εύκολη κόπωση.
- Δυσκολία στη συγκέντρωση ή το μυαλό αδειάζει λόγω άγχους.
- Ευερεθιστότητα.
- Μυϊκή ένταση.
- Αναστάτωση του ύπνου (δυσκολία να κοιμηθεί ή να παραμείνει κοιμισμένος, ή ανήσυχος μη ικανοποιητικός ύπνος).

Στη γενικευμένη αγχώδη διαταραχή το επίκεντρο του άγχους και της ανησυχίας δεν περιορίζεται στα χαρακτηριστικά της διαταραχής, για παράδειγμα το άγχος ή η ανησυχία του ατόμου δεν αφορούν στο μήπως πάθει μια προσβολή πανικού (όπως στη διαταραχή πανικού), μήπως νιώσει αμηχανία σε δημόσιο χώρο (όπως στην κοινωνική φοβία), μήπως μολυνθεί (όπως στην ψυχαναγκαστική-καταναγκαστική διαταραχή), μήπως βρεθεί μακριά από το σπίτι ή τους κοντινούς συγγενείς (όπως στη διαταραχή άγχους αποχωρισμού), μήπως πάρει βάρος (όπως στην ψυχογενή ανορεξία), μήπως έχει πολλαπλά σωματικά συμπτώματα (όπως στην σωματοποιητική διαταραχή), ή μήπως προσβληθεί από κάποια σοβαρή ασθένεια (όπως στην υποχονδρίαση), και το άγχος και η ανησυχία δεν εμφανίζονται μόνο κατά τη διάρκεια της διαταραχής μετά από ψυχοτραυματικό stress (APA 2000, Καλπάκογλου 2013).

Η διαταραχή δεν οφείλεται στις άμεσα φυσιολογικές επιδράσεις κάποιας ουσίας (π.χ. στην κατάχρηση ναρκωτικής ουσίας, στην επίδραση λήψης φαρμάκου) ή σε μια γενική παθολογική κατάσταση (π.χ. υπερθυρεοειδισμός), και δεν εμφανίζεται

αποκλειστικά κατά τη διάρκεια κάποιας διαταραχής της διάθεσης, ψυχωτικής διαταραχής, ή βαριάς εκτεταμένης διαταραχής της ανάπτυξης (APA 2000). Με αποτέλεσμα το άγχος, η ανησυχία ή τα φυσικά συμπτώματα να δημιουργούν μια κλινικά σημαντική δυσκολία ή αδυναμία του ατόμου να ανταπεξέλθει σε κοινωνικούς, επαγγελματικούς ή άλλους σημαντικούς τομείς της ζωής του (Καλπάκογλου 2013).



Εικόνα 5: Ο βαθμός έντασης των συμπτωμάτων στη γενικευμένη αγχώδης διαταραχή (Kalpakoglou 1993).

Η θεραπευτική προσέγγιση της γενικευμένης αγχώδης διαταραχής είναι κυρίως η ψυχοθεραπευτική. Ανάλογα με τη δεκτικότητα του ατόμου για τη ψυχολογική θεραπεία, ο θεραπευτής μπορεί να λειτουργήσει είτε υποστηρικτικά προσφέροντας καθησύχηση, ενθάρρυνση και υποστήριξη για ν' αντέξει το άτομο το άγχος έως ότου αυτό υποχωρήσει αρκετά είτε αποκαλυπτικά ψυχαναλυτικά απευθυνόμενος σε ασυνείδητες συγκρούσεις που θεωρούνται ότι προκαλούν το άγχος είτε συμπεριφορικά διδάσκοντας τεχνικές χαλάρωσης. Ακόμη, μπορεί να εφαρμοσθεί και

βιοανάδραση (Γιαπράκη 2012).

Στη φαρμακευτική θεραπεία, αν και πολλοί χρησιμοποιούν βενζοδιαζεπίνες, εντούτοις πρέπει να είμαστε πολύ επιφυλακτικοί, γιατί, καθώς η πορεία της γενικευμένης αγχώδης διαταραχής είναι χρόνια, ο κίνδυνος εξάρτησης από τις βενζοδιαζεπίνες είναι μεγάλος. Έτσι, κι αν δοθούν, θα πρέπει να είναι για διάστημα λίγων μόνο μηνών. Κάποια εναλλακτική λύση είναι η βουσπιρόνη(μη βενζοδιαζεπινικό αγχολυτικό), που έχει το πλεονέκτημα να μην προκαλεί εύκολα εξάρτηση όπως οι βενζοδιαζεπίνες. Τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά με καταπραϋντικές ιδιότητες, όπως η δοξεπίνη και η αμιτριπτυλίνη, μπορεί, επίσης, να βοηθήσουν, χορηγούμενα κυρίως το βράδυ σε χαμηλές δόσεις 25 mg-100mg (Γιαπράκη 2012).

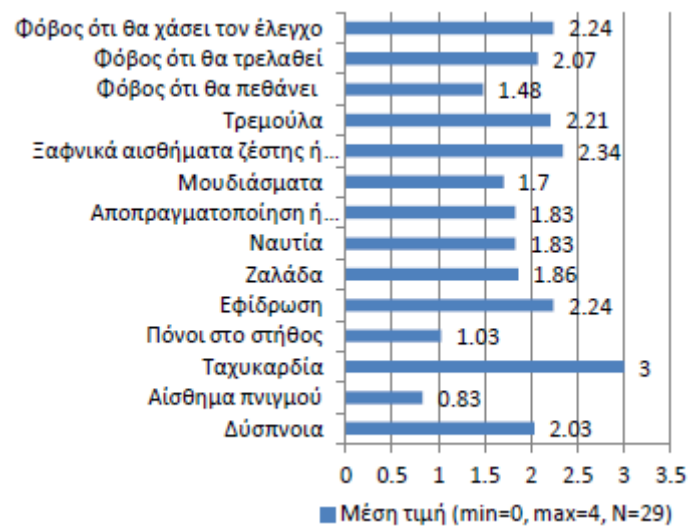
3.2 Διαταραχή πανικού με ή χωρίς αγοραφοβία

Η διαταραχή πανικού (με ή χωρίς αγοραφοβία) χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενες προσβολές πανικού, που είναι συνήθως απροσδόκητες και διαρκούν για λεπτά (σπανίως ξεπερνούν τη μία ώρα). Το άτομο με διαταραχή πανικού είναι συχνά ανήσυχο μεταξύ των προσβολών, καθώς έχει συνήθως το φόβο της πιθανής επανάληψης της προσβολής. Τα συμπτώματα της κατάθλιψης και της αγοραφοβίας είναι ιδιαίτερα συχνά, ενώ το άγχος του αποχωρισμού, η ξαφνική αποκοπή της κοινωνικής υποστήριξης, ή η λήξη μιας προσωπικής σχέσης μπορεί να συνιστούν προδιαθεσικούς παράγοντες της πάθησης (Reid & Wise, 1989).

Σύμφωνα με το DSM-IV οι προσβολές (ή κρίσεις) πανικού ορίζονται για διακριτές περίοδος έντονου φόβου ή δυσφορίας, κατά τη διάρκεια των οποίων τέσσερα (ή περισσότερα) από τα ακόλουθα συμπτώματα εμφανίστηκαν απότομα και έφθασαν στο αποκορύφωμά τους μέσα σε δέκα λεπτά (APA 2000).

- Αίσθημα παλμών.
- Δυνατό χτύπημα της καρδιάς ή επιτάχυνση του καρδιακού ρυθμού.
- Εφίδρωση.
- Τρεμούλα ή έντονος τρόμος.
- Αισθήματα κοντανασέματος ή πλακώματος στο στήθος.
- Αίσθημα πνιγμού.

- Πόνος ή στεναχώρια στο στήθος.
- Ναυτία ή επιγαστρία δυσφορία.
- Αίσθημα ζάλης, αστάθειας, κενού στο κεφάλι, ή λιποθυμίας.
- Αποπραματοποίηση (αισθήματα μη πραγματικότητας) ή αποπροσωποποίηση (αίσθηση αποκοπής από τον εαυτό).
- Φόβος του ατόμου για απώλεια ελέγχου ή για επικείμενη τρέλα.
- Φόβος για επερχόμενο θάνατο.
- Παραισθήσεις (μουδιάσματα ή μυρμηγκιάσματα).
- Ρίγη ή εξάψεις ζέστης.



Εικόνα 6: Τυπικά συμπτώματα κρίσεων πανικού (Kalpakoglou, 1993).

Ενώ, η αγοραφοβία που συνοδεύει την κρίση πανικού δημιουργείται από το άγχος της έκθεσης του ατόμου σε μέρη ή καταστάσεις από τις οποίες η διαφυγή μπορεί να είναι δύσκολη ή στις οποίες μπορεί να μην παρασχεθεί στο άτομο βοήθεια στην περίπτωση που του συμβεί μια αιφνίδια ή περιστασιακά προβλεπόμενη προσβολή πανικού ή συμπτώματα όπως του πανικού. Οι αγοραφοβικοί φόβοι τυπικά περιλαμβάνουν χαρακτηριστικές ομάδες καταστάσεων όπως το να βρίσκεται το άτομο έξω από το σπίτι μόνος, να είναι ανάμεσα σε πλήθος ή να στέκεται σε μια ουρά, να βρίσκεται πάνω σε μια γέφυρα, να ταξιδεύει με λεωφορείο, τρένο, ή αυτοκίνητο (APA 2000, Καλπάκογλου 2013).

Οι καταστάσεις, όπως τα ταξίδια περιορίζονται ή αποφεύγονται, ή αλλιώς υπομένονται με έντονο άγχος ή με άγχος που δημιουργείται από μια επικείμενη

προσβολή πανικού ή από επικείμενη εμφάνιση συμπτωμάτων όπως του πανικού, ή όταν απαιτείται η παρουσία κάποιου συνοδού (APA 2000). Το άγχος ή η φοβική αποφυγή δεν εξηγούνται καλύτερα από μια άλλη ψυχολογική διαταραχή, τέτοια όπως η κοινωνική φοβία (π.χ. η αποφυγή περιορίζεται σε κοινωνικές περιστάσεις από το φόβο της δημόσιας αμηχανίας), ειδική φοβία (π.χ. η αποφυγή περιορίζεται σε μια συγκεκριμένη μόνο περίπτωση, όπως ο φόβος για τους ανελκυστήρες), ψυχαναγκαστική-καταναγκαστική διαταραχή (π.χ. η αποφυγή ακαθαρσιών εξαιτίας του φόβου της μόλυνσης), διαταραχή μετά από ψυχοτραυματικό στρες (π.χ. η αποφυγή ερεθισμάτων που σχετίζονται με κάποιον σφοδρό στρεσογόνο παράγοντα), ή διαταραχή άγχους αποχωρισμού (π.χ. η αποφυγή του ατόμου να εγκαταλείπει το σπίτι ή τους συγγενείς) (APA 2000, Καλπάκογλου 2013).

Ενώ, η διαταραχή πανικού, με ή χωρίς αγοραφοβία, ορίζεται η συχνότητα από επαναλαμβανόμενες απρόσμενες προσβολές πανικού, όπου τουλάχιστον μία από τις προσβολές ακολουθήθηκε, μέσα σε ένα μήνα (ή περισσότερο), από ένα (ή περισσότερα) από τα ακόλουθα (APA 2000):

- Επίμονη ανησυχία για πρόσθετες προσβολές.
- Ανησυχία για τις επιπτώσεις της προσβολής ή τις συνέπειές της (π.χ. Ο φόβος του ατόμου ότι θα χάσει τον έλεγχο, θα έχει μια καρδιακή προσβολή, «θα τρελαθεί».
- Μια σημαντική αλλαγή στη συμπεριφορά τη σχετική με τις προσβολές.

Στην διαταραχή πανικού οι προσβολές δεν οφείλονται στις άμεσα φυσιολογικές επιδράσεις κάποιας ουσίας ή σε μια γενική παθολογική κατάσταση. Η βαρύτητα της αγοραφοβικής αποφυγής μπορεί να ποικίλλει ως προς το βαθμό της (Καλπάκογλου 2013):

- **Ήπια:** Υπάρχει κάποιου βαθμού αποφυγή (ή το άτομο υπομένει με δυσφορία), αλλά ο τρόπος ζωής είναι σχετικά φυσιολογικός. για παράδειγμα, το άτομο μετακινείται χωρίς να συνοδεύεται όταν είναι απαραίτητο, όπως στην εργασία ή για ψώνια, αλλιώς αποφεύγει να ταξιδεύει μόνο του.
- **Μέτρια:** Η αποφυγή έχει ως αποτέλεσμα τον περιορισμό του τρόπου ζωής. για παράδειγμα, το άτομο είναι ικανό να εγκαταλείψει το σπίτι μόνο του, αλλά δεν μπορεί να απομακρυνθεί περισσότερο από λίγα χιλιόμετρα χωρίς να συνοδεύεται.

