

**Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα
Θεσσαλονίκης**

Πτυχιακή Εργασία

Θέμα:

**Αγχώδης Διαταραχές
Ο ρόλος του νοσηλευτή**

**Οι φοιτητές
Τσιφούτης Γιώργος
Χατζηθεοχάρης Αργύρης**

Υπεύθυνη καθηγήτρια: κα Ζιώγου Θεολογία

Θεσσαλονίκη 2008

Περιεχόμενα

	Σελ.
Πρόλογος	3
Εισαγωγή	5
Κεφάλαιο 1: Γενικά στοιχεία ψυχονευρώσεων και αγχωδών διαταραχών	9
1.1 Νευρώσεις: Γενικά χαρακτηριστικά	9
Κεφάλαιο 2: Κλινικές μορφές άγχους	15
2.1 Συνηθισμένο αντικειμενικό άγχος.....	15
2.2 Συνηθισμένο εξαρτημένο άγχος.....	16
2.3 Θεραπεία	17
2.4 Συνηθισμένο υποκειμενικό άγχος	18
2.5 Νευρωσικό άγχος.....	19
Κεφάλαιο 3: Αγχώδης νεύρωση	
3.1 Γενικά χαρακτηριστικά.....	21
Κεφάλαιο 4: Ειδικές μορφές αγχωδών διαταραχών	31
4.1 Φοβίες	31
4.1.1 Ειδική φοβία (πρώην απλή φοβία)	32
4.1.2 Διαταραχή κοινωνικού άγχους (κοινωνική φοβία)	36
4.1.3 Αγοραφοβία	40
4.2 Διαταραχή πανικού	43
4.3 Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή	48
4.4 Ιδιοψυχαναγκαστική διαταραχή	51
4.5 Διαταραχές που συνδέονται με το stress	56
4.5.1 Διαταραχή stress μετά από ψυχοτραυματισμό	56
4.5.2 Οξεία αντίδραση στο stress	61

Κεφάλαιο 5: Θεραπεία των αγχώδων διαταραχών	64
5.1 Φαρμακολογικές θεραπείες	64
5.1.1 Αγχολυτικά ή αντιαγχώδη	64
5.1.2 Παρενέργειες	66
5.1.3 Αγχώδεις διαταραχές ανθεκτικές σε θεραπεία.....	68
5.2 Ψυχοθεραπεία	71
5.2.1 Ψυχανάλυση	71
5.2.2 Ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία	73
5.2.3 Βραχείες ψυχοθεραπείες – Παρέμβαση σε κρίση	74
5.2.4 Ομαδική ψυχοθεραπεία	75
Κεφάλαιο 6: Νοσηλευτική παρέμβαση στις αγχώδεις διαταραχές.....	79
Κεφάλαιο 7: Φροντίδα του αρρώστου μέσα στην οικογένεια.....	87
Επίλογος	88
Βιβλιογραφία	89

Πρόλογος

Το άγχος αποτελεί μια νοσηρή κατάσταση φόβου. Δεν υπάρχει τίποτα που να μην μπορεί να αποτελέσει αντικείμενο νοσηρού φόβου. Με την μορφή της απλής ανησυχίας αποτελεί μια συνηθισμένη αναστάτωση από την οποία λίγοι άνθρωποι καταφέρνουν να γλιτώσουν.

Χρησιμοποιούμε τον όρο *αγχώδεις καταστάσεις* για να δηλώσουμε όλες τις μορφές νοσηρού άγχους, είτε νευρωτικό είναι αυτό είτε οτιδήποτε άλλο.

Ο φόβος αποτελεί ένα ομαλό συστατικό στοιχείο της ζωής μας. Βιολογικά οξύνει την αντίληψή μας και μας θέτει σε ετοιμότητα, ώστε να αντιμετωπίσουμε κάθε κίνδυνο. Αποδεσμεύει ενέργεια για την αντιμετώπιση μιας κατάστασης και αποτελεί μια παρόρμηση για δράση. Η ανάγκη να αντιμετωπίσει ο άνθρωπος τους κινδύνους και τις δυσκολίες της ζωής τον κάνει θαρραλέο, αποφασιστικό, ψύχραιμο και έτσι αναπτύσσεται ο χαρακτήρας του. Ο φόβος αυτός είναι που κάνει τους ανθρώπους να ενώνονται σε ομάδες και να σχηματίζουν κοινότητες για την αμοιβαία υποστήριξη ενάντια σε έναν κοινό κίνδυνο και έτσι αποτελεί τη βάση της κοινωνικής ζωής. Η επιθυμία μας να μας εκτιμούν οι σύντροφοί μας και να είναι καλοδιαθετισμένοι απέναντί μας, που προέρχεται κατ'αρχήν από την ανάγκη μας για ασφάλεια, ενθαρρύνει την ανάπτυξη κοινωνικών και ηθικών χαρακτηριστικών και οδηγεί στο σεβασμό και στην ευγένεια και γενικά στη διαμόρφωση πολιτισμικών αξιών και επιδιώξεων. Ο φόβος λοιπόν με την πιο πλατιά έννοια αποτελεί έναν από τους πιο βασικούς παράγοντες της κοινωνικής, ηθικής και πολιτιστικής ζωής.

Όμως, όπως ο φόβος μπορεί να αποτελέσει ένα κίνητρο για δράση, εξίσου μπορεί να την παραλύσει κιόλας. Αντί να μας οδηγήσει στη δράση, μπορεί να γεμίσει με τόσες αγωνίες και ενδοιασμούς, ώστε να μην μπορούμε να ενεργήσουμε καθόλου. Ο φόβος των συνεπειών μπορεί να μας κάνει δειλούς και ανειλικρινείς. Ο φόβος κάνει το παιδί να λέει ψέματα και τον μεγάλο επιφυλακτικό. Ο φόβος του παρελθόντος μπορεί να σκοτεινιάσει το μέλλον μας και ο φόβος για το μέλλον να γεμίσει το παρόν μας με αγωνίες και

τρόμους. Ο φόβος αποτελεί εξίσου αιτία πολέμου, όσο και η επιθετικότητα συχνά προέρχεται από φόβο. Ο φόβος της κόλασης, που έσπειρε στον κόσμο η εκκλησία σε προηγούμενες εποχές, μπορεί να έκανε τους ανθρώπους πιο ηθικούς, όμως αναμφίβολα σκίασε ολόκληρη τη ζωή και σίγουρα υπήρξε πρόξενος μεγαλύτερης δυστυχίας απ'ό,τι ευτυχίας. Ο φόβος μπορεί να κάνει κάποιον γενναίο, μπορεί όμως να μεταμορφώσει το θαρραλέο σε έναν απελπισμένο νευρωσικό που φοβάται και τη σκιά του. Ο φόβος που μας οδηγεί στη κοινωνική ζωή μπορεί να μετατραπεί σε φόβο μήπως παραβιάσουμε τους νόμους και τα ταμπού της κοινωνίας και να δημιουργήσει έτσι ψυχαναγκασμό.

Ο φόβος και το άγχος αποτελούν συστατικά πολλών διαταραχών της συμπεριφοράς και των περισσότερων ψυχονευρώσεων. Αποτελούν το κύριο σύμπτωμα στις αγχώδεις νευρώσεις, όπως η φοβία να ταξιδέψει κανείς με το τρένο ή ο νοσηρός φόβος της μόλυνσης.

Βρίσκουμε ακόμα το φόβο σαν αιτιακό παράγοντα σε υστερίες μετατροπής, σεξουαλικές διαστροφές και ψυχαναγκαστικές πράξεις.

Δεν είναι παράλογο που πολλοί θεωρούν *το φόβο σαν το κύριο παράγοντα στην ψυχοπαθολογία.*

Όμως ο φόβος οφείλεται στην έλλειψη αγάπης και ασφάλειας που, όπως είπαμε, την αιτία για τις περισσότερες ανώμαλες καταστάσεις.

Ο φόβος αποτελεί επίσης την πιο συνηθισμένη αιτία απώθησης. Εξαιτίας του φόβου των συνεπειών αναγκάζεται το παιδί να απωθήσει το μίσος του, τη ζήλια του ή την σεξουαλική του ικανοποίηση, με αποτέλεσμα, καθώς απωθούνται αυτές οι παρορμήσεις, να μεταμορφώνονται κατόπιν σε νοσηρά γνωρίσματα χαρακτήρα ή σε ψυχονευρώσεις. Οι συνέπειες του φόβου και του άγχους είναι συχνά τραγικές, γι'αυτό πρέπει να τις αντιμετωπίζουμε με μεγάλη προσοχή, όχι μόνο για την κατανόηση των ψυχονευρώσεων αλλά και για λόγους κοινωνικής ψυχιατρικής και θεραπείας της ανθρώπινης συμπεριφοράς γενικά.

Εισαγωγή

Ορισμένες κλινικές μορφές ψυχονευρώσεων περιγράφηκαν από τους Ιπποκρατικούς χρόνους και κυρίως υστερικές εκδηλώσεις, που αποδίδονταν σε περιπλάνηση της μήτρας (υστέρας) μέσα στο σώμα. Διάφορες άλλες εκδηλώσεις, όπως οι υστερικές, συσπάσεις κλπ. Εθεωρούνταν από τότε μέχρι και τους Μεσαιωνικούς χρόνους σαν αποτέλεσμα δαιμονιακών επιδράσεων. Με την προοδευτική παρακμή της μαγικής ιατρικής και την ανάπτυξη του ορθολογιστικού πνεύματος τον 18^ο αιώνα, οι διάφορες ψυχογενείς θεραπευτικές επιδράσεις (μαγικών, θρησκευτικών, κ.ά. ιεροτελεστιών) καταβλήθηκε προσπάθεια να πάρουν επιστημονικοφανή χαρακτήρα. Έτσι έχουμε το φαινόμενο του «μεσμερισμού» στο τέλος του 18^ο αιώνα, ψυχολογικής θεραπείας υστερικών βασικά προσώπων, που επινόησε ο Anton Mesmer (με τοποθέτηση των χεριών του πάνω σε ασθενή κλπ.) και τη μάταιη προσπάθεια της Γαλλικής Ακαδημίας Επιστημών να αποδείξει την μετάδοση «ζωικού μαγνητισμού».

Ακολούθησε στις αρχές του 19^{ου} αιώνα αυτό που ο Άγγλος Baird ονόμασε υπνωτισμό και εφάρμοσε εκτεταμένα στην Γαλλία ο Liebeault. Επιφανείς Γάλλοι επιστήμονες, που τα ονόματά τους παρέμειναν γνωστά στην Νευρολογία, συνέγραψαν τότε μελέτες πάνω σε ψυχονευρωτικά φαινόμενα, όπως ο Lasegue το 1865 για τις «Μερικές και παροδικές καταληψίες», ο Richer για τη «Μεγάλη υστερία ή υστερο-επιληψία» και αργότερα ο Charcot για τον «Μείζονα υπνωτισμό».

Ο Charcot, που μέχρι τον θάνατο του το 1983, ανέδειξε τη Κλινική του (στη Σαλπετριέρα των Παρισίων) σε κέντρο νευροψυχικών ερευνών και φυτώριο νέων επιστημόνων, δεχόταν τον υπνωτισμό ως διαγνωστικό μέσον της υστερίας, που την θεωρούσε σαν κάποιου τύπου εκφυλιστική πάθηση. Οι προκλητές υστερικές καταστάσεις πίστευε ότι δημιουργούνται με τον υπνωτισμό εξαιτίας ενός ανάλογου νευρολογικού υποστρώματος και επικαλούνταν σ' αυτό τη μαρτυρία των οργανικών ψυχιάτρων («σωματιστών») όπως του Άγγλου Maudsley.

Ο Bernheim αντίθετα έδειξε ότι ο υπνωτισμός μπορεί να εφαρμοσθεί και σε μη υστερικά άτομα και ότι τα φαινόμενα του είναι καθαρώς ψυχογενή οφειλόμενα στο μηχανισμό της υποβολής. Κάτι ανάλογο πρέσβευε και ο γνωστός νευρολόγος Babinski, ότι οι υστερικές εκδηλώσεις μπορούν «να αναπαραχθούν με μόνη την υποβολή και να εξαφανιστούν τελείως με την επίδραση της πειθούς», γι' αυτό και πρότεινε τον όρο «πειθιατισμός».

Η εποχή εκείνη-τέλος του 19^{ου} και αρχές 20^{ου} αιώνα-διακρίνεται για το ενδιαφέρον που ανεκίνησε γύρω από τα ψυχονευρωτικά φαινόμενα, τόσο ώστε ο καθηγητής στην Σαλπεντριέρη Dejerine, γνωστός για τα Νευρολογικά του κλασσικά συγγράμματα, να μιλά για «ψυχοθεραπεία των ψυχονευρώσεων». Καινούργιες έννοιες γύρω από τις ψυχικές λειτουργίες και την ψυχογένεια (μετά τις μελέτες για τον υπνωτισμό) άρχισαν να διαμορφώνονται, με μεγάλο βήμα την αποκρυστάλλωση της έννοιας του Υποσυνειδήτου από δύο εξέχουσες μορφές (που μαθήτευσαν και κοντά στον Charcot) τον Janet και τον Freud.

Ο Pierre Janet (1859-1947) διέκρινε εκτός από την υστερία και την «ψυχασθένεια», στην οποία περιελάμβανε τις ιδεοληψίες, φοβίες κλπ. Στις μελέτες του «Νευρώσεις και Έμμονες Ιδέες» και «Οι Ιδεοληψίες και η Ψυχασθένεια» αναπτύσσει την έννοια του «ψυχικού σθένους» που συντονίζει τις ψυχικές λειτουργίες και που, ωστόσο, βρίσκεται ελαττωμένο στην «ψυχασθένεια», την έννοια της «στένωσης του πεδίου της συνείδησης» καθώς και της αποσύνδεσης (διάσχισης), μηχανισμών που συμβάλλουν στη δημιουργία υστερικών φαινομένων. Ο Janet δεχόταν επίσης το ρόλο των παλαιών ψυχοτραυματικών γεγονότων και των «υποσυνειδήτων εμμόνων ιδεών» και εφάρμοζε μια δική του μέθοδο «ψυχολογικής ανάλυσης» για τη θεραπεία των ψυχονευρώσεων.

Η συμβολή του Sigmund Freud (1856-1939) στην ψυχοπαθολογική κατανόηση και παθογενετική εξήγηση των ψυχονευρώσεων υπήρξε τεράστια. Η πρώτη παρατήρηση του έγινε στην Βιέννη μαζί με τον Breuer, οπότε διαπίστωσαν ότι ο άρρωστος κατά την ύπνωση έφερνε στην επιφάνεια υποσυνειδήτο υλικό που εξηγούσε το «συμβολικό νόημα» των συμπτωμάτων και παράλληλα ότι με την εκφόρτιση των «απωθημένων» ο ασθενής βελτιωνόταν. Ο Freud στη συνέχεια ανακάλυψε ότι οι παλαιές ψυχοτραυματικές εμπειρίες μπορούν να ανακληθούν στη μνήμη του

αρρώστου όχι μόνο κατά την ύπνωση, αλλά και στην εγρήγορση με τον «ελεύθερο συνειρμό» και ότι πέρα από τις εμπειρίες σημασία έχουν οι φαντασιώσεις, τα όνειρα, τα «τυχαία λάθη» και άλλα στοιχεία της συμπεριφοράς του αρρώστου. Έτσι με την πάροδο του χρόνου διαμορφώθηκαν κλασσικές για τη σημερινή Ψυχιατρική έννοιες, όπως το Υποσυνείδητο, Προσυνειδητό, Συνειδητό και το Εγώ, Υπερεγώ, και «Εκείνο», καθώς και τα στάδια ανάπτυξης της προσωπικότητας (στοματικό, πρωκτικό, Οιδιπόδειο κλπ.). Μέσα από την ψυχανάλυση των ψυχονευρώσεων βρέθηκαν οι διάφοροι αμυντικοί μηχανισμοί και η διαμόρφωση των συμπτωμάτων, αλλά και οι κανόνες της σχέσης θεραπευτή-αρρώστου, που οδήγησαν σε μια εγνωσμένη τεχνική κατά την ψυχοθεραπεία, κατά την οποία ο θεραπευτής εντοπίζει τις αντιδράσεις του ασθενή (μεταβίβαση) καθώς και τις δικές του (αντιμεταβίβαση) κι έτσι η θεραπεία δεν εξελίσσεται σε μια τυχαία ή απλώς «καλής θελήσεως», υποστηρικτική σχέση, αλλά ενεργεί βαθύτερα και ριζικότερα.

Παρ' όλες τις αρχικές θεωρητικές αποκλίσεις μερικών συνεργατών του Freud (Jung, Adler κ.ά.), η ψυχαναλυτική θεραπεία εμπλουτίστηκε από την συμβολή τους, καθώς και πολλών άλλων. Ο Hartmann υπογράμμισε τις προσαρμοστικές δυνατότητες του Εγώ, η Anna Freud επεξεργάστηκε λεπτομερέστερα τους μηχανισμούς άμυνας, ο Sullivan επεξέτεινε τη σύγκρουση από τα ενδοψυχικά προβλήματα στις διαπροσωπικές σχέσεις, η Karen Horney στις κοινωνικές προεκτάσεις κ. ό. κ.

Οι ψυχαναλυτές που ασχολήθηκαν με τις διαταραχές των παιδιών συνέβαλαν πολύ στη καλύτερη κατανόηση των ψυχονευρώσεων γενικότερα. Η Melanie Klein θεωρεί ότι υπάρχουν εγγενείς δυνάμεις στο άτομο και στην διαμόρφωση του Εγώ από τη βρεφική ηλικία (οπότε πχ. Δημιουργούνται καταβολές «καταθλιπτικής τοποθέτησης» κλπ.), ο Winnicott τονίζει την σημασία των «ενδιάμεσων αντικειμένων» και υποκατάστατων της μητέρας, ο Erikson συσχετίζει τα στάδια ανάπτυξης με τους κοινωνικούς στόχους και δίνει έμφαση στις ψυχοκοινωνικές κρίσεις που οδηγούν σε διαταραχές της ταυτότητας ή νευρωτικές εικόνες.

Παράλληλα με τις πιο πάνω εξελίξεις, στις αρχές του αιώνα μας τα πειράματα του Ρώσου Pavlov έβαζαν τις βάσεις για μια άλλη θεώρηση των νευρώσεων και αναπτύσσονταν οι θεωρίες της Μάθησης. Μετά το αρχικό

πείραμα έκκρισης σάλιου από το σκύλο με το άκουσμα ενός κουδουνίσματος (που συνόδευε την παρουσία φαγητού προηγουμένως) κι όταν πια δεν προσφερόταν φαγητό (εξαρτημένο αντανακλαστικό), βρέθηκαν και άλλες μαθησιακές συσχετίσεις. Ο Engel πχ. Παρατήρησε σε ασθενείς με γαστρικό συρίγγιο ότι ανάλογα με την παρουσία του γιατρού ή άλλου προσώπου και των συναισθημάτων που προκαλούνταν (άγχους, λύπης, αγανάκτησης) μεταβάλλονταν οι εκκρίσεις, η αιμάτωση του βλεννογόνου, η κινητικότητα του στομάχου και μόνο επί ηρεμίας ο στόμαχος λειτουργούσε σαν να προχωρούσε σε κανονική πέψη.

Μια μεταπολεμική ανακάλυψη υπήρξε το φαινόμενο της «αμοιβαίας αναστολής» από τον Wolpe, σύμφωνα με το οποίο εάν μια απάντηση σε ένα ανασταλτικό του άγχους ερέθισμα προκληθεί συγχρόνως με ένα αγχογόνο ερέθισμα, τότε η επίδραση του τελευταίου ελαττώνεται σημαντικά. Σ' αυτό βασίζεται η τεχνική της μυϊκής χαλάρωσης, που επιδρά θεραπευτικά ώστε ένα αγχογόνο ερέθισμα να μη προκαλεί νευρωτικές εκδηλώσεις. Ο Wolpe, όπως και οι άλλοι ερευνητές των μαθησιακών θεωριών, δέχονται ότι οι νεύρωση είναι μια μαθημένη συμπεριφορά αποτελούμενη από αποκτηθείσες δυσπροσαρμοστικές συνήθειες, μέσα από αγχογόνες περιστάσεις. Υπήρξαν μάλιστα και προσπάθειες πειραματικής δημιουργίας νευρώσεων, όπως από τον Watson.

Ο Skinner επίσης συνέβαλε με την έννοια της «συντελεστικής μάθησης», ότι δηλαδή κάθε απάντηση σε ένα ερέθισμα δεν είναι αντανακλαστική ή ακούσια, αλλά και ηθελημένη και εκμανθάνεται από την επιβράβευση (θετική ενίσχυση), όπως πχ. Το πειραματόζωο ύστερα από δοκιμές, μαθαίνει ποιον μοχλό να κινήσει για να πάρει τροφή ή να βγει από το κλουβί κ. ό. κ.

Οι πιο πάνω εργασίες κατέληξαν σε χρήσιμες θεραπείες τις Συμπεριφοράς, οι οποίες ως στόχο έχουν την εξάλειψη του συμπτώματος, χωρίς να εξετάζουν ή να μεταβάλλουν τη βαθύτερη ψυχοπαθολογία των εσωτερικών συγκρούσεων, σκοπό τον οποίο θέτουν οι Ψυχαναλυτικές θεραπείες.

Κεφάλαιο 1: Γενικά στοιχεία νευρώσεων και αγχωδών διαταραχών

1.1 Νευρώσεις: Γενικά χαρακτηριστικά

Η φύση των νευρώσεων

Οι νευρώσεις χαρακτηρίζονται από μια δυσχέρεια στη συναισθηματική προσαρμογή του ατόμου και από την εκδήλωση άγχους, το οποίο είτε είναι ελεύθερα διακινούμενο και εκφρασμένο, είτε μέσα από ορισμένους μηχανισμούς άμυνας (μετάθεση, μετατροπή κλπ) διαφοροποιείται προς άλλη συμπτωματολογία (φόβους, σωματοποίηση κλπ). Η ψυχοπαθολογική αυτή κατάσταση ενοχλεί το άτομο, το οποίο την αντιλαμβάνεται ως νοσηρή, ξένη και ασύμβατη προς τον εαυτό του (ego-dystonic) και γι' αυτό επιζητεί τη θεραπεία του. Στις νευρώσεις παραμένει άθικτη η επαφή με την πραγματικότητα καθώς και οι βασικές ψυχικές λειτουργίες, ενώ παράλληλα το άτομο προσπαθεί να ενταχθεί στους κανόνες του κοινωνικού περιβάλλοντος, χωρίς να τους παραβιάζει, υποφέροντας κατά κύριο λόγο το ίδιο.

Ο Freud με τον όρο ψυχονεύρωση εννοούσε μια οδυνηρή ψυχικά κατάσταση σε ένα άτομο με πλήρη επαφή με την πραγματικότητα, που αιτιολογικά οφειλόταν σε σύγκρουση ανάμεσα στις υποσυνείδητες επιθυμίες (του Προεγώ) και τις απαγορεύσεις (του Υπερεγώ) με συνέπεια το Εγώ να αισθάνεται έναν επικρεμάμενο, αόριστο κίνδυνο (συναίσθημα άγχους) και να κινητοποιεί ορισμένους μηχανισμούς για αποτροπή του. Σήμερα, επειδή η πιο πάνω αιτιολόγηση ισχύει και για άλλες παθήσεις, δίνουμε ιδιαίτερη σημασία στην αξιολόγηση της προνοσηρής προσωπικότητας για τον καθορισμό μιας νεύρωσης και της ιδιαίτερης μορφής της.

Πορεία

Η πορεία των ψυχονευρώσεων, εξαιτίας της νευρωτικής δομής της προσωπικότητας και των επαναλαμβανόμενων νευρωτικών μηχανισμών, είναι συχνά χρόνια ή υποτροπιάζουσα, γι' αυτό και οι στόχοι μιας ψυχοθεραπείας

περιλαμβάνουν την προσπάθεια ωρίμανσης της προσωπικότητας και διαφοροποίησης των νοσηρών μηχανισμών.

Κλινική εικόνα

Η κλινική εικόνα μιας ψυχοεύρωσης θα εξαρτηθεί από τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας και τους αμυντικούς μηχανισμούς που χρησιμοποιούνται, πολύ συχνά όμως παρατηρούνται μικτές μορφές ή εναλλαγή μιας μορφής με μιαν άλλη (γεγονός που αποδεικνύει, κοντά στ' άλλα, τα κοινά στοιχεία και την ομοιογένεια των παθήσεων αυτών, που πρέπει να ταξινομούνται μαζί στην ομάδα των ψυχονευρώσεων.

Παθογενετικά, είναι βέβαιο ότι δεν ενοχοποιούνται οργανικοί παράγοντες και κάποιες ενδείξεις κληρονομικότητας δεν γίνονται δεκτές από τους περισσότερους. Αντίθετα, οι ψυχογενετικοί παράγοντες αναγνωρίζονται απ' όλους ότι διαδραματίζουν ουσιαστικό και καθοριστικό ρόλο και κυρίως οι σχέσεις με τους γονείς στην παιδική ηλικία, οι κοινωνικές συνθήκες μέσα στις οποίες αναπτύχθηκε η προσωπικότητα και τα ψυχοπιεστικά και εκλυτικά γεγονότα.

Ταξινόμηση

Ο όρος «νεύρωση» χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά από τον Gullen το 1796 για ένα σύνολο ψυχικών διαταραχών, οργανικής όπως πιστευόταν αιτιολογίας, των οποίων οι προεξάρχουσες εκδηλώσεις προέρχονται από το αυτόνομο νευρικό σύστημα. Η πρώτη ψυχοεύρωση, η οποία αποτέλεσε το αντικείμενο σοβαρής μελέτης από πολλούς ερευνητές, υπήρξε η υστερία και στη συνέχεια η «ψυχασθένεια», στην οποία περιλαμβάνονται οι ιδεοληψίες, οι φοβίες κ.ά. Προϋπήρχε όμως από το 1868 ο παρεμφερής προς την «ψυχασθένεια» όρος «νευρασθένεια» που είχε εισαχθεί από τον Beard. Το 1894 ο Freud διαχώρισε από τη νευρασθένεια την αγχώδη νεύρωση και μετέπειτα τη φοβία («αγχώδη υστερία») και την ψυχαναγκαστική νεύρωση. Ήδη στο κλασικό σύγγραμμα του Kraepelin, στην έκδοση του 1901, το ένα δέκατο των σελίδων ήταν αφιερωμένο στις «ψυχογενείς νευρώσεις».

Στα αγγλοσαξονικά διδακτικά βιβλία, το κεφάλαιο για τις «νευρώσεις» περιλάμβανε μια ομοιογενή ομάδα ψυχοπαθολογικών καταστάσεων, η οποία διαχωριζόταν από τους Henderson-Gillespie (εκδόσεις 1927-1955) στη

νευρασθένεια, αγχώδη, υστερική και καταναγκαστική νεύρωση, από τον Αμερικανό Noyes (εκδόσεις 1934-1948) στις ίδιες επίσης με την προσθήκη της υποχονδρίας, αντιδραστικής κατάθλιψης και των τραυματικών νευρώσεων, ενώ ο Kolb πρόσθεσε (1977) τη φοβική.