- **Βαριά:** Το άτομο εκδηλώνει τέτοιο βαθμό αποφυγής ώστε καταλήγει να είναι σχεδόν ή απόλυτα καθηλωμένο στο σπίτι, ή είναι ανίκανο να εγκαταλείψει το σπίτι χωρίς να συνοδεύεται.
- **Σε μερική ύφεση:** Η αγοραφοβική αποφυγή δεν είναι τρέχουσα, αλλά εκδηλώθηκε κάποια αποφυγή κατά τη διάρκεια των τελευταίων έξι μηνών.
- **Σε πλήρη ύφεση:** Καμιά αγοραφοβική αποφυγή δεν εμφανίστηκε κατά τη διάρκεια των τελευταίων έξι μηνών.

Στην κλινική πράξη η αγοραφοβία και η διαταραχή πανικού συμβαίνουν τόσο συχνά μαζί, που είναι λίγες οι περιπτώσεις που η κάθε μία διαταραχή συναντιέται μόνη της. Γι' αυτό και την αγοραφοβία εντάσσεται ξεχωριστά από τις άλλες φοβίες μαζί με τη διαταραχή πανικού. Πολλοί ερευνητές και ειδικοί δέχονται ότι η πλειονότητα των περιστατικών αγοραφοβίας, τα φοβικά συμπτώματα είναι επιπλοκή της διαταραχής πανικού. Δηλαδή το άτομο, πρώτα υφίσταται μια ή περισσότερες προσβολές πανικού (άγχος πανικού), μετά αναπτύσσει τον φόβο ότι θα ξανασυμβεί (άγχος αναμονής) και μετά αρχίζει ν' αποφεύγει καταστάσεις όπου η πιθανότητα να συμβεί κάποια προσβολή πανικού του δημιουργεί έντονο φόβο (αγοραφοβία), ιδιαίτερα αν πρόκειται για καταστάσεις όπου είχε κάποια προσβολή πανικού στο παρελθόν (Γιαπράκη 2012).

Μολονότι, συχνά, τέτοιες καταστάσεις είναι επισκέψεις σε μαγαζιά ή την αγορά γενικότερα (από όπου και ο όρος αγοραφοβία), ο βασικός φόβος είναι να βρίσκονται οι ασθενείς μακριά από την πηγή ασφάλειας τους. Έτσι, φοβούνται μήπως πάθουν κάποια προσβολή πανικού σε δημόσιο χώρο και έρθουν σε δύσκολη θέση ή αμηχανία ή μήπως πάθουν κάποια προσβολή πανικού και δεν είναι κοντά στο γιατρό τους ή κοντά σε κάποιο νοσοκομείο. Αρχίζουν, λοιπόν, να αποφεύγουν μέρη με πολύ κόσμο (μαγαζιά, εστιατόρια, την εκκλησία, τα θέατρα, τους κινηματογράφους κτλ.), τις κάθε είδους απομακρύνσεις από τη βάση τους. Προοδευτικά, ο αριθμός των αγοραφοβικών καταστάσεων αυξάνει με αποτέλεσμα το άτομο να φοβάται να πάει μόνο του σε δημόσιους χώρους ή να ταξιδέψει και ζητά συνεχώς και περισσότερο τη συνοδεία κάποιου συντρόφου (Γιαπράκη 2012).

Κατά τη θεραπευτική προσέγγιση των διαταραχών πανικού με ή χωρίς αγοραφοβία, κατ' αρχήν θα πρέπει να δημιουργηθεί ένα υποστηρικτικό ψυχοθεραπευτικό πλαίσιο αισιοδοξίας, συμπαράστασης και αγωνιστικότητας. Μέσα

στο πλαίσιο αυτό της υποστηρικτικής ψυχοθεραπείας, που ανεβάζει το ηθικό και την αυτοεκτίμηση του ασθενή, εφαρμόζεται κατόπιν η θεραπευτική αντιμετώπιση του κάθε στοιχείου ειδικά. Οι προσβολές πανικού και το άγχος αναμονής (φόβος για τις συνέπειες) αντιμετωπίζονται καλύτερα με τη γνωστική - συμπεριφορική ψυχοθεραπεία, όπου ο θεραπευτής βοηθά τον ασθενή του να κατανοήσει ότι τα δύο αυτά στοιχεία και ιδιαίτερα ο πανικός συνδέονται με λαθεμένες καταστροφικές σκέψεις/πεποιθήσεις (π.χ. «θα πεθάνω», «θα τρελαθώ») με τις οποίες ο ασθενής ερμηνεύει τα ουσιαστικά ακίνδυνα σωματικά συμπτώματα του άγχους (Γιαπράκη 2012).

Η αγοραφοβία αντιμετωπίζεται με θεραπεία συμπεριφοράς και ειδικότερα με βαθμιαία και προοδευτική έκθεση *in vivo* του ατόμου σε συνεχώς και πιο δύσκολες αγοραφοβικές καταστάσεις. Όσον αφορά τη δυναμική ψυχοθεραπεία, αυτή μπορεί να χρειασθεί για τις περιπτώσεις εκείνες που το άγχος φαίνεται να σχετίζεται με συγκρούσεις (π.χ. για τον αποχωρισμό από σημαντικά άτομα) ή αντιδράσεις προς το περιβάλλον που πρέπει να διερευνηθούν πριν/και για να γίνει δυνατό να υποχωρήσουν τα συμπτώματα. Έτσι, για παράδειγμα κάποια άτομα φοβούμενα ασυνείδητα τον αποχωρισμό μπορεί να μην τολμούν να εκτεθούν στη συμπεριφορική θεραπεία πριν λύσουν τις συγκρούσεις τους γύρω από τον «κίνδυνο» της αυτονομίας (Γιαπράκη 2012).

Η φαρμακευτική αντιμετώπιση της διαταραχής θα χρησιμοποιηθεί μόνη ή καλύτερα σε συνδυασμό με την υποστηρικτική γνωστική - συμπεριφορική προσέγγιση, αν ο ασθενής δεν μπορεί να ακολουθήσει μόνο την ψυχολογική θεραπεία. Τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, όπως η ιμιπραμίνη, η χλωριμιπραμίνη, και εκλεκτικοί αναστολείς της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRIs), όπως η φλουοξετίνη, η παροξετίνη, είναι αποτελεσματικά στη θεραπεία τόσο του πανικού όσο και της αγοραφοβίας γιατί εμποδίζουν τις κρίσεις πανικού ίσως και στο 80% των ασθενών. Η βενζοδιαζεπίνη, αλπραζολάμη είναι επίσης αποτελεσματική (Γιαπράκη 2012).

Όσον αφορά τη δοσολογία των φαρμάκων, τα τρικυκλικά χορηγούνται σε δόσεις 150-300 mg, ενώ οι SSRIs, όπως η φλουοξετίνη σε δόση 20 mg και η αλπραζολάμη σε δόσεις 2-6 mg ημερησίως. Πάντως, εφόσον ελεγχθούν οι πανικοί, ο ασθενής πρέπει να συνεχίσει την αγωγή για 6 μήνες έως 1 χρόνο και μετά ακολουθεί η βαθμιαία διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής. Ωστόσο, υπάρχουν και περιπτώσεις

ασθενών οι οποίοι μετ την διακοπή (ή αργότερα) υποτροπιάζουν, οπότε μερικοί από αυτούς μπορεί να χρειασθεί να παίρνουν φάρμακα σε χρόνια βάση και υπό την επίβλεψη του θεράποντα ιατρού (Γιαπράκη 2012).

3.3 Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή

Η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή (Obsessive Compulsive Disorder, OCD) είναι μια διανοητική διαταραχή του άγχους, όπου οι άνθρωποι αισθάνονται την ανάγκη να ελέγχουν τα πράγματα επανειλημμένα και να εκτελούν ορισμένες εργασίες και ελέγχους ρουτίνας επανειλημμένα ή να έχουν επανειλημμένα ορισμένες σκέψεις. Οι άνθρωποι δεν μπορούν να ελέγξουν τις σκέψεις ή τις δραστηριότητες για περισσότερο από ένα σύντομο χρονικό διάστημα (Durand & Barlow, 2012, NIMH 2015).

Οι κοινές δραστηριότητες περιλαμβάνουν το πλύσιμο των χεριών, την καταμέτρηση των πραγμάτων και τον έλεγχο για να διαπιστωθεί εάν μια πόρτα είναι κλειδωμένη. Κάποιοι μπορεί να έχουν δυσκολία να πετάξουν άχρηστα αντικείμενα. Αυτές οι δραστηριότητες συμβαίνουν σε τέτοιο βαθμό ώστε η καθημερινή ζωή του ατόμου επηρεάζεται αρνητικά και να υποβαθμίζεται (NIMH 2015). Οι εκδηλώσεις αυτές συχνά διαρκούν περισσότερο από μία ώρα την ημέρα (APA 2013) και οι περισσότεροι ενήλικες συνειδητοποιούν ότι οι συμπεριφορές τους δεν έχουν νόημα (NIMH 2015). Αυτή παθολογική κατάσταση σχετίζεται άμεσα με τις διαταραχές άγχους και τον αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονιών (Angelakis, et al., 2015).

Η κλινική συμπτωματολογία της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής περιλαμβάνει δύο κυρίαρχες εκδηλώσεις, τις ιδεοληψίες και τους ψυχαναγκασμούς. Εκτενέστερα, οι ιδεοληψίες πρόκειται για ιδέες, αναπαραστάσεις και παρορμήσεις που επιβάλλονται στη σκέψη του ατόμου, παρά το γεγονός ότι αυτός προσπαθεί να τις αποδιώξει από τη συνείδησή του, αφού, μολονότι αναγνωρίζει ότι η προέλευσή τους είναι δική του, τις θεωρεί παράλογες, και συχνά είναι σε απόλυτη αντίθεση με τις πεποιθήσεις και τις συνήθειές του. Οι ιδεοληψίες μπορεί να είναι διαφόρων τύπων (March & Benton, 2007, Durand & Barlow, 2012):

- **Φοβικές ιδεοληψίες.** Μοιάζουν εξωτερικά με τις φοβίες, διότι και οι δύο αφορούν ανησυχία και φόβο απέναντι σε κάποιο αντικείμενο ή κατάσταση, αλλά διαφέρουν

κατά το ότι επιβάλλονται στη σκέψη κατά ένα επαναληπτικό και στερεότυπο τρόπο, ανεξάρτητα από την παρουσία ή την απουσία του φοβογόνου αντικειμένου ή της φοβογόνου κατάστασης. Έτσι λοιπόν δεν γίνεται να εκλείψουν με τακτικές αποφυγής, όπως οι φοβίες. Συνήθη θέματα είναι η ακαθαρσία, ο κίνδυνος μόλυνσης, οι ασθένειες, ο θάνατος κ.α..