Στο πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, ο αείμνηστος καθηγητής Γεώργιος Αναστασόπουλος διέκρινε τις νευρώσεις σε νευρασθένεια, αγχώδη, υστερική, ψυχαναγκαστική και μετατραυματική, καθώς και ο καθηγητής Αγ. Διακογιάννης (1974) με επιπλέον τη φοβική. Ο καθηγητής Ι. Λογοθέτης (1975) δέχεται επίσης την καταθλιπτική, υποχονδριακή και το σύνδρομο αποπροσωποποίησης.

Στο Πανεπιστήμιο Αθηνών ο καθηγητής Κ. Στεφανής (1973) στο κεφάλαιο των νευρώσεων περιγράφει την αγχώδη, υστερική, φοβική, ψυχαναγκαστική, καταθλιπτική, υποχονδριακή, τη νευρασθένεια και το σύνδρομο αποπροσωποποίησης. Στο πανεπιστήμιο Πατρών ο καθηγητής Π. Χαρτοκόλλης (1986) περιλαμβάνει στις νευρώσεις (εκτός από την αγχώδη, φοβική, ψυχαναγκαστική, υποχονδριακή, υστερική) και τη σωματοποιητική διαταραχή. Όλοι τονίζουν την ύπαρξη μικτών μορφών.

Η Βρετανική Σχολή (1989) εξακολουθεί να δέχεται την έννοια των νευρώσεων και μάλιστα ότι μπορούν να παρουσιασθούν σε παιδιά και εφήβους (1985) με όμοιες εικόνες: αγχώδη, φοβική, υστερική, ψυχαναγκαστική και καταθλιπτική. Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, στην πρόσφατη Διεθνή Ταξινόμηση των νόσων του 1988, διατηρώντας την έννοια των νευρωτικών διαταραχών, παραμένει στις κατηγορίες αγχώδης (και αγχώδης καταθλιπτική), φοβική, ψυχαναγκαστική, αποσυνδεδετική και μετατρεπτική, σωματόμορφες διαταραχές (μεταξύ των οποίων υποχονδριακή νεύρωση) και άλλες, μεταξύ των οποίων η νευρασθένεια και το σύνδρομο αποπροσωποποίησης.

Εξαίρεση αποτέλεσε η Αμερικανική ταξινόμηση, η οποία, ενώ μέχρι το 1979 δεχόταν τις διεθνώς παραδεκτές πιο πάνω κατηγορίες, κατάργησε τον όρο «νευρώσεις» και τις κατέτμησε σε επιμέρους «διαταραχές»: γενικευμένη αγχώδης, διαταραχή πανικού, φοβική, ψυχαναγκαστική, σωματοποιητική (υστερία Briquet), μετατροπής, ψυχογενούς πόνου, υποχονδριακή, διασχιστική, αποπροσωποποίησης, μετατραυματική.

Στη νέα έκδοση (DSM-III-R, 1987) προστέθηκε και η σωματοδυσμορφική. Ο όρος καταθλιπτική νεύρωση καταργήθηκε και αντ' αυτού χρησιμοποιήθηκε η ελληνική λέξη «δυσθυμία» και η «διαταραχή» έχει υπαχθεί σε μια κατηγορία με τον αδόκιμο, κατά την άποψή μας, όρο «Διαθεσικές διαταραχές».

Στην ψυχαναλυτική βιβλιογραφία οι νευρώσεις αναφέρονται και ως Συμπτωματικές νευρώσεις επειδή έχουν ποικιλία συμπτωμάτων, σε αντίθεση προς τις νευρώσεις χαρακτήρα, τις διαταραχές δηλ. προσωπικότητας, και τις οργανονευρώσεις που αποτελούν τις ψυχοσωματικές παθήσεις.

Επιδημιολογία

Οι νευρώσεις αποτελούν τη συχνότερη ομάδα ψυχικών παθήσεων, αφού 8-12% του γενικού πληθυσμού έχουν ανάγκη ψυχιατρικής βοήθειας για τις παθήσεις αυτές (από το 14-20% του γενικού πληθυσμού, που κατά τις περισσότερες έρευνες αποτελεί το ποσοστό επικράτησης των ψυχικών νόσων σ' όλα τα κράτη όπως και στην Ελλάδα) (Μαδιανός και συν). Νευρωτικά στοιχεία, χωρίς ιδιαίτερη ένταση, που να οδηγούν το άτομο σε αναζήτηση ιατρικής φροντίδας, ανευρίσκονται κατά τις επιδημιολογικές έρευνες σε πολύ μεγαλύτερο ποσοστό, 33-35%, του γενικού πληθυσμού. Το γεγονός αυτό είναι σημαντικό να το έχει υπόψη κάθε νοσηλεύτης, διότι οι νευρωτικές εκδηλώσεις που μπορεί να συνοδεύουν οποιαδήποτε σωματική νόσο ή οι νευρωτικές αντιδράσεις πολλών ασθενών, όλων των ειδικοτήτων, που εμφανίζουν προς τη νόσο, τους θεράποντες κλπ, βασίζονται ακριβώς στην εκτεταμένη ύπαρξη τέτοιων ψυχονευρωτικών στοιχείων στο χαρακτήρα.

Η σωματική νόσος αυτή καθαυτή αποτελεί ψυχοπιεστικό γεγονός, το οποίο αναζωπυρώνει την ανασφάλεια μιας ευάλωτης προσωπικότητας και δημιουργεί νευρωτική συμπτωματολογία ποικίλου βαθμού: αγχώδεις εκδηλώσεις, καταθλιπτική συνδρομή, υστεροειδείς αντιδράσεις κλπ, πολύ συχνά με την εμφάνιση των γνωστών «νευροφυτικών διαταραχών» ή «ψυχοσωματικών εκδηλώσεων». Γι' αυτό το ποσοστό των ασθενών Εξωτερικών Ιατρείων, κυρίως των παθολογικών, με τέτοια συμπτωματολογία, ανεξάρτητα από τη βασική σωματική πάθηση, υπερβαίνει το 30-40% των προσερχομένων. Δεν πρέπει να λησμονείται άλλωστε ότι πολλοί από τους αρρώστους αυτούς (με παράπονα όπως ταχυκαρδίες, ποικίλους πόνους,

συσφιγκτικό αίσθημα στο λαιμό, το στήθος κλπ, «φουσκώματα», μια ακαθόριστη «ζάλη», αστάθεια κ.ά.) αποδεικνύεται τελικά ότι δεν πάσχουν από μια σωματική πάθηση, αλλά ότι τα ενοχλήματά τους είναι μέρος μιας ψυχονευρωτικής εικόνας. Ανάλογες εκδηλώσεις στα ίδια ή και ψηλότερα ποσοστά παρουσιάζονται στους εσωτερικούς ασθενείς όλων των ειδικοτήτων.

Στις ψυχιατρικές υπηρεσίες ποικίλου τύπου οι νευρώσεις κατέχουν την πρώτη θέση από πλευράς συχνότητας. Στα τακτικά Ψυχιατρικά Εξωτερικά Ιατρεία Γενικού Νοσοκομείου αποτελούν πάνω από το μισό (57%) των προσερχομένων, ανάμεσα στα Επείγοντα μιας γενικής εφημερίας το 42-46% και μεταξύ των παραπομπών άλλων κλινικών προς τη Συμβουλευτική ψυχιατρική υπηρεσία ανάλογο ποσοστό (στο Γενικό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ το 47%). Στους Ψυχιάτρους της Κινητής Μονάδας Ψυχικής Υγείας, που καλύπτει τα Κέντρα Υγείας του Νομού Θεσσαλονίκης, από τους προσερχόμενους, 57,9% παραπονούνται για νευρωτικά και «ψυχοσωματικά» ενοχλήματα (Ιεροδιακόνου και συν, 1986).

Από πλευράς ηλικίας, η έναρξη μιας ψυχονεύρωσης εκδηλώνεται συνήθως στην εφηβεία και πρώτη νεανική ηλικία. Εν τούτοις, σε πολλές περιπτώσεις και σε άτομα με νευρωτική δομή της προσωπικότητας η συμπτωματολογία εκδηλώνεται και μετά το 30^ο έτος της ηλικίας με την ευκαιρία ενός δυσάρεστου, στρεσογόνου γεγονότος ή μεταβολής των μέχρι τότε συνθηκών – επαγγελματικών, οικογενειακών, οικονομικών κλπ – που μειώνει την αυτοεκτίμηση και αυτοπεποίθηση του ατόμου. Το ίδιο μπορεί να συμβεί εξαιτίας μιας δυσδιάγνωστης ή δυσίατης χρόνιας νόσου, με ιατρογενείς προσμείξεις, εάν δεν γίνει σωστός χειρισμός από πλευράς θεραπόντων.

Οι νευρώσεις παρατηρούνται γενικά συχνότερα στις γυναίκες παρά στους άνδρες, σε υπερδιπλάσιο αριθμό. Διάφορες εξηγήσεις του φαινομένου έχουν δοθεί, μεταξύ των οποίων οι κοινωνικοί περιορισμοί που αναγκάζουν τη γυναίκα σε συνεχή αυτοκαταπίεση και απωθήσεις των βασικών ενστικτωδών της αναγκών. Η έλλειψη ευκαιριών για επαγγελματική σταδιοδρομία, η αυστηρότητα της πατρικής οικογένειας, ένας γάμος χωρίς ψυχική επικοινωνία, η οικονομική εξάρτηση, η ανάγκη για πολλαπλούς ρόλους (μητέρας, εργαζόμενης, συζύγου, φροντίδα των πεθερικών κλπ) συμβάλλουν σε άλλοτε άλλο βαθμό στην εκδήλωση μίας ψυχονεύρωσης στη γυναίκα.

Λέγεται ότι στην εποχή μας ο αριθμός των ψυχονευρωτικών έχει αυξηθεί, γεγονός το οποίο ωστόσο δεν έχει βάσιμα αποδειχθεί. Η ύπαρξη πάντως ιδανικών και στόχων απομακρύνει από τη δημιουργία εσωτερικών συγκρούσεων, όπως και η ανάγκη για επιβίωση, γι' αυτό και κατά τη διάρκεια του πολέμου η συχνότητα ψυχονευρωτικών εκδηλώσεων ελαττώνεται.

Από τα πιο πάνω στοιχεία, υπογραμμίζεται η άποψη των περισσότερων, ότι οι νευρώσεις αποτελούν ουσιαστικά διαταραχές στις διαπροσωπικές σχέσεις ατόμων που έχουν δυσχέρεια στη συναισθηματική τους προσαρμογή. Η μεγάλη συχνότητά τους, οι μικτές μορφές με τις οποίες εμφανίζονται και οι νευρωτικές προσμειξίες στις σωματικές παθήσεις επιβάλλουν την ανάγκη κάθε γιατρός και νοσηλευτής να διερευνά με υπομονή και ενδιαφέρον τα οικογενειακά, επαγγελματικά, ερωτικά κ.ά. προβλήματα του αρρώστου και να μην αρκείται μόνο στη σωματική και εργαστηριακή εξέταση. Αφού το ένα τρίτο περίπου του πληθυσμού παρουσιάζει νευρωτικά στοιχεία στο χαρακτήρα, ο θεράπων πρέπει να γνωρίζει από πιο κοντά την προσωπικότητα του αρρώστου και να του δώσει την ευκαιρία να εκφορτίσει τα αθροισμένα και απωθημένα συναισθήματα (άγχος, φόβους, οργή, ντροπή κλπ) και να τακτοποιήσει τις κοινωνικές του σχέσεις, καθώς και τους φόβους του για την ίδια την πάθησή του. Αυτό θα βοηθήσει σημαντικά τόσο θεραπευτικά όσο και προγνωστικά.

Κεφάλαιο 2: Κλινικές Μορφές Άγχους

Οι κλινικές μορφές άγχους ποικίλουν από το σχεδόν ομαλό άγχος, που περιγράψαμε, μέχρι τις πιο περίπλοκες μορφές, σαν αυτήν που βρίσκουμε στην ψυχαναγκαστική ενοχή.

2.1 Συνηθισμένο Αντικειμενικό Άγχος

Το συνηθισμένο αντικειμενικό άγχος είναι η κατάσταση εκείνη κατά την οποία υπάρχει ένας σοβαρός αντικειμενικός κίνδυνος, αλλά ανικανότητα αντίδρασης, γιατί είναι αδύνατη η αποφυγή του κινδύνου. Πρόκειται για το άγχος που νιώθουμε, όταν αντιμετωπίζουμε οικονομική καταστροφή ή όταν κινδυνεύει από μια σοβαρή αρρώστια ένα αγαπημένο μας πρόσωπο. Το ερέθισμα είναι αντικειμενικό αφού ο φόβος είναι δικαιολογημένος. Όμως πρόκειται για αληθινό άγχος, αφού ο φόβος κρατιέται υπό έλεγχο, χωρίς πιθανότητα εκφόρτισης. Οι φόβοι της νηπιακής ηλικίας είναι τυπικοί αυτής της κατηγορίας, γιατί όταν το μωρό βρίσκεται σε κατάσταση τρόμου, δεν μπορεί να κάνει τίποτα. Έτσι ο πρώτος χρόνος ζωής είναι η τυπική ηλικία κατά την οποία εμφανίζονται οι διάφορες καταστάσεις άγχους που αναπαράγονται αργότερα σε φοβίες. Οι περισσότερες μορφές αγχώδους υστερίας, όπως η αγοραφοβία, ανάγονται σ' αυτή την πρώιμη ηλικία.

2.2. Συνηθισμένο Εξαρτημένο Άγχος

Το συνηθισμένο εξαρτημένο άγχος διαφέρει από το συνηθισμένο αντικειμενικό άγχος. Η αντίδραση δεν καθορίζεται μόνο από το τωρινό ερέθισμα αλλά και από την *ενίσχυση που δέχθηκε από προηγούμενες εμπειρίες*, γι'αυτό είναι πάντα υπερβολική. Τέτοιος είναι ο φόβος για ένα σκυλί που γαβγίζει, για το νερό ή για το σκοτάδι. Η τωρινή κατάσταση δεν φτάνει για να ερμηνευθεί η υπερβολική αντίδραση, το άτομο έχει μια προδιάθεση.

Το συνηθισμένο εξαρτημένο άγχος μπορεί να είναι *εξειδικευμένο* ή *γενικό*.

A. Εξειδικευμένο εξαρτημένο άγχος είναι εκείνο στο οποίο ο φόβος έχει προσκολληθεί σε κάποιο ιδιαίτερο αντικείμενο ή κατάσταση, όπως ο φόβος για το νερό κάποιου που κινδύνεψε να πνιγεί στην παιδική του ηλικία, ο φόβος της ασφυξίας, επειδή τον πλάκωσε ένα μαξιλάρι όταν ήταν μωρό, ή ο φόβος των γιατρών, επειδή έκανε μια εγχείρηση όταν ήταν μικρός. Το πραγματικό ερέθισμα του κινδύνου μπορεί να είναι πολύ μικρό, όπως η απλή θέα του νερού είναι αρκετή για να προκαλέσει πανικό. Το άγχος αυτό είναι ανώμαλο, γιατί δεν έχει παρά μικρή σχέση με τον τωρινό κίνδυνο και είναι υπερβολικό γιατί στο μικρό φόβο που προκαλεί η παρούσα κατάσταση προστίθεται πάντα και ο φόβος του παρελθόντος. Δεν μπορούμε να τον αντιμετωπίσουμε ικανοποιητικά, μια και η κύρια πηγή του φόβου είναι άγνωστη και γι'αυτό ο φόβος μετασχηματίζεται σε άγχος.

Οι εξαρτημένοι φόβοι συχνά προέρχονται από τάση του παιδιού να γενικεύσει τις εμπειρίες του, ή μάλλον από την αδυναμία του να κάνει διάκριση ανάμεσα στα διάφορα ερεθίσματα που δηλώνουν κάποιο κίνδυνο. Αν ένας ξένος τρομοκρατήσει ένα παιδί, το παιδί θα φοβάται στο εξής όλους τους ξένους. Αυτό αναμφίβολα έχει μια αξία επιβίωσης, μια και αφού ο ένας ξένος μας έβλαψε, το ίδιο μπορεί να μας βλάψουν και οι άλλοι. Όμως αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να τρομοκρατούμαστε σε πολλές περιπτώσεις εντελώς αδικαιολόγητα.

Οι εξειδικευμένοι φόβοι της παιδικής ηλικίας συνήθως περνάνε και όλα τα εξαρτημένα αντανακλαστικά, αν δεν ενισχυθούν. Όμως αν ενισχυθούν μπορεί να γίνουν μόνιμα.

Β. Το γενικευμένο εξαρτημένο άγχος αποτελεί μια «νευρική προδιάθεση». Το παιδί που είναι συνεχώς άρρωστο ή που κάνει τη μια εγχείρηση μετά την άλλη, το παιδί που ζει σε ένα διαλυμένο σπίτι, που οι γονείς του τσακώνονται συνεχώς ή που έχει οποιοσδήποτε αιτίες να νιώθει ανασφαλές, μπορεί να αναπτύξει ένα άγχος απέναντι στη ζωή. Βλέπει τον κίνδυνο να παραμονεύει παντού, νιώθει αμηχανία μπροστά σε οποιαδήποτε νέα κατάσταση, υποχωρεί από οποιοδήποτε νέο καθήκον και μεγαλώνει έχοντας αναπτύξει μια νευρική προδιάθεση.

2.3. ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπεία του εξαρτημένου φόβου και του άγχους γίνεται μέσω *επανεξάρτησης*. Έτσι το παιδί μπορεί να θεραπευτεί από το φόβο που νιώθει για το σκοτάδι με το να κοιμάται κάποιος μαζί του, πράγμα που θα του δώσει ένα αίσθημα ασφάλειας. Αν προσπαθήσουν όμως να το <<ξεφοβίσουν>>, μπορεί σαν αποτέλεσμα να ενισχυθεί ο φόβος. Σε άλλες περιπτώσεις οι νοσηροί φόβοι μπορούν να θεραπευτούν μέσω *εξήγησης*. Τέτοια είναι η περίπτωση ενός αγοριού που, όταν ήταν παιδί, το τρόμαζαν όλοι οι θόρυβοι. Αιτία ήταν η γιαγιά του που φοβόταν τις καταιγίδες και τον έκανε να τις φοβάται και αυτός μέσω υποβολής. Η εξήγηση για την προέλευση του φόβου του ήταν αρκετή για να τον θεραπεύσει. Έκανε μάλιστα την παρατήρηση: « Τώρα καταλαβαίνω. Η γιαγιά μου ήταν ανόητη και όχι εγώ».

Το γενικό άγχος μπορεί επίσης να θεραπευτεί μέσω υποβολής που δίνει ελπίδα στον απελπισμένο και θάρρος στον τρομαγμένο. Η υποβολή μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί για να σπάσει η νοσηρή σύνδεση ανάμεσα στο φόβο και στο αντικείμενό του.

2.4. Συνηθισμένο Υποκειμενικό Άγχος

Συνηθισμένο υποκειμενικό άγχος είναι εκείνο στο οποίο η πηγή του κινδύνου βρίσκεται βαθιά μέσα μας. Οι απειλές προέρχονται από τις παρορμήσεις και τις επιθυμίες μας και αυτό το ξέρουμε πολύ καλά. Όπως υπάρχουν κίνδυνοι εξωτερικοί, έτσι υπάρχουν και κίνδυνοι εσωτερικοί μας. Μπορεί κανείς να φοβάται όχι μόνο την αρρώστια ή μήπως χάσει την δουλειά του αλλά και την οξυθυμία του. Υπάρχουν απειλές που τις ξέρει πολύ καλά και που προέρχονται από την επιθετικότητά του ή από τις συνέπειες σεξουαλικών παθών του. Ή μπορεί να βλέπει τον κίνδυνο να παραμονεύει πίσω από την αδράνεια και την τεμπελιά του. Μπορεί να φοβάται μήπως φανεί αγενής ή μήπως ρεζίλευτεί. Ένας άνθρωπος καταρρέει όχι μόνο όταν τον προδώσουν οι περιστάσεις, αλλά και τον προδώσει ο ίδιος ο εαυτός του. Φοβάται εκείνες τις εχθρικές δυνάμεις που κρύβει μέσα του, που του ρουφούν τη δύναμη και του κάνουν να χάνει το κουράγιο του. Ένας άνθρωπος μπορεί να φοβάται την ατίμωση περισσότερο και από τον θάνατο. Μπορεί να φτάσει στο σημείο να τερματίσει ο ίδιος τη ζωή του, παρά να υποστεί την ατίμωση της δειλίας, την ντροπή της χρεοκοπίας ή το ρεζίλεμα της οικογένειας. Πρώτα ταυτιζόμαστε με ένα ιδανικό πρότυπο και έπειτα φοβόμαστε τις παρορμήσεις μας που απειλούν την ακεραιότητά του. Ο φόβος φαίνεται να προέρχεται από μια αίσθηση εκμηδένισης και εξάλειψης του εαυτού, πράγμα που μπορεί να ισχύσει τόσο για τον ηθικό όσο και για το σωματικό μας εαυτό.

Αυτοί οι κίνδυνοι από μέσα μας μπορούν κάλλιστα να προκαλέσουν άγχος, γιατί δεν μπορούμε να ξεφύγουμε από τον εαυτό μας. Επιπλέον οι ανασταλτικές δυνάμεις, που αποτρέπουν την έκφραση των συναισθημάτων, βρίσκονται επίσης μέσα μας. Η όλη σύγκρουση είναι υποκειμενική.

Το συνηθισμένο υποκειμενικό άγχος διακρίνεται από το νευρωσικό άγχος στο ότι σ'αυτό η πηγή του κινδύνου είναι γνωστή. Μπορεί κανείς να έχει πλήρη συνείδηση της δειλίας του, της τάσης του να κάνει απάτες στη δουλειά του, υπονομεύοντας έτσι την ηθική του ακαιρεότητα, ή της ματαιοδοξίας του που κινδυνεύει κάθε στιγμή να τον ρεζιλέψει. Όχι μόνο σ'αυτές τις περιπτώσεις η απειλή ενάντια στην προσωπικότητά του είναι συνειδητή, αλλά και ο φόβος είναι ολότελα δικαιολογημένος. Γι'αυτό και το ονομάζουμε

συνηθισμένο άγχος. Επειδή επίσης η αιτία του φόβου προέρχεται από μέσα μας, το ονομάζουμε *υποκειμενικό*. Και μια δεν υπάρχει περίπτωση να ξεφύγουμε από αυτό, πρόκειται για αληθινό *άγχος*.

2.5. Το Νευρωσικό Άγχος

Η λαϊκή ψυχολογία αποδίδει τους περισσότερους ανώμαλους φόβους σε αντικειμενικές καταστάσεις, σαν αυτές που περιγράψαμε και τις θεωρεί σαν τη μόνη αιτία των φοβιών. Όταν όμως φόβοι, όπως ο φόβος του πεσίματος, του σκοταδιού ή του πνιγμού εξακολουθούν να επιμένουν, τότε έχουμε λόγους να υποπτευόμαστε ότι δεν είναι τόσο απλοί, όσο φαίνονται, αλλά εκπροσωπούν πιο βαθιά ριζωμένους υποκειμενικούς φόβους που έχουν προβληθεί στον αντικειμενικό κίνδυνο, όπως αποδεικνύεται τόσο συχνά με την ανάλυση. Μπορεί να φοβάται κάποιος τα σκυλιά επειδή κάποτε έτυχε να τον δαγκώσει ένα σκυλί, μπορεί όμως ο φόβος αυτός να συμβολίζει και το φόβο για έναν οργισμένο πατέρα. Και για να πάμε μακρύτερα, μπορεί στην πραγματικότητα ο πατέρας να μην είναι οργισμένος και ο φόβος να προέρχεται μόνο από μια αίσθηση ενοχής, ότι το άτομο αξίζει την οργή του. Οι φοβίες συχνά είναι αντικειμενικοί φόβοι που θεωρούνται συνέπεια απαγορευμένων επιθυμιών. Οι νυχτερινοί τρόμοι των παιδιών είναι συχνά αυτού του τύπου – ηθικοί φόβοι.

Το νευρωσικό άγχος αποτελεί μια μορφή αγχώδους κατάστασης στην οποία η αιτία του φόβου δεν είναι απλά υποκειμενική αλλά και απωθημένη και ασυνείδητη. Ο όρος «νευρωσικός» χρησιμοποιείται καμιά φορά για όλες τις νοσηρές καταστάσεις άγχους, όπως ένας εξαρτημένος φόβος του νερού. Όμως προτιμούμε να χρησιμοποιούμε τους όρους «νευρωσικός» και «αγχώδης νεύρωση», για να δηλώσουμε όλες τις καταστάσεις νοσηρού άγχους που είναι αποτέλεσμα απώθησης και ψυχοαποσύνδεσης, τα αντικείμενα του οποίου είναι άγνωστα και ασυνείδητα.

Εξαιτίας της κρυμμένης φύσης αυτών των φόβων δεν μπορούμε να τους αντιμετωπίσουμε ικανοποιητικά και έτσι μετατρέπονται σε άγχος. Επειδή είναι απωθημένοι , είναι ψυχοαποσυνδεμένοι. Επειδή είναι ψυχοαποσυνδεμένοι , βρίσκονται *πέρα από τον έλεγχο της θέλησης* και

επειδή το αληθινό αντικείμενο του φόβου είναι άγνωστο, συχνά προβάλλονται σε άλλα αντικείμενα φόβου και εκδηλώνονται με την ανώμαλη μορφή της φοβίας. Αυτά όμως είναι και τα χαρακτηριστικά μιας ψυχοεύρωσης : απώθηση, ψυχοαποσύνδεση και ασυνείδητο κίνητρο του συμπτώματος.

Κεφάλαιο 3: Αγχώδης νεύρωση: Γενικά χαρακτηριστικά

Αγχώδης νεύρωση

Αγχώδης Νεύρωση είναι η ψυχονεύρωση που στη συμπτωματολογία της κυριαρχεί το άγχος και επιπλέον το αγχώδες συναίσθημα είναι επίμονο, συνοδεύεται από ορισμένες νευροφυτικές διαταραχές, βασίζεται σε ένα νευρωτικό χαρακτήρα και διαρκεί τουλάχιστον 3-4 εβδομάδες.

Μεμονωμένο σύμπτωμα άγχους μπορεί να αισθανθεί παροδικά οποιοδήποτε άτομο κάτω από αντίξοες συνθήκες, αλλά αυτό δεν στοιχειοθετεί νεύρωση, ούτε η φυσιολογική αγωνία απέναντι στα καθημερινά προβλήματα της ζωής πρέπει να συγχέεται με τη νευρωτική πάθηση.

Αγχώδης αντίδραση (ή Διαταραχή προσαρμογής με αγχώδες συναίσθημα) είναι ένας όρος που πρέπει να περιορίζεται στην εκδήλωση αγχώδους συνδρόμου (με νευροφυτική συμπτωματολογία κλπ) για ένα διάστημα, σε συνάρτηση με ένα έντονο οικογενειακό ή σωματικής υγείας πρόβλημα σε «φυσιολογικά» άτομα.

Επιδημιολογία

Παρά το ότι ακριβή στοιχεία δεν υπάρχουν, γιατί πολλοί αγχώδεις άρρωστοι δεν επισκέπτονται γιατρό ή παρακολουθούνται από παθολόγους, καρδιολόγους κλπ, και γενικά δεν μπαίνουν σε νοσοκομεία, είναι βέβαιο πως κατέχουν τη μεγαλύτερη μερίδα των ψυχονευρωτικών. Οι Αγχώδεις Νευρωτικοί υπολογίζεται ότι ανέρχονται στο 2-5% του γενικού πληθυσμού. Σε πολλά παθολογικά ή καρδιολογικά εξωτερικά ιατρεία, το 10-15% από τους πρωτοεμφανιζόμενους είναι αγχώδεις νευρωτικοί.

Οι γυναίκες παρουσιάζουν την κατάσταση σε πολύ μεγαλύτερη αναλογία από τους άνδρες, οπωσδήποτε σε υπερδιπλάσιο αριθμό. Συνηθέστερη ηλικία έναρξης είναι η πρώτη νεανική.

Αντίθετα με τη διαδεδομένη άποψη ότι η σύγχρονη τεχνολογική εξέλιξη έφερε «την εποχή του άγχους» (λανθασμένα συγχέεται η αγωνία της ταχύρυθμης σύγχρονης ζωής με το παθολογικό άγχος), μελέτες έχουν δείξει ότι σε κοινωνίες χαμηλού μορφωτικού-οικονομικού επιπέδου, όπως της

Ινδίας, τα αγχώδη στοιχεία είναι εντονότερα στο γενικό πληθυσμό απ' ότi σε πολυπλοκότερες αλλά με κοινωνική πρόνοια κοινωνίες, όπως της Αγγλίας. Στην Ελλάδα συμπεραίνεται ότι ο βαθμός αγχωδών στοιχείων στην προσωπικότητα βρίσκεται σ' ένα ενδιάμεσο, με σαφή υπεροχή στις γυναίκες.

Αιτιολογία

Κληρονομική επιβάρυνση δεν έχει αποδειχθεί να υπάρχει στην αγχώδη νεύρωση.

Στο Γονεϊκό περιβάλλον οι οικογενειακές σχέσεις χαρακτηρίζονται από ένταση και ανασφάλεια σε 85% (χωρίς έκδηλη νεύρωση στον πατέρα ή τη μητέρα παρά μόνο στο 14%). Οι γονείς αγωνιούν για το επόμενο βήμα τους, την έκβαση των υποθέσεών τους, την υγεία τη δική τους και των παιδιών τους και αντιδρούν με συναισθηματικές υπερβολές σε ορισμένες δυσχέρειες ή κινδύνους. Φυσικό είναι μια τέτοια ατμόσφαιρα να μεταδίδει μια εναγώνια αναμονή στα παιδιά, που έχουν την τάση συνταύτισης με τους γονείς.

Η συνεχής υπερπροστατευτική στάση των γονέων με φροντίδες για πιθανούς κινδύνους που μπορεί να διατρέξουν τα παιδιά, τα καθιστά διστακτικά και ανασφαλή και τους δημιουργεί μια υπερβολική εξάρτηση από αυτούς, κυρίως τη μητέρα. Το γονεϊκό περιβάλλον των αγχωδών σε πολλές περιπτώσεις ακολουθεί αυστηρές αρχές και πεποιθήσεις που τοποθετούν το παιδί μπροστά σε αυξημένες ευθύνες για τις οποίες δεν νιώθει ικανό και έτσι τελικά προκύπτουν αμφιθυμικά αισθήματα προς τους γονείς. Άλλες προδιαθεσικές πηγές μελλοντικού άγχους είναι ο αποχωρισμός από γονέα, ο θάνατός του ή η υιοθεσία.

Προνοσηρή προσωπικότητα. Βασικό γνώρισμα της προσωπικότητας των αγχωδών νευρωτικών είναι η ενδοστρέφεια και η έλλειψη εκδηλωτικότητας, αυθορμητισμού ή οποιοδήποτε ενθουσιασμού. Οι άρρωστοι περιγράφουν τον εαυτό τους ότι ανέκαθεν ήταν κλειστός, σοβαρός, τυπικός, ήσυχος αλλά αγωνιώδης. Παρατηρείται σε πολλούς αίσθημα κατωτερότητας και ανεπάρκειας, διστακτικότητα στις σχέσεις με τους άλλους και ιδιαίτερα το άλλο φύλο, τόσο ώστε κάποτε να φαίνονται επιφανειακά αδιάφοροι ή ασεξουαλικοί.

Άλλο σημαντικό χαρακτηριστικό είναι η καταπίεση των συναισθημάτων και η αυστηρότητα προς τον εαυτό τους (αυστηρό ή Υπερεγώ). Ελέγχουν τις

ενέργειές τους, ώστε να μην υπάρξει έκδηλη επιθετικότητα, γι' αυτό εμφανίζονται υποχωρητικοί και συμμορφωμένοι προς τα κοινωνικώς καθιερωμένα (σε βαθμό μαζοχιστικό κάποτε), ενώ κατά βάθος αγωνιούν. Προς τους συγγενείς δείχνουν φιλοτιμία, γι' αυτό ενοχλούνται εύκολα από σχόλια, είναι εύθικτοι και στις λίγες φορές που θα εκδηλώσουν μετά από πολλή υπομονή την αντίθεσή τους, αυτό γίνεται εκρηκτικά.

Οι περισσότεροι αγχώδεις είναι εξαρτημένοι συναισθηματικά, δύσκολα δέχονται τους αποχωρισμούς και ακολουθούν τους κανόνες της ομάδας, πράγμα που τους εμφανίζει σαν άβουλους, ενώ η προσωπικότητά τους δεν είναι ιδιαίτερα ανώριμη.

Βασικά είναι ικανά άτομα, προοδεύουν μέσα στην κοινωνία και έχουν πολλές φιλοδοξίες, αγωνιώντας μόνο τότε θα ξεπεράσουν τις ανεπάρκειές τους (σχετικά ισχυρό Εγώ). Η φιλοδοξία τους δεν φθάνει τη ματαιοδοξία και τον ναρκισσισμό των υστερικών προσωπικοτήτων ούτε τον εγωκεντρισμό των ψυχαναγκαστικών.

Στη μικρή ηλικία οι περισσότεροι αγχώδεις νευρωτικοί περιγράφονται ως διστακτικοί, ήσυχτοι, εξαρτημένοι και «συναισθηματικοί». Μερικοί, ενώ ξεκινούν ως εξωστρεφή ζωηρά και μαχητικά παιδιά, στην εφηβεία παρουσιάζουν μια στροφή προς την αυτοκαταπίεση και τον έλεγχο της εκδηλωτικότητας.

Εκλυτικά αίτια. Πάνω από τα δύο τρίτα των αρρώστων αναφέρουν ένα εκλυτικό γεγονός. Η φύση του συνήθως είναι μια οικογενειακή δυσχέρεια (διαπληκτισμός, πίεση, αποχωρισμός) ή σεξουαλική (εγκατάλειψη από μνηστήρα κλπ) και σπανιότερα μια οικονομική ή σπουδαστική δυσκολία, μια σωματική αρρώστια ή ατύχημα, ανάγνωση αγγελίας θανάτου ενός γνωστού ή και αγνώστου. Στις κρίσεις άγχους τα εκλυτικά αίτια αναφέρονται ακόμα πιο συχνά.

Παθογένεια – Ψυχοδυναμική

Το Εγώ στους αγχώδεις νευρωτικούς είναι αρκετά ικανό να διαπιστώνει τις πραγματικές συνθήκες, ωστόσο όμως δεν έχει τη δύναμη ενός φυσιολογικού ατόμου να δώσει μια άμεση, κοινωνικά αποδεκτή λύση σε μια σύγκρουση. Γι' αυτό η προσπάθειά του τείνει προς μια διαρκή απώθηση της σύγκρουσης στο υποσυνείδητο. Καθώς όμως αυτό δεν πετυχαίνεται,

βρίσκεται σε μια συνεχή διελκυστίνδα ανάμεσα στο αυστηρό Υπερεγώ και τις απαγορευμένες ενστικτώδεις επιθυμίες· η συναίσθηση της επισφαλούς αυτής ισορροπίας αποτελεί το άγχος. Όταν υπάρξουν δυσμενείς συνθήκες (όπως τα εκλυτικά αίτια), αυξάνεται η ενδοψυχική σύγκρουση και η κατάσταση κορυφώνεται σε μια αγχώδη κρίση (στην οποία το Εγώ φοβάται την ίδια την εξάλειψή του από τα ένστικτα, γι' αυτό και ο άρρωστος αγχωμένος αναρωτιέται: «Θα υπάρχω σε λίγο ή δεν θα υπάρχω»:).

Η αδυναμία του Εγώ των αγχωδών νευρωτικών να δώσει ικανοποιητικές λύσεις οφείλεται επίσης στις παλαιές εξαρτήσεις και στο φόβο μήπως από νέες διαπροσωπικές σχέσεις απογοητευθεί ή εγκαταλειφθεί, οπότε παρατηρείται το λεγόμενο «άγχος από αποχωρισμό».

Ορισμένοι συγγραφείς υπογραμμίζουν το ρόλο του «ευνουχιστικού άγχους» που βασίζεται σε ανάλογα βιώματα της παιδικής ηλικίας, τα οποία αναβιώνονται αργότερα με φόβους γενικότερης σωματικής αναπηρίας ή ανεπάρκειας.

Οι ενστικτώδεις ορμές, που έρχονται σε σύγκρουση με το Υπερεγώ φέρνοντας σε αδιέξοδο το Εγώ, ο Freud πίστευε ότι είναι βασικά στους αγχώδεις νευρωτικούς οι σεξουαλικές, αλλά σήμερα δίνεται ιδιαίτερη σπουδαιότητα και στις επιθετικές.

Μηχανισμοί άμυνας στην αγχώδη νεύρωση δεν χρησιμοποιούνται ουσιαστικά άλλοι από την απώθηση. Το Εγώ των αγχωδών είναι σχετικά ισχυρό, ώστε να αντέχει τη βίωση του αγχώδους συναισθήματος χωρίς να αποδιοργανώνεται, ώστε να παλινδρομεί, αλλά ούτε και με διάφορους μηχανισμούς άμυνας να δίνει μια συμβιβαστική παθολογική λύση, όπως στις φοβίες με τη μετάθεση, στην υστερία με τη σωματική μετατροπή κλπ. Στην αγχώδη νεύρωση το άγχος σαν κλινική εκδήλωση είναι άμεση έκφραση της σύγκρουσης προς την οποία (κάθε φορά που αυτή αναδύεται από το υποσυνείδητο) το Εγώ προσπαθεί να δώσει μια ευθεία λύση και όταν αποτυγχάνει την απωθεί εκ νέου. Η υπόλοιπη ψυχοσωματική συμπτωματολογία οφείλεται σε ερεθισμό του νευροφυτικού και δεν αποτελεί συμβολικό υποκατάστατο.

Υπάρχουν και δευτερεύοντες μηχανισμοί άμυνας, όπως περιοριστικοί της εκδηλωτικότητας, για να αποφευχθούν νέες απογοητεύσεις, μηχανισμοί

αντιρρόπησης της εξάρτησης, υπεραναπλήρωσης των αισθημάτων κατωτερότητας μέσα από κοινωνικές φιλοδοξίες κ.ά.

Μια δυσάρεστη επιγενής τροπή της αγχώδους νεύρωσης είναι η επικέντρωση στα νευροφυτικά συμπτώματα, οπότε η ανασφάλεια του αρρώστου σχετικά με τη σοβαρότητά τους αυξάνει την ένταση του άγχους.

Ψυχοφυσιολογία

Οι ψυχοφυσιολογικές πειραματικές έρευνες δεν μας εξηγούν ακόμη απόλυτα τις ψυχικές διεργασίες, αλλά μας δίνουν αρκετές πληροφορίες για το τι γίνεται στο νευροφυσιολογικό, βιοχημικό και ενδοκρινικό επίπεδο.

Έχει αποδειχθεί ότι η συγκίνηση που προκαλείται μπροστά σ' έναν κίνδυνο κινητοποιεί το δρεπανοειδές σύστημα του εγκεφάλου (αμυγδαλή-ιππόκαμπος) που με τη σειρά του δραστηριοποιεί μέσα από τον υποθάλαμο το νευροφυτικό σύστημα και την υπόφυση (και κατ' επέκταση τα επινεφρίδια, τον θυρεοειδή κλπ). Έτσι εξηγείται η ποικίλη νευροφυτική συμπτωματολογία, που βασικά αποτελεί μια πρωτόγονη προσπάθεια προσαρμογής (κατά Sedge) ώστε το άτομο να πολεμήσει έναν εξωτερικό κίνδυνο ή να φύγει από αυτόν (αντίδραση «μάχης ή φυγής»).

Μια διαφορετική θεωρία (James & Lange) δέχεται ότι το άγχος δεν είναι τίποτε άλλο από την υποκειμενική αντίληψη των λειτουργικών αυτών μεταβολών («Δεν έχουμε ταχυπαλμίες επειδή αγωνιούμε, αλλά αγωνιούμε συναισθανόμενοι τις ταχυπαλμίες μας»). Μια συνθετική άποψη ταυτόχρονης ενεργοποίησης των κεντρικών και περιφερικών λειτουργιών δέχεται τη συνεχή αλληλεπίδραση και ανατροφοδότησή τους, ερμηνεύοντας έτσι την παράλληλη ψυχική βίωση του άγχους και τη σωματική-λειτουργική συμπτωματολογία.

Η σύγχρονη ψυχοφυσιολογία έχει δείξει ιδιαίτερο ενδιαφέρον στη μέτρηση διαφόρων παραμέτρων, που κατά το άγχος έχουν βρεθεί αυξημένες, όπως ο καρδιακός ρυθμός, η συστολική πίεση, η ροή αίματος στο αντιβράχιο, η αγωγιμότητα του δέρματος, η δερματική απαντητικότητα στο γαλβανικό, ο περισταλτισμός του εντέρου, η ταχύτητα αναπνοής κ.ά. Ηλεκτρομυογραφικά μελετήθηκαν οι συσπάσεις ορισμένων μυών και ηλεκτροεγκεφαλογραφικά η ελάττωση του α και η αύξηση του β βαθμού, γεγονός που δείχνει τη συσχέτιση άγχους και αυξημένης εγρήγορσης (του δικτυωτού σχηματισμού). Σε καταστάσεις stress, καθώς και σε πειραματικό ερεθισμό της αμυγδαλής

(δρεπανοειδούς) που δημιουργεί πανικό, οι κατεχολαμίνες (αδρεναλίνη και νοραδρεναλίνη) βρέθηκαν αυξημένες.

Κλινική εικόνα

Η έναρξη της αγχώδους νεύρωσης γίνεται σχεδόν σε ίση αναλογία:

α) Βαθμιαία με μια αόριστη ανησυχία του ατόμου ή ανεξήγητες αϋπνίες ή ορισμένα νευροφυτικά ενοχλήματα, για τα οποία μάλιστα το άτομο αρχίζει να συμβουλευεται γιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων ή

β) Απότομα με μια κρίση πανικού.

Ο ασθενής κατά κανόνα δεν είναι σε θέση να προσδιορίσει τα βαθύτερα αίτια της κατάστασής του και αντί αυτών αναφέρει τα εκλυτικά. Πολλοί αποδίδουν την αρχή της κατάστασής τους στα σωματικά ενοχλήματα, που δεν είναι παρά μέρος της όλης κλινικής εικόνας.

Συμπτωματολογία

Η συμπτωματολογία της αγχώδους νεύρωσης χαρακτηρίζεται από το άγχος και τα συνοδά σωματικά ενοχλήματα.

α) Το άγχος βιώνεται από τον άρρωστο σαν ένα δυσάρεστο συναίσθημα ενός αόριστου, επικείμενου κινδύνου. Οι άρρωστοι χαρακτηριστικά αναφέρουν «αισθάνομαι μια γενική ανησυχία μέσα μου», «η ψυχή μου είναι διαρκώς παραγμένη», «νιώθω μια απροσδιόριστη στεναχώρια», «ξαφνικά σαν να πλησιάζει μια τρομερή καταστροφή, χειρότερη από θάνατο», «έχω μια αγωνία σαν να μένω αβοήθητος, έρμαιο μιας αδυσώπητης μοίρας». Το άγχος, επομένως, το ζει ψυχικά ο άρρωστος σαν μια παθολογική αγωνία με απρόβλεπτες συνέπειες, όπως λιποθυμία, θάνατο ή τρέλα.

β) Μια αγωνιώδης αναμονή (ψυχική ένταση) παρατηρείται στα ενδιάμεσα της έξαρσης του άγχους, η οποία δημιουργεί έλλειψη συγκέντρωσης, απόσπαση της προσοχής ή καθήλωσή της σε δυσάρεστα θέματα, παροδική αδυναμία της μνήμης, ευερεθιστότητα, «νευρικότητα», ανυπομονησία. Το άτομο νιώθει ψυχικά «σφιγμένο» ή «τεντωμένο».

Συνέπεια αυτών είναι το δεύτερο σε συχνότητα σύμπτωμα της αγχώδους νεύρωσης, οι αϋπνίες. Οι περισσότεροι παραπονούνται για

δυσκολία στην επέλευση του ύπνου, ο οποίος στη συνέχεια είναι διακεκομμένος, ανήσυχος και πολλές φορές με δυσάρεστα όνειρα.

γ) Τα νευροφυτικά συνοδά ενοχλήματα της συμπαθητικής ή παρασυμπαθητικής σειράς (ή και των δύο) είναι συνήθη στην αγχώδη νεύρωση. Η ομάδα ταχυπαλμίες – συσφιγκτικό αίσθημα στο στήθος – κρίσιμα ιδρώτες με αδυναμία των άκρων βρέθηκε ότι είναι το τρίτο σε συχνότητα σύνολο συμπτωμάτων (σε περισσότερους από τους μισούς αρρώστους). Οι ταχυπαλμίες (μέχρι 120-150 κατά 1΄) και το αίσθημα ότι η καρδιά εργάζεται έντονα («η καρδιά μου κοντεύει να σπάσει από το χτύπημα» ή «φτερουγίζει διαρκώς, θα φύγει») φοβίζουν τον ασθενή και αυξάνουν τα συναισθήματα επικείμενου θανάτου. Αντικειμενικά συνήθως δεν υπάρχει αρρυθμία ή εκτακτοσυστολές, ούτε επιδείνωση από την καταβολή προσπάθειας και η συστολική πίεση παροδικά και λίγο μόνο ανεβαίνει. Παρατηρείται επίσης προκάρδιο άλγος (ο άρρωστος χαρακτηριστικά δείχνει το μαστό), διαξιφιστικό ή σαν κάψιμο, που επεκτείνεται και στο αριστερό χέρι (από αγγειακές και μυϊκές συσπάσεις) δημιουργώντας μια ψευδοστηθαγική εικόνα.

Το συσφιγκτικό αίσθημα στο στήθος οφείλεται και στη δύσπνοια και γενικά την ακανόνιστη αναπνοή του αγχώδους, ο οποίος αισθάνεται μια δυσφορία σαν να πνίγεται («κόμπος στο λαιμό») και αναζητά καθαρό αέρα έξω από το σπίτι για να καθησυχασθεί. Όταν υπάρχει υπέρπνοια (Σύνδρομο υπεραερισμού) συμβάλλει στην εμφάνιση αιμωδίας και αισθήματος νυγμών στα άκρα ή στο στόμα, συσπάσεων των μυών μέχρι και τετανίας, αισθήματος ζάλης και αστάθειας στο βάδισμα («σαν να μην ορίζω το κεφάλι μου», «σαν να θολώνει η όρασή μου») με φόβους λιποθυμίας.

Οι κρίσιμα ιδρώτες είναι πιο συχνόι στις παλάμες, πέλματα και μασχάλες. Μπορεί ο άρρωστος να παραπονεθεί και για αγγειοκινητικές διαταραχές του τύπου της «έξαψης», ενός ζεστού αισθήματος, κυρίως στο πρόσωπο.

Πάνω από το ένα τρίτο των ασθενών εμφανίζει νευροφυτικά συμπτώματα από το γαστρεντερικό: αίσθημα βάρους ή συσπάσεων του στομάχου («σαν πέτρα σφίγγεται το στομάχι μου»), όξινες ερυγές, ναυτία και έμετος, διαρροϊκές κενώσεις ή άλλοτε δυσκοιλιότητα. Παρατηρείται ακόμα ξηροστομία ή σπανιότερα σιελόρροια. Η συχνουρία είναι επίσης συνηθισμένο φαινόμενο.

δ) Η κινητική ανησυχία είναι χαρακτηριστική εκδήλωση του αγχώδους αρρώστου. Δύσκολα κάθεται σε ένα σημείο, ενώ κατέχεται συχνά από ένα γενικό τρόμο, ο οποίος όμως είναι περισσότερο ένα υποκειμενικό, εσωτερικό αίσθημα («ότι τραντάζεται μέσα του όλο το σώμα») παρά αντικειμενικά διαπιστωμένο. Η μυϊκή ένταση και οι συσπάσεις δεν αφήνουν το άτομο να χαλαρώσει, προκαλούν μυϊκούς πόνους και συμβάλλουν στη δημιουργία αισθήματος αδυναμίας των άκρων («βαριά τα πόδια μου, κομμένα τα γόνατά μου»). Η έκφραση του προσώπου είναι συνοφρυωμένη και αγωνιώδης. Οι μύες του μετώπου και του αυχένα είναι συσπασμένοι και δημιουργούν πιεστικού αισθήματος «κεφαλαλγία τάσης».

Μορφές

α) Χρόνια μορφή ή Γενικευμένη αγχώδης νεύρωση, με τη συμπτωματολογία που περιγράφηκε.

β) Υποξεία μορφή, όπως η προηγούμενη, αλλά με εξάρσεις που κάποτε φθάνουν το βαθμό πανικού.

γ) Οξεία μορφή ή κρίσεις πανικού.

Χαρακτηρίζουμε ότι ένας άρρωστος παρουσιάζει τη μορφή αυτή αν οι κρίσεις είναι το κύριο χαρακτηριστικό, συμβαίνουν τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα και δεν οφείλονται σε σωματική καταπόνηση ή σε μια απειλητική για τη ζωή περίπτωση. Διακρίνονται για τη μεγάλη ένταση του άγχους μέχρι τρόμου, κατά το οποίο το άτομο, φοβούμενο άμεσο θάνατο ή τρέλα, τρέχει, κινείται άσκοπα ή φωνάζει παρουσιάζοντας μια δευτεροπαθή διαταραχή προσανατολισμού και ένα βαθμό θόλωσης της συνείδησης. Μπορεί κάποτε να υπάρξουν φαινόμενα αποπροσωποποίησης ή αποπραγματοποίησης, καθώς και παραισθήσεις που αφορούν κυρίως στην αναγνώριση των γύρω προσώπων και πραγμάτων. Φυσικά, σ' όλη τη διάρκεια της κρίσης, που κρατά από λίγα λεπτά έως πολλές ώρες, τα νευροφυτικά συμπτώματα βρίσκονται σε μεγάλη έξαρση.

Μορφές αγχώδους νεύρωσης με προσμίξεις ελαφρών, φοβικών, ψυχαναγκαστικών ή καταθλιπτικών στοιχείων δεν είναι διόλου σπάνιες. Πρέπει επίσης να τονισθεί ότι σε άλλους αγχώδεις νευρωτικούς επικρατούν οι ψυχικές εκδηλώσεις και σε άλλους οι σωματικές.

Πορεία

Η χρόνια μορφή της αγχώδους νεύρωσης διαρκεί από μήνες έως έτη, με εξάρσεις και υφέσεις, βελτιωνόμενη σταθερά κατά την ώριμη ηλικία. Με την πάροδο του χρόνου μπορεί να μεταπέσει σε Αγχώδη Καταθλιπτική νεύρωση, Φοβική ή Υποχονδριακή.

Η οξεία μορφή πανικών συνήθως διαρκεί μόνο μια μικρή περίοδο στη νεανική ηλικία του ασθενή, αλλά μπορεί να υποτροπιάσει ή να μεταπέσει στη χρόνια μορφή. Όλες οι μορφές μπορεί να επιπλακούν με κατάχρηση οινόπνευματων ή ψυχολογική εξάρτηση από τα αγχολυτικά.

Η πρόγνωση εξαρτάται από την ωριμότητα του Εγώ και τη διασφάλιση ομαλών οικογενειακών και επαγγελματικών συνθηκών. Γενικά ο αγχώδης νευρωτικός είναι προσαρμοσμένος κοινωνικά, εκτός από τις περιόδους έξαρσης, οπότε δυσχεραίνεται η απόδοσή του.

Διαφορική Διάγνωση

Διαφορική διάγνωση πρέπει να γίνεται από την περιστασιακή Αγχώδη διάγνωση που ήδη αναφέρθηκε.

Από τις άλλες νευρώσεις, η αγχώδης είναι δύσκολο να διαφοροδιαγνωσθεί όταν υπάρχουν προσμίξεις φοβικών, ψυχαναγκαστικών ή καταθλιπτικών στοιχείων, οπότε είναι θέμα εκτίμησης της έντασής τους αν θα θεωρηθεί Μικτή νεύρωση. Βασικό κριτήριο είναι και ο τύπος της προσωπικότητας. Από τη Φοβική νεύρωση ο διαχωρισμός γίνεται διότι εκεί υπάρχει φόβος αντί άγχους, με συγκεκριμένο φοβικό αντικείμενο. Στην ψυχαναγκαστική νεύρωση το άγχος αίρεται με τις ψυχαναγκαστικές σκέψεις ή πράξεις. Στην καταθλιπτική νεύρωση προεξάρχουν τα καταθλιπτικά.

Διαφοροδιαγνωστική δυσχέρεια προκύπτει στη διάκριση από την Υστερική κρίση και το Σύνδρομο Briquet.

Ο όρος Νευρασθένεια είναι παλιά διαγνωστική έννοια, από την οποία διαχώρισε την αγχώδη νεύρωση ο Freud το 1894 και που ελάχιστα χρησιμοποιείται σήμερα, αλλά θα πρέπει να τονισθεί ότι σε εκείνην το άγχος είναι δευτερεύον και επικρατεί κυρίως μια χρόνια μελαγχολική διάθεση, ευερεθιστότητα, με εύκολη κόπωση, κεφαλαλγία, αϋπνίες και αδυναμία στη μνήμη και τη συγκέντρωση. Παρατηρείται κατά κανόνα μετά από συνεχείς ψυχικές ή σωματικές καταπονήσεις.

Στην Υποχονδρία χαρακτηριστική είναι η υπερβολική και αποκλειστική απασχόληση με τη σωματική υγεία. Τις περισσότερες φορές άλλωστε πρόκειται για χρόνιους αγχώδεις (ή καταθλιπτικούς ή ψυχαναγκαστικούς) νευρωτικούς που περιέπεσαν σε μόνιμη υποχονδριακή τοποθέτηση.

Οξέα φαινόμενα πανικού, που παρατηρούνται κατά τη στέρηση τοξικών ουσιών σε καταχραστές καφεΐνης, αμφεταμίνης κλπ ή βαρβιτουρικών, δεν πρέπει να συγχέονται με την αγχώδη νεύρωση. Σε χρόνια οργανικά ψυχοσύνδρομα μπορεί επίσης να συνυπάρχουν εποικοδομήσεις άγχους ή πανικού.

Στη σχιζοφρένεια είναι δυνατόν να εμφανισθεί άγχος στα πρώτα στάδια της νόσου, όταν υπάρχει συναίσθηση της μεταβολής του Εγώ, κατά την αποθεραπεία και γενικά όταν διατηρείται σχετικά ακέραια η προσωπικότητα. Άγχος και πανικοί παρουσιάζονται και στις Μεταιχμιακές καταστάσεις, όπου η αξιολόγηση της προσωπικότητας θα βοηθήσει στη σωστή διάγνωση.