- **Ιδεακές ιδεοληψίες.** Περιλαμβάνουν την ακούσια επιβολή στη σκέψη μιας λέξης, ενός αριθμού ή ιδέας, κάτι που προκαλεί μεγάλο εσωτερικό προβληματισμό και συνοδεύεται από άγχος. Προκαλούν έντονες αμφιβολίες και ενδοιασμούς για εσωτερικά θέματα ή σχετικά με την καθημερινή ζωή του ατόμου. Ο ασθενής οδηγείται σε συνεχείς επαληθεύσεις για να κατευνάσει τους φόβους του, κάτι το οποίο όμως έχει παροδικό μόνο αποτέλεσμα. Για παράδειγμα, ο ασθενής μπορεί να έχει αμφιβολίες για το αν κλείδωσε την πόρτα του, αν έκλεισε την κουζίνα, αν ανταποκρίθηκε επαρκώς στις απαιτήσεις της δουλειάς του κ.α..
- **Ιδεοληπτικές παρορμήσεις.** Πρόκειται για την αίσθηση του ατόμου ότι κινδυνεύει να κάνει πράξεις ή να ξεστομίσει λέξεις ή φράσεις ανήθικες, οι οποίες είναι κυρίως σε αντίθεση με το περιβάλλον στο οποίο βρίσκεται και τη σχέση του με τα άτομα που εμπλέκονται. Για παράδειγμα, να ξεστομίσεις ιερόσυλες λέξεις στη εκκλησία, ή να διαπράξει σεξουαλικές πράξεις απέναντι σε άτομα που του απαγορεύεται κάτι τέτοιο, όπως οι γονείς ή το παιδί του. Συχνά τα άτομα με ΙΨΔ πιστεύουν πως και μόνο η σκέψη μιας ιδεοληψίας μπορεί να την πραγματοποιήσει ταυτόχρονα

Στον αντίποδα, οι ψυχαναγκασμοί αποτελούν το δεύτερο κύριο σύμπτωμα της διαταραχής. Πρόκειται για επαναληπτικές συμπεριφορές που έχουν τη μορφή εξωτερικών ή εσωτερικών πράξεων που επιβάλλονται από το ίδιο το άτομο. Συχνά παίρνουν τη μορφή «τελετουργίας», έτσι ώστε να μειωθεί το άγχος που είχε δημιουργηθεί. Μπορεί να συνοδεύουν τις φοβικές ή ιδεακές ιδεοληψίες για να εξαλείψουν το φόβο ή την αμφιβολία που αυτές προκαλούν. Για παράδειγμα, ο ψυχαναγκασμός του πλυσίματος μπορεί να συνοδεύει τις φοβικές ιδεοληψίες της ακαθαρσίας, οι ψυχαναγκασμοί της επανάληψης τις ιδεακές ιδεοληψίες που περιλαμβάνουν την αμφιβολία για τη σωστή διεκπεραίωση ορισμένων πράξεων (Durand & Barlow, 2012). Ωστόσο μπορεί να υπάρχουν και ανεξάρτητα από τις ιδεοληψίες, όπως στις περιπτώσεις της ονοματομανίας ή της αριθμομανίας. Επίσης, ίσως αποβλέπουν στο πλαίσιο μιας λογικής που αποδίδει «μαγικές» ιδιότητες στη

σκέψη ή στις τελετουργίες, να αποτρέψουν να εμφανιστεί ένα συμβάν που προκαλεί φόβο στο άτομο ή και να «ακυρώσουν» κάτι που έχει ήδη συμβεί (March & Benton, 2007).

Η αιτιοπαθογένεια της διαταραχής είναι άγνωστη, ωστόσο έχουν προταθεί οι εξής υποθέσεις (March & Benton, 2007, Durand & Barlow, 2012, Grant 2014):

- **Νευρολογική δυσλειτουργία:** Όσον αφορά στην ύπαρξη κάποιας νευρολογικής δυσλειτουργίας, υπάρχουν ορισμένες μόνο ενδείξεις για τη συγκεκριμένη διαταραχή. Οι υπάρχουσες έρευνες τοποθετούν τη δυσλειτουργία στο μετωπιαίο λοβό, στα βασικά γάγγλια, στη φαιά ουσία και στη λευκή ουσία.
- **Βιολογικές υποθέσεις:** Σύμφωνα με βιολογικές υποθέσεις, η διαταραχή αποδίδεται κυρίως στο σεροτονινεργικό σύστημα, εφόσον ορισμένες έρευνες δείχνουν ότι φάρμακα, όπως οι αναστολείς της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRIs) ελαττώνουν την συμπτωματολογία. Ωστόσο, υπάρχουν ενδείξεις ότι συμμετέχουν και άλλα συστήματα νευροδιαβιβαστών εκτός του σεροτονινεργικού.
- **Γενετική υπόθεση:** Έρευνες δείχνουν ότι η διαταραχή είναι οικογενής και ότι ορισμένα γονίδια μάλλον διαδραματίζουν ένα σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση και στην εξέλιξη της διαταραχής. Φαίνεται όμως ότι τα γονίδια είναι μόνο εν μέρει υπαίτια για την διαταραχή. Ωστόσο, μια ιατρική πάθηση, ή ακόμη και το καθημερινό άγχος, πιθανόν να ενεργοποιούν τη γονιδιακή δραστηριότητα που σχετίζεται με τα συμπτώματα της ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή. Κάποιοι ειδικοί υποστηρίζουν ότι η διαταραχή που εμφανίζεται στην παιδική ηλικία πιθανόν να διαφέρει από τη διαταραχή που εμφανίζεται στους ενήλικες. Για παράδειγμα, μια πρόσφατη ανασκόπηση διαφόρων μελετών που έγιναν σε δίδυμα αδέρφια έδειξε ότι τα γονίδια διαδραματίζουν σημαντικότερο ρόλο όταν η διαταραχή εκδηλώνεται στην παιδική ηλικία (45-65%), παρά όταν πρωτοεμφανίζεται στην ενηλικιότητα (27-47%).
- **Συμπεριφορική υπόθεση:** Οι εκπρόσωποι του συμπεριφορισμού επηρεαζόμενοι από τη γνωσιακή θεωρία υιοθετούν θεωρητικά σχήματα, επικρατέστερα των οποίων είναι η διπαραγοντική θεωρία αποφυγής του Mowrer, όπου ουδέτερα ερεθίσματα συνδέονται με ερεθίσματα που είναι από μόνα τους αγχογόνα και έτσι σχηματίζουν ένα εξαρτημένο αντανακλαστικό πρότυπο. Κατ' αυτόν τον τρόπο, αρχικώς ουδέτερα ερεθίσματα του περιβάλλοντος γίνονται εξαρτημένα και προκαλούν από μόνα τους άγχος στον ασθενή. Στη δεδομένη λοιπόν περίπτωση

θεωρείται ότι το άγχος που προκαλούν ορισμένα ερεθίσματα (όπως οι ακαθαρσίες) έχει συνδεθεί με αυτά μέσα από τους μηχανισμούς του κλασικού αντανακλαστικού προτύπου. Έπειτα, αφού ορισμένες συμπεριφορές (όπως πλύσιμο των χεριών) μπορούν να κατευνάσουν το άγχος, εγκαθίστανται ως μόνιμα σχήματα, κάτι που συνιστά την ιδεοψυχαναγκαστική συμπτωματολογία.

- **Ψυχαναλυτική υπόθεση:** Σύμφωνα με τη φροϋδική θεωρία, η ψυχαναγκαστική διαταραχή οφείλεται σε ενδοψυχική σύγκρουση που τοποθετείται σε οιδιπόδειο επίπεδο. Πρόκειται για μερική καθήλωση της λίμπιντο σε προ-οιδιπόδεια φάση λόγω προβληματικής ψυχοσεξουαλικής εξέλιξης. Στο στάδιο της οιδιπόδειας σύγκρουσης, το «Εγώ», το οποίο βρίσκεται σε αδυναμία να αντιμετωπίσει τις λιμπιντικές απαιτήσεις, αμύνεται παλινδρομώντας στο σαδιστικό στάδιο, κάτι που ισοδυναμεί με την μετατροπή των ερωτικών ενορμήσεων σε ενορμήσεις σαδιστικού και επιθετικού περιεχομένου.

Η διάγνωση βασίζεται στα εμφανή συμπτώματα της διαταραχής και απαιτεί την εξάλειψη άλλων σχετικών με τα ναρκωτικά ή ιατρικών αιτιών (APA 2013). Οι κλίμακες αξιολόγησης όπως η Ψυχαναγκαστική - Καταναγκαστική Κλίμακα (Obsessive Compulsive Scale, OCS) του Yale-Brown μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να εκτιμηθεί η σοβαρότητα της διαταραχής (APA 2013). Άλλες διαταραχές με παρόμοια συμπτώματα είναι ορισμένες ειδικές διαταραχές άγχους, η μείζονα καταθλιπτική διαταραχή και οι διατροφικές διαταραχές (APA 2013).

Η θεραπεία της ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχής περιλαμβάνει τη συμβουλευτική ψυχοθεραπεία, όπως τη γνωστική συμπεριφορική θεραπεία (CBT) και μερικές φορές τη φαρμακευτική αντιμετώπιση με την χρήση των αντικαταθλιπτικών της κατηγορίας των SSRIs αναστολέων (Grant 2014, Veale, et al., 2014). Η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία για την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή ακολουθεί τη μέθοδο της αύξησης της έκθεσης του ασθενή στις συνθήκες ή τις περιστάσεις που προκαλούν το πρόβλημα στον ασθενή, ενώ δεν επιτρέπουν την επαναλαμβανόμενη συμπεριφορά. Από τους SSRIs αναστολείς ενδείκνυται η χρήση της clomipramine, ωστόσο έχει πολλές παρενέργειες (Grant 2014). Τα ατυπικά αντιψυχωσικά μπορεί να είναι χρήσιμα όταν χρησιμοποιούνται συνοδευτικά με έναν SSRI αναστολέα σε βαριές περιπτώσεις ανθεκτικές στη θεραπεία, αλλά συνδέονται επίσης με τον αυξημένο κίνδυνο των ανεπιθύμητων ενεργειών (Veale, et al., 2014). Χωρίς θεραπεία, η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή διαρκεί για δεκαετίες (APA 2013).

4. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΑΓΧΩΔΕΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Οι νοσηλευτές έχουν να διαδραματίσουν κεντρικό ρόλο στη διάγνωση, στη θεραπεία, στη διαχείριση και στην περίθαλψη ατόμων με συμπτώματα αγχώδους διαταραχής. Πολλά ερευνητικά δεδομένα επιβεβαιώνουν ότι η έγκαιρη ανίχνευση, η κατάλληλη θεραπεία και η συμμετοχή των ατόμων στη φροντίδα του ασθενή βελτιώνει τα αποτελέσματα των θεραπειών. Οι νοσηλευτές στο χώρο της πρωτοβάθμιας φροντίδας είναι συχνά τοποθετημένοι για να εντοπίζουν ασθενείς με κάποια μορφή αγχώδους διαταραχής και να είναι σε θέση να κάνουν το πρώτο βήμα και το πρώτο σημείο επαφής μαζί τους (McGrandles & Duffy, 2012).

4.1 Νοσηλευτική εκτίμηση του ασθενή

4.1.1 Γενική εμφάνιση και συμπεριφορά

Η νοσηλευτική ψυχικής υγείας ή η ψυχιατρική νοσηλευτική πρακτική είναι μια σχέση επικεντρωμένη στον ασθενή (client) και κυρίως στις δυσκολίες που αντιμετωπίζει. Η νοσηλευτική διάγνωση και περίθαλψη καλείται να εκφράσει τις δυσκολίες αυτές. Ο πρωταρχικός στόχος στην νοσηλευτική ψυχιατρική δεν πρέπει να είναι η νόσος, αλλά το άτομο που πάσχει από αυτή. Η διάγνωση προσδιορίζει σημεία και συμπτώματα του ασθενούς μέσα από την κλινική εκτίμηση και την αντικειμενική παρατήρηση. Έτσι, αποτελεί ένα χρήσιμο εργαλείο στον σχεδιασμό φροντίδας του ψυχικά ασθενούς, καθώς βοηθά στη θέσπιση στόχων και παρεμβάσεων, βελτιώνοντας την επαγγελματική πρακτική διαμέσου της συνεχούς και πολλαπλής φροντίδας (Σταθάρου & Μπερκ, 2004).

Οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας συναντούν καθημερινά αγχωμένους ασθενείς, τις οικογένειες και τους οικείους τους σε μια ευρεία ποικιλία καταστάσεων, όπως πριν από τη χειρουργική επέμβαση, μετά από κάποιο ατύχημα, σε τμήματα έκτακτης ανάγκης, σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας και σε κλινικές αποκατάσταση. Πρωταρχικός ρόλος του νοσηλευτή είναι να εκτιμήσει το επίπεδο άγχους του ατόμου γιατί αυτό θα καθορίσει την αποτελεσματικότητα των νοσηλευτικών παρεμβάσεων.

Το ήπιο άγχος είναι ένα πλεονέκτημα για τον ασθενή και δεν απαιτεί κάποια άμεση η δραστική παρέμβαση. Τα άτομα με ήπιο άγχος μπορούν να μάθουν και να αντιμετωπίζουν τα προβλήματά τους, ειδικότερα όταν είναι πρόθυμοι να λάβουν τις απαραίτητες οδηγίες. Ο συμβουλευτικός ρόλος του νοσηλευτή σε αυτή την περίπτωση μπορεί να είναι πολύ αποτελεσματικός (Barker 2008, Videbeck 2013).