Από τις συναισθηματικές ψυχώσεις, η ευελικτική είναι εκείνη στην οποία συχνά συναντούμε άγχος, αλλά η ηλικία, ο τύπος των νευροφυτικών (εξάψεις κλπ), η συνυπάρχουσα μελαγχολία κ.ά., θέτουν τη διάγνωση.

Φυσικά δεν πρέπει να παραμελείται μια πλήρης σωματική εξέταση, ώστε να αποκλεισθούν καταστάσεις που δημιουργούν φαινόμενα όμοια με αυτά της αγχώδους συνδρομής, όπως η υπογλυκαιμία, οι λαβυρινθικοί ίλιγγοι, το φαιοχρωμοκύτωμα κλπ. Συνηθέστερος είναι ο υπερθυρεοειδισμός, του οποίου η πιθανότητα πρέπει να ελέγχεται κλινικά και εργαστηριακά. Στη στηθάγχη ο πόνος είναι οπισθοστερνικός, επέρχεται μετά από καταβολή προσπάθειας και παύεται με τη λήψη νιτροδών σε 2-3 λεπτά.

Κεφάλαιο 4: Ειδικές μορφές αγχωδών διαταραχών

4.1 Φοβίες (Φοβικές διαταραχές)

Γενικά στοιχεία

Σύμφωνα με τον κ. Μάνο (1997), η φοβία είναι ένας επίμονος και παράλογος φόβος για ένα συγκεκριμένο αντικείμενο, χώρο, δραστηριότητα ή κατάσταση που έχει σαν αποτέλεσμα το άτομο να επιθυμεί έντονα την αποφυγή αυτού που φοβάται. Αν η φοβία παραβιάζει την ικανότητα του ατόμου να εκπληρώσει τις συνηθισμένες και απαραίτητες καθημερινές του ασχολίες ή προκαλεί έντονη υποκειμενική ενόχληση, τότε πρόκειται για φοβική διαταραχή.

Σχετικά με την ανίχνευση των αιτιών εμφάνισης φοβιών και φοβικών διαταραχών, οι έρευνες κατευθύνουν σε συνδυασμό βιολογικών, κληρονομικών και επίκτητων παραγόντων εμφάνισής τους, χωρίς όμως να υπάρχει ακόμη αιτιολογική σύνθεση των ευρημάτων τους.

Έχει αναφερθεί ότι οι βιολογικοί συγγενείς Α΄ βαθμού ατόμων με ειδική φοβία, κοινωνική φοβία ή αγοραφοβία έχουν συχνότερα φοβίες απ' ό,τι ο γενικός πληθυσμός. Επίσης, σχετικές μελέτες με δίδυμους δείχνουν μεγαλύτερη συχνότητα φοβιών σε μονοζυγώτες απ' ό,τι σε διζυγώτες δίδυμους.

Σύμφωνα πάλι με τη μαθησιακή θεωρία, πολλές φοβίες ξεκινούν από τραυματικά γεγονότα, ενώ η ψυχαναλυτική θεωρία υποστηρίζει ότι οι φοβίες οφείλονται σε άλυτες συγκρούσεις της παιδικής ηλικίας, απαγορευμένες σεξουαλικές ή επιθετικές ενορμήσεις, οι οποίες δημιουργούν κατάσταση εσωτερικού κινδύνου-φόβου.

4.1.1 Ειδική φοβία (πρώην απλή φοβία)

Κλινικά χαρακτηριστικά

Τα βασικά χαρακτηριστικά της ειδικής φοβίας είναι ένας έντονος και επίμονος φόβος κάποιων συγκεκριμένων αντικειμένων ή καταστάσεων.

Το άτομο με ειδική φοβία βιώνει έναν έντονο, επίμονο, υπερβολικό και παράλογο φόβο στην παρουσία ή αναμονή της συνάντησης με κάποιο συγκεκριμένο αντικείμενο ή κατάσταση. Οι διάφοροι τύποι ειδικής φοβίας προσδιορίζονται από τους αιτιολογικούς παράγοντες, οι οποίοι είναι: ζώα (και έντομα), το φυσικό περιβάλλον (π.χ. καταιγίδες, ύψος, νερό), το αίμα, οι ενέσεις, τα τραύματα, διάφορες καταστάσεις (π.χ. δημόσιες συγκοινωνίες, όπως λεωφορεία κτλ, τούνελ, γέφυρες, ανελκυστήρες, πτήσεις με αεροπλάνα, οδήγηση αυτοκινήτου, κλειστά μέρη), άλλες καταστάσεις που μπορεί π.χ. να οδηγήσουν το άτομο σε πνιγμονή, εμετό, να κολλήσει μια ασθένεια ή ακόμη να φοβάται να απομακρυνθεί από τους τοίχους μήπως και πέσει.

Παρόλο που ο πάσχων αναγνωρίζει – τουλάχιστον όταν δεν βρίσκεται υπό το κράτος του φόβου – ότι ο φόβος του είναι υπερβολικός και αδικαιολόγητος, εάν βρεθεί σε επαφή με τα ερεθίσματα που φοβάται, κινητοποιείται έντονα και αυτόματα προς αυτό το συναίσθημα και οι συνοδές αυτονομικές εκδηλώσεις του φόβου, οι οποίες είναι ταχυκαρδία, τρόμος, ναυτία, αίσθημα αδυναμίας ή λιποθυμίας, ακόμα και κρίση πανικού, καθώς και μια έντονη τάση φυγής. Όταν απομακρυνθεί από τα ερεθίσματα που κινητοποιούν το φόβο του, συνήθως νιώθει «νικημένος», ντροπιασμένος ή οργισμένος με τον εαυτό του, διότι δεν κατάφερε να ελέγξει το φόβο. Αρχίζει συστηματικά να αποφεύγει οποιαδήποτε κατάσταση συνδέεται άμεσα ή έμμεσα με την πιθανότητα να έλθει σε επαφή με αιτιολογικό παράγοντα, που τον προκαλεί από το αίσθημα. Είναι χαρακτηριστικός ο τρόπος με τον οποίο το άτομο οργανώνει τη ζωή του προκειμένου να αποφεύγει ό,τι φοβάται. Μπορεί να απαρνηθεί πράγματα πολύ σημαντικά γι' αυτόν (π.χ. μια δουλειά ή μια σχέση) ή να δημιουργήσει ιδιαίτερα προβλήματα στους οικείους του προκειμένου να μην αναγκαστεί να εκτεθεί σε αυτό που φοβάται. Και μόνο η σκέψη είναι αρκετή, ώστε να κινητοποιήσει το άγχος σε μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό. Έτσι, οι περισσότεροι φοβικοί αποφεύγουν τόσο τις σκέψεις σε σχέση με ό,τι φοβούνται, όσο και τις συζητήσεις με άλλους γύρω

από τέτοια ζητήματα, ακόμα και τις ειδήσεις, εξαιτίας της πιθανότητας να δουν ή να ακούσουν κάτι που θα τους αναστατώσει. Εάν πρέπει να έλθουν αναπόφευκτα σε επαφή με τη φοβογόνο συνθήκη, συνήθως ζητούν να τους συνοδεύσει κάποιος οικείος τους. Άλλοι μπορεί να μεταφέρουν πάντα μαζί τους κάποια αντικείμενα που τους προσφέρουν το αίσθημα της ασφάλειας, όπως ένα μπουκάλι νερό, χάπια ή ένα βαλιτσάκι έτοιμο για την περίπτωση ενός σεισμού. Συχνές είναι και οι διαβεβαιώσεις που ζητούν από τους άλλους, ότι δεν θα πάθουν κακό: τέτοιες είναι επίμονες πληροφορίες για την ασφάλεια κάποιου κτιρίου, για τους ελέγχους που γίνονται στην αεροπορική εταιρία με την οποία θα ταξιδέψουν κλπ. Πολλοί από τους ανθρώπους με ειδικές φοβίες δεν εμφανίζουν απλή ψυχοπαθολογία και μπορεί να είναι ιδιαίτερα δημιουργικοί σε όλους τους άλλους τομείς που δεν συνδέονται με το αντικείμενο του φόβου τους.

Επιδημιολογία

Ο επιπολασμός βίου των ειδικών φοβιών, όπως αναφέρεται από τον κ. Μάνο (1997), σε δείγματα γενικού πληθυσμού, είναι μεταξύ 10% και 11,8% και περίπου τα 2/3 αφορούν τις γυναίκες. Όπως φαίνεται από τα παραπάνω στατιστικά στοιχεία, οι φοβίες είναι συχνό φαινόμενο στον πληθυσμό με μεγαλύτερη κλίση προς τις γυναίκες, εν τούτοις σπάνια οδηγούν σε λειτουργική έκπτωση ή υποκειμενική ενόχληση αρκετή για να δικαιολογήσει τη διάγνωση της ειδικής φοβίας. Παρότι η ηλικία έναρξης και για τα δύο φύλα τοποθετείται νωρίς, πριν από τα 23 χρόνια, οι φοβίες ζώων έχουν πιο πρώιμη έναρξη στις γυναίκες, καθώς και μεγαλύτερη κληρονομική επιβάρυνση. Συχνά πάντως η έναρξη της φοβίας γίνεται κατά την παιδική ηλικία. Σε κλινικούς πληθυσμούς ενηλίκων φοβικών, ο πιο συχνός τύπος είναι των καταστάσεων και ακολουθούν του φυσικού περιβάλλοντος, του αίματος – ένεσης – τραύματος και των ζώων.

Έναρξη – Πορεία – Πρόγνωση

Η έναρξη της φοβίας μπορεί να συνδέεται με κάποιο τραυματικό γεγονός, με την παρατήρηση άλλων που υπέστησαν κάποιο τραυματικό γεγονός ή μπορεί να προκύψει από ανησυχητικές πληροφορίες στα μέσα ενημέρωσης. Ορισμένα από τα φοβογόνα αντικείμενα αποτελούν μέρος των

εγγενών φόβων που αφορούν το παρελθόν του είδους μας (π.χ. φίδια). Η ηλικία έναρξης των Ειδικών Φοβιών ποικίλλει ανάλογα με τον τύπο τους. Η έναρξη των τύπων ζώων και αίματος – ένεσης – τραύματος είναι συνήθως στην παιδική ηλικία. Ο τύπος φυσικού περιβάλλοντος αρχίζει κυρίως στην παιδική ηλικία, αν και ορισμένες φορές μπορεί να εμφανιστεί και στη νεαρή ενήλικη ζωή. Ο τύπος καταστάσεων έχει δύο κορυφώσεις στη συχνότητα εμφάνισης, μία στην παιδική ηλικία και μία γύρω στα 25. Ο φόβος πνιγμονής μπορεί να εμφανιστεί οποτεδήποτε, συνήθως ύστερα από ένα αντίστοιχο συμβάν.

Οι ειδικές φοβίες τείνουν να υποχωρήσουν αυτόματα με την ηλικία. Όταν επιμένουν στην ενήλικη ζωή, τότε συχνά γίνονται χρόνιες, χωρίς να προκαλούν σημαντική αναπηρία του ατόμου.

Διάγνωση

Η διάγνωση της ειδικής φοβίας βασίζεται στον πίνακα διαγνωστικών κριτηρίων κατά DSM-IV, ο οποίος παρατίθεται στη συνέχεια και περιλαμβάνει τα εξής:

- A. Έντονος και επίμονος φόβος που είναι υπερβολικός ή παράλογος, εκλυόμενος από την παρουσία ή την αναμονή ενός συγκεκριμένου αντικειμένου ή κατάστασης (π.χ. ύψη, πτήση, ζώο, ένεση, θέα αίματος).
- B. Η έκθεση στο φοβικό ερέθισμα σχεδόν πάντα προκαλεί άμεση απάντηση άγχους, που μπορεί να παίρνει τη μορφή μιας συνδεδεμένης με ή προδιατεθειμένης από την κατάσταση προσβολής πανικού. Σημείωση: στα παιδιά το άγχος μπορεί να εκφράζεται με κλάματα, εκρήξεις θυμού, πάγωμα ή προσκόλληση σε άλλους.
- Γ. Το άτομο αναγνωρίζει ότι ο φόβος του είναι υπερβολικός ή παράλογος.
- Δ. Η φοβική κατάσταση αποφεύγεται ή αλλιώς υπομένεται με έντονο άγχος ή υποκειμενική ενόχληση.
- E. Η αποφυγή ή αγχώδης αναμονή ή η υποκειμενική ενόχληση κατά την επίφοβη κατάσταση παρεμποδίζει σημαντικά την καθημερινή φυσιολογική ρουτίνα του ατόμου, την επαγγελματική του λειτουργικότητα, τις κοινωνικές του δραστηριότητες ή τις σχέσεις του ή υπάρχει έντονη υποκειμενική ενόχληση που το άτομο έχει τη φοβία.
- ΣΤ. Σε άτομα κάτω των 18 ετών, η διάρκεια είναι τουλάχιστον 6 μήνες.

- Z. Το άγχος, οι προσβολές πανικού ή φοβική αποφυγή που συνδέονται με το συγκεκριμένο αντικείμενο ή κατάσταση δεν εξηγούνται καλύτερα ως κάποια άλλη ψυχική διαταραχή, όπως Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή (π.χ. φόβος, βρωμιά) σε κάποιο άτομο με ψυχαναγκασμό σχετικό με μόλυνση, Διαταραχή μετά από Ψυχοτραυματικό Στρες (π.χ. αποφυγή ερεθισμάτων που συνδέονται με ένα σοβαρό στρεσογόνο παράγοντα), Διαταραχή Άγχους Αποχωρισμού (π.χ. αποφυγή του σχολείου), Κοινωνική φοβία (π.χ. αποφυγή κοινωνικών καταστάσεων εξαιτίας του φόβου αμηχανίας), Διαταραχή Πανικού με Αγοραφοβία ή Αγοραφοβία χωρίς ιστορικό Διαταραχής Πανικού.

Συνοδές διαταραχές – Επιπλοκές

Οι ειδικές φοβίες μπορεί να συνυπάρχουν με άλλες Αγχώδεις Διαταραχές και ιδιαίτερα με Διαταραχή Πανικού με Αγοραφοβία.

Ορισμένες φορές κάποια ειδική φοβία μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρό περιορισμό των δραστηριοτήτων του ατόμου, να οδηγήσει σε απώλεια εργασίας κ.τ.λ.

Ο τύπος αίματος – ένεσης – τραύματος συχνά χαρακτηρίζεται από έντονη αντίδραση του πνευμονογαστρικού που οδηγεί σε λιποθυμία, οπότε το άτομο μπορεί να αποφύγει απαραίτητη ιατρική ή οδοντιατρική φροντίδα. Παρόμοια, φόβοι πνιγμονής μπορεί να οδηγήσουν σε προβλήματα υγείας στην αποφυγή στερεάς τροφής ή φαρμάκων που λαμβάνονται από το στόμα.

Θεραπεία

Σε καταστάσεις όπου έχει κινητοποιηθεί έντονα ο φόβος ή που πρόκειται ο ασθενής να έλθει σε επαφή με το φοβογόνο ερέθισμα (π.χ. αν ο ασθενής με φοβία πρέπει να κάνει ένα αεροπορικό ταξίδι), η χρήση μιας βενζοδιαζεπίνης βοηθά. Σε χρόνια χρήση όμως, είναι μάλλον αντιπαραγωγική. Η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία έχει τα καλύτερα αποτελέσματα, συνήθως σε μικρό χρονικό διάστημα, με τεχνικές συστηματικής απευαισθητοποίησης, εφόσον ο ασθενής είναι συνεργάσιμος. Μερικές φορές, μετά την επιτυχή επάλειψη μιας φοβίας με τέτοια θεραπεία,

εμφανίζεται στη θέση της μια άλλη. Σ' αυτούς τους ασθενείς έχει νόημα να προτείνει κανείς τη χρήση μακρύτερης ψυχοθεραπείας.

4.1.2 Διαταραχή κοινωνικού άγχους (κοινωνική φοβία)

Κλινικά χαρακτηριστικά

Το βασικό χαρακτηριστικό της Κοινωνικής φοβίας είναι ένας έντονος και επίμονος φόβος ταπείνωσης ή αμηχανίας σε κοινωνικές καταστάσεις ή σε καταστάσεις που το άτομο πρέπει να επιτελέσει κάτι μπροστά σε κόσμο.

Ο φόβος στις καταστάσεις αυτές υφαίνεται γύρω από την αίσθηση του ατόμου ότι είναι εκτεθειμένο στην παρατήρηση, την κριτική ή τον εξουχιστικό έλεγχο των άλλων, ιδιαίτερα αν είναι άγνωστοι. Αυτές οι κοινωνικές καταστάσεις δεν αφορούν την παρουσία του ατόμου σε μεγάλο πλήθος, αλλά σε μικρότερες κοινωνικές ομάδες ή σε καταστάσεις όπου το άτομο νιώθει ότι παίζουν ρόλο η κοινωνικότητα ή η επίδοσή του και όπου θα μπορούσε να συμπεριφερθεί με τρόπο που να τον κάνει να φανεί μειονεκτικός ή γελοίος στους άλλους. Εάν το άτομο φοβάται να μιλήσει δημόσια, ο φόβος του είναι μήπως οι άλλοι θα δουν ότι έχει άγχος, τρέμουν τα χέρια του ή η φωνή του, μήπως λιποθυμήσει ή μήπως πανικοβληθεί. Αν φοβάται να συνομιλήσει σε άλλους, ο φόβος του μπορεί να είναι ότι δεν θα μπορέσει να μιλήσει. Αν φοβάται να φάει, να πει ή να γράφει δημόσια, ο φόβος του μπορεί να είναι ότι θα βρεθεί σε δύσκολη θέση, καθώς οι άλλοι θα δουν ότι τρέμουν τα χέρια του. Η έκθεση σε τέτοιες καταστάσεις ή και μόνο η σκέψη τους προκαλεί σταθερά άγχος, που εκδηλώνεται με ερυθρότητα ή τρόμο, εμετό, ούρηση ή αφόδευση, μυϊκή τάση, που μπορεί να κορυφωθούν σε κρίση πανικού. Αυτή η φοβία διαφοροποιείται από τις υπόλοιπες ειδικές φοβίες, με την έννοια ότι συνδέεται στενά με την αυτοεκτίμηση του ασθενούς και με το πόσο ευάλωτος νιώθει κοινωνικά. Τα κριτήρια του Π.Ο.Υ. απαιτούν τα συμπτώματα να προκαλούν σημαντική δυσφορία, να αναγνωρίζονται από το άτομο ως υπερβολικά ή παράλογα και η εμφάνισή τους να περιορίζεται στις φοβογόνες καταστάσεις ή στη σκέψη αυτών των καταστάσεων.

Υπάρχουν δύο μορφές της διαταραχής κοινωνικού άγχους: η γενικευμένη και η περιορισμένη. Η περιορισμένη μορφή έχει να κάνει με μια

έντονη, σε λειτουργικό βαθμό, δυσκολία του πάσχοντος να μιλήσει μπροστά σε ακροατήριο ή με μια έντονη συστολή να αντιμετωπίσει το άλλο φύλο.

Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι οι μελέτες που ερευνούν τις δεξιότητες αυτών των ατόμων δείχνουν ότι δεν διαφέρουν σε τίποτα από τους φοβικούς, αλλά απλώς αναστέλλονται έντονα όταν βρίσκονται μπροστά στο κοινό. Στις γενικευμένες περιπτώσεις, μπορεί κανείς να ακινητοποιείται εντελώς όταν νιώθει ότι τον κοιτάζουν, δεν μπορεί να φάει σε δημόσιο χώρο ή να βάλει την υπογραφή του μπροστά σε άλλους, γιατί κοκκινίζει, αρχίζει να τρέμει, να κομπιάζει, να κάνει λάθη κλπ. Αυτές οι αισθήσεις κάνουν το άτομο να νιώθει ακόμα πιο αμήχανο και ανεπαρκές, με ακόλουθο αποτέλεσμα να τα χάνει ή να φεύγει. Στις βαρύτερες περιπτώσεις υπάρχει πλήρης αποφυγή κοινωνικών συναναστροφών. Αυτή η κατάσταση πλησιάζει και συχνά συνδυάζεται με την αναπόφευκτη διαταραχή της προσωπικότητας όπου οι σχέσεις είναι μεν επιθυμητές, αλλά τόσο αγχογόνες για το άτομο, που αποφασίζει την πλήρη αποφυγή τους.

Επιδημιολογία

Ο επιπολασμός ζωής της Κοινωνικής φοβίας, όπως αναφέρει ο κ. Μάνος (1997), κυμαίνεται ανάλογα με τις μελέτες από 8% ως 13%. Σε κλινικούς πληθυσμούς η συχνότητα της κοινωνικής φοβίας αντιστοιχεί στο 10-20% των αγχωδών διαταραχών. Η εμφάνισή της υπερέχει ελαφρώς στις γυναίκες συγκριτικά με τους άνδρες, με εξαίρεση στον κλινικό πληθυσμό που παρατηρείται η ίδια συχνότητα και στα δύο φύλα ή ίσως και μια κλίση προς τους άνδρες. Το προφίλ του τυπικού εκπροσώπου αυτής της διαταραχής σε σχέση με τους παράγοντες κινδύνου στην κοινότητα είναι μια νέα γυναίκα, ανύπανδρη, σχετικά χαμηλού κοινωνικοοικονομικού και μορφωτικού επιπέδου. Είναι ενδιαφέρον ότι στο περιβάλλον των εξωτερικών ιατρείων θα συναντήσει κανείς συχνότερα άνδρες, ίσως γιατί οι γυναίκες βιώνουν σχετικά λιγότερη δυσλειτουργία, δεδομένου ότι μπορούν να συγκαλύψουν το πρόβλημα στο πλαίσιο ενός παραδοσιακού κοινωνικού ρόλου. Σε περιβάλλον ψυχιατρικής κλινικής, κατάθλιψη και κατάχρηση αλκοόλ συνυπάρχουν σε μεγάλα ποσοστά και συνήθως αυτά αποτελούν την κύρια αιτία προσφυγής στις ψυχιατρικές υπηρεσίες.

Έναρξη – Πορεία – Πρόγνωση

Αν και η Κοινωνική φοβία μπορεί να αρχίσει στην παιδική ηλικία, τυπικά αρχίζει στην εφηβεία γύρω στα 15, μερικές φορές ύστερα από μια παιδική ηλικία χαρακτηριζόμενη από κοινωνικές αναστολές και ντροπαλότητα. Η έναρξη μπορεί να είναι απότομη ύστερα από μια στρεσογόνο ή ταπεινωτική εμπειρία ή μπορεί να είναι βαθμιαία.

Συχνά η πορεία της είναι χρόνια, αν και μπορεί να εξασθενήσει ή να υποχωρήσει στην ενήλικη ζωή. Ο βαθμός της λειτουργικής έκπτωσης και της υποκειμενικής ενόχλησης μπορεί να ποικίλλει ανάλογα με τις απαιτήσεις κοινωνικής ή δημόσιας έκθεσης του ατόμου.

Διάγνωση

Πίνακας διαγνωστικών κριτηρίων κατά DSM-IV για τη διαταραχή κοινωνικού άγχους

- A. Ένας έντονος και επίμονος φόβος μίας ή περισσότερων κοινωνικών καταστάσεων ή καταστάσεων στις οποίες το άτομο θα πρέπει να επιτελέσει κάτι, στις οποίες το άτομο εκτίθεται σε άγνωστο κόσμο ή σε πιθανό εξονυχιστικό έλεγχο από μέρους των άλλων. Το άτομο φοβάται ότι θα ενεργήσει με τρόπο που θα είναι ταπεινωτικός ή αμήχανος.
- B. Η έκθεση στην επίφοβη κατάσταση προκαλεί σχεδόν πάντοτε άγχος που μπορεί να παίρνει τη μορφή μιας συνδεδεμένης με ή προδιατεθειμένης από την κατάσταση προσβολής πανικού.
- Γ. Το άτομο γνωρίζει ότι ο φόβος του είναι υπερβολικός ή παράλογος.
- Δ. Οι επίφοβες κοινωνικές καταστάσεις όπου το άτομο θα πρέπει να επιτελέσει κάτι αποφεύγοντας ή αλλιώς υπομένοντας με έντονο άγχος ή υποκειμενική ενόχληση.
- E. Η αποφυγή, αγχώδης αναμονή ή υποκειμενική ενόχληση κατά την επίφοβη κοινωνική κατάσταση ή την κατάσταση όπου το άτομο θα πρέπει να επιτελέσει κάτι, παρεμποδίζει σημαντικά την καθημερινή φυσιολογική ρουτίνα του ατόμου, την επαγγελματική λειτουργικότητά

του ή τις κοινωνικές του δραστηριότητες ή τις σχέσεις του ή υπάρχει έντονη υποκειμενική ενόχληση που το άτομο έχει φοβία.

- ΣΤ. Σε άτομα κάτω των 18 ετών, η διάρκεια είναι τουλάχιστον 6 μήνες.
- Ζ. Ο φόβος ή η αποφυγή δεν οφείλεται στα άμεσα φυσιολογικά αποτελέσματα της δράσης μιας ουσίας ή μιας γενικής ιατρικής κατάστασης και δεν εξηγείται καλύτερα ως κάποια άλλη ψυχική διαταραχή.
- Η. Αν κάποια γενική ιατρική κατάσταση ή κάποια άλλη ψυχική διαταραχή είναι παρούσα, ο φόβος στο κριτήριο δεν σχετίζεται μ' αυτήν.

Συνοδές διαταραχές – Επιπλοκές

Τα άτομα με κοινωνική φοβία συνήθως είναι υπερευαίσθητα στην κριτική, στην αρνητική εκτίμηση από τους άλλους και στην απόρριψη, έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση, δυσκολεύονται να διεκδικήσουν κάτι, δυσκολεύονται να απαντήσουν σε ψυχολογικά τεστ, μπορεί να αποφεύγουν την επαφή με τα μάτια και να δείχνουν έντονα το άγχος τους.

Η Κοινωνική φοβία μπορεί να συνυπάρχει με πολλές άλλες διαταραχές, όπως Διαταραχή Πανικού με Αγοραφοβία, Αγοραφοβία χωρίς Ιστορικό Διαταραχής Πανικού, Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή, Διαταραχή της Διάθεσης, Διαταραχές Σχετιζόμενες με Ουσίες, Σωματοποιητική Διαταραχή και συνήθως προηγείται αυτών των διαταραχών. Ιδιαίτερα η κατάθλιψη και η κατάχρηση ουσιών συνήθως είναι επιπλοκές της διαταραχής κοινωνικού άγχους. Άλλες επιπλοκές είναι ότι, εξαιτίας της λειτουργικής έκπτωσης ή των δεξιοτήτων στην εργασία, στις σπουδές ή στις σχέσεις, το κοινωνικά φοβικό άτομο μπορεί να παρατήσει το σχολείο ή τη δουλειά του, να αφήσει τους φίλους του ή και να μην αποκτήσει φίλους ή ερωτικές σχέσεις ή να μείνει ανύπαντρο κ.ά.

Συχνά με την Κοινωνική φοβία συνυπάρχει γενικευμένη και αναπόφευκτη διαταραχή της Προσωπικότητας.

Εργαστηριακά τα άτομα αυτά είναι πιθανόν να αναπτύξουν μια προσβολή πανικού μετά από έγχυση γαλακτικού νατρίου ή εισπνοή CO₂.

Θεραπεία

Ως προς τη φαρμακολογική θεραπεία, τα περισσότερα στοιχεία δείχνουν πως οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRIs) αποτελούν τη θεραπεία εκλογής του κοινωνικού άγχους. Οι περισσότερες μελέτες αφορούν την παροξετίνη, αλλά υπάρχουν αρκετά στοιχεία για την αποτελεσματικότητα της σιταλοπράμης, της σερτραλίνης και της βενλαφαζίνης. Οι βενζοδιαζεπίνες φαίνεται πως έχουν θέση στη θεραπεία, ακόμη και αν χρησιμοποιηθούν μόνο για μερικούς μήνες. Συνήθως η θεραπεία είναι μακροχρόνια, αλλά πολλοί ασθενείς διατηρούν τα καλά αποτελέσματα μετά από ολιγόμηνη μόνο θεραπεία, εάν σ' αυτό το διάστημα εκτεθούν και εξοικειωθούν με τις κοινωνικές καταστάσεις που προκαλούν άγχος. Από τις ψυχοθεραπείες, η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία και η εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες έχουν μελετηθεί περισσότερο ως προς την αποτελεσματικότητά τους. Είναι συνήθης η χρήση μικρής δόσης β-αδρενεργικών αναστολέων, όπως της προπρανολόλης και της ατενολόλης, πριν από μια παρουσίαση ή πριν από τις εξετάσεις προκειμένου να μειωθούν οι περιφερικές εκδηλώσεις του άγχους. Τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά και τα αντιεπιληπτικά, παρότι έχουν χρησιμοποιηθεί, δεν έχουν αποδείξει την αποτελεσματικότητά τους.

4.1.3 Αγοραφοβία

Κλινική εικόνα

Αγοραφοβία είναι ο φόβος να βρεθεί κανείς μόνος σε μέρη ή καταστάσεις απ' όπου η έξοδος θα ήταν δύσκολη ή η βοήθεια δεν θα ήταν εύκολα διαθέσιμη αν πάθαινε μια κρίση πανικού. Έτσι, η αγοραφοβία περιλαμβάνει συχνά πολλαπλά φυσικά συμπτώματα και έντονο άγχος σε ανοιχτούς χώρους, πλήθη, μέσα μαζικής μεταφοράς κλπ. Στην αγοραφοβία η δυσλειτουργικότητα μπορεί να γίνει πολύ μεγάλη, διότι συχνά το άτομο δεν τολμά να βγει από το σπίτι χωρίς συνοδεία και επίσης δυσκολεύεται να φθάσει μέχρι το γραφείο του ψυχιάτρου για να τον συμβουλευθεί. Οι λιγότερο δυσλειτουργικοί αγοραφοβικοί αναπτύσσουν μια γεωγραφική «ζώνη ασφαλείας» μέσα στην οποία κινούνται με σχετική άνεση. Χαρακτηριστικά, τα

αγοραφοβικά συμπτώματα εμφανίζουν «γενίκευση». Έτσι ο φόβος για μια κατάσταση μπορεί να οδηγήσει σε φόβο για πολλές καταστάσεις. Οι ασθενείς νιώθουν ζάλη, αποπροσωποποίηση και καταφεύγουν στην κατάχρηση αλκοόλ. Η αγοραφοβία σε πολλές περιπτώσεις συνδυάζεται με κρίσεις πανικού.

Έναρξη – Πορεία – Πρόγνωση

Τα αγοραφοβικά συμπτώματα μπορεί να πυροδοτηθούν ή να ενταθούν από γεγονότα ζωής που έτσι κι αλλιώς είναι συχνό φαινόμενο σ' αυτούς τους ασθενείς. Ξεκινά σε πλαίσιο κρίσεων ή διαταραχής πανικού και εγκαθίσταται με μηχανισμούς αποφυγής. Η πορεία είναι χρόνια, με εξάρσεις και υφέσεις, που χαρακτηρίζουν την καθημερινότητα αυτών των ατόμων.

Επιδημιολογία

Πάνω από τα 2/3 των ασθενών με αγοραφοβία είναι γυναίκες και η ηλικία έναρξης κυμαίνεται από τα 15 μέχρι τα 35 έτη. Το 20% πληρούν κριτήρια τουλάχιστον για άλλη μία αγχώδη διαταραχή, όπως είναι η προσβολή πανικού. Αξιοσημείωτο είναι ότι λιγότεροι από 25% των πασχόντων αναζητούν θεραπεία.

Διάγνωση

Πίνακας διαγνωστικών κριτηρίων κατά DSM-IV για την αγοραφοβία

- A. Άγχος του ατόμου να είναι σε μέρη ή καταστάσεις απ' όπου η διαφυγή μπορεί να είναι δύσκολη ή στις οποίες μπορεί να μην υπάρχει δυνατότητα βοήθειας σε περίπτωση που το άτομο έχει μια απροσδόκητη ή μια προδιατεθειμένη από καταστάσεις Προσβολής Πανικού ή συμπτώματα παρόμοια του πανικού. Αγοραφοβικοί φόβοι τυπικά αφορούν χαρακτηριστικές ομάδες καταστάσεων που περιλαμβάνουν το να είναι το άτομο έξω από το σπίτι μόνο του, να βρίσκεται μέσα σε πλήθος ή να στέκεται στην ουρά, να βρίσκεται πάνω σε μια γέφυρα και το να ταξιδεύει μέσα σ' ένα λεωφορείο, τραίνο ή αυτοκίνητο.
- B. Οι καταστάσεις αποφεύγονται (π.χ. οι μετακινήσεις περιορίζονται) ή αλλιώς το άτομο τις υπομένει με έντονη ενόχληση ή άγχος, μήπως τού

συμβεί μια Προσβολή Πανικού ή συμπτώματα παρόμοια του πανικού ή χρειάζεται την παρουσία συνοδού.

- Γ. Το άγχος ή η φοβική αποφυγή δεν εξηγούνται καλύτερα ως μια άλλη ψυχική διαταραχή, όπως Κοινωνική φοβία (δηλ. αποφυγή που περιορίζεται σε κοινωνικές καταστάσεις εξαιτίας του φόβου του ατόμου μήπως νιώσει αμήχανα), Ειδική φοβία (δηλ. αποφυγή που περιορίζεται σε μία μόνο κατάσταση, όπως ασανσέρ), Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή (π.χ. αποφυγή βρωμιάς σε κάποιο άτομο με ψυχαναγκασμό σχετικά με μόλυνση), Διαταραχή Μετά από Ψυχοτραυματικό Στρες (π.χ. αποφυγή ερεθισμάτων που συνδέονται μ' ένα σοβαρό στρεσογόνο παράγοντα ή Διαταραχή Άγχους Αποχωρισμού (π.χ. αποφυγή να εγκαταλείψει το άτομο το σπίτι του ή τους συγγενείς του).

Θεραπεία

Η αγοραφοβία αντιμετωπίζεται με θεραπεία συμπεριφοράς και ειδικότερα με βαθμιαία και προοδευτική-κλιμακωτή έκθεση in vivo του ατόμου σε συνεχώς και πιο δύσκολες αγοραφοβικές καταστάσεις.

Αγχολυτικά και σεροτονινεργικά φάρμακα συνήθως χρησιμοποιούνται ανακουφιστικά, ώστε να βοηθήσουν την εμπλοκή του ασθενούς σε αυτή τη θεραπεία έκθεσης, αλλά εάν το επιτρέπουν η κατάσταση και το κίνητρο του ασθενούς είναι καλύτερα να αποφεύγονται, γιατί ο ασθενής τα εντάσσει στο σύστημα «ασφαλείας» του και υπάρχει μεγάλη δυσκολία διακοπής τους.

4.2 Διαταραχή πανικού

Κλινική εικόνα

Η διαταραχή πανικού χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση κρίσεων πανικού. Έτσι ονομάζονται επεισόδια έντονου άγχους και αυτονομικών εκδηλώσεων, τα οποία εκλύονται αυθόρμητα και αιφνίδια και διαρκούν συνήθως λιγότερο από μία ώρα. Αυτά συνοδεύονται από:

- Πόνο στο στήθος, αίσθημα πνιγμού, υπεραερισμό.
- Ζάλη, αίσθημα παλμών, αίσθημα λιποθυμίας.
- Τρόμο, εφίδρωση, παραισθησίες, εξάψεις ή ρίγη.
- Ναυτία ή επιγαστρική δυσφορία.
- Οξύ φόβο θανάτου.
- Έντονο φόβο ότι τρελαίνονται ή ότι χάνουν τον έλεγχο.

Από πλευράς κλινικής συμπτωματολογίας διακρίνονται τρεις ομάδες ασθενών: α) εκείνοι που εμφανίζουν κυρίως καρδιοαναπνευστικά συμπτώματα, β) εκείνοι που έχουν κυρίως συμπτώματα τύπου ζάλης και εκείνοι με συμπτώματα κυρίως ψυχολογικά. Έχει αναφερθεί και μια τέταρτη ομάδα στην οποία ανήκουν αυτοί που εμφανίζουν συμπτώματα μόνο από το γαστρεντερικό. Γενικά, υπάρχουν κρίσεις πανικού περιορισμένων συμπτωμάτων και σε ορισμένους ασθενείς αυτές μετά από κάποιο χρονικό διάστημα μπορεί να εξελιχθούν σε πλήρεις κρίσεις. Πολλές φορές τα συμπτώματα του πανικού εμφανίζονται κατά τη διάρκεια του ύπνου – «νυχτερινές κρίσεις πανικού» – και ξυπνούν τον ασθενή ή εμφανίζονται όχι στην άσκηση, όπως ίσως θα περίμενε κανείς, αλλά στη χαλάρωση. Και τα δύο αυτά χαρακτηριστικά συνδέονται με μεγαλύτερη ευαλότητα του βιολογικού υποστρώματος των ασθενών αυτών στις κρίσεις πανικού.

Τα συμπτώματα αυτά των κρίσεων πανικού είναι ιδιαίτερα ανησυχητικά για τον ασθενή, ο οποίος εισέρχεται σε μια κατάσταση αγχώδους αναμονής για την επόμενη κρίση και μια διαδικασία προφυλάξεων και αποφυγών, προκειμένου να μην ξαναπάθει την ίδια κρίση. Έτσι φθάνει συχνά να αναπτύξει αγοραφοβία. Το προσδοκητικό άγχος θέτει τον ασθενή και τον οργανισμό του σε μια κατάσταση επιφυλακής και αυξημένης νευροφυσιολογικής ετοιμότητας, που διευκολύνει ακόμη περισσότερο την

εμφάνιση κρίσεων πανικού. Πρόσφατες μελέτες δείχνουν ότι υπάρχουν δύο τύποι διαταραχής πανικού: ο αναπνευστικός και ο μη αναπνευστικός τύπος. Στον πρώτο κυριαρχούν συμπτώματα πνιγμού, αίσθημα βάρους ή πόνου στο στήθος, μουδιάσματα και φόβος θανάτου μαζί με μια εντονότατη τάση φυγής. Στο δεύτερο τύπο κυριαρχούν το αίσθημα παλμών, η ζάλη, ο τρόμος, οι εξάψεις, η εφίδρωση, η ναυτία, ο φόβος τρέλας ή απώλειας ελέγχου και η αποπροσωποποίηση. Οι ασθενείς με αναπνευστικό τύπο πανικού εμφανίζουν μεγαλύτερη ευαισθησία και μεγαλύτερη διακύμανση σε παραμέτρους του πνευμονικού αερισμού και μετά από δοκιμασίες εργαστηριακής πρόκλησης πανικού (π.χ. με εισπνοές αέρα αυξημένης περιεκτικότητας σε CO₂ ή έγχυση γαλακτικού οξέος). Οι ασθενείς αυτοί πιθανολογείται πως έχουν ένα υπερευαίσθητο βιολογικό σύστημα συναγερμού σε συνθήκες ασφυξίας. Ο συγκεκριμένος τύπος κρίσεων πανικού εμφανίζεται συχνά και σε ηλικιωμένα άτομα με αναπνευστικά προβλήματα, που με τη σειρά τους αποτελούν ένα σημαντικό ποσοστό των ατόμων με διαταραχή πανικού «όψιμης έναρξης». Είναι αξιοσημείωτο, στο ίδιο πλαίσιο, ότι οι βαρείς καπνιστές έχουν αυξημένο ποσοστό εμφάνισης κρίσεων πανικού.

Επιδημιολογία

Οι ασθενείς με διαταραχή πανικού κάνουν σημαντικά αυξημένη χρήση υπηρεσιών υγείας και είναι η αγχώδης διαταραχή που συναντάται με τη μεγαλύτερη συχνότητα στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Το κάπνισμα, η υπέρταση, το άσθμα, το ευερέθιστο έντερο και οι κεφαλαλγίες είναι καταστάσεις που συνδέονται συστηματικά με την εμφάνιση διαταραχής πανικού. Είναι επίσης σημαντικό το γεγονός ότι, παρόλο που η διαταραχή πανικού συχνά μιμείται μη υπάρχουσα καρδιακή νόσο, πολλές φορές υποκρύπτει πραγματική καρδιακή νόσο, δεδομένου ότι το 25% των καρδιολογικών ασθενών πληρούν τα κριτήρια της διαταραχής πανικού.

Έχει επιπολασμό βίου στις δυτικές χώρες 1-2%. Οι συγγενείς των ασθενών έχουν 20πλάσιο κίνδυνο να εμφανίσουν τη διαταραχή και γενικά η κληρονομικότητα της διαταραχής θεωρείται υψηλή, υπολογίζεται πάνω από 70%. Κρίσεις πανικού εμφανίζονται συχνά σε εφήβους, περίπου 18% γύρω στην ηλικία των 14-15 ετών με μορφή κυρίως συμπτωμάτων τύπου ζάλης και γαστρεντερικών συμπτωμάτων. Σπάνια εμφανίζεται πριν από την εφηβεία.

Είναι πιο συχνή, 2-6 φορές, σε γυναίκες απ' ότι σε άνδρες, ενώ οι άνδρες είναι πιο πιθανό να έχουν πανικό χωρίς αγοραφοβία. Η βαρύτητα και το είδος των συμπτωμάτων δεν διαφέρουν, απλά στις γυναίκες τείνουν να έχουν περισσότερες αποτροπές. Παρότι υπάρχει η πεποίθηση ότι η κύηση και η λοχεία μπορούν να προκαλέσουν έξαρση της διαταραχής στις πάσχουσες, δεν επιβεβαιώνεται σε όλες τις μελέτες.

Έναρξη – Πορεία – Πρόγνωση

Η ποιότητα της ζωής ασθενών με διαταραχή πανικού είναι παρόμοια με αυτήν ασθενών με κατάθλιψη και έχει μετρηθεί χειρότερη από την ποιότητα ζωής ασθενών με ορισμένες παθολογικές νόσους. Επιπλέον, πάνω από το 60% των ασθενών με διαταραχή πανικού εμφανίζουν κάποια στιγμή στην πορεία της νόσου τους κατάθλιψη και το 30-60% των ασθενών με κατάθλιψη εμφανίζουν δευτερογενώς διαταραχή πανικού. Τα ποσοστά κατάχρησης ουσιών, συχνά αλκοόλ και ηρεμιστικών, σε μια προσπάθεια αυτοϊασης, είναι ιδιαίτερα υψηλά. Τα άτομα που έχουν διαγνωστεί κάποτε με διαταραχή πανικού είναι 18 φορές πιο πιθανό να επιχειρήσουν απόπειρα αυτοκτονίας (20%) απ' ότι άτομα χωρίς ιστορικό ψυχικής διαταραχής. Η πρόγνωση αυτής της διαταραχής είναι καλή με την έννοια της ύπαρξης αποτελεσματικών θεραπειών, γι' αυτό και έχει σημασία η ορθή αντιμετώπιση και η σωστή παρακολούθηση. Μελέτες πενταετίας δείχνουν ύφεση των συμπτωμάτων σε σημαντικό ποσοστό των ασθενών μετά από κατάλληλη θεραπεία. Παρ' όλα αυτά, οι υποτροπές είναι συχνές.

Διάγνωση

Πίνακας διαγνωστικών κριτηρίων κατά DSM-IV για τη διαταραχή πανικού

- A1. Επαναλαμβανόμενες απροσδόκητες προσβολές πανικού.
- A2. Τουλάχιστον μία από τις προσβολές έχει ακολουθηθεί για 1 μήνα από ένα από τα παραπάνω:
 - (α) επίμονη ανησυχία του ατόμου μήπως έχει κι άλλες προσβολές
 - (β) στεναχώρια για τις επιπτώσεις της προσβολής ή τις συνέπειές της
 - (γ) σημαντική αλλαγή στη συμπεριφορά, που σχετίζεται με τις προσβολές

- B. Απουσία Αγοραφοβίας.
- Γ. Οι προσβολές Πανικού δεν οφείλονται στα άμεσα φυσιολογικά αποτελέσματα της δράσης μιας ουσίας ή μιας γενικής ιατρικής κατάστασης.
- Δ. Οι Προσβολές Πανικού δεν εξηγούνται καλύτερα ως μια άλλη ψυχική διαταραχή.
- Ε. Απουσία ή παρουσία αγοραφοβίας.

Συνοδές διαταραχές και επιπλοκές

Τα άτομα με Διαταραχή Πανικού, εκτός από την ανησυχία τους μήπως συμβούν και άλλες Προσβολές Πανικού και για τις συνέπειές τους, αναφέρουν και συνεχή ή διαλείποντα αισθήματα άγχους χωρίς εστίαση σε συγκεκριμένες καταστάσεις ή άγχος και φόβο για την έκβαση καθημερινών προβλημάτων, ιδιαίτερα αν αυτά έχουν σχέση με την υγεία ή τον αποχωρισμό από κοντινά τους άτομα. Έτσι μπορεί να φοβούνται καταστροφικές συνέπειες για το παραμικρό σύμπτωμα ή την παραμικρή παρενέργεια φαρμάκου ή ότι αυτοί ή κοντινά τους άτομα έχουν μια ανίατη αρρώστια κ.ο.κ. με συχνές επισκέψεις σε γιατρούς και μεγάλες οικονομικές απώλειες.

Πολλοί ασθενείς αναφέρουν ότι η πρώτη προσβολή πανικού ή υποτροπές του εμφανίστηκαν ύστερα από κάποιο σημαντικό στρες. Επίσης, συχνά συμβαίνουν κατά την επιλόχειο περίοδο ή ύστερα από τη λήψη ψυχοδραστικών ουσιών όπως το LSD ή η μαριχουάνα.

Συχνά συνυπάρχει Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή, η οποία τις πιο πολλές φορές επιπλέκει τη Διαταραχή Πανικού και πιθανά να προηγείται αυτής. Άλλη συχνή επιπλοκή είναι κάποια διαταραχή σχετιζόμενη με ουσίες και ιδιαίτερα με την κατάχρηση αλκοόλ, το οποίο οι ασθενείς μπορεί να χρησιμοποιούν για να ανακουφίσουν τις προσβολές πανικού ή το χρόνιο άγχος τους. Επίσης, μπορεί να χρησιμοποιούν αγχολυτικά, κάνναβη ή κοκαΐνη. Η δυσκολία των ασθενών να τα βγάλουν πέρα στην καθημερινή τους ζωή είναι δυνατόν να οδηγήσει σε απώλεια του ηθικού, σε απώλεια της εργασίας ή ακόμη σε πλήρη αναπηρία.

Συχνά συνυπάρχουν και άλλες Αγχώδεις Διαταραχές, όπως Κοινωνική Φοβία (στο 15-30%), Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή (στο 8-

10%), Ειδική Φοβία (στο 10-20%), Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή (στο 25%).

Εργαστηριακά, αν και δεν υπάρχουν παθογνωμονικά ευρήματα, ειδικά για τη Διαταραχή Πανικού, εν τούτοις ορισμένα εργαστηριακά ευρήματα είναι παθολογικά σε ορισμένα άτομα. Τέτοια είναι η αντιρροπούμενη αναπνευστική αλκάλωση και η Πρόκληση Προσβολών Πανικού ως απάντηση σε έγχυση γαλακτικού νατρίου ή σε εισπνοή CO₂, που εμφανίζονται με συμπτώματα παροδικής ταχυκαρδίας και μέτρια αύξηση της συστολικής πίεσης.

Θεραπεία

Η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία έχει τεκμηριωμένα τα καλύτερα αποτελέσματα στη διαταραχή πανικού και στηρίζεται στην αύξηση της ανοχής του ασθενούς στα συμπτώματα του πανικού και της αυτονομικής διέγερσης στην πρόκληση επεισοδίου πανικού στο ιατρείο και την εκμάθηση in vivo τρόπων αντιμετώπισής του, καθώς και στη διόρθωση των καταστροφολογικών ερμηνειών που συντηρούν το προσδοκητικό άγχος. Εφόσον υπάρχει αγοραφοβία, ακολουθείται πρόγραμμα σταδιακής έκθεσης, όπως εφαρμόζεται και στις φοβίες. Φαρμακευτικά, οι SSRIs και οι βενζοδιαζεπίνες αποτελούν την κύρια θεραπεία, παρότι ορισμένα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά και οι κλασικοί αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης είναι επίσης αποτελεσματικά, αλλά λιγότερο ανεκτά από πλευράς ανεπιθύμητων ενεργειών. Συχνά χρησιμοποιούνται β-αναστολείς για τα αυτονομικά συμπτώματα, αλλά γενικά η θεραπεία με τα αντικαταθλιπτικά καλύπτει πλήρως τα συμπτώματα. Η αύξηση των φαρμάκων ως τις κατάλληλες θεραπευτικές δόσεις πρέπει να γίνεται βαθμιαία, γιατί υπάρχει σημαντική πιθανότητα η ταχεία αύξηση να πυροδοτήσει κρίσεις πανικού. Η ανταπόκριση στην αγωγή αρχίζει να απαντάει τουλάχιστον μετά από 3 εβδομάδες. Οι θεραπευτικοί στόχοι περιλαμβάνουν την πλήρη ύφεση των κρίσεων πανικού, τη λύση του προσδοκητικού άγχους, τη μείωση της φοβικής αποφυγής, την πρόληψη των υποτροπών, την καλή ανοχή της φαρμακευτικής θεραπείας και την αποτελεσματική αντιμετώπιση των συν-νοσηρών καταστάσεων.

4.3 Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή

Κλινική εικόνα

Η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή είναι μια χρόνια αγχώδης κατάσταση, που χαρακτηρίζεται από συχνές και επίμονες ανησυχίες για πολλαπλά θέματα της ζωής, δυσανάλογες προς τις αντικειμενικές διαστάσεις αυτών των θεμάτων, τα οποία συνήθως αφορούν στην εργασία, στη σχολική/φοιτητική απόδοση ή στην οικογενειακή ζωή. Η διαταραχή συνοδεύεται από χρόνια και έντονα συμπτώματα από το αυτόνομο συμπαθητικό σύστημα, που προκύπτουν από τη διαρκή υπερεγρήγορηση και τη μυϊκή ένταση. Τυπικό χαρακτηριστικό είναι ότι το άγχος δεν αναδύεται μόνο κάτω από ορισμένες συνθήκες, ούτε βελτιώνεται κάτω από ορισμένες περιστάσεις, αλλά αποτελεί διαρκές βίωμα που υπογραμμίζει σχεδόν κάθε δραστηριότητα, σε βαθμό που έχει χαρακτηριστεί πια ως «ελεύθερα επιπλέον» άγχος. Αποτελεί μια συχνή αγχώδη διαταραχή, ωστόσο είναι λιγότερο θορυβώδης από τις άλλες και συχνά δεν φθάνει στο κατώφλι της ψυχικής προσοχής.

Επιδημιολογία

Ο επιπολασμός βίου υπολογίζεται με αυστηρά κριτήρια γύρω στο 2-5%, αλλά πιθανότατα να είναι μεγαλύτερος. Στην πρωτοβάθμια περίθαλψη τουλάχιστον ένα 8% των ασθενών ανά πάσα στιγμή πληροί κριτήρια γενικευμένης αγχώδους διαταραχής. Σύμφωνα με τις επιδημιολογικές έρευνες, μετά την ηλικία των 20 ετών, η διαταραχή είναι συχνότερη στις γυναίκες, σε αναλογία 2/1 έως 3/1.

Έναρξη – Πορεία – Πρόγνωση

Η μέση ηλικία έναρξης τοποθετείται στο τέλος της εφηβείας ή στην αρχή της ενήλικης ζωής, αλλά είναι πολλά τα περιστατικά που ξεκινούν μετά τα 30. Οι διαρκείς αλλαγές στα διαγνωστικά κριτήρια την τελευταία 20ετία δεν επιτρέπουν την εξαγωγή σαφών επιδημιολογικών στοιχείων για την πορεία της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής, δεδομένου ότι οι περισσότερες μελέτες είναι αναδρομικές. Από τα υπάρχοντα στοιχεία φαίνεται πως η διαταραχή διατρέχει συνήθως μια χρόνια πορεία με μικρού σχετικά εύρους

διακυμάνσεις και οι ασθενείς συχνά προσέρχονται για θεραπεία μετά από πολυετή παρουσία των συμπτωμάτων.

Διάγνωση

Πίνακας διαγνωστικών κριτηρίων κατά DSM-IV για τη Γενικευμένη Αγχώδη Διαταραχή

- A. Υπερβολικό άγχος και ανησυχία, που συμβαίνει τις περισσότερες μέρες για 6 τουλάχιστον μήνες για έναν αριθμό γεγονότων ή δραστηριοτήτων.
- B. Το άτομο το βρίσκει δύσκολο να ελέγξει την ανησυχία.
- Γ. Το άγχος και η ανησυχία συνδέονται με τρία από τα παρακάτω στοιχεία:
 - (1) εσωτερική ανησυχία ή νιώθει τεντωμένος
 - (2) εύκολη κόπωση
 - (3) δυσκολία στη συγκέντρωση ή νιώθει το μυαλό του άδειο
 - (4) ευερεθιστότητα
 - (5) μυϊκή τάση
 - (6) διαταραχή του ύπνου
- Δ. Η εστίαση του άγχους και της ανησυχίας δεν συνδέεται με άλλη ψυχική διαταραχή.
- E. Το άγχος, η ανησυχία ή τα σωματικά συμπτώματα προκαλούν κλινικά σημαντική υποκειμενική ενόχληση ή έκπτωση στον κοινωνικό, επαγγελματικό ή άλλους σημαντικούς τομείς της λειτουργικότητας.
- ΣΤ. Η διαταραχή δεν οφείλεται στα άμεσα φυσιολογικά αποτελέσματα της δράσης μιας ουσίας ή μιας γενικής ιατρικής κατάστασης και δεν συμβαίνει αποκλειστικά κατά τη διάρκεια κάποιας Διαταραχής της Διάθεσης, κάποιας Ψυχωτικής Διαταραχής ή κάποιας Βαριάς Εκτεταμένης Διαταραχής της Ανάπτυξης.