Σε περιστατικά μέτριου άγχος, ο νοσηλευτής πρέπει να είναι σίγουρος ότι ο ασθενής παρακολουθεί και ακολουθεί αυτά που του υποδεικνύει. Η προσοχή του ατόμου μπορεί να περιπλανηθεί σε διάφορους λογισμούς και μπορεί να έχει κάποια δυσκολία συγκέντρωσης μετά από κάποιο χρονικό διάστημα. Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι να μιλά σύντομα, απλά, εύκολα και η κατανόηση των προτάσεων και των οδηγιών του να είναι αποτελεσματική. Στην περίπτωση που αντιληφθεί ότι ο ασθενής δεν τον παρακολουθεί πρέπει να σταματήσει, αν χρειαστεί να ανακατευθύνει τη συζήτηση πίσω στο θέμα ή το συμβάν που τον οδήγησε στην κλινική, να διασφαλίσει εκ νέου ότι τον παρακολουθεί και ότι λαμβάνει σωστά τις πληροφορίες που του δίνει (Barker 2008, Videbeck 2013).

Όταν το άγχος γίνει σοβαρό, ο ασθενής δεν μπορεί πλέον να δίνει προσοχή ή να λαμβάνει πληροφορίες. Ο στόχος του νοσηλευτή πρέπει να είναι η μείωση του επίπεδο του άγχους σε μια μέτρια ή ήπια μορφή προτού εξελιχθεί σε κάτι σοβαρότερο. Η παρουσία του νοσηλευτή κοντά στον ασθενή αποτελεί ζωτικής σημασίας γιατί το άγχος είναι πιθανό να επιδεινωθεί εάν το άτομο μείνει μόνος του. Η ομιλία με μια χαμηλή, ήρεμη και καταπραϋντική φωνή μπορεί να τον βοηθήσει να ηρεμήσει και να αρχίζει να συνειδητοποιεί την κατάσταση. Ωστόσο, αν το άτομο δεν μπορεί να μειώσει το επίπεδο του άγχους του τότε ο νοσηλευτής θα πρέπει να τον θέσει σε κίνηση, δηλαδή θα πρέπει να περπατήσει μαζί του για να φύγει σιγά σιγά η ένταση, χωρίς να σταματήσει να του μιλά με ήρεμη φωνή. Επίσης, με τη συνομιλία ο νοσηλευτής βοηθά τον ασθενή να πάρει βαθιές αναπνοές και συμβάλει στη μείωση του άγχους (Barker 2008, Videbeck 2013).

Στη περίπτωση της κρίσης πανικού, η ασφάλεια του ατόμου είναι το κύριο μέλημα του νοσηλευτή, καθώς ο ασθενής δεν μπορεί να αντιληφθεί τον πιθανό τραυματισμό ή ατύχημα γιατί μπορεί εκείνη τη στιγμή μπορεί να μην έχει την ικανότητα της ορθολογιστικής σκέψης. Η νοσηλευτής πρέπει να συνεχίσει να μιλάει με το άτομο με έναν παρηγορητικό τρόπο, παρόλο που ο πελάτης δεν μπορεί να επεξεργαστεί τις πληροφορίες που του δίνει. Η μετάβαση σε ένα μικρό, ήσυχο και μη

διεγερτικό (για το άγχος) περιβάλλον μπορεί να βοηθήσει στη μείωση του άγχους. Ο νοσηλευτής μπορεί να καθησυχάσει το άτομο λέγοντάς του ότι όλο αυτό είναι άγχος, ότι θα περάσει και ότι βρίσκεται σε πια σε ένα ασφαλές μέρος. Ο νοσηλευτής και σε αυτή την περίπτωση πρέπει να παραμείνει με τον ασθενή μέχρι να υποχωρήσει ο πανικός. Το άγχος του πανικού δεν διατηρείται επ' αόριστον αλλά μπορεί να διαρκέσει από 5 έως και 30 λεπτά (Videbeck 2013).

Ωστόσο, δεν θα πρέπει να παραληφθεί και το άγχος που μπορεί να προκαλέσει κάποιος ασθενής ή κάποιο μέλος της οικογένειας στον νοσηλευτή, καθώς είναι εύκολο για έναν νοσηλευτή να γίνει όλο και πιο αγχωτικός. Η διατήρηση της ηρεμίας, της προσοχής και του ελέγχου είναι απαραίτητη για έναν νοσηλευτή προκειμένου να λειτουργήσει αποτελεσματικά (Videbeck 2013).

4.1.2 Νοσηλευτικό ιστορικό

Οι νοσηλευτές τείνουν να έχουν μια πιο οικεία και προσωπική σχέση με τους ασθενείς παρά με τους ιατρικούς και τους συναδέλφους τους. Ακόμη και σε περιπτώσεις έντονης φροντίδας και περίθαλψης, οι σχέσεις μεταξύ των νοσηλευτών και των ασθενών μπορούν να αναπτυχθούν μέσω της συχνότερης επαφής και της επικοινωνίας σε πιο ήσυχες στιγμές και για μεγαλύτερες χρονικές περιόδους. Οι συναντήσεις μεταξύ τους δεν πρέπει να πραγματοποιούνται αποκλειστικά εντός των ορίων μιας επίσημης συνάντησης και οι νοσηλευτές δεν δεσμεύονται αυστηρά από επίσημα πρότυπα επικοινωνίας (Fawcett & Rhynas, 2012).

Η επικοινωνία από τη νοσηλευτική προοπτική θα πρέπει να περιλαμβάνει την καλύτερη γνώση του ασθενή και την κατανόηση των προβλημάτων και των συγκεκριμένων αναγκών του. Η λήψη του νοσηλευτικού ιστορικού θα πρέπει να στοχεύει (Fawcett & Rhynas, 2012, Videbeck 2013):

- Στην αναλυτική, βαθμιαία και συσσωρευτική συγκέντρωση πληροφοριών παρά να περιορίζεται σε μια επίσημη και τυπική συνέντευξη.
- Κατά την διάρκεια της συνέντευξης θα πρέπει να υπάρχει ανταλλαγή σύντομων απόψεων, από τις οποίες συλλέγονται τυχαίες πληροφορίες που μπορεί να βοηθήσουν τον νοσηλευτή να κατανοήσει καλύτερα την προοπτική του ασθενούς

και το χρονοδιάγραμμα των γεγονότων που τον οδήγησαν στην αναζήτηση θεραπείας.

- Στην παρότρυνση του ασθενή να μοιραστεί τα συναισθήματα ανησυχίας, άγχους, φόβου, ανάγκης ή απειλής, και ο νοσηλευτής να προσφέρει ιδέες για την παροχή υποστήριξης και βοήθειας.
- Όταν ο ασθενής δεν μπορεί να ανταποκριθεί εξαιτίας του άγχους, ο νοσηλευτής οφείλει να παραμείνει ήρεμος στην προσέγγιση του στον ασθενή και να χρησιμοποιεί σύντομες, απλές και σαφείς δηλώσεις.
- Να αποφεύγει να ζητά ή να αναγκάζει τον ασθενή να κάνει επιλογές και να αναγνωρίζει τα συναισθήματα και το επίπεδο δυσφορίας του.

Με αυτές τις προσεγγίσεις ο ασθενής αρχίζει να ηρεμεί, να ανακτά την προσοχή του και ο νοσηλευτής να συγκεντρώνει τις απαραίτητες πληροφορίες του ιστορικού ψυχικής υγείας για να αποτυπώσει μια συνοπτική περιγραφή της ψυχικής υγείας του ασθενή. Ένα ολοκληρωμένο ιστορικό είναι συνήθως μόνο μερικές σελίδες σε μήκος, αν και περιέχει πολλές πληροφορίες. Παρουσιάζεται σε μια τυποποιημένη μορφή που περιλαμβάνει τα ακόλουθα θέματα (Mabbett 1996):

- Γενικές πληροφορίες.
- Κύρια ενόχληση.
- Παρόν ιστορικό ασθένειας.
- Προηγούμενο ιατρικό ιστορικό.
- Ιστορικό αναπτυξιακής ή ψυχοκοινωνικής εξέλιξης.
- Σωματική εξέταση.
- Εξέταση ψυχικής κατάστασης.
- Διάγνωση (Συμπλήρωση ειδικών ερωτηματολογίων).

Οι ασθενείς νοσηλεύονται μόνο όταν έχουν καταστεί εντελώς ανίκανοι να πραγματοποιήσουν τις καθημερινές τους συνήθειες. Ο ασθενής αναζητά τρόπους θεραπείας για τη διαταραχή άγχους, αφού πρώτα έχει υποστεί αρκετά επεισόδια ή κρίσεις. Χαρακτηριστικά αναφέρει «Νιώθω σαν να τρελαίνω. Νόμιζα ότι έκανα καρδιακή προσβολή, αλλά ο γιατρός λέει ότι είναι άγχος». Συνήθως, ο ασθενής δεν μπορεί να εντοπίσει τα πιθανά αίτια για αυτά τα γεγονότα και επιδιώκει θεραπεία μόνο όταν το άγχος, οι φόβοι και οι εμμονές του γίνονται αφόρητες ή όταν οι

ψυχαναγκασμού του επηρεάζουν την καθημερινότητά του (π.χ. στη εργασία, μαγειρεύοντας τα γεύματα ή συμμετέχοντας σε ψυχαγωγικές δραστηριότητες με την οικογένεια ή τους φίλους) ή και τα δύο (Videbeck 2013).

4.1.3 Εκτίμηση της ψυχικής κατάστασης

Οι περισσότεροι ασθενείς είναι συντετριμμένοι για την εισβολή των επιθέσεων άγχους στη ζωή τους. Η εκτίμηση της ψυχικής κατάστασης και της συναισθηματικής τους διάθεσης μπορεί να αποκαλύψει στο νοσηλευτή ψυχικής υγείας πόσο βαθιά είναι προβληματισμένοι, ανήσυχοι, τεταμένοι, καταθλιπτικοί, σοβαροί ή λυπημένοι. Μπορεί να εκφράσουν συναισθήματα οργής και αγανάκτησης για τον εαυτό τους ότι είναι ανίκανοι να τον ελέγξουν. Χαρακτηριστικά, κατά τη διάρκεια μιας κρίσης πανικού, ο ασθενής μπορεί να περιγράψει τα συναισθήματα αποσύνδεσης που έχει για τον εαυτό του (αποπροσωποποίησης) ή την αίσθηση ότι τα πράγματα γύρω του δεν είναι ρεαλιστικά (νοητική απορύθμιση) ή ότι δεν έχει τον έλεγχο τους. Επίσης, μπορεί να μπερδευτεί, να αποπροσανατολιστεί, να λάβει εσφαλμένες περιβαλλοντικές ενδείξεις και να ανταποκριθεί σύμφωνα με την δική του λογική με αποτέλεσμα να τραυματιστεί ή να προκαλέσει κάποιο ατύχημα (Videbeck2013).

Ο νοσηλευτής πρέπει να εξετάσει και να αξιολογήσει τη διάθεση, το βαθμό επίγνωσης που έχει ο ασθενής για τη διαταραχή, την κρίση και τη διορατικότητά του. Ακόμη θα πρέπει να βάλει υπόψιν τις διαπροσωπικές σχέσεις, τις παραμέτρους ή τις καταστάσεις που μπορούν να επηρεάσουν την ψυχολογική του κατάσταση και να προκαλέσουν έναν νέο επεισόδιο ή μια νέα κρίση άγχους. Καθήκον του νοσηλευτή είναι να καταγράψει λεπτομερώς τις παρατηρήσεις του για την ψυχική κατάσταση του ασθενή και αφού ενημερώσει το θεράποντα ιατρό, να στις συμπεριλάβει ως κριτήριο στις νοσηλευτικές παρεμβάσεις, στη θεραπεία και στην περίθαλψη του (Videbeck 2013).

4.2 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε άτομα που νοσούν από αγχώδεις διαταραχές επικεντρώνονται στην προώθηση της σωματικής ασφάλειας, της άνεσης και τη ψυχικής υγείας του ασθενή, στη χρήση θεραπευτικής επικοινωνίας, στη χρήση

μεθόδων διαχείριση του άγχους και στην εκπαίδευση των ασθενών και των οικογενειών τους (Videbeck 2013).