Συνοδές διαταραχές – Επιπλοκές

Τη μυϊκή τάση συχνά συνοδεύουν τρόμος, αίσθημα εσωτερικής ανησυχίας ή εσωτερικού τρόμου, μυϊκές συσπάσεις, μυϊκοί πόνοι ή μυϊκή ευαισθησία. Πολλά άτομα έχουν κρύα υγρά χέρια, ξηροστομία, εφίδρωση, ναυτία ή διάρροια, συχνουρία, δυσκολία στην κατάποση ή έναν «κόμπο» στο λαιμό. Ακόμη, συχνή είναι η αύξηση της αντίδρασης του ξαφνιάσματος.

Συνοδές διαταραχές είναι οι Διαταραχές της Διάθεσης και κυρίως η Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή ή η Δυσθυμική Διαταραχή, η Διαταραχή Πανικού, η Κοινωνική Φοβία, η Ειδική Φοβία και Διαταραχές Σχετιζόμενες με Ουσίες.

Οι πιο συχνές επιπλοκές είναι η κατάθλιψη και η κατάχρηση ουσιών, ιδιαίτερα αλκοόλ και αγχολυτικών, που χρησιμοποιούνται από τους ασθενείς για την ανακούφιση του άγχους.

Θεραπεία

Πριν από την έναρξη οποιασδήποτε θεραπείας, πρέπει να αποκλειστούν άλλες πιο ειδικές καταστάσεις και να εκτιμηθεί η βαρύτητα των συμπτωμάτων. Η χρήση των βενζοδιαζεπινών αποτελεί αμφιλεγόμενο ζήτημα στη γενικευμένη αγχώδη διαταραχή, γιατί λόγω της χρονιότητας, εφόσον χρησιμοποιηθούν σε συστηματική βάση, είναι δύσκολο να διακοπούν και λόγω του φαινομένου της ανοχής, η δόση τους προοδευτικά αυξάνεται με την πάροδο του χρόνου. Η βουσπιρόνη αποτελεί μια εναλλακτική λύση στα αγχολυτικά, επειδή δεν εμφανίζει εξάρτηση και ανοχή, φαίνεται όμως να έχει καλύτερη αποτελεσματικότητα στις ηπιότερες περιπτώσεις. Η συνήθης αγωγή πραγματοποιείται με σεροτονινεργικά φάρμακα ή με βενλαφαξίνη, που έχει λάβει επίσημη έγκριση για την αντιμετώπιση αυτής της διαταραχής. Εναλλακτική λύση αποτελεί η μερταζαπίνη, λόγω της έντονης αγχολυτικής της δράσης. Τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, σε μικρή δόση, μπορούν να φανούν πολύ χρήσιμα, δεδομένου ότι σε αυτές τις δόσεις οι ανεπιθύμητες ενέργειές τους είναι ανεκτές από τον ασθενή.

Οι μελέτες δείχνουν πως οι εστιασμένες ψυχοθεραπείες, που αποσκοπούν στον έλεγχο των συμπτωμάτων, έχουν αποτελεσματικότητα, αλλά μόνο εάν γίνονται από έμπειρους θεραπευτές, γιατί χρειάζεται συνολικός χειρισμός του ασθενούς και όχι απλή εκμάθηση τεχνικών. Οι ψυχοδυναμικές ψυχοθεραπείες αποτελούν παραδοσιακά τη συνηθέστερα εφαρμοζόμενη ψυχοθεραπεία για τη γενικευμένη αγχώδη διαταραχή.

4.4 Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή

Κλινικά χαρακτηριστικά

Το βασικό χαρακτηριστικό της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής είναι επαναλαμβανόμενοι ψυχαναγκασμοί ή και καταναγκασμοί, που είναι αρκετά σοβαροί, ώστε να προκαλούν έντονη υποκειμενική ενόχληση, να καταναλίσκουν περισσότερο από μία ώρα την ημέρα από το χρόνο του ατόμου ή να προκαλούν σημαντική έκπτωση της λειτουργικότητάς του.

Οι ψυχαναγκασμοί είναι επίμονες ιδέες, σκέψεις, παρορμήσεις ή εικόνες που το άτομο τις βιώνει ως εισβολή και ως ακατάλληλες και που τού προκαλούν έντονο άγχος και δυσφορία.

Οι πιο κοινοί ψυχαναγκασμοί είναι επαναλαμβανόμενες σκέψεις μόλυνσης (π.χ. μήπως μολυνθεί κάνοντας χειραψία), αμφιβολίας (π.χ. αν τραυμάτισε κάποιον σε τροχαίο ατύχημα ή αν κλείδωσε την πόρτα), τάξης/τακτοποίησης (π.χ. έντονη δυσφορία αν κάποια αντικείμενα είναι μη συμμετρικά τακτοποιημένα), παρορμήσεις επιθετικότητας ή βίας (π.χ. να σκοτώσει το παιδί του ή σεξουαλικές εικόνες/φαντασιώσεις).

Το άτομο προσπαθεί να αγνοήσει ή να καταστείλει τους ψυχαναγκασμούς ή να τους εξουδετερώσει με κάποια άλλη σκέψη ή πράξη, όπως είναι κάποιος καταναγκασμός.

Οι καταναγκασμοί είναι επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές (πλύσιμο χεριών, τακτοποίηση, έλεγχος) ή νοητικές πράξεις (π.χ. προσευχή, μέτρημα, επανάληψη λέξεων σιωπηλά), τις οποίες το άτομο νιώθει αναγκασμένο να τις εκτελέσει ως απάντηση σ' έναν ψυχαναγκασμό ή σύμφωνα με κανόνες που πρέπει να τηρηθούν αυστηρά. Δεν γίνονται με ευχαρίστηση, αλλά για να ανακουφίσουν το άγχος που δημιουργούν κάποιοι ψυχαναγκασμοί ή για να αποτρέψουν κάτι που το άτομο φοβάται. Για παράδειγμα, άτομα με ψυχαναγκασμούς μόλυνσης μπορούν να «γδάρουν» σχεδόν τα χέρια τους με το επανειλημμένο πλύσιμο μέχρι να ανακουφίσουν το άγχος τους. Οι πιο κοινοί καταναγκασμοί είναι πλυσίματος και καθαρισμού, μέτρησης, ελέγχου, αναζήτησης διαβεβαιώσεων/καθησυχασμού, ανάληψης πράξεων και τακτοποίησης/τάξης.

Ο βαθμός ευαισθησίας του ατόμου για τους ψυχαναγκασμούς ή τους καταναγκασμούς του ποικίλλει, αλλά σε κάποια στιγμή το άτομο αναγνωρίζει ότι είναι υπερβολικοί ή παράλογοι.

Επιδημιολογία

Ο επιπολασμός βίου είναι γύρω στο 2,5% στις δυτικές χώρες και η αναλογία μεταξύ ανδρών και γυναικών είναι σχεδόν ίδια, με μια ελαφριά ίσως κλίση προς τις γυναίκες. Τα κλινικά χαρακτηριστικά της διαταραχής στα παιδιά είναι γενικά τα ίδια, όπως και στους ενήλικους. Αν και το είδος αυτών των διαταραχών θεωρείτο μέχρι πρότινος ότι είναι σχετικά σπάνιο, πρόσφατες μελέτες αποδίδουν επιπολασμό ζωής 2,5% και επιπολασμό έτους 1,5-2,1% (Μάνος, 1997). Η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή εμφανίζει σημαντική συνοσηρότητα με την κατάθλιψη και τις άλλες αγχώδεις διαταραχές. Διαταραχή της προσωπικότητας συνυπάρχει στο 50% περίπου, αλλά ιδεοψυχαναγκαστική προνοσηρή προσωπικότητα αναφέρεται μόνο στο 10-25% των ασθενών.

Έναρξη – Πορεία – Πρόγνωση

Η εμφάνιση της διαταραχής παρατηρείται στην εφηβεία ή στην πρώιμη ενήλικη ζωή (21-25 έτη). Παρ' όλα αυτά, υπάρχουν περιπτώσεις, από τις οποίες το 1/3 αναφέρονται σε αγόρια, κατά τις οποίες η έναρξη της διαταραχής πραγματοποιείται στην παιδική ηλικία, πριν από τα 10 έτη, συνήθως με τελετουργίες συμμετρίας χωρίς ιδεοληψίες, οι οποίες αργότερα προστίθενται στην πορεία της νόσου. Τα μισά περιστατικά με έναρξη στην ενήλικη ζωή ξεκινούν μετά από ψυχοπιεστικό γεγονός και τα άλλα μισά εν αιθρία. Σε γυναίκες στο 1/3 παρατηρείται έναρξη της διαταραχής στην κύηση, η οποία έτσι κι αλλιώς επιδεινώνει προϋπάρχουσα ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή. Η πορεία είναι χρόνια στο 54-61% με διακυμάνσεις στο 24-33% και με εξάρσεις και υφέσεις στο 11-14% των περιπτώσεων. Η πρόγνωση είναι καλύτερη εάν η έναρξη έγινε σε μεγαλύτερη ηλικία, τα συμπτώματα είναι μέτριας βαρύτητας, δεν υπάρχει διαταραχή προσωπικότητας, το οικογενειακό ιστορικό είναι αρνητικό, δεν υπάρχουν νοσηλείες, εντοπίζεται εκλυτικός παράγοντας, η νόσος εμφανίζει πορεία με εξάρσεις και υφέσεις και δεν υπάρχουν ιδιαίτερα παράδοξες ιδέες (Ζέρβας).

Διάγνωση

Πίνακας διαγνωστικών κριτηρίων κατά DSM-IV για την Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή

- A. Επαναλαμβανόμενες και επίμονες σκέψεις, παρορμήσεις ή εικόνες που βιώνονται κάποια στιγμή στη διάρκεια της διαταραχής, ως εισβολή και ως ακατάλληλες και που προκαλούν έντονο άγχος ή υποκειμενική ενόχληση.
- B. Οι σκέψεις, παρορμήσεις ή εικόνες δεν είναι απλώς υπερβολικές ανησυχίες για πραγματικά προβλήματα της ζωής.
- Γ. Το άτομο προσπαθεί να αγνοήσει ή να καταστείλει τέτοιες σκέψεις, παρορμήσεις ή εικόνες ή να τις εξουδετερώσει με κάποια άλλη σκέψη ή πράξη.
- Δ. Το άτομο αναγνωρίζει ότι οι ψυχαναγκαστικές σκέψεις, παρορμήσεις ή εικόνες είναι προϊόν του μυαλού του.
- Ε. Επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές (π.χ. πλύσιμο χεριών, τακτοποίηση, έλεγχος) ή νοητικές πράξεις στις οποίες το άτομο νιώθει αναγκασμένο να τις εκτελέσει ως απάντηση σ' έναν ψυχαναγκασμό ή σύμφωνα με κανόνες που πρέπει να τηρηθούν αυστηρά.
- ΣΤ. Οι συμπεριφορές ή οι νοητικές πράξεις έχουν σαν σκοπό να αποτρέψουν ή να μειώσουν υποκειμενική ενόχληση ή να αποτρέψουν κάποιο γεγονός ή κατάσταση που το άτομο φοβάται· εν τούτοις αυτές οι συμπεριφορές ή νοητικές πράξεις, είτε δεν είναι συνδεδεμένες κατά κάποιο ρεαλιστικό τρόπο μ' αυτό που είναι σχεδιασμένες να εξουδετερώσουν ή να αποτρέψουν, είτε είναι σαφώς υπερβολικές.

Συνοδές διαταραχές – Επιπλοκές

Συχνά υπάρχει αποφυγή καταστάσεων που έχουν σχέση με το περιεχόμενο των ψυχαναγκασμών, όπως και υποχονδριακές ανησυχίες με συχνές επισκέψεις σε διάφορους γιατρούς. Επίσης, μπορεί να συνυπάρχουν έντονο αίσθημα ευθύνης και ενοχής και διαταραχές του ύπνου.

Διαταραχές που μπορεί να συνοδεύουν την Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή είναι η Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή, άλλες Αγχώδεις Διαταραχές, Διαταραχές στην Πρόσληψη Τροφής, η Διαταραχή Tourette,

άλλες διαταραχές Τικ και η Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή της Προσωπικότητας.

Άτομα με αυτού του είδους τη διαταραχή μπορεί να κάνουν κατάχρηση αλκοόλ ή αγχολυτικών και σοβαροί καταναγκασμοί μπορεί να οδηγήσουν σε συζυγική, επαγγελματική ή κοινωνική αναπηρία.

Θεραπεία

Η φαρμακευτική θεραπεία πρώτης επιλογής είναι οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRIs). Έχει αποδειχθεί ότι ουσιαστικά οι SSRIs είναι εξίσου αποτελεσματικοί με τη χλωριμιπραμίνη, αλλά είναι καλύτερα ανεκτοί στους περισσότερους ασθενείς, λόγω των έντονων αντιχολινεργικών ανεπιθύμητων ενεργειών της χλωριμιπραμίνης. Απαιτούνται υψηλότερες δόσεις σε σύγκριση με την κατάθλιψη και διάρκεια θεραπείας τουλάχιστον 8-12 εβδομάδες. Επί αποτυχίας, μπορεί να χορηγηθεί άλλος SSRI. Ένας σημαντικός αριθμός ασθενών με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή δεν ανταποκρίνεται σ' αυτή τη θεραπεία. Γενικά, το 40-60% των ασθενών με αυτή τη διαταραχή βελτιώνονται κατά 30-60% με φάρμακο πρώτης επιλογής. Σε περιπτώσεις μερικής ή μη ανταπόκρισης και μετά τη χορήγηση δευτέρου SSRI συνιστάται χλωριμιπραμίνη σε καθημερινή έγχυση για διάστημα 2 εβδομάδων με τη μορφή συνδυασμού χλωριμιπραμίνης και ενός SSRI. Η δόση της διατηρείται σε χαμηλότερα επίπεδα για την αποφυγή εμφάνισης του σεροτονινεργικού συνδρόμου. Για τις ανθεκτικές μορφές ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής χορηγείται SSRI σε συνδυασμό με αντιψυχωτικά. Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία δεν είναι αποτελεσματική, παρά μόνο στην αντιμετώπιση συνυπάρχοντος μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου. Σε περιπτώσεις ανθιστάμενης ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής και σοβαρής έκπτωσης της εν γένει λειτουργικότητας, μπορεί να εξεταστεί η λύση της νευροψυχοχειρουργικής επέμβασης, η οποία παλαιότερα γινόταν με μεθόδους και σήμερα με διατομή με ακτίνα γ και με την εν τω βάθει εγκεφαλική διέγερση. Η φαρμακευτική θεραπεία βασίζεται πλέον σε θεραπευτικούς αλγόριθμους, ανάλογα με τη βαρύτητα και την ανταπόκριση. Η θεραπεία ξεκινά με αναστολέα της σεροτονίνης σε υψηλές δόσεις και η ανταπόκριση αναμένεται μετά από παρατεταμένη περίοδο, τουλάχιστον 8-12 εβδομάδων. Σε ασθενείς με αυτοκτονική διάθεση μπορεί να συστηθεί

ηλεκτροσπασμοθεραπεία και σε βαριά ανθεκτικά περιστατικά μπορεί να βοηθήσει η ψυχοχειρουργική, εάν και ένας αριθμός περιστατικών υποτροπιάζει και πάλι.

Η ψυχοθεραπεία, με βάση τις αρχές συμπεριφορικής θεραπείας, επιφέρει βελτίωση συμπτωμάτων της τάξης του 30-50% στο 75% των περιπτώσεων. Αυτή η ανταπόκριση είναι παρόμοια με την αποτελεσματικότητα των φαρμακευτικών θεραπειών. Η τεχνική βασίζεται στην *in vivo* έκθεση του ασθενούς στις ιδεοληψίες του μέσα στο γραφείο του θεραπευτή και στον εμποδισμό της ανταπόκρισης. Γίνεται επίσης προσπάθεια να εκπαιδευτεί ο ασθενής να σταματά ή να αγνοεί τις ιδεοληψίες και να εξοικειωθεί μ' αυτές και να τις αποδεχθεί ως μη επικίνδυνες. Η γνωσιακή θεραπεία έχει αναπτύξει ειδικά προγράμματα για την αντιμετώπιση των ιδεοληψιών που προσφάτως χρησιμοποιούνται, με καλύτερα αποτελέσματα από τις συμπεριφορικές τεχνικές. Η αποτελεσματικότητα της ψυχοδυναμικής ψυχοθεραπείας στη διαταραχή, τουλάχιστον ως προς τη μείωση των συμπτωμάτων, είναι αβέβαιη. Μπορεί να αποτελεί σημαντικό συμπλήρωμα για το ποσοστό εκείνων των ασθενών όπου η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή συνδυάζεται με διαταραχή προσωπικότητας. Η ψυχοθεραπεία συχνά συνδυάζεται με τη φαρμακευτική θεραπεία για καλύτερα αποτελέσματα, αλλά και πάλι σπάνια οδηγεί σε πλήρη ύφεση.

4.5 Διαταραχές που συνδέονται με το stress

Στις διαταραχές που συνδέονται με το stress κατατάσσονται εκείνες οι διαταραχές που προκύπτουν μετά από έκθεση σε ένα ακραίο απειλητικό συμβάν, όπως λ.χ. μία επίθεση, ένα σοβαρό αυτοκινητιστικό ατύχημα, μια φυσική καταστροφή. Το περιστατικό πρέπει να περιλαμβάνει πραγματικό θάνατο κάποιου ή επαπειλούμενο θάνατο του ίδιου του ατόμου ή κάποιου άλλου σε συνθήκες όπως ο πόλεμος, μια εγκληματική ενέργεια ή ένας βιασμός. Σε τέτοιο πλαίσιο μπορεί να εμφανιστεί μια οξεία διαταραχή του stress ή και μια διαταραχή μετά από τραυματικό stress.

4.5.1 Διαταραχή stress μετά από ψυχοτραυματισμό

Κλινική εικόνα

Ασθενείς με διαταραχή stress μετά από ψυχοτραυματισμό έχουν βιώσει, όπως προαναφέρθηκε, μια καταστροφική εμπειρία που θα προκαλούσε μεγάλη ψυχική αναταραχή στον οποιοδήποτε (βιασμός, βασανισμός, κάψιμο του σπιτιού τους κλπ) ή έχουν γίνει μάρτυρες σε πράξεις μεγάλης βίας ή σοβαρό δυστύχημα. Τα άτομα αυτά εμφανίζουν μια χαρακτηριστική τριάδα συμπτωμάτων:

- Υπερεγρήγορη, η οποία εκδηλώνεται με «υπερεκπληξία», δηλαδή αυξημένο αντανακλαστικό αιφνιδιασμού σε απότομα ερεθίσματα, αλλά και με αϋπνία, ευερεθιστότητα, μειωμένη συγκέντρωση και γενικά αυξημένη αυτονομική δραστηριότητα.
- Αναβίωση, η οποία εκδηλώνεται με έντονες ενοχλητικές και ανεπιθύμητες μνημονικές αναβιώσεις, όνειρα και εφιάλτες, όπου παραλλάσσεται η τραυματική σκηνή, ιδεοληπτικόμορφες σκέψεις και ονειροπολήσεις για το γεγονός, αναμνηστικές αντιδράσεις σε επετείους και γεγονότα που θυμίζουν το καταστροφικό γεγονός και προκαλούν επίταση των παραπάνω.

- Αποφυγή σκέψεων, συναισθημάτων και δραστηριοτήτων που θυμίζουν το τραύμα, αλλά μερικές φορές παρατηρείται και εκδήλωση ψυχογενούς αμνησίας.

Η γενική συναισθηματική κατάσταση του πάσχοντος χαρακτηρίζεται από ένα επίμονο συναισθηματικό «πάγωμα» ή «μούδιασμα». Τα παραπάνω συνοδεύονται από ένα υποκειμενικό αίσθημα τρόμου, αβοηθησίας και την αίσθηση, συχνά, της εξαφάνισης της μελλοντικής προοπτικής στη ζωή τους.

Επιδημιολογία

Οι περισσότερες μελέτες δείχνουν πως οι περισσότεροι άνθρωποι θα αντιμετωπίσουν τουλάχιστον ένα τραυματικό γεγονός στη ζωή τους. Το ποσοστό της διαταραχής στο γενικό πληθυσμό είναι μικρό, περίπου 1-3%, και τα συμπτώματα εμφανίζονται σε περισσότερους από τους μισούς των επιζώντων μίας καταστροφής. Επιπλέον, σε χώρες που βρίσκονται σε εμπόλεμη κατάσταση, στις οποίες ανήκουν οι ομάδες υψηλού κινδύνου, όπως είναι οι στρατιώτες, εμφανίζουν πολύ μεγαλύτερα ποσοστά της διαταραχής. Το μεγαλύτερο ποσοστό αναφέρεται σε νέους ενήλικες, χωρίς να απορρίπτονται τα παιδιά και οι ηλικιωμένοι. Παρόλο που υποστηρίζεται ότι οι άνδρες βιώνουν περισσότερα τραυματικά γεγονότα στη ζωή τους, οι γυναίκες βιώνουν πιο σοβαρά γεγονότα, πράγμα που δικαιολογεί γιατί οι γυναίκες έχουν διπλάσια πιθανότητα, σε σχέση με τους άνδρες, να αναπτύξουν διαταραχή μετά από τραυματικό stress. Μια ομάδα ασθενών με μετατραυματική διαταραχή που μόλις πρόσφατα άρχισε να μελετάται είναι οι ασθενείς των γενικών νοσοκομείων και συγγενείς τους, που αναπτύσσουν μετατραυματική διαταραχή μετά από ασθένειες και καταστάσεις απειλητικές για τη ζωή, ιδιαίτερα σε νοσοκομεία που δεν δίνουν επαρκή έμφαση στην ψυχολογική φροντίδα και υποστήριξη (Ζέρβας, 1999).

Έναρξη – Πορεία – Πρόγνωση

Η έναρξη της διαταραχής είναι συχνά καθυστερημένη από εβδομάδες έως και μήνες μετά το τραυματικό γεγονός. Τρία στοιχεία καθορίζουν την έμφαση της διαταραχής: α) το μέγεθος του τραύματος, β) η ύπαρξη προηγούμενης τραυματικής εμπειρίας στον ασθενή και γ) η παρουσία κοινωνικού υποστηρικτικού συστήματος. Χαρακτηριστικά της

προσωπικότητας, όπως εξαρτητικά ή ιδεοληπτικά στοιχεία, αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης της διαταραχής. Οι νευροβιολογικές μελέτες δείχνουν πως η ανάπτυξη της διαταραχής ευνοείται σε άτομα με μειωμένη κορτιζόλη αίματος, κατά το τραυματικό γεγονός και αυξημένη συμπαθητική δραστηριότητα. Δεδομένου ότι η κορτιζόλη, κατά κάποιον τρόπο, εξισορροπεί για τον οργανισμό την υπεραδρενεργική κατάσταση σε περιπτώσεις αυξημένου stress, τα άτομα που εμφανίζουν αυτή τη διαταραχή φαίνεται πως βρίσκονται σε μια υπεραδρενεργική κατάσταση που αποδιοργανώνει το μεταιχμιακό και το μνημονικό σύστημα χωρίς την εξισορροπιστική δράση της κορτιζόλης, με αποτέλεσμα τη μόνιμη εγκατάσταση στη μνήμη των τραυματικών γεγονότων. Έτσι, τα τραυματικά γεγονότα, ο φόβος και η υπερεγρήγορη, συνδέονται με μηχανισμούς κλασικούς εξάρτησης και, μέσω γενίκευσης, πολλά ερεθίσματα στη συνέχεια συνδέονται με το τραύμα και προκαλούν αναβίωση του «πακέτου» αναμνήσεων, φόβου και υπερεγρήγορης.

Ιδιαίτερα καταστροφικές ή αρνητικές εκτιμήσεις των τραυματικών γεγονότων και διαταραχή της αυτοβιογραφικής μνήμης το πρώτο τρίμηνο συνδέονται με χρονιότητα της διαταραχής. Αυτοί οι ασθενείς αγνοούν συστηματικά μη απειλητικά ουδέτερα ερεθίσματα ως «μη σημαντικά» σαν να έχουν τεθεί σε λειτουργία κάποια φυσιολογικά «φίλτρα» που κάνουν δύσκολη τη μάθηση και τη διόρθωση από την εμπειρία, από τη στιγμή που το ψυχικό τραύμα έχει εγκατασταθεί βιολογικά. Τα φυσιολογικά άτομα, όταν τους παρουσιάζονται διαδοχικά ουδέτερα ηχητικά ερεθίσματα, εντείνουν προοδευτικά την επεξεργασία αυτών των ερεθισμάτων για να τα καταλάβουν και να τα ταξινομήσουν. Ασθενείς με μετατραυματική διαταραχή, αντίθετα, μειώνουν προοδευτικά την επεξεργασία με κάθε νέο ερέθισμα, αφού έχουν αποφασίσει ότι δεν τους αφορούν. Εμφανίζουν όμως έντονη αντίδραση σε ερεθίσματα που σηματοδοτούν απειλή. Οι επίμονες αποφυγές μειώνουν την έκθεση στα τραυματικά ερεθίσματα και διαιωνίζουν τη διαταραχή. Στο 10% η διαταραχή γίνεται χρόνια και συχνά επιπλέκεται με κατάθλιψη και εξάρτησης-κατάχρηση από αλκοόλ.

Διάγνωση

Πίνακας διαγνωστικών κριτηρίων κατά DSM-IV για τη διαταραχή μετά από ψυχοτραυματικό stress

- A. Το άτομο έχει εκτεθεί σ' ένα τραυματικό γεγονός κατά το οποίο και τα δύο από τα παρακάτω ήταν παρόντα:
- (α) Το άτομο βίωσε, ήταν μάρτυρας ή ήρθε αντιμέτωπο μ' ένα γεγονός ή γεγονότα τα οποία συνεπάγονταν πραγματικό ή επαπειλούμενο θάνατο ή σοβαρό τραυματισμό ή απειλή της σωματικής ακεραιότητας του εαυτού ή των άλλων.
 - (β) Η απάντηση του ατόμου περιείχε έντονο φόβο, αίσθηση ανημπόριας ή τρόμο, φρίκη.
- B. Το τραυματικό γεγονός επαναβιώνεται επίμονα με έναν από τους παρακάτω τρόπους:
- (α) Επαναλαμβανόμενες αναμνήσεις του γεγονότος που εισβάλλουν και προκαλούν υποκειμενική ενόχληση και αναταραχή.
 - (β) Επαναλαμβανόμενα όνειρα του γεγονότος που προκαλούν υποκειμενική ενόχληση και αναταραχή.
 - (γ) Το άτομο δρα ή νιώθει σαν να ξανασυμβαίνει το τραυματικό γεγονός.
 - (δ) Έντονη ψυχολογική ενόχληση και αναταραχή κατά την έκθεση σε εσωτερικές ή εξωτερικές νύξεις που συμβολίζουν ή μοιάζουν με κάποια πλευρά του τραυματικού γεγονότος.
- Γ. Επίμονη αποφυγή των ερεθισμάτων που συνδέονται με το τραύμα και μούδιασμα της γενικής απαντητικότητας, όπως φαίνεται από τρία τουλάχιστον από τα παρακάτω:
- (α) Προσπάθειες ν' αποφύγει σκέψεις, συναισθήματα ή συζητήσεις που συνδέονται με το τραύμα.
 - (β) Προσπάθειες ν' αποφύγει δραστηριότητες, μέρη ή ανθρώπους που ξυπνούν αναμνήσεις του τραύματος.
 - (γ) Ανικανότητα να θυμηθεί μια σημαντική πλευρά του τραύματος.
 - (δ) Έντονη μείωση του ενδιαφέροντος ή της συμμετοχής σε σημαντικές δραστηριότητες.
 - (ε) Αίσθημα απομάκρυνσης/αποστασιοποίησης ή αποξένωσης από τους άλλους.