4.2.1 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε ασθενείς με αγχώδεις διαταραχές

Σύμφωνα με τον Σύνδεσμος Νοσηλευτικών Διαγνώσεων Βορείου Αμερικής (North America Nursing Diagnosis Association, NANDA) οι σημαντικότερες νοσηλευτικές παρεμβάσεις στην περίθαλψη και θεραπεία των ασθενών με αγχώδεις διαταραχές είναι (NANDA 2014):

- Αξιολόγηση του επιπέδου του άγχους και των φυσικών αντιδράσεων του ασθενή στο άγχος (π.χ. την ταχυκαρδία, την ταχύπνοια, τη μη λεκτική έκφραση του άγχους κ.α.). Ο νοσηλευτής θα πρέπει να επιβεβαιώνει τις παρατηρήσεις του, καθώς η εκδήλωση του άγχους αποτελεί μια εξατομικευμένη, φυσικά φυσιολογική και ψυχολογική αντίδραση σε εσωτερικά ή εξωτερικά γεγονότα της ζωής.
- Σε όλη τη διάρκεια της θεραπείας η παρουσία του νοσηλευτή είναι ζωτικής σημασίας, το άγγιγμα (με την άδεια του ασθενή), η ομιλία και η συμπεριφορά υπενθυμίζουν στον ασθενή ότι δεν είναι μόνος.
- Κατά την χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής ο νοσηλευτής προσεγγίζει τον ασθενή με ήρεμο και σταθερό τρόπο. Ακολουθεί πιστά της οδηγίες για το σχήμα της θεραπείας που ακολουθεί ο κάθε ασθενής και επιβεβαιώνει πάντα την ορθή και ολοκληρωμένη χορήγηση της αγωγής.
- Ενθάρρυνση της έκφρασης ή της διευκρίνισης των αναγκών, των ανησυχιών, των ερωτήσεων και των προβληματισμών του ασθενή για τη διαταραχή και τη θεραπεία. Η υποστήριξη και η προσιτότητα ενθαρρύνουν την επικοινωνία.
- Αποδοχή της συναισθηματικής άμυνας του ασθενή. Ο νοσηλευτής δεν πρέπει να έρχεται αντιμέτωπος, να διαφωνεί ή να λογομαχεί με τον ασθενή. Ο ασθενής εάν δεν νιώθει ότι απειλείται τότε οι άμυνες θα υποχωρήσουν, θα αισθανθεί ασφαλής και θα είναι δεκτικός στις θεραπευτικές επεμβάσεις.
- Ενίσχυση της προσωπικής αντίδρασης του ασθενή ή της έκφρασης του πόνου, της δυσφορίας ή των απειλών της ψυχική του κατάσταση (π.χ. ομιλία, κλάμα, περπάτημα, άλλες φυσικές ή μη λεκτικές εκφράσεις). Η συζήτηση ή η έκφραση άλλων συναισθημάτων μερικές φορές μειώνει το άγχος.

- Ενθάρρυνση και βοήθεια στον ασθενή να εντοπίσει τους παράγοντες, τις συνθήκες, τους ανθρώπους ή τις ενέργειες που επάγουν το άγχος του. Η απόκτηση γνώσης δίνει τη δυνατότητα στον ασθενή να επανεκτιμήσει την απειλή ή να προσδιορίσει νέους τρόπους αντιμετώπισής της.
- Εάν οι συνθήκες το επιτρέπουν, ο νοσηλευτής μπορεί να χρησιμοποιήσει την ενσυναίσθηση και την κατανόηση για να ενθαρρύνει τον ασθενή να ερμηνεύσει τα συμπτώματα του άγχους ως φυσιολογικές εκδηλώσεις. Τονίζοντας ότι το άγχος είναι μια φυσιολογική απάντηση στον πραγματικό ή αντιληπτό κίνδυνο.
- Εάν υπάρχουν παράλογες σκέψεις, ιδεοληψίες ή φόβοι, ο νοσηλευτής πρέπει να εξηγήσει και να προσφέρει στον ασθενή ακριβείς πληροφορίες, να τον ενθαρρύνει να μιλήσει για το νόημα των γεγονότων που συμβάλλουν και του προκαλούν το άγχος. Η συγκεκριμένη παρέμβαση να υποδείξει για παράδειγμα, ότι κατά τη διάγνωση και τη διαχείριση μιας χρόνιας πάθησης (π.χ. του καρκίνου) δίνοντας λανθασμένα έμφαση στη σημασία και στο νόημα των συμβάντων μπορεί να προκαλέσει στον ασθενή επιπλέον άγχος. Η αναγνώριση της σημασίας της θεραπείας μπορεί να βοηθήσει στην κατανόηση της διαταραχής και στην μείωση του άγχους του ασθενή.
- Ενθάρρυνση του ασθενή να χρησιμοποιεί εκφράσεις θετικής αυτοδιάθεσης, όπως "Το άγχος δεν θα με σκοτώσει", "Μπορώ να κάνω αυτό το ένα βήμα κάθε φορά", "Τώρα πρέπει να αναπνεύσω και να σηκωθώ", "Δεν πρέπει να είμαι τέλειος", κ.α.. Οι γνωστικές - συμπεριφοριστικές θεραπείες επικεντρώνονται στην αλλαγή συμπεριφορών και συναισθημάτων μεταβάλλοντας τον τρόπο σκέψης. Η αντικατάσταση αρνητικών αυτο-δηλώσεων με θετικές αυτο-δηλώσεις συμβάλλει στη μείωση του άγχους.
- Αποφυγή της υπερβολικής διαβεβαίωσης από το μέρος του νοσηλευτή. Αυτό μπορεί να ενισχύσει την αδικαιολόγητη ανησυχία του ασθενή. Η διαβεβαίωση δεν είναι χρήσιμη για το άτομο που νοσεί από το παθολογικό άγχος.
- Καθήκον του νοσηλευτή είναι να διαμορφώσει ένα θεραπευτικό περιβάλλον που δεν θα δίνει ερεθίσματα ή αιτίες που θα προκαλέσουν άγχος ή φόβο στον ασθενή.
- Περιγραφή και εξήγηση όλων των δραστηριοτήτων, των διαδικασιών και των θεμάτων που αφορούν τον ασθενή. Χρησιμοποιώντας μη ιατρικούς όρους, με κατανόηση και ηρεμία. Είναι απαραίτητο πριν από κάθε θεραπευτική παρέμβαση. Η ενημέρωση και η εκπαίδευση των ασθενών πριν την εισαγωγή σε μία

θεραπευτική αγωγή, μειώνουν το άγχος, μειώνουν τη συναισθηματική δυσφορία και έχουν αυξημένες ικανότητες αντιμετώπισης και ανταπόκρισης στην θεραπεία επειδή γνωρίζουν τι πρόκειται να επακολουθήσει. Η αβεβαιότητα και η έλλειψη προβλεψιμότητας συμβάλλουν και ενισχύουν το άγχος.

- Εξερεύνηση των δεξιοτήτων αντιμετώπισης που χρησιμοποίησε προηγουμένως ο ασθενής για να ανακουφίσει το άγχος του. Οι μέθοδοι αντιμετώπισης του άγχους που υπήρξαν επιτυχείς στο παρελθόν είναι πιθανό να είναι και χρήσιμες και στο μέλλον.
- Ακούγοντας τους ασθενείς, ο νοσηλευτή τους βοηθά να ταξινομήσουν τους φόβους και τις προσδοκίες τους, και τους ενθαρρύνει να αναλάβουν σταδιακά τον πρωτοβουλίες και τον έλεγχο τη ζωή τους.
- Ανάλογα το ιατρικό ιστορικό και τα πρότυπα διατροφής, ο νοσηλευτής θα πρέπει να προσδιορίσει και να περιορίσει την χρήση ουσιών που προκαλούν ή ενισχύουν τα συμπτώματα άγχους, όπως η καφεΐνη, η νικοτίνη, η θεοφυλλίνη, η θειική τερβουταλίνη, οι αμφεταμίνες και η κοκαΐνη.

4.2.2 Εναλλακτικές παρεμβάσεις νοσηλευτικής αντιμετώπισης του άγχους

Η ανθρώπινη επαφή και το θεραπευτικό μασάζ μπορούν να μειώσουν το άγχος και την υπερένταση των ασθενών. Στην έρευνα του Fraser και του Kerr (1993) χρησιμοποιήθηκε το θεραπευτικό μασάζ για την αντιμετώπιση του άγχους και διαπιστώθηκε ότι υπήρξε μια στατιστικά σημαντική διαφορά στη βαθμολογία του μέσου άγχους σύμφωνα με την κλίμακα του Spielberger (STAI) μεταξύ της ομάδας παρέμβασης και της ομάδας ελέγχου. Ενώ, σε μια ανασκόπηση των αποτελεσμάτων μιας συστηματικής μελέτης 22 άρθρων που εξετάζουν την επίδραση του μασάζ στη χαλάρωση, την άνεση και τον ύπνο, την πιο θεραπευτική επίπτωση για τη μείωση του άγχους την είχε το μασάζ. Από τις 10 αρχικές ερευνητικές μελέτες οι 8 ανέφεραν ότι το μασάζ μειώνει σημαντικά το άγχος ή την αντίληψη της έντασης (Richards, et al., 2000).

Επιπροσθέτως, εκτός από το θεραπευτικό μασάζ υπάρχει και η μέθοδος της θεραπευτικής αφής όπου η σωστή τοποθέτηση των χεριών του θεραπευτή μπορεί να "καθαρίσει" την ενέργεια που περιβάλλει το σώμα του ασθενή και να απομακρύνει το άγχος ή να μεταφέρει τη θεραπευτική ενέργεια από το περιβάλλον μέσω του

θεραπευτή στον ασθενή και να μειώσει το άγχος. Σε μια μελέτη, το άγχος μειώθηκε σημαντικά στην ομάδα των ασθενών όπου χρησιμοποιήθηκε η θεραπεία αφής (ως επικουρική θεραπεία) σε αντίθεση με την ομάδα της εικονικής θεραπείας. Η μέθοδος αυτή μπορεί να είναι μία από τις πιο χρήσιμες παρεμβάσεις στον τομέα της νοσηλευτικής που είναι διαθέσιμες για τη μείωση του άγχους (Fishel 1998).

Μια άλλη εναλλακτική μέθοδος διαχείρισης του άγχους είναι η μουσικοθεραπεία, όπου ο νοσηλευτής παρέχει στον ασθενή ένα ήσυχο μέρος και τον ενθαρρύνει να ακούσει μουσική για 20 λεπτά. Η μουσική είναι ένα απλό, φθηνό και αισθητικά ευχάριστο μέσο για την άμβλυνση του άγχους. Η μουσικοθεραπεία ως θεραπευτική μέθοδο στοχεύει στην επικοινωνία, στη δημιουργική έκφραση, στην ανάπτυξη του λόγου, ενθαρρύνοντας το άτομο να χρησιμοποιεί τη φωνή του ως μέσο έκφρασης, στη συναισθηματική στήριξη, στην κοινωνικοποίηση και στην καλλιέργεια της προσοχής, της ικανότητας συγκέντρωσης και μνήμης.

Όταν επιτρέπεται οι ασθενείς να συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων σχετικά με τη φροντίδα τους (π.χ. τι είδος μουσικής θα ακούσουν ή ποια όργανα θα χρησιμοποιήσουν), τότε μπορούν να ανακτήσουν μια μερική αίσθηση του ελέγχου. Ως υποστηρικτές των ασθενών, οι νοσηλευτές θα πρέπει να επωφεληθούν από τη θεραπευτική επίδραση της μουσικής ενσωματώνοντάς την στο θεραπευτικό σχέδιο των νοσηλευτικών τους παρεμβάσεων (Evans & Rubio, 1993). Χαρακτηριστική είναι η έρευνα του White (1999), στην οποία μία ώρα μετά από 20 λεπτά ακρόασης παρατηρήθηκε σημαντική μείωση του καρδιακού και του αναπνευστικού ρυθμού σε πειραματική ομάδα των ασθενών με έμφραγμα του μυοκαρδίου σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου.

Τέλος, η θεραπεία με τη βοήθεια των ζώων (Animal - Assisted Therapy, AAT) μπορεί να ενσωματωθεί στις νοσηλευτικές φροντίδες των ασθενών με αγχώδεις διαταραχές. Μια μελέτη έδειξε ότι η αλληλεπίδραση των ασθενών με τα ζώα μείωσε την αρτηριακή πίεση, την υπερένταση, το άγχος και βελτίωσε την αίσθηση ευεξίας και χαλάρωσης (Miller & Ingram, 2000).

4.3 Ο εκπαιδευτικός ρόλος του νοσηλευτή στις αγχώδεις διαταραχές

Ο κύριος στόχος της νοσηλευτικής επιστήμης ακόμη και αν το κύριο μέλημά της ήταν να βοηθήσει στην υλοποίηση των ιατρικών καθηκόντων και να φροντίσει

τους ασθενείς, έκρυβε και έναν ασαφή εκπαιδευτικό χαρακτήρα. Πάντοτε ο νοσηλευτής ήταν ο μεσολαβητής μεταξύ ασθενούς και ιατρού, ήταν αυτός που έπρεπε να εξηγήσει στον άρρωστο τη σκοπιμότητα των ιατρικών παρεμβάσεων που του γίνονται και να προάγει τη συμμόρφωσή του, με απώτερο σκοπό τη βελτίωση της υγείας του. Στη σημερινή εποχή, η νοσηλευτική ως επιστήμη έχει πλέον χαρακτηριστεί ως μια βιοψυχο-κοινωνική προσέγγιση του ατόμου. Οι τομείς δράσης της περιλαμβάνουν τόσο την πρόληψη, όσο τη θεραπεία και αποκατάσταση. Ο χώρος δράσης της μπορεί να είναι εκτός από το νοσοκομείο, η εργασία, το σχολείο και κάθε είδους κοινωνική δομή. Φαίνεται, λοιπόν, ότι η εκπαιδευτική προσέγγιση του πληθυσμού είναι στενά συνυφασμένη με το έργο της (Φουντούκη & Θεοφανίδης 2012).

Στα πλαίσια της πρόληψης, ο νοσηλευτής γνωστοποιεί τους παράγοντες κινδύνου και την αποφυγή τους. Όσον αφορά στη θεραπεία, ενημερώνει για τη φύση της ασθένειας, την αποφυγή των υποτροπών, τη φαρμακευτική θεραπεία, τα συμπτώματα και εκπαιδεύει ασθενείς και συγγενείς στην εκμάθηση τεχνικών και δεξιοτήτων, όπως η ένεση ινσουλίνης. Κατ' ανάλογο τρόπο ενεργεί και στα πλαίσια της αποκατάστασης (Φουντούκη & Θεοφανίδης 2012). Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις που αφορούν στην εκπαίδευση του ασθενή και της οικογένειάς τους για την θεραπευτική αντιμετώπιση των αγχωδών διαταραχών είναι οι εξής (NANDA 2014):

- Ο νοσηλευτής πρέπει να διδάξει τον ασθενή και την οικογένεια του τα συμπτώματα του άγχους. Εάν ο ασθενής και η οικογένεια μπορούν να εντοπίσουν αντιδράσεις άγχους ή φοβικές εκδηλώσεις, τότε μπορούν να παρεμβαίνουν νωρίτερα από ό,τι διαφορετικά. Οι πληροφορίες και η γνώση της συμπτωματολογίας ενισχύουν την αυτοπεποίθηση του ασθενή και μειώνουν το άγχος του.
- Επειδή η διαμονή στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (Intensive Care Unit, ICU) είναι μικρής χρονικής διάρκειας, ο νοσηλευτής θα πρέπει να παρέχει γραπτές πληροφορίες και οδηγίες που να είναι άμεσα διαθέσιμες στους ασθενείς όταν μεταφέρονται σε κάποια άλλη μονάδα ή αποχωρούν από το νοσοκομείο. Οι χρονικοί περιορισμοί έχουν γίνει συχνά εμπόδιο στην αποτελεσματική εκπαίδευση των ασθενών. Ένα φυλλάδιο (διαθέσιμο και στα αγγλικά) μπορεί να διευκολύνει τη μετάβαση και την μετακίνηση των ασθενών, των οικογενειών, ακόμα και των

νοσηλευτών και των ιατρών. Η ανάγνωση αυτού του φυλλαδίου μπορεί να συμβάλει στη μείωση των συμπτωμάτων άγχους.

- Ο νοσηλευτής πρέπει να βοηθήσει τον ασθενή να καθορίσει τα επίπεδα του άγχους του, από το "εύκολα ανεκτό" έως το "δυσβάσταχτο" και να επιλέξει τις κατάλληλες νοσηλευτικές παρεμβάσεις. Το ήπιο άγχος ενισχύει τη μάθηση και την προσαρμογή, αλλά το μέτριο έως σοβαρό άγχος μπορεί να εμποδίσει ή να ακινητοποιήσει την πρόοδο του ασθενή.
- Μάθηση τεχνικών για την αυτο-διαχείριση του άγχους. Οι παρεμβάσεις ψυχικής υγείας κατά τη διάρκεια της νοσηλείας πρέπει να δώσουν έμφαση στους ασθενείς και να τους διδάσκουν να χειρίζονται μόνοι τους το άγχος αντί να παρεμβαίνει ο υπεύθυνος νοσηλευτής άμεσα για να μειώσει τα επίπεδα του άγχους.
- Ο νοσηλευτής μπορεί να διδάξει τον ασθενή και την οικογένειά του μεθόδους αντιπερισπασμού και να τις εφαρμόσουν όταν είναι δυνατόν. Η πρόωρη διακοπή του άγχους ή η πρόληψη της κρίσης πανικού με τη χρήση του αντιπερισπασμού αποτρέπει την κλιμάκωση της διαταραχής.
- Ο νοσηλευτής μπορεί να διδάξει τον ασθενή να επιτρέψει τις αγχωτικές σκέψεις και τα συναισθήματα να είναι παρόντα μέχρι αυτά να εξασθενήσουν. Η αποδοχή και ακόμη η αφιέρωση του χρόνου και της ενέργειας σε μια σκέψη, σκόπιμα και επαναλαμβανόμενα, μειώνει και εξασθενεί την ένταση του άγχους.
- Μάθηση τεχνικών για την προοδευτική χαλάρωση των μυών. Σε πολλές μελέτες η αυτο-χαλάρωση επιτυγχάνει σημαντική μείωση του επιπέδου του άγχους χρησιμοποιώντας προοδευτικές επεμβάσεις χαλάρωσης των μυών (Weber, 1996).
- Μάθηση τεχνικών αναπνοής για χαλάρωση και εξομάλυνση του αναπνευστικού και του καρδιακού ρυθμού.
- Ο νοσηλευτής μπορεί να διδάξει στον ασθενή να φανταστεί τον εαυτό του χωρίς την παρουσία του άγχους, του φόβου ή πόνου και την επιτυχημένη πορεία και έκβαση της θεραπείας προκειμένου να μειώσει τα επίπεδα του άγχους και να ανακτήσει τον έλεγχο (Weber, 1996).
- Ο νοσηλευτής οφείλει να διδάξει τόσο τον ασθενή όσο και τους οικείους του τη σχέση μεταξύ του υγιούς φυσικού τρόπου ζωής και της ρεαλιστικής ψυχικής και συναισθηματικής συμπεριφοράς. Η υγεία και η ευεξία επηρεάζονται από το πόσο καλά καθορισμένες είναι οι ανάγκες που αφορούν τους τομείς της ασφάλειας, της διατροφής, της άσκησης, του ύπνου, της εργασίας, της ευχαρίστησης και της

κοινωνικής συμμετοχής. Η άσκηση και η άθληση είναι ένα εξαιρετικό μέσο για τη μείωση του άγχους. Τα αποτελέσματα από πολλές μελέτες δείχνουν ότι η αερόβια άσκηση έχει αντικαταθλιπτικές και αγχολυτικές επιδράσεις και προστατεύει από τις επιβλαβείς συνέπειες του άγχους και του stress.

- Ο νοσηλευτής πρέπει να ενημερώσει τον ασθενή και τους οικείους του για την αναγκαία χρήση των κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης (π.χ. αυτοκτονικούς ιδεασμούς, ατυχήματα ή αυτοταυματικές συμπεριφορές), όπως με τις ανοιχτές γραμμές επικοινωνίας, οργανισμούς και κέντρα ψυχικής υγείας.
- Τέλος, ο νοσηλευτής οφείλει να προσφέρει στα μέλη της οικογένειας όλες τις απαραίτητες πληροφορίες που θα τους βοηθήσουν να διακρίνουν τα συμπτώματα μιας κρίσης πανικού ή μιας κρίσης άγχους από μία σοβαρή σωματική ασθένεια. Αν προκύψουν επιπλέον ερωτήσεις ή αμφιβολίες θα πρέπει να τους ενθαρρύνει να συμβουλευτούν έναν επαγγελματία ψυχικής υγείας. Η εκπαίδευση για τη διαχείριση των διαταραχών άγχους πρέπει να περιλαμβάνει, εκτός από τα μέλη της οικογένειας, τους φίλους και τους συνεργάτες του ασθενή, επειδή μπορεί να είναι και αυτοί παρόντες σε κάποια επείγουσα περίσταση και θα πρέπει να διαχειριστούν κατάλληλα τον ασθενή.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

5. ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Κεντρικό ζήτημα για την διεξαγωγή μιας ποιοτικής έρευνας αποτελεί η επιλογή του ερευνητικού ερωτήματος. Πρόκειται για μια επιλογή που καθορίζεται τόσο από το προσωπικό ενδιαφέρον, τις εμπειρίες και το σύστημα αξιών του ερευνητή όσο και από περισσότερο «αντικειμενικούς» παράγοντες όπως η επικαιρότητα, η σημασία του υπό διερεύνηση ζητήματος καθώς και η ύπαρξη προηγούμενης επιστημονικής γνώσης γύρω από το θέμα, ο τρόπος δηλαδή με τον οποίο αυτό έχει προσεγγισθεί ή οι πλευρές που δεν έχουν τυχόν ερευνηθεί (Hitchcock & Hughes, 1989).

Πράγματι, όλοι οι παραπάνω παράγοντες ώθησαν στην επιλογή διερεύνησης της συγκεκριμένης μελέτης περίπτωσης. Η προσωπική φοιτητική εμπλοκή σε νοσηλευτικές διεργασίες στην Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων έπαιξαν καταλυτικό ρόλο στη συγκεκριμένη επιλογή. Σε πρώτη φάση η προσοχή μας στράφηκε στην όλο και πιο συχνά εμφανιζόμενη περίπτωση των αγχωδών διαταραχών. Στην πορεία και μέσα απ' την βιβλιογραφική ανασκόπηση και την εκπόνηση της παρούσας πτυχιακής εργασίας διαπιστώθηκε ότι αν και υπάρχει πληθώρα επιστημονικού υλικού γύρω από θέματα που αφορούν τις διαταραχές του άγχους δεν υπάρχουν πολλές ποιοτικές μελέτες που θα μπορούσαν να αναδεικνύουν με μεγαλύτερη σαφήνεια τα συναισθήματα αυτών των ατόμων αλλά και τους λόγους που οι ίδιοι επικαλούνται για αυτά τα συναισθήματα. Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα η εργασία μας να ενσωματώσει τα «λόγια του ασθενούς» σε αυτό το κεφάλαιο που αποτελεί και την ερευνητική προσπάθεια, στα πλαίσια πάντα της πτυχιακής μας εργασίας.

5.1 Ερευνητικό ερώτημα και σκοπός της παρούσας μελέτης

Σκοπός, λοιπόν, της μελέτης ήταν να καταγράψουμε τα συμπτώματα με τον τρόπο που τα βίωσε ο συγκεκριμένος άνθρωπος, με τα δικά του λόγια δηλαδή και να προσπαθήσουμε να κατανοήσουμε τους λόγους για τους οποίους ο ίδιος θεωρεί ότι αρρώστησε, αλλά και πως βλέπει το μέλλον του.

5.2 Μεθοδολογική προσέγγιση του ερευνητικού ερωτήματος

Η παρούσα έρευνα στηρίχθηκε στις προσωπικές παρατηρήσεις και ερμηνείες του απέναντι στα θέματα της υγείας του ασθενούς, της αρρώστιας και της ποιότητας της ζωής του. Η επιλογή της ερευνητικής μεθόδου είναι αποτέλεσμα του είδους του ερευνητικού ερωτήματος. Έτσι, για τη μεθοδολογική προσέγγιση των παραπάνω ζητημάτων, όπως έχει ήδη αναφερθεί, επιλέχθηκε η ποιοτική έρευνα, η οποία επιτρέπει στον ερευνητή να επιχειρήσει τη βαθύτερη μελέτη και κατανόηση του τρόπου με τον οποίο τα ίδια τα υποκείμενα αντιλαμβάνονται, ερμηνεύουν και δίνουν νόημα στα υπό μελέτη κοινωνικά φαινόμενα (Denzin & Lincoln, 1998) .

5.2.1 Παρουσίαση του κοινωνικού ιστορικού

Η Ελένη ηλικίας 34 ετών εισήχθη στο ΤΕΠ, του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου των Ιωαννίνων (2015) με έντονες κρίσεις αγχώδους διαταραχής πανικού και με έντονη την αίσθηση του φόβου ότι γίνεται «παρανοϊκή και τρελή». Της είχε εκδηλωθεί και στο παρελθόν μια παρόμοια εμπειρία (2011) που την τρόμαξε αρκετά αλλά δεν απευθύνθηκε σε κάποιον ειδικό. Την ίδια περίοδο είχε χάσει τη δουλειά της, ως δικηγόρος, και εξαιτίας οικονομικών προβλημάτων είχε επιστρέψει στο πατρικό της όπου διέμενε με τους γονείς της και τον μικρότερο αδερφό της που ήταν φοιτητής. Δεν έκανε καταχρήσεις και δεν είχε σταθερό δεσμό.