- (στ) Περιορισμένο εύρος συναισθήματος.
(ζ) Αίσθηση βράχυνσης του μέλλοντος.
- Δ. Επίμονα συμπτώματα αυξημένης διεγερσιμότητας, όπως φαίνεται από δύο από τα παρακάτω:
- (α) Δυσκολία να κοιμηθεί ή να παραμείνει κοιμισμένος.
(β) Ευερεθιστότητα ή εκρήξεις θυμού.
(γ) Δυσκολία στη συγκέντρωση.
(δ) Υπερεπαγρύπνηση.
(ε) Αυξημένη αντίδραση ξαφνιάσματος.
- Ε. Η διάρκεια της διαταραχής είναι μεγαλύτερη από 1 μήνα.
- ΣΤ. Η διαταραχή προκαλεί κλινικά σημαντική υποκειμενική ενόχληση ή έκπτωση στον κοινωνικό, επαγγελματικό ή άλλους σημαντικούς τομείς της λειτουργικότητας.

Συνοδές διαταραχές – Επιπλοκές

Συχνά τα άτομα με διαταραχή μετά από ψυχοτραυματικό stress έχουν και άλλα συμπτώματα, όπως αισθήματα ενοχής, αυτοκαταστροφική και παρορμητική συμπεριφορά, διασχιστικά συμπτώματα, αισθήματα ντροπής, εχθρικότητας, κοινωνική απόσυρση, σωματικά ενοχλήματα κ.ά. Επίσης υπάρχει αυξημένος κίνδυνος για συνοδές διαταραχές, όπως Διαταραχή Πανικού, Αγοραφοβία, Φ.Κ.Δ., Κοινωνική Φοβία, Ειδική Φοβία, Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή, Σωματοποιητική Διαταραχή και Διαταραχές Σχετιζόμενες με Ουσίες.

Επιπλοκές αυτής της διαταραχής μπορεί να είναι βίαιες επιθέσεις του ατόμου, αυτοκτονία, κατάχρηση αλκοόλ ή άλλων ουσιών και συζυγικές διαμάχες, διαζύγια ή απώλεια της εργασίας.

Θεραπεία

Η θεραπευτική προσέγγιση μπορεί να είναι φαρμακευτική, ψυχοθεραπευτική ή συνδυασμός τους ανάλογα με τα συμπτώματα και τις ανάγκες του ασθενή. Η φαρμακοθεραπεία περιλαμβάνει τρικυκλικά, αντικαταθλιπτικά, αναστολείς της MAO ή νεότερα αντικαταθλιπτικά. Τα αντικαταθλιπτικά μπορεί να μειώσουν τα flashbacks, τις επαναλαμβανόμενες αναμνήσεις και τους εφιάλτες και έτσι μπορούν να βελτιώσουν τον ύπνο και

να ηρεμήσουν τον ασθενή. Αν υπάρχει και κατάθλιψη, μπορούν φυσικά να δράσουν και σ' αυτόν τον τομέα. Αν υπάρχουν επιπλέον και ψυχωτικά στοιχεία, χορηγούνται και αντιψυχωτικά. Έχει αναφερθεί ότι η προπρανολόλη ή η κλονιδίνη μπορούν να ελαττώσουν τη διεγερσιμότητα του αυτόνομου νευρικού συστήματος.

Η θεραπεία συμπεριφοράς είναι ιδιαίτερα χρήσιμη σε ασθενείς που αποφεύγουν φοβικά ή κατακλύζονται από άγχος σε ορισμένες καταστάσεις που θυμίζουν το τραυματικό γεγονός. Έτσι, συστηματική απευαισθητοποίηση, έκθεση in vivo ή συνδυασμός τους μπορούν να βελτιώσουν τη λειτουργικότητα των ασθενών. Επίσης, τεχνικές χαλάρωσης ή γνωστικές τεχνικές μπορεί να βοηθήσουν τον έλεγχο του άγχους.

Η ψυχοδυναμική θεραπεία βοηθάει και αυτή. Κατ' αρχάς, η υποστηρικτική ψυχοθεραπεία μπορεί να εφαρμοσθεί αμέσως μετά το τραυματικό γεγονός, οπότε η ελάττωση του στρες και η εκτόνωση των συναισθημάτων μπορεί και να αποτρέψουν τις χρόνιες μορφές ή τις καθυστερημένες απαντήσεις στο τραύμα. Σε πιο χρόνια διαταραχή, αρχικά εφαρμόζεται υποστηρικτική ψυχοθεραπεία και κατόπιν πιο αποκαλυπτική ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία με στόχο να βοηθήσει το άτομο να επανεκτιμήσει το τραυματικό γεγονός και να το αφομοιώσει, αντιμετωπίζοντας τα παθολογικά στοιχεία της αυτοϋποτίμησης, της ανημπόριας ή της ενοχής, της αίσθησης εχθρικότητας του άλλου κόσμου, της έλλειψης νοήματος στη ζωή. Μερικές φορές μπορεί να βοηθήσει και η ύπνωση ή η συνέντευξη με αμυτάλη.

4.5.2 Οξεία αντίδραση στο stress

Είναι αμφίβολο κατά πόσο τα ψυχολογικά φαινόμενα που εκδηλώνονται μετά από ένα ακραίο απειλητικό γεγονός αποτελούν πραγματική διαταραχή ή απλώς μια φυσιολογική αντίδραση του οργανισμού στην προσπάθειά του να αφομοιωθεί από το άτομο τόσο σε ψυχικό όσο και σε σωματικό επίπεδο. Παρόμοια, κάθε νέα πληροφορία μπορεί να ιδωθεί ως «stress» ποικίλης βαρύτητας για την ομοίωση του οργανισμού. Είναι πιθανόν ότι η ονομασία «διαταραχή» απλώς «παθολογικοποιεί» μια παροδική

αντίδραση στο stress, δεδομένου η κατάσταση υφίεται από 2-3 ημέρες έως 4 εβδομάδες. Οι περιπτώσεις που δεν υφίονται μεταπίπτουν σε χρονιότητα, οπότε μιλάμε πλέον για «μετατραυματική διαταραχή». Ακόμη κι έτσι, πολλά περιστατικά διαταραχής μετά από τραυματικό stress δεν ξεκινούν με οξεία αντίδραση στο stress που να προβλεφθεί ότι θα οδηγήσει σε μετατραυματική διαταραχή.

Από λίγα λεπτά έως μερικές ώρες μετά το καταστροφικό γεγονός το άτομο που το υπέστη εμφανίζεται αποσβολωμένο και συγκεχυμένο, με έντονα αυτονομικά συμπτώματα άγχους και βρίσκεται σε υπεραδρενεργική κατάσταση. Μπορεί να έχει μια συνολική αίσθηση «μουδιάσματος», αποσύνδεσης από το περιβάλλον ή απουσία συναισθηματικής απαντητικότητας που μπορεί να εμφανίζει αποπραγματοποίηση, αποπροσωποποίηση ή εκλεκτική αμνησία για το γεγονός. Μερικοί ασθενείς είναι δυνατόν να εμφανίσουν διέγερση, εμβροντησία ή ψυχογενείς φυγές. Συνήθως δεν προϋπάρχει ψυχιατρικό αναμνηστικό και σε σχετικά σύντομο χρονικό διάστημα, όπως προαναφέρθηκε, παρατηρείται σταδιακή υποχώρηση των συμπτωμάτων, καθώς το άτομο αρχίζει να εξοικειώνεται στο συμβάν και να αναπτύσσει προσαρμοστικούς μηχανισμούς. Τα υπόλοιπα στοιχεία σχετικά με την οξεία αντίδραση στο stress είναι ίδια με τη διαταραχή μετά από μετατραυματικό stress και έχουν αναλυθεί παραπάνω. Οι διαφορές τους εστιάζονται στα διαγνωστικά κριτήρια, τα οποία και θα αναλυθούν στη συνέχεια.

Διάγνωση

Πίνακας διαγνωστικών κριτηρίων κατά DSM-IV για τη διαταραχή από οξύ stress

- A. Το άτομο έχει εκτεθεί σ' ένα τραυματικό γεγονός, κατά το οποίο και τα δύο από τα παρακάτω ήταν παρόντα:
- (1) Το άτομο βίωσε, ήταν μάρτυρας ή ήρθε αντιμέτωπο με ένα γεγονός ή γεγονότα, τα οποία συνεπάγονταν πραγματικό ή επαπειλούμενο θάνατο ή σοβαρό τραυματισμό ή απειλή της σωματικής ακεραιότητας του εαυτού ή των άλλων.
 - (2) Η απάντηση του ατόμου περιείχε έντονο φόβο, αίσθηση ανημπόριας ή τρόμο, φρίκη.

- B. Είτε ενώ το βιώνει, είτε μετά τη βίωση του έντονα ενοχλητικού γεγονότος το άτομο έχει τουλάχιστον τρία από τα παρακάτω διασχιστικά συμπτώματα:
- (1) Μια υποκειμενική αίσθηση μουδιάσματος, απομάκρυνσης, αποστασιοποίησης ή απουσία συναισθηματικής απαντητικότητας.
 - (2) Μείωση της αντίληψης του περιβάλλοντος.
 - (3) Αποπραγματοποίηση.
 - (4) Αποπροσωποποίηση.
 - (5) Διασχιστική αμνησία.
- Γ. Το τραυματικό γεγονός επαναβιώνεται επίμονα με τουλάχιστον έναν από τους παρακάτω τρόπους: επαναλαμβανόμενες εικόνες, σκέψεις, όνειρα, παραισθήσεις, επεισόδια flashback ή μια αίσθηση επαναβίωσης της εμπειρίας ή υποκειμενική ενόχληση και αναταραχή κατά την έκθεση σε κάτι που υπενθυμίζει το τραυματικό γεγονός.
- Δ. Έντονη αποφυγή ερεθισμάτων που ξυπνούν αναμνήσεις.
- Ε. Έντονα συμπτώματα άγχους ή αυξημένης διεγερσιμότητας.
- ΣΤ. Η διαταραχή προκαλεί κλινικά σημαντική ενόχληση ή έκπτωση στον κοινωνικό, επαγγελματικό ή άλλους σημαντικούς τομείς της λειτουργικότητας ή παραβλάπτει την ικανότητα του ατόμου να επιδιώξει έναν απαραίτητο στόχο, όπως να πάρει την απαραίτητη βοήθεια ή να κινητοποιήσει προσωπικές πηγές βοήθειας με το να μιλήσει σε μέλη της οικογένειάς του για την τραυματική εμπειρία.
- Ζ. Η διαταραχή διαρκεί το λιγότερο 2 ημέρες και το περισσότερο 4 εβδομάδες, σε διάστημα 4 εβδομάδων από το τραυματικό γεγονός.
- Η. Η διαταραχή δεν οφείλεται στα άμεσα φυσιολογικά αποτελέσματα της δράσης μιας ουσίας ή μιας γενικής ιατρικής κατάστασης, δεν εξηγείται καλύτερα ως Βραχεία Ψυχωτική Διαταραχή και δεν είναι απλά μια παρόξυνση μιας προϋπάρχουσας διαταραχής.

Κεφάλαιο 5: Θεραπεία των αγχωδών διαταραχών

5.1 Φαρμακολογικές θεραπείες

Θα μπορούσε να πει κανείς ότι το μεγαλύτερο μέρος των γενικά χρησιμοποιούμενων φαρμάκων δρα άμεσα ή έμμεσα και στην ψυχική σφαίρα, ανακουφίζοντας και προκαλώντας ένα ευχάριστο συναίσθημα.

Έτσι σε παλαιότερες ταξινομήσεις στην ομάδα των «ψυχοτρόπων φαρμάκων» περιλαμβάνονται τρεις ομάδες φαρμακευτικών ουσιών: α) ψυχοφάρμακα με την ευρύτερη έννοια (υπνωτικά, καταπραϋντικά, αντιεπιληπτικά και ψυχοερεθιστικά), β) ψυχοφάρμακα με τη στενότερη έννοια (νευροληπτικά, ηρεμιστικά ή αγχολυτικά ή αντιαγχώδη και αντικαταθλιπτικά) και γ) ψυχοφάρμακα με ψυχωσιομιμητική δράση ή ψευδαισθησιογόνα ή παραισθησιογόνα.

Ο Χ. Φωτιάδης (1986) διακρίνει δύο μεγάλες ομάδες φαρμάκων: α) φάρμακα που εξομαλύνουν παθολογικά διαταραγμένες ψυχικές λειτουργίες, τα κατεξοχήν δηλ. θεραπευτικά φάρμακα και β) ουσίες που διαταράσσουν την υγιή ψυχική σφαίρα και προκαλούν πρόσκαιρες ή και μακρύτερης διάρκειας διαταραχές της ψυχικής ζωής. Η πρώτη ομάδα περιλαμβάνει τρεις κατηγορίες φαρμάκων: α) νευροληπτικά ή αντιψυχωτικά ή μείζονα ηρεμιστικά, β) αντιαγχώδη ή αγχολυτικά ή ελάσσονα ηρεμιστικά, γ) αντικαταθλιπτικά. Στη δεύτερη ομάδα περιορίζουν πολλοί ερευνητές στα κυρίως ψευδαισθησιογόνα όπως το LSD και τη μεσοκαλίνη.

5.1.1 Αγχολυτικά ή αντιαγχώδη

Τι ζητά σήμερα ένας γιατρός από ένα φάρμακο: να είναι αρκούντως δραστικό και να στερείται ανεπιθύμητων ενεργειών ή τουλάχιστον αυτές να είναι ελάχιστες και κατά το δυνατόν ακίνδυνες. Στην ομάδα των αγχολυτικών φαρμάκων, ουσιώδης παρενέργεια είναι η καταστολή. Άλλωστε, οι φαρμακολόγοι περιλαμβάνουν τα φάρμακα αυτά στην ευρύτερη ομάδα των κατασταλτικών του Κ.Ν.Σ. στην οποία τοποθετούν α) τα υπνωτικά και β) τα ελάσσονα ηρεμιστικά ή αγχολυτικά.

Τα υπνωτικά φάρμακα σε σχετικά μικρές δόσεις εξυπηρέτησαν επί σειρά ετών τους παλαιότερους ιατρούς στην προσπάθειά τους να αμβλύνουν το άγχος. Σκευάσματα με βασικό συστατικό τη φαινοβαρβιτάλη σε συνδυασμό με παρα- ή συμπαθητικολυτικά ή με οσκιαμίνη ή άλατα του βρωμίου ή χλωράλη και άλλα υπνωτικά, διευκόλυναν επί σειρά ετών ιατρούς και ασθενείς για να βρεθούν στα νεώτερα χρόνια σε πλήρη παροπλισμό. Το ίδιο μπορεί να ειπωθεί και για τα σκευάσματα της μεπροβαμάτης, τα οποία και αυτά εγκαταλείφθηκαν σιγά-σιγά.

Υπερτερούσα στην αγχολυτική δράση και αντίστροφα με μικρότερη κατασταλτική δράση στο Κ.Ν.Σ. γεννήθηκε η ομάδα των βενζοδιαζεπινών, η οποία είναι ο κύριος εκπρόσωπος των αγχολυτικών φαρμάκων, που μεγαλώνει από τότε συνεχώς και καταρρίπτει κάθε ρεκόρ στην παγκόσμια συνταγογραφία. Ανεξάρτητα της επιμέρους χημικής τους σύνθεσης, δρουν όλες στον ίδιο δραστικό μεταβολίτη, τη νορδιαζεπάμη, και μεταβάλλονται στον οργανισμό. Συνεπώς, η επιλογή της βενζοδιαζεπίνης θα εξαρτηθεί από το επιδιωκόμενο κλινικό αποτέλεσμα και από την ανταπόκριση προς την αιτιοπαθογένεια του άγχους.

Η ευρύτερη ομάδα των βενζοδιαζεπινών χωρίζεται σε δύο υποομάδες. Στην πρώτη υπερτερεί η αντιαγχώδης δράση και τα φάρμακα αυτά αποτελούν τα κατεξοχήν αγχολυτικά και στη δεύτερη υπερτερεί η κατασταλτική δράση και οι εκπρόσωποί της αποτελούν τα σύγχρονα υπνωτικά. Στην κλινική τους εφαρμογή οι βενζοδιαζεπίνες με αγχολυτική δράση διακρίνονται σε δύο επιμέρους υποομάδες: α) στις βραχείας διάρκειας, στις οποίες μετά την από του στόματος λήψη το μέγιστο της δραστικότητας επιτυγχάνεται πολύ σύντομα αλλά και αντίστοιχα ο χρόνος δράσεως είναι μικρός και β) στις μακράς διάρκειας, όπου η αγχολυτική δράση εκδηλώνεται μετά από μακρύτερο χρονικό διάστημα και σαφώς διαρκεί περισσότερο. Η επιλογή τους θα εξαρτηθεί από το επιδιωκόμενο θεραπευτικό αποτέλεσμα και θα είναι κατά βάση αντίστοιχο προς την αιτιοπαθογένεια του άγχους. Στην ομάδα των ασθενών με χρόνιο επίμονο άγχος θα πρέπει εξ αρχής να σχεδιαστεί μια πιο μακροχρόνια θεραπεία και μάλιστα κατά κύριο λόγο ψυχοθεραπεία με σύγχρονη ορθολογιστική χορήγηση βενζοδιαζεπινών μακράς διάρκειας, οπότε το μέγιστο της αγχολυτικής δράσεως θα εκδηλωθεί μεν μετά από μακρύτερο χρόνο αλλά με μια εξειδικευμένη δοσολογία θα διατηρηθεί στο

αποτελεσματικό επίπεδο για όλο το διάστημα της σχεδιασθείσας θεραπείας. Σ' αυτή την περίπτωση, συνίσταται η διακοπτόμενη θεραπευτική χορήγηση βενζοδιαζεπινών.

Σε μια δεύτερη ομάδα ασθενών οι νοσηρές εκδηλώσεις περιορίζονται σε μεμονωμένα επεισόδια μιας αγχώδους καταστάσεως που διαρκεί λίγες ημέρες ή εβδομάδες με πλήρη αποκατάσταση. Στις περιπτώσεις αυτές και ανάλογα με τη χρονική διάρκεια προηγηθέντων επεισοδίων, αλλά και με την ένταση αυτών, σε συνδυασμό πάντοτε με την προβλεπόμενη διάρκεια του αγχογόνου αιτίου, προτιμούνται βραχείας ή μακράς διάρκειας βενζοδιαζεπίνες.

Στην τελευταία ομάδα ανήκουν οι ασθενείς που η εμφάνιση άγχους είναι παροδική και βραχείας συνήθως διάρκειας (λεπτών ή ωρών) και σχετίζεται με ειδικά-ατομικά ερεθίσματα ή καταστάσεις, όπως π.χ. στις φοβίες (αεροπλάνου, κλειστών χώρων κλπ) με ειδικά βιώματα (συνεντεύξεις, ομιλίες, παρουσία κλπ). Σ' αυτή την περίπτωση αποτελεσματικότερη είναι μια προληπτική αντιμετώπιση με βραχείας διάρκειας βενζοδιαζεπίνες.

5.1.2 Παρενέργειες

Αν και η κατασταλτική δράση των βενζοδιαζεπινών δεν είναι έντονη, παρά ταύτα επιβάλλεται μια σειρά περιορισμών κατά τη διάρκεια λήψεως και κυρίως τη χρησιμοποίηση μηχανημάτων που απαιτούν αυξημένη ετοιμότητα και βραχύ χρόνο αντανάκλαστικής απάντησης και ένα τέτοιο μηχάνημα καθημερινής χρήσεως είναι το αυτοκίνητο. Ακόμη, απαγορεύεται η χρήση ουσιών που δρουν κατασταλτικά στο Κ.Ν.Σ. και ειδικά της αλκοόλης.

Ένα προσόν που τονιζόταν παλαιότερα σαν ειδικό χαρακτηριστικό των βενζοδιαζεπινών ήταν ότι δεν προκαλούν ευφορική διάθεση, ώστε να οδηγήσουν εύκολα στην κατάχρηση και βαθμιαία στην εξάρτηση. Αργότερα η άποψη αυτή αποδείχθηκε απόλυτα εσφαλμένη. Εκατοντάδες ανέρχονται τα άτομα που ανέπτυξαν εξάρτηση σε βενζοδιαζεπίνες. Στην Αγγλία φημολογείται μάλιστα δίκη κατά των φαρμακευτικών εταιριών που δεν είχαν γνωστοποιήσει έγκαιρα σε ιατρούς και ασθενείς αυτόν τον κίνδυνο.

Σ' αυτό το σημείο είναι χρήσιμο να διατυπωθούν οι βασικές έννοιες της κατάχρησης και της εξάρτησης όπως προσδιορίζονται από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας.

Κατά την κατάχρηση: με ατομική πρωτοβουλία ένα άτομο χρησιμοποιεί μια φαρμακευτική ουσία με σκοπό να μεταβάλει την ψυχική του κατάσταση. Υπάρχει και μια δεύτερη έννοια του όρου κατάχρηση φαρμάκων και αφορά τη μη ορθή λήψη φαρμάκων με σκοπό την ανακούφιση (κατάχρηση αναλγητικών) ή τη βελτίωση της γενικής κατάστασης της υγείας του ατόμου (κατάχρηση βιταμινών, αναβολικών κλπ).

Η ψυχική εξάρτηση: υπαγορεύεται από έναν ενδόμυχο φόβο ότι χωρίς τη λήψη του φαρμάκου θα δημιουργηθεί μια δυσάρεστη ψυχική διάθεση, ενώ με αυτά μια ευχάριστη (στα υπνωτικά π.χ. φάρμακα: χωρίς το χάπι δεν θα μπορέσει να κοιμηθεί, ενώ με το χάπι θα αποκοιμηθεί αμέσως).

Η σωματική εξάρτηση: είναι η παθολογική κατάσταση που εμφανίζεται όταν μια βιολογικά δραστική ουσία, που ένα άτομο χρησιμοποίησε κατ' επανάληψη, σταματήσει να υπάρχει στον οργανισμό του και εκδηλώνεται με το «σύνδρομο στέρησης». Η κλινική συμπτωματολογία του στερητικού συνδρόμου εξαρτάται από τη δραστική ουσία στην οποία το άτομο έχει αναπτύξει ανοχή.

Η Επιτροπή Ναρκωτικών του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών το Φεβρουάριο του 1984 κατέταξε σχεδόν το σύνολο των βενζοδιαζεπινών στην κατηγορία IV των ναρκωτικών φαρμάκων και στη χώρα μας καθιερώθηκε νομοθετικά η χορήγησή τους μόνο με ιατρική συνταγή, την οποία ο φαρμακοποιός που την εκτελεί οφείλει να τη φυλάξει για δύο χρόνια.

5.1.3. ΑΓΧΩΔΕΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΑΝΘΕΚΤΙΚΕΣ ΣΕ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Οι περισσότεροι ασθενείς με αγχώδεις διαταραχές μπορούν να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά με τις υπάρχουσες ειδικές φαρμακευτικές και ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις. Μερικοί ασθενείς είναι όμως ανθεκτικοί στην αντιμετώπιση με τις συνήθεις θεραπείες. Οι ασθενείς αυτοί θα πρέπει να επανεκτιμηθούν συστηματικά.

Συνηθισμένες αιτίες της μη απάντησης των ασθενών αυτών στη θεραπεία είναι η ανεπαρκής δόση και η ανεπαρκής διάρκεια της φαρμακευτικής αγωγής. Επιπλέον, η διάγνωση τους ίσως χρειαστεί να αναθεωρηθεί και να αξιολογηθεί προσεκτικά η συνύπαρξη άλλων νόσων. Η συνύπαρξη ψυχιατρικών, σωματικών, και νευρολογικών καταστάσεων πιθανόν να περιπλέκουν τη θεραπεία της αγχώδους διαταραχής ή να απαιτούν επιπρόσθετες ειδικές θεραπείες. Η κατάθλιψη και ειδικότερα η χρήση ουσιών περιπλέκουν την αντιμετώπιση των αγχωδών διαταραχών. Οι διαταραχές προσωπικότητας επίσης αυξάνουν την ανθεκτικότητα στην θεραπεία και θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά τη διάρκεια της ψυχοθεραπείας. Διάφορα φάρμακα και καταστάσεις μπορούν επίσης να προκαλέσουν συμπτώματα άγχους. Ο ιατρός θα πρέπει να εξετάζει τον ασθενή για υπερθυρεοειδισμό, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, και να έχει υπόψη του τις σωματικές συνέπειες της κατάχρησης ουσιών, αλκοόλ, και φαρμάκων που λαμβάνονται χωρίς τη συνταγή ιατρού. Τέλος, εναλλακτικές φαρμακολογικές και βιολογικές θεραπείες για ειδικούς τύπους άγχους μπορεί να επιφέρουν επιτυχές αποτέλεσμα.

Όταν οι κλινικοί αξιολογούν την εφαρμογή τεχνικών φαρμακευτικής ενίσχυσης για την αντιμετώπιση των αγχωδών διαταραχών θα πρέπει να προσέξουν την ύπαρξη συγκεκριμένων ομάδων συμπτωμάτων άγχους και την ταυτόχρονη παρουσία άλλων ψυχικών διαταραχών, ώστε να οδηγηθούν στη σωστή επιλογή.

Οι γενικές αρχές που ακολουθούνται στην αντιμετώπιση των ανθεκτικών στη θεραπεία αγχωδών διαταραχών και που βασίζονται στην ύπαρξη συγκεκριμένων ομάδων συμπτωμάτων συνοψίζονται στον πίνακα 1.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Γενικές Αρχές για τη θεραπεία των Ανθεκτικών Αγχωδών Διαταραχών

Ομάδα Συμπτωμάτων	Φάρμακο
Γνωστικά/συναισθηματικά Συμπτώματα προσμονής	SSRI
Συμπτώματα από το αυτόνομο Νευρικό σύστημα	β-blockers
Κοινωνική αγχώδης διαταραχή	MAOIs (όχι σε συνδυασμό Με SSRIs)
Κατάχρηση ουσιών/αλκοόλ	αποφυγή βενζοδιαζεπινών
Άγχος προσμονής	βενζοδιαζεπίνες ή βουσπιρόνη
Φοβική προσφυγή	βενζοδιαζεπίνες, MAOI ή Συμπεριφορική θεραπεία
Κατάθλιψη	SSRI, τρικυκλικά Αντικαταθλιπτικά (TKA) MAOIs, ή αναστολείς Επαναπρόσληψης Σεροτονίνης – νορεπινεφρίνης

Για παράδειγμα, εάν ένας έχει διαταραχή πανικού, η οξεία κρίση μπορεί να αντιμετωπιστεί με : (1) Μία υψηλής ισχύος βενζοδιαζεπίνης, όπως

αλπραζολάμη ή κλοναζεπάμη, (2) Ένα τρικυκλικό αντικαταθλιπτικό σε μέγιστη δόση ισοδυναμεί με 250mg/ημέρα ιμιπραμίνης ή έναν εκλεκτικό αναστολέα σεροτονίνης (SSRI), όπως παροξετίνη, 40-50mg/ημέρα ή σεφτραλίνη, 50-200mg/ημέρα (αρχίζοντας με δόση 25mg/ημέρα). Για το άγχος προσμονής διαταραχής πανικού, η θεραπεία μπορεί να περιλαμβάνει βουσπιρόνη ή μία βενζοδιαζεπίνη. Τέλος, για την φοβική αποφυγή μπορεί να χρησιμοποιηθεί συμπεριφορική θεραπεία, βενζοδιαζεπίνες, ή ένας αναστολέας της μονοαμινοξειδάσης (MAOI). Δεν θα πρέπει όμως να χρησιμοποιείται συνδυασμός SSRI και MAOI.