5.2.2 Παρουσίαση του ιστορικού των συμπτωμάτων

Η θεραπευόμενη εμφάνιζε το τελευταίο διάστημα μειωμένη διάθεση, δεν συμμετείχε σε κοινωνικές εκδηλώσεις με φίλους ή συγγενείς και βίωνε έντονο άγχος και θλίψη. Δεν είχε καλό ύπνο και όρεξη για φαγητό. Στην πρόκληση του θεραπευτή να περιγράψει αυτό που βιώνει η Ελένη, αναφέρει πως τον τελευταίο μήνα έχει πεσμένη διάθεση, από την στιγμή του έχασε την δουλειά της νιώθει μεγάλη ανασφάλεια για το μέλλον, μια ντροπή και έναν έντονο φόβο ότι θα συμβεί κάτι αναπάντεχο στην οικογένειάς της, το οποίο δεν θα το αντέξει, δεν θα έχει την

οικονομική ικανότητα να ανταπεξέλθει, με αποτέλεσμα να μην μπορεί να το διαχειριστεί και στο τέλος θα τρελαθεί. Θέλει να μιλήσει στον κολλητό της φίλο, με τον οποίο διατηρεί τηλεφωνική επαφή (μένει σε άλλη πόλη), για τον φόβο και την ανησυχία που έχει αλλά δεν το τολμά. Δεν συζητά με τους δικούς της και έχει απομονωθεί. Τονίζει ότι φοβάται πολύ για το μέλλον της.

5.2.3 Αναπαράσταση για τα αίτια της νόσου

Η Ελένη θεωρεί ότι η απώλεια της εργασίας της προκάλεσε πολλές ανασφάλειες και η μη εύρεση νέας εργασίας, έστω και ημιαπασχόλησης, της κλόνησε την αυτοπεποίθηση και την αυτοεκτίμηση.

5.2.4 Στόχοι φροντίδας

Σε επίπεδο θεραπευτικής φροντίδας θα πρέπει να χορηγηθεί κάποιο ελαφρύ αγχολυτικό για ένα ορισμένο χρονικό διάστημα προκειμένου να βελτιώσει τον ύπνο της και στις περιπτώσεις που αισθανθεί κάποια έντονη ανησυχία. Παράλληλα με την βοήθεια της γνωσιακής – συμπεριφορικής ψυχοθεραπείας πρέπει να ανακτήσει τον έλεγχο και να διατηρηθεί σε μια καλή ψυχική κατάσταση. Επίσης, σε επίπεδο αυτόφροντίδα θα πρέπει να βελτιώσει τις διατροφικές συνήθειες, να ξεκινήσει κάποια υπαίθρια δραστηριότητα και να ανακτήσει τις κοινωνικές της επαφές.

5.2.5 Συμπεράσματα - Προτάσεις

Η Ελένη αποτελεί μια από τις χιλιάδες περιπτώσεις νέων που χάνουν τη επαγγελματική τους ταυτότητα και βυθίζονται στο άγχος και την κατάθλιψη που προκαλεί η οικονομική κρίση στην Ελλάδα. Το άγχος αποτελεί μια αντίδραση του ανθρώπινου οργανισμού σε ένα απειλητικό ερέθισμα το οποίο μπορεί να είναι εσωτερικό (ανασφάλεια και φόβο για το μέλλον) ή εξωτερικό (οικονομική κρίση). Επειδή πολλά από τα συμπτώματα του άγχους είναι και σωματικά όπως η απώλεια

όρεξης, η αϋπνία, η απομόνωση και η πεσμένη διάθεση, πολλά άτομα αρχίζουν να ανησυχούν ακόμη πιο πολύ, νομίζοντας ότι μπορεί να έχουν κάτι το οργανικό ή ότι θα χάσουν την επαφή με την λογική. Η αντιμετώπιση του άγχους με την χρήση φαρμακευτική αγωγής σε ειδικές περιπτώσεις και η παρακολούθηση μια ψυχαναλυτικής τεχνικής (γνωσιακή – συμπεριφορική ψυχοθεραπεία ή ψυχοεκπαίδευση) είναι αναγκαία για την αντιμετώπιση και πρόληψη των κρίσεων άγχους και πανικού αλλά και για τη διατήρηση της ψυχικής της υγείας. Βέβαια ακόμα πιο αποτελεσματικό θα ήταν η συμμετοχή των γονιών της ή/και του κολλητού της σε κάποιο πρόγραμμα ψυχοεκπαίδευση, για να την υποστηρίξουν ηθικά, την βοηθήσουν και σε περίπτωση κάποια κρίση ή υποτροπής να γνωρίζουν τους απαραίτητους τρόπους διαχείρισης.

6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

- ❖ Οι αγχώδεις διαταραχές περιλαμβάνουν ένα ευρύ φάσμα κλινικών διαταραχών και συνδρόμων που χαρακτηρίζονται από φόβο, άγχος, νευρικότητα, ανησυχία, ένταση και ποικίλα σωματικά συμπτώματα. Το άγχος είναι μια ανησυχία για τα μελλοντικά γεγονότα και ο φόβος είναι μια αντίδραση στα τρέχοντα γεγονότα.
- ❖ Το άγχος εκδηλώνεται ως απάντηση στους αντιλαμβανόμενους κινδύνους, πραγματικούς ή πλασματικούς που προέρχονται από εσωτερικές ή εξωτερικές πηγές και προετοιμάζει το άτομο να κινητοποιήσει τις άμυνες του, προκειμένου να αντιμετωπίσει μια επερχόμενη απειλή ή να την διαφύγει. Ενώ ο φόβος συνιστά μια δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση, που δημιουργείται ως απάντηση σε ένα εξωτερικό πραγματικό κίνδυνο ή απειλή, που γίνεται συνειδητά αντιληπτή.
- ❖ Παρόλο που οι περισσότεροι ασθενείς με διαταραχές άγχους μπορούν να αντιμετωπιστούν ως εξωτερικοί ασθενείς, η πλειονότητα τους εξακολουθεί να μην αναζητά θεραπεία. Αυτό έχει σοβαρές συνέπειες. Τα ψυχολογικά και σωματικά συμπτώματα συμβάλλουν στη μείωση της ποιότητας ζωής και στην εξασθένιση της κοινωνικής και της επαγγελματικής λειτουργίας.
- ❖ Οι αγχώδεις διαταραχές είναι οι πιο κοινές μορφές ψυχιατρικών διαταραχών παγκοσμίως. Ως κατηγορία, οι αγχώδεις διαταραχές είναι εξίσου συχνές με τις διαταραχές διάθεσης όπως την κατάθλιψη και τη μείζονα καταθλιπτική διαταραχή.
- ❖ Οι βασικές παθήσεις του φάσματος των αγχωδών διαταραχών είναι η διαταραχή πανικού, η αγοραφοβία, η διαταραχή πανικού με ή χωρίς αγοραφοβία, η αγοραφοβία χωρίς προηγούμενο ιστορικό διαταραχής πανικού, η απλή (ειδική) φοβία, η κοινωνική φοβία, η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, η διαταραχή stress μετά από μια ψυχοτραυματική εμπειρία, η οξεία αντίδραση στο stress, η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή, η αγχώδης διαταραχής λόγω παρουσίας σωματικής νόσου και η αγχώδης διαταραχή λόγω κατάχρησης ουσιών.
- ❖ Οι περισσότερες αγχώδεις διαταραχές ξεκινούν από την παιδική ηλικία (περίπου 11 ετών), την εφηβεία και την πρώιμη ενηλικίωση και δεν παρατηρείτε καμία στατιστικά σημαντική διάκριση στο βαθμό του επιπολασμού τους μεταξύ των αντρών και των γυναικών ή μεταξύ των διαφορετικών φυλών.

- ❖ Τα συστήματα ταξινόμησης των αγχωδών είναι δύο, το DSM της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Εταιρίας (APA) και το ICD του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO).
- ❖ Οι κυριότεροι παράγοντες κινδύνου που οφείλονται για την πρόκληση των αγχωδών διαταραχών είναι οι φαρμακευτικοί, οι νευρολογικοί, οι ψυχολογικοί, οι γενετικοί, ανθρωπολογικοί και εξελεκτικοί.
- ❖ Η διάγνωση των διαταραχών άγχους είναι δύσκολη επειδή δεν υπάρχουν αντικειμενικοί βιοδείκτες για την ταυτοποίηση τους και βασίζεται σε συμπτώματα τα οποία τυπικά πρέπει να είναι παρόντα τουλάχιστον για μεγάλο χρονικό διάστημα (π.χ. έξι μήνες), να εκδηλώνονται εντονότερα από την αναμενόμενη συχνότητα και να παρατηρηθεί μια υποβάθμιση και μια έκπτωση της φυσιολογικής συμπεριφοράς και της λειτουργικότητας του ατόμου. Διάφορα ερευνητικά ιδρύματα και οργανισμοί υγείας έχουν αναπτύξει ερωτηματολόγια για την διάγνωση και την ταξινόμηση των αγχωδών διαταραχών (όπως, τα HADS, BAI, STAI κ.α.).
- ❖ Υπάρχει ένα ευρύ φάσμα της συννοσηρότητας των αγχωδών διαταραχών το οποίο διερευνάται σε πολλές μελέτες και με πιο αντιπροσωπευτικές τις έρευνες που συνδέουν τις κρίσεις πανικού με την αυτοκτονική συμπεριφορά και την κατάχρηση/εξάρτηση ουσιών.
- ❖ Η θεραπευτική αντιμετώπιση των αγχωδών διαταραχών επιτυγχάνεται αποτελεσματικά με τους διάφορους τύπους ψυχοθεραπείας (π.χ. γνωσιακή - συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία). Η φαρμακευτική αγωγή, όπου αυτή κρίνεται απαραίτητη, γίνεται κυρίως με βενζοδιαζεπίνες (π.χ. διαζεπάμη, αλπραζολάμη, λοραζεπάμη, κ.α.), αντικαταθλιπτικά (SSRIs και τρικυκλικά) και άλλα φάρμακα.
- ❖ Ο ρόλος του νοσηλευτή στις αγχώδεις διαταραχές θα πρέπει να επικεντρώνονται στην ορθή και εμπεριστατωμένη εκτίμηση του ασθενή, στην ολοκληρωμένη λήψη του νοσηλευτικού ιστορικού και στις στοχευμένες νοσηλευτικές παρεμβάσεις.
- ❖ Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις επικεντρώνονται στη διασφάλιση της σωματικής και της ψυχικής υγείας του ασθενή, στη χρήση θεραπευτικής επικοινωνίας και ανάπτυξης μιας θεραπευτικής σχέσης, στη χρήση μεθόδων διαχείριση του άγχους και του φόβου, και στην εκπαίδευση των ασθενών και των οικογενειών τους.

7. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- **Adolphs, R., Tranel, D., Damasio, H., & Damasio, A., 1994.** Impaired recognition of emotion in facial expressions following bilateral damage to the human amygdala. *Nature*, 372(6507), pp. 669-674.
- **Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., ...&Haro, J. M., 2004.** Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Actapsychiatricascandinavica*, 109(420), pp. 21-27.
- **American Psychiatric Association, APA, 2000.** *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, revised*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- **American Psychiatric Association, APA, 2013.** *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.)*. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- **Angelakis, I., Gooding, P., Tarrier, N., & Panagioti, M., 2015.** Suicidality in Obsessive Compulsive Disorder (OCD): a systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology review*, 39, pp. 1-15.
- **Barker, P., 2008.** *Psychiatric and mental health nursing: the craft of caring*. UK: CRC Press.
- **Bateson, M., Brilot, B., & Nettle, D., 2011.** Anxiety: an evolutionary approach. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 56(12), pp. 707-715.
- **Bechara, A., Tranel, D., Damasio, H., & Adolphs, R., 1995.** Double dissociation of conditioning and declarative knowledge relative to the amygdala and hippocampus in humans. *Science*, 269(5227), pp. 1115-1120.
- **Beck, A. T., 1976.** *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York. International Universities Press.
- **Bishop, S. J., 2007.** Neurocognitive mechanisms of anxiety: an integrative account. *Trends in cognitive sciences*, 11(7), pp. 307-316.
- **Calleo, J., & Stanley, M., 2008.** Anxiety disorders in later life: Differentiated diagnosis and treatment strategies. *Psychiatric times*, 25(8), pp. 24-24.
- **Cohen, S. I., 1995.** Alcohol and benzodiazepines generate anxiety, panic and phobias. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 88(2), pp. 73-77.
- **Craske, M. G., & Stein, M. B., 2016.** Anxiety. *Lancet*. 388(10063), pp. 3048-3059.
- **Denzin, N. & Lincoln, Y., 1998:** *Strategies of Qualitative Inquiry*. London: Sage Publications.
- **Durand, V. M., & Barlow, D. H., 2012.** *Essentials of abnormal psychology*. California: Thomson Wadsworth.
- **Eby, L., Brown, N. J., & Rothery, B., 2005.** *Mental health nursing care*. NY: Pearson Prentice Hall.
- **Etkin, A., 2012.** Neurobiology of anxiety: from neural circuits to novel solutions?. *Depression and anxiety*, 29(5), pp. 355-358.

- **Evans, K., & Sullivan, J. M., 2001.** *Dual diagnosis: Counseling the mentally ill substance abuser.* London: Guilford Press.
- **Evans, M. M., & Rubio, P. A., 1993.** Music: a diversionary therapy. *Today's OR nurse*, 16(4), pp. 17-22.
- **Fawcett, T., & Rhynas, S., 2012.** Taking a patient history: the role of the nurse. *Nursing Standard*, 26(24), pp. 41-46.
- **Fishel, A. H., 1998.** Nursing management of anxiety and panic. *The Nursing clinics of North America*, 33(1), pp. 135-151.
- **Fraser, J., & Kerr, J. R., 1993.** Psychophysiological effects of back massage on elderly institutionalized patients. *Journal of advanced nursing*, 18(2), 238-245.
- **Grant, J. E., 2014.** Obsessive - compulsive disorder. *New England Journal of Medicine*, 371(7), pp. 646-653.
- **Grinde, B., 2005.** An approach to the prevention of anxiety-related disorders based on evolutionary medicine. *Preventive Medicine*, 40(6), 904-909.
- **Hawton, K. E., Salkovskis, P. M., Kirk, J. E., & Clark, D. M., 1989.** *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: a practical guide.* Oxford: Oxford University Press.
- **Hitchcock, G. & Hughes, D. 1989.** *Research and the Teacher: A Qualitative Introduction to School-based Research.* London: Routledge.
- **Hughes, R. N., 1996.** Drugs which induce anxiety: Caffeine. *New Zealand Journal of Psychology*, 25, 36-42.
- **Johnson, B. A., 2011.** *Addiction medicine. Science and Practice.* New York: Springer.
- **Kalpakoglou, T., 1993.** *Generalized anxiety and panic disorders: cognitive-behavioral group therapy.* PhD thesis, Victoria University of Manchester, England.
- **Karno, M., Golding, J. M., Sorenson, S. B., & Burnam, M. A., 1988.** The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Archives of general psychiatry*, 45(12), 1094-1099.
- **Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E., 2005.** Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62(6), pp. 593-602.
- **Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., ...&Kendler, K. S., 1994.** Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry*, 51(1), pp. 8-19.
- **Konstantakopoulos, G., Sofianopoulou, E., Touloumi, G., & Ploumpidis, D., 2012.** Ultra-short questionnaires for the detection of depression and anxiety. *Psychiatriki*, 24(4), pp. 288-297.
- **Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B., Monahan, P. O., & Lowe, B., 2007.** Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Annals of internal medicine*, 146(5), pp. 317-325.

- **LeDoux**, J. E., 2000. Emotion circuits in the brain. *Annual review of neuroscience*, 23(1), pp. 155-184.
- **Lieb**, R., Becker, E., & Altamura, C., 2005. The epidemiology of generalized anxiety disorder in Europe. *European Neuropsychopharmacology*, 15(4), pp. 445-452.
- **Lipsman**, N., Neimat, J. S., & Lozano, A. M., 2007. Deep brain stimulation for treatment-refractory obsessive-compulsive disorder: the search for a valid target. *Neurosurgery*, 61(1), pp. 1-13.
- **Lochner**, C., Mogotsi, M., du Toit, P. L., Kammer, D., Niehaus, D. J., & Stein, D. J., 2003. Quality of life in anxiety disorders: a comparison of obsessive-compulsive disorder, social anxiety disorder, and panic disorder. *Psychopathology*, 36(5), pp. 255-262.
- **Lowe**, B., Grafe, K., Kroenke, K., Zipfel, S., Quenter, A., Wild, B., ... & Herzog, W., 2003. Predictors of psychiatric comorbidity in medical outpatients. *Psychosomatic medicine*, 65(5), pp. 764-770.
- **Mabbett**, P. D., 1996. Instant Nursing Assessment: Mental Health. Delmar Pub.
- **Magee**, W. J., Eaton, W. W., Wittchen, H. U., McGonagle, K. A., & Kessler, R. C., 1996. Agoraphobia, simple phobia, and social phobia in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 53(2), pp. 159-168.
- **March**, J., & Benton, C., 2007. *Talking Back to OCD*. London: The Guilford Press.
- **Matza**, L. S., Revicki, D. A., Davidson, J. R., & Stewart, J. W., 2003. Depression with atypical features in the National Comorbidity Survey: classification, description, and consequences. *Archives of general psychiatry*, 60(8), pp. 817-826.
- **McGrandles**, A., & Duffy, T., 2012. Assessment and treatment of patients with anxiety. *Nursing standard*, 26(35), pp. 48-56.
- **Means-Christensen**, A. J., Sherbourne, C. D., Roy-Byrne, P. P., Craske, M. G., & Stein, M. B., 2006. Using five questions to screen for five common mental disorders in primary care: diagnostic accuracy of the Anxiety and Depression Detector. *General hospital psychiatry*, 28(2), pp. 108-118.
- **Miller**, J., & Ingram, L., 2000. Perioperative nursing and animal-assisted therapy. *Aorn Journal*, 72(3), pp. 477-483.
- **Patel**, G., & Fancher, T. L., 2013. Generalized anxiety disorder. *Annals of internal medicine*, 159(11), ITC1-12.
- **Polikandrioti**, M., Koutsopoulou, V., 2014. Anxiety in non-psychiatric patients. *RostrumofAsclepius*, 12(1), pp. 65-54.
- **Price**, J. S., 2003. Evolutionary aspects of anxiety disorders. *Dialogues in clinical neuroscience*, 5(3), pp. 223-236.
- **Puddifoot**, S., Arroll, B., Goodyear-Smith, F. A., Kerse, N. M., Fishman, T. G., & Gunn, J. M., 2007. A new case-finding tool for anxiety: a pragmatic diagnostic validity study in primary care. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 37(4), pp. 371-381.

- **Richards, K. C., Gibson, R., & Overton-McCoy, A. L.** (2000). Effects of massage in acute and critical care.
- **Rose, M., & Devine, J.,** 2014. Assessment of patient-reported symptoms of anxiety. *Dialogues in clinical neuroscience*, 16(2), pp. 197-211.
- **Sadock, B. J.,** 2000. *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- **Sareen, J., Cox, B. J., Afifi, T. O., de Graaf, R., Asmundson, G. J., ten Have, M., & Stein, M. B.,** 2005. Anxiety disorders and risk for suicidal ideation and suicide attempts: a population-based longitudinal study of adults. *Archives of general psychiatry*, 62(11), pp. 1249-1257.
- **Schneier, F. R., Heckelman, L. R., Garfinkel, R., Campeas, R., Fallon, B. A., Gitow, A., ...& Ballenger, J. C.,** 1996. Functional Impairment in Social Phobia. *Year Book of Psychiatry & Applied Mental Health*, 1996(8), pp. 332-333.
- **Scott, T.,** 2011. *The Antianxiety Food Solution: How the Foods You Eat Can Help You Calm Your Anxious Mind, Improve Your Mood, and End Cravings*. NY: New Harbinger Publications.
- **Stein, M. B., & Stein, D. J.,** 2008. Social anxiety disorder. *The Lancet*, 371(9618), pp. 1115-1125.
- **Veale, D., Miles, S., Smallcombe, N., Ghezai, H., Goldacre, B., & Hodsoll, J.,** 2014. Atypical antipsychotic augmentation in SSRI treatment refractory obsessive-compulsive disorder: a systematic review and meta-analysis. *BMC psychiatry*, 14(1), pp. 317-322.
- **Videbeck, S.,** 2013. *Psychiatric-mental health nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- **White, J. M.,** 1999. Effects of relaxing music on cardiac autonomic balance and anxiety after acute myocardial infarction. *American Journal of Critical Care*, 8(4), pp. 220-228.
- **World Health Organization, WHO,** 2004. *International statistical classification of diseases and related health problems*. Geneva: World Health Organization.
- **World Health Organization, WHO,** 2009. *Pharmacological treatment of mental disorders in primary health care*. World Health Organization.
- **Αλεβίζος, Β.,** 2008. *Άγχος: Ιατρικές και κοινωνικές διαστάσεις*. Αθήνα: Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις.
- **Ευσταθίου, Γ.,** 2003. *Μέθοδοι και τεχνικές στη γνωσιακή - συμπεριφοριστική θεραπεία ενηλίκων*. Στο Α. Καλαντζή Αζίζι (Επιμ. Έκδ.), *Γνωσιακές - συμπεριφοριστικές προσεγγίσεις στην ψυχοθεραπεία*. Αθήνα: Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.
- **Καλπάκογλου, Θ.,** 2013. *Άγχος και Πανικός - Γνωσιακή Θεωρία και Θεραπεία*. Αθήνα: Εταιρεία Γνωσιακών Συμπεριφοριστικών Σπουδών.
- **Κουτελέκος, Ι.,** 2012. Άγχος και χειρουργική επέμβαση. *Περιεγχειρητική Νοσηλευτική*. 1(3), pp. 71-72.
- **Παπαθεοδώροπουλος, Κ.,** 2015. *Έννοιες στην επιστήμη της μνήμης*. Αθήνα: Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών.

- **Σιδηροπούλου, Κ.**, 2015. *Βασικές αρχές λειτουργίας του νευρικού συστήματος*. Αθήνα: Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών.
- **Σταθάρου, Α., & Μπερκ, Α.**, 2004. Η νοσηλευτική διάγνωση στην ψυχιατρική κλινική πρακτική. *Ψυχιατρική Νοσηλευτική*, 43, pp. 292-296.
- **Φουντούκη, Α., & Θεοφανίδης, Δ.**, 2012. Ο εκπαιδευτικός ρόλος του νοσηλευτή. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 11(1), σς. 503-522.
- **ΠΗΓΕΣ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟΥ**
- **Bhatt, N. V., & Bienenfeld, D.**, 2016. Anxiety Disorders. Διαθέσιμο στην: <<http://emedicine.medscape.com/article/286227-overview#a6>>. [Ανακτήθηκε 22 Μαΐου 2017].
- **National Institute of Mental Health, NIMH**, 2015. *What is Obsessive-Compulsive Disorder (OCD)*. Διαθέσιμο στην: <<https://www.nimh.nih.gov/health/topics/obsessive-compulsive-disorder-ocd/index.shtml>>. [Ανακτήθηκε 23 Μαΐου 2017].
- **National Institute of Mental Health, NIMH**, 2016. Anxiety Disorders. Διαθέσιμο στην: <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/anxiety-disorders/index.shtml#part_145353>. [Ανακτήθηκε 22 Μαΐου 2017].
- **North America Nursing Diagnosis Association, NANDA**, 2014. *Anxiety Nursing Interventions and Rationales*. Διαθέσιμο στην: <<http://nandanursing.com/anxiety-nursing-interventions-and-rationales.html>>. [Ανακτήθηκε 25 Μαΐου 2017]
- **Richards, K. C., Gibson, R., & Overton - McCoy, A. L.**, 2000. *Effects of massage in acute and critical care*. Διαθέσιμο στην: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK68452/>>. [Ανακτήθηκε 24 Μαΐου 2017].
- **Αυγουστάτος, Γ. Γ.**, 2008. Αγχώδεις Διαταραχές. Διαθέσιμο στην: <<http://psycosynthesis.blogspot.gr>>. [Ανακτήθηκε 22 Μαΐου 2017].
- **Γιαπράκη, Α.**, 2012. Αγχώδεις Διαταραχές. Διαθέσιμο στην: <<http://psyciatros-pyrgos.gr/dimosieyseis>>. [Ανακτήθηκε 22 Μαΐου 2017].