Επίσης, συνδυασμός φαρμάκων πιθανώς να είναι απαραίτητος σε ασθενείς με συνυπάρχουσες ψυχικές διαταραχές, Γενικοί τρόποι ενίσχυσης της φαρμακευτικής αγωγής σε περιπτώσεις ανθεκτικών σε θεραπεία αγχωδών διαταραχών αναφέρονται στον Πίνακα 2.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2. Τρόποι Ενίσχυσης της Θεραπείας

Κατάθλιψη – Προστίθεται αντικαταθλιπτικό όπως SSRIs, TKA, SNRIs, MAOIs (να μη συνδυάζεται MAOI με σεροτονεργικό φάρμακο όπως SSRIs, SNRIs, κλπ.ιμιπραμίνη και βουσπιρόνη)

Διαταραχή ελέγχου των παρορμήσεων – Προστίθεται σταθεροποιητής του θυμικού όπως λίθιο ή αντιεπιληπτικό όπως βαλπροϊκό, καρβαμαζεπίνη, γκαμπαπεντίνη, λαμοτριγίνη)

Διπολική διαταραχή – Προστίθεται σταθεροποιητής του θυμικού

Υπερβολικό άγχος – Προστίθεται βουσπιρόνη ή κλοναζεπάμη

Νευρολογική νοσηρότητα – Προστίθεται ένα αντιεπιληπτικό

Παραληρητικά και ψυχωσικά συμπτώματα – Προστίθεται ένα νευροληπτικό

Κινητικές στερεοτυπίες (tics) / Σύνδρομο Tourette – Προστίθεται νευροληπτικό όπως πιμοζίδη, αλοπεριδόλη, ολανζαπίνη ή ρισπεριδόνη

Συνύπαρξη μεθοριακής ή αντικοινωνικής διαταραχής προσωπικότητας – Προστίθεται σταθεροποιητής του θυμικού για τον έλεγχο των παρορμητικών συμπτωμάτων.

Οι κλινικοί θα πρέπει να έχουν υπόψη τους ότι όταν συνδυάζουν αντικαταθλιπτικά φάρμακα, τα επίπεδα τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών αυξάνονται σε συνδυασμό με τους SSRIs, καθιστώντας έτσι την τιτλοποίηση αυτών (TKA) απαραίτητη ώστε να αποφευχθεί η τοξικότητα. Για παράδειγμα, όταν συνδυάζουν το τρικυκλικό κλομιπραμίνη με τον SSRI φλουοξετίνη, η δόση για την κλομιπραμίνη κυμαίνεται από 50-100mg/ημέρα και για τη φλουοξετίνη είναι περίπου 20mg/ημέρα. Προστιθέμενα τα επίπεδα κλομιπραμίνης και δυμεθυλκλομιπραμίνης δεν θα πρέπει να ξεπερνούν τα 800ng/ml ώστε να ελαχιστοποιηθεί ο κίνδυνος επιληπτικών κρίσεων.

Ορισμένες θεραπείες δεν έχουν δείξει να είναι χρήσιμες στις αγχώδεις διαταραχές. Για τη γενικευμένη αγχώδη διαταραχή δεν είναι αποτελεσματικά τα αντιψυχωσικά φάρμακα, τα βαρβιτουρικά, τα οπιοειδή, και άλλα σκευάσματα που μπορεί να προμηθευτεί κάποιος χωρίς συνταγή (over-the-counter). Στη διαταραχή πανικού δεν είναι αποτελεσματικά η βουπρόπιονη, βουσπιρόνη, τα νευροληπτικά, οι β-blockers, και η ηλεκτροθεραπεία.

Εναλλακτικές θεραπευτικές προτάσεις για την αντιμετώπιση της διαταραχής πανικού είναι η χρήση βαλπροϊκού οξέος 500-3000mg/ημέρα, καρβαμαζεπίνης 400-1200mg/ημέρα, και βεραπαμίνης 240-480mg/ημέρα, οι οποίες έχουν δείξει κάποια αποτελεσματικότητα σε ανθεκτικούς ασθενείς.

Σε ανθεκτικούς στη θεραπεία ιδεοψυχαναγκαστικούς ασθενείς μπορεί να δοκιμάσει κανείς την ενίσχυση με νευροληπτικά όπως πιμοζίδη, ρισπεριδόνη, με ινοσιτόλη, με ενδοφλέβια χορήγηση κλομιπραμίνης, με αντιανδρογόνα,

καθώς επίσης και ψυχοχειρουργικές επεμβάσεις όπως η διατομή της έσω κάψας του εγκεφάλου και της έλικας του προσαγωγίου.

5.2 Ψυχοθεραπεία

5.2.1 Ψυχανάλυση

Η ψυχανάλυση, έτσι όπως την εισήγαγε ο Freud, δεν δίνει μεγάλη σημασία στην άμεση ανακούφιση από τα συμπτώματα μιας ψυχικής ασθένειας, στην υποστήριξη του ηθικού ή στην καθοδήγηση από τον θεραπευτή. Σκοπός της είναι να ξεριζώσει τη διαταραχή αντί να της ψαλιδίσει την κορυφή. Για να γίνει κάτι τέτοιο, είναι απαραίτητο να διασπασθούν οι προγεννητικές δομήσεις (του Id, του Εγώ και του Υπερεγώ) και να έρθει το υποκείμενο υλικό στην επιφάνεια του συνειδητού. Αυτό είναι που ξεχωρίζει την κλασική ψυχαναλυτική θεραπεία από τις περισσότερες ψυχοδυναμικές μορφές ψυχοθεραπείας.

Σχετικά με τις ενδείξεις και τις αντενδείξεις της ψυχανάλυσης, υπάρχουν κάποιες βασικές αρχές, οι οποίες είναι:

α) Είναι απαραίτητη η ύπαρξη ενός Εγώ που να μπορεί να αντέξει τις απογοητεύσεις, το άγχος ή κάποια κατάθλιψη που θα μπορούσαν να προκύψουν στη θεραπεία. Έτσι, αποκλείονται οι περισσότεροι ψυχωτικοί, καθώς και οι καταστάσεις όπου υπάρχει εξάρτηση από ουσίες.

β) Η ικανότητα συνεργασίας και η ύπαρξη ενός αρκετά ευέλικτου Εγώ με σκοπό την αλλαγή στην προσωπικότητα προϋποθέτει άτομα μικρότερα σε ηλικία από τα 40, χωρίς αυτό να είναι απόλυτο.

γ) Η διαταραχή πρέπει να είναι τόσο σοβαρή, ώστε να δικαιολογεί όλη την προσπάθεια μιας μακροχρόνιας θεραπείας (σε κατανάλωση χρόνου, χρημάτων κ.λ.π.).

δ) Μία διαταραχή, στην οποία κυριαρχούν στοιχεία επείγουσας ανάγκης και αντιμετώπισης, δεν μπορεί να αντιμετωπισθεί περιμένοντας τη δημιουργία της μεταβιβαστικής νεύρωσης.

ε) Αν οι συνθήκες ζωής ενός ατόμου είναι αδύνατον να τροποποιηθούν, τότε μία πετυχημένη ανάλυση πιθανόν να δημιουργήσει περαιτέρω προβλήματα.

στ) Σημαντική είναι η κινητοποίηση από την πλευρά του ατόμου και η προθυμία του να εμπλακεί σε μία τέτοια αναλυτική διαδικασία, που προοδευτικά θα βαθαίνει.

Τέλος, βασικά στοιχεία για την πρόοδο της θεραπευτικής διαδικασίας είναι η ικανότητα δημιουργίας της θεραπευτικής συμμαχίας, η δυνατότητα για μεταβιβαστική νεύρωση (αναλυτικής διαδικασίας), καθώς και η ικανότητα διάκρισης ανάμεσα στην εξωτερική πραγματικότητα – θεραπευτική συμμαχία – και την εσωτερική πραγματικότητα – μεταβίβαση.

5.2.2 Ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία

Η ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία, σε αντίθεση με την ψυχανάλυση, αποτελεί τη θεραπεία εκλογής για ένα μεγάλο βαθμό διαταραχών. Αν η ψυχανάλυση ενδιαφέρεται περισσότερο για την αποκάλυψη και τη θεραπευτική επεξεργασία παιδικών συγκρούσεων, έτσι όπως προκύπτουν στην μεταβιβαστική νεύρωση, η ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία εστιάζεται περισσότερο σε τρέχουσες συγκρούσεις και προβλήματα, χρησιμοποιώντας συνεντεύξεις και τεχνικές συζητήσεων και ελαχιστοποιώντας τη χρήση του ελεύθερου συνειρμού.

Την ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία μπορούμε να τη διακρίνουμε σε τρία διαστρωματούμενα είδη:

α) Την αποκαλυπτική (ή εκφραστική), η οποία επιδιώκει να αποδώσει στον ασθενή τόσο τη διανοητική, όσο και τη συναισθηματική ενόραση.

β) Την ψυχοθεραπεία σχέσης, κατά την οποία επιδιώκεται όχι μόνο κάποια αλλαγή της προσωπικότητας του ασθενή, αλλά και η αύξηση της αντοχής του στις εξωτερικές πιέσεις.

γ) Την υποστηρικτική, η οποία είναι μία συγκεκριμένη θεραπευτική διαδικασία, που, μέσω των θεραπευτικών τεχνικών που χρησιμοποιεί, κάνει τον ασθενή να αισθάνεται περισσότερο ασφαλής, αποδεκτός, προφυλαγμένος και λιγότερο αγχώδης και μόνος.

5.2.3 Βραχείες ψυχοθεραπείες – Παρέμβαση σε κρίση

Με τον όρο βραχείες ψυχοθεραπείες εννοούνται μία σειρά από ψυχοθεραπευτικές τεχνικές με κύριο χαρακτηριστικό την προσπάθεια να εκμαιεύσουν τα καλύτερα αποτελέσματα στον μικρότερο δυνατό χρόνο. Κάποιες άλλες τεχνικές, αναφερόμενες στην βιβλιογραφία με τον όρο «παρέμβαση σε κρίση», παρότι κινούνται μέσα σε ψυχαναλυτικό πλαίσιο, μπορούν κάλλιστα να επεκταθούν και σε κάποιες πρακτικές μακριά ή ακόμη και έξω από το ψυχαναλυτικό μοντέλο σκέψης. Για το λόγο αυτό, συνεξετάζονται με τις βραχείες ψυχοθεραπείες.

Ανάλογα με τον πληθυσμό στον οποίο αναφέρονται, τις χωρίζουμε σε: α) κατασταλτικές του άγχους και β) σε προάγουσες το άγχος. Οι πρώτες (υποστήριξη σε κρίση και βραχεία κατασταλτική ψυχοθεραπεία), προορίζονται για άτομα με ανεπαρκή ψυχολογική λειτουργικότητα, εύθραυστη προσωπικότητα και μία ανεπάρκεια στον τρόπο αντιμετώπισης των δυσκολιών, ενώ οι δεύτερες (προάγουσες το άγχος), απευθύνονται σε άτομα με ικανοποιητικό προνοσηρό επίπεδο λειτουργικότητας, που όμως παρουσιάζουν ως και πολύ σοβαρή διαταραχή κάτω από το κράτος κάποιων περιστάσεων. Είναι δε, ψυχοδυναμικά προσανατολισμένες και αναμένεται να επιφέρουν δυναμικές αλλαγές στον ασθενή. Χωρίζονται σε δύο κατηγορίες:

α) Την παρέμβαση σε κρίση, η οποία προορίζεται για την αντιμετώπιση κάποιας επικίνδυνης πρόσφατης κρίσης και η διάρκειά της είναι από μία ή δύο συναντήσεις έως δύο μήνες.

β) Τις βραχείες δυναμικές θεραπείες, στις οποίες περιλαμβάνονται πολλές τεχνικές με πιο σημαντικές τις σχολές των Malan, Mann, Davanloo και Sifneos. Κάθε μία από αυτές τις σχολές, έχει εφαρμόσει τα δικά της κριτήρια επιλογής των υποψηφίων για βραχεία ψυχοθεραπεία, καθώς και τις δικές της ιδιαίτερες τεχνικές.

Τέλος, χρήσιμο θα ήταν να αναφερθούν οι πολύ σημαντικοί λόγοι δημιουργίας των βραχειών ψυχοθεραπειών και οι οποίοι είναι οι εξής:

- Η ανάγκη για μία άμεση και μορφή θεραπείας σε όλες τις κοινωνικές ομάδες μιας κοινότητας.
- Το πέρασμα από τις ψυχαναλυτικές τεχνικές στην προσανατολισμένη στο Εγώ ψυχοθεραπεία.
- Μία καινούρια έμφαση σε προληπτικά και θεραπευτικά μέτρα.
- Αυξανόμενη παραδοχή περιορισμένων θεραπευτικών στόχων σαν μία επαρκής απάντηση στις ανάγκες του ασθενούς.
- Διεύρυνση και τροποποίηση του ρόλου του θεραπευτή, που είχε σαν συνέπεια τη συμμετοχή ιατρικών και μη επαγγελματιών με επιστημονική ή όχι κατάρτιση στην προσπάθεια επίτευξης πρακτικών στόχων.
- Η από καιρό απαραίτητη αναγνώριση των ειδικών αναγκών των φτωχών και κατώτερων κοινωνικοπολιτιστικών στρωμάτων, για τα οποία οι παραδοσιακές τεχνικές ήταν ανέφικτες.
- Η αυξανόμενη απαίτηση του κοινού για οικονομικά προσιτές υπηρεσίες που να καλύπτονται από τα διάφορα ασφαλιστικά ταμεία.

5.2.4 Ομαδική ψυχοθεραπεία

Σύμφωνα με τους Kaplan, Freedman & Sadock (1980), η ομαδική ψυχοθεραπεία ορίζεται σαν μία μορφή θεραπείας, στην οποία προσεκτικά επιλεγμένα άτομα με ψυχικά προβλήματα τοποθετούνται σε μία ομάδα, που καθοδηγείται από έναν εκπαιδευμένο θεραπευτή, με σκοπό η βοήθεια του ενός προς τον άλλον να επιφέρει μία αλλαγή της προσωπικότητας. Με μέσο μία ποικιλία από χειρισμούς και θεωρητικά υπόβαθρα, ο αρχηγός χρησιμοποιεί τις διαντιδράσεις των μελών για να επιφέρει την αλλαγή.

Οι ομάδες αυτές απαρτίζονται από 3 έως 15 άτομα, που συναντούνται συνήθως μία φορά την εβδομάδα σε συνεδρία, η οποία διαρκεί 1-2 ώρες. Υπάρχουν διάφορες φάσεις στην εξέλιξη μιας ομάδας, οι οποίες – σύμφωνα με μία άποψη – είναι κυρίως τρεις: α) Αυτή όπου στην αρχή τα μέλη προσπαθούν για την αποδοχή και την αγάπη του αρχηγού, β) αυτήν όπου αργότερα τα μέλη προσπαθούν να κερδίσουν την αυτονομία τους από τον αρχηγό και γ) αυτήν όπου τελικά τα μέλη ψάχνουν για βοήθεια το ένα από το άλλο και που αμοιβαία δίνουν και παίρνουν αυτή τη βοήθεια.

Υπολογίζεται δε, ότι συμβαίνουν παραπάνω από 200 διεργασίες στο πλαίσιο μιας ψυχοθεραπείας, οι οποίες ομαδοποιούνται σε επίσης τρεις κατηγορίες: α) Διανοητικές, β) Συναισθηματικές και γ) άλλες διεργασίες, όπως ο έλεγχος της πραγματικότητας, η διαντίδραση και η εκφόρτιση.

Οι λόγοι που κάνουν την ομαδική ψυχοθεραπεία δημοφιλή είναι κυρίως η αποτελεσματικότητα και η ελκυστικότητά της, η σχετική ευκολία με την οποία διδάσκεται η μέθοδος και η δυνατότητά της να συνδυάζεται με ατομική ψυχοθεραπεία.

Υπάρχουν διάφοροι τύποι ομαδικής ψυχοθεραπείας, οι οποίοι εξαρτώνται από μία σειρά παραμέτρων, όπως ο πληθυσμός από τον οποίο αποτελείται η ομάδα, η έμφαση σε συγκεκριμένες διαδικασίες και μηχανισμούς, τα αρχηγικά πλαίσια, τα θεωρητικά πλαίσια, οι τύποι της διαντίδρασης και το επιδιωκόμενο αποτέλεσμα. Οι κυριότερες από αυτές είναι:

- **Ψυχόδραμα** (μέθοδος ομαδικής ψυχοθεραπείας, στην οποία η δομή της προσωπικότητας, οι διαπροσωπικές σχέσεις, οι συγκρούσεις και τα ψυχικά προβλήματα ανιχνεύονται μέσω κάποιων συγκεκριμένων δραματικών-θεατρικών μεθόδων).
- **Οικογενειακή θεραπεία** (βασίζεται στην άποψη ότι το όλο και τα μέρη μπορούν να εξηγηθούν σωστά, μόνο με την ερμηνεία των σχέσεων που υπάρχουν ανάμεσα στα μέρη. Υπάρχουν διάφορα μοντέλα οικογενειακής θεραπείας, όπως το συστημικό, το δομικό, το της θεωρίας της επικοινωνίας, το ψυχαναλυτικό και το της θεωρίας της συμπεριφοράς).
- **Συζυγική θεραπεία** (βασίζεται στην επίγνωση της σπουδαιότητας της συζυγικής σχέσης, μέσα στα πλαίσια της θεωρίας τόσο των διαπροσωπικών σχέσεων όσο και αυτής των αντικειμενικών σχέσεων. Αν και η συζυγική θεραπεία εστιάζεται στη διαπροσωπική σχέση είναι σημαντικό να αναφέρουμε ότι δεν θεωρείται μονοδιάστατη, αφού αντιμετωπίζει το άτομο μέσα στο κοινωνικό και περιβαλλοντολογικό πλαίσιο).
- **Γνωστική θεραπεία** (βασίζεται στην άποψη, ότι η γνωστικότητα, η διαδικασία απόκτησης γνώσεων και δημιουργίας πεποιθήσεων, είναι μία πρωταρχική συνιστώσα του συναισθήματος και της συμπεριφοράς. Όσον αφορά τη θεραπεία αυτή, αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι,

σύμφωνα με τα ευρήματα ερευνών σε περιπτώσεις κατάθλιψης, είναι εξίσου αποτελεσματική – έως αποτελεσματικότερη – με τη φαρμακοθεραπεία και ότι τα αποτελέσματά της θεωρούνται μονιμότερα).

- **Ψυχοθεραπεία επικεντρωμένη στον πελάτη** (η βασική υπόθεση της θεραπείας αυτής είναι ότι το άτομο έχει μέσα του απεριόριστες πηγές για κατανόηση του εαυτού του και για επικοδομητικές αλλαγές στον τρόπο του «είναι» και «συμπεριφέρεσθαι» και ότι αυτές οι πηγές μπορούν καλύτερα να απελευθερωθούν και να γίνουν αντιληπτές μέσα σε μία σχέση με κάποιες συγκεκριμένες ποιότητες. Η ποιότητα της σχέσης είναι ουσιώδης για την όλη θεραπευτική διαδικασία, ενώ αυτή αποτελείται από 7 στάδια και το πέρασμα από το πρώτο στο έβδομο ίσως και να απαιτεί αρκετά χρόνια).

Κλείνοντας το θέμα αυτό, ίσως θα ήταν χρήσιμο να αναφερθούμε και στην ύπαρξη μερικών ακόμη ψυχοθεραπειών, οι οποίες παρουσιάζουν μεγαλύτερη εξειδίκευση ως προς την περίπτωση εφαρμογής και τις μεθόδους τους. Αυτές είναι:

- Η **ύπνωση** σαν επιπρόσθετη βοήθεια στην ψυχοθεραπεία ή μόνη της στη θεραπεία κυρίως μονοσυμπτωματικών καταστάσεων.
- Η θεραπεία **Gestalt** του F. S. Peris, η οποία επικεντρώνεται στην προσπάθεια ανακάλυψης και έκφρασης αισθημάτων και αναγκών, που είναι απωθημένα για χάρη της κοινωνικής προσοχής.
- Η **πρωταρχική** θεραπεία του Janon, η οποία βασίζεται στην υπόθεση ότι είναι θεραπευτικό για τον ασθενή να ξαναζήσει τη μη ικανοποίηση των παιδικών του αναγκών.
- Η **διεξαγωγική ανάλυση** του Berne, που βασίζεται στην ιδέα ότι η ανθρώπινη προσωπικότητα αποτελείται από 3 καταστάσεις του Εγώ, τον Γονέα, τον Ενήλικα και το Παιδί, και ότι κάθε δοσμένη συμπεριφορά υπαγορεύεται από το ποια από τις 3 μορφές κυριαρχεί στην προσωπικότητα.
- Η **εκπαίδευση στα σεμινάρια Erchand**, η οποία απευθύνεται σε αυτούς που δεν είναι ευχαριστημένοι με τον τρόπο ζωής τους και χρησιμοποιεί τεχνικές χαλάρωσης, διαλογισμού κ.λ.π.

- Η **θεραπεία πραγματικότητας** του Glesser, που εστιάζεται σε δύο κυρίως θέματα: της «ηθικότητας» και της «υπευθυνότητας».
- Η **ορθολογιστική θεραπεία** του Ellis, που αναφέρεται στην κατά μέτωπο αντιμετώπιση παράλογων ή λαθεμένων εκτιμήσεων και αποτελεί μία έντονα κατευθυντική και αυταρχική μορφή θεραπείας.

Κεφάλαιο 6: Νοσηλευτική παρέμβαση στις αγχώδεις διαταραχές

Ψυχολογική φροντίδα ατόμων με άγχος

Εισαγωγικά στοιχεία

Η έννοια του άγχους έχει διατυπωθεί με ποικίλους τρόπους. Επειδή σχετίζεται με την υγεία του ανθρώπου και τις διαπροσωπικές του σχέσεις, ο νοσηλευτής χρειάζεται να κατανοήσει τη φύση του άγχους, πώς προκαλείται, ποιες επιδράσεις ασκεί στον άνθρωπο και ποιες είναι οι επιπτώσεις για τη νοσηλευτική.

Το άγχος είναι επώδυνη συναισθηματική εμπειρία εσωτερικής δυσφορίας, χωρίς ειδικό αντικείμενο, απροσδιόριστης προέλευσης, όπου κυριαρχεί αίσθημα επικείμενου κινδύνου. Η αιτία είναι ενδοψυχική σε αντιδιαστολή με το φόβο που αποτελεί αντίδραση προς εξωτερική απειλή, αναγνωριζόμενη συνειδητά και με την ψυχολογική ένταση που περιορίζεται σε συγκεκριμένη περίπτωση και είναι μάλλον προσωρινή.

Το άγχος χαρακτηρίζεται από ασάφεια και έλλειψη αντικειμενικότητας. Συνδέεται σχεδόν πάντοτε με την έννοια της απειλής – αντικειμενικής ή υποκειμενικής, πραγματικής ή συμβολικής ή φανταστικής – του αισθήματος ευεξίας του ανθρώπου. Οι απειλές συνήθως ανήκουν στις εξής κατηγορίες:

- Απειλές στη σωματική ακεραιότητα του ατόμου, π.χ. φόβος του πόνου, της διάγνωσης ανίατης αρρώστιας, της αναπηρίας κ.ά.
- Απειλές στην αυτοεκτίμηση, π.χ. απειλές στην τάση του ατόμου να διατηρεί την ιδέα για τον εαυτό του και τις αξίες που συνδέονται με την ύπαρξή του. Στις απειλές αυτές περιλαμβάνονται οι μη πραγματοποιούμενες προσδοκίες και η μη εκπλήρωση αναγκών για κοινωνική άνοδο και προβολή.
- Απειλές στην προσωπικότητα του ατόμου, απειλή στην προσωπική ύπαρξη, ενδοπροσωπικές και διαπροσωπικές συγκρούσεις, απειλή απώλειας της ελευθερίας, απώλειας του πνευματικού νοήματος της ζωής, απειλή του θανάτου.

Εκδηλώσεις του άγχους

Το άγχος εκδηλώνεται με ειδικές μορφές συμπεριφοράς: επιθετικότητα, φυγή ή ακινητοποίηση, σωματοποίηση ή οικοδομητική δραστηριότητα. Η σωματοποίηση αφορά τη μετατροπή της ενέργειας του άγχους σε διάφορα σωματικά συμπτώματα, όπως γαστρεντερικές διαταραχές, έλκη, ημικρανίες, απόσυρση στον ύπνο ή την κατάθλιψη. Μπορεί όμως να επιτευχθεί και προσαρμοστική διοχέτευση της ενέργειας του άγχους σε οικοδομητικές μορφές συμπεριφοράς, όπως είναι η μάθηση νέων δεξιοτήτων λύσης προβλημάτων, η σωματική χρήσιμη δραστηριότητα ή άθληση και άλλες δημιουργικές επιδιώξεις.

Επίπεδα του άγχους

Η Perlan περιέγραψε 4 επίπεδα άγχους και την επίδραση του καθενός στην αντίληψη, τη μάθηση και τη συμπεριφορά. Ο νοσηλευτής πρέπει να αναγνωρίζει τα συμπτώματα σε κάθε επίπεδο και να επιλέγει τις κατάλληλες νοσηλευτικές παρεμβάσεις. Τα επίπεδα αυτά είναι:

- **Ελαφρό άγχος.** Είναι το φυσιολογικό άγχος της καθημερινής ζωής, απαραίτητο για την επιβίωση. Οι αισθήσεις οξύνονται και αυξάνονται η προσοχή και τα κίνητρα για προσπάθεια και επιτυχία σκοπών.
- **Μέτριο άγχος.** Στένεμα του αντιληπτικού πεδίου. Εκλεκτική απροσεξία. Μειωμένη ικανότητα για διαυγή σκέψη, αδυναμία λύσης προβλημάτων. Εκπλήρωση κάποιου έργου με μεγάλη βραδύτητα.
- **Έντονο άγχος.** Οξύ άγχος, πολύ στενό αντιληπτικό πεδίο, απομόνωση του ατόμου, δυσκολία μάθησης και εκπλήρωσης έργου. Χρησιμοποίηση μηχανισμών άμυνας για αντιμετώπιση προβλημάτων.
- **Πανικός.** Πολύ έντονο διεισδυτικό άγχος, πλήρης επικέντρωση στο εγώ και στην επιβίωση. Ανικανότητα αντιμετώπισης οποιασδήποτε κατάστασης. Αδυναμία μάθησης και λήψης οποιασδήποτε απόφασης. Τρόμος, συναισθηματική «παράλυση». Παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις.

Το άτομο αντιδρά προς το άγχος με διάφορους τρόπους, είτε υγιείς, είτε παθολογικούς. Υγιής είναι η συμπεριφορά που τείνει στη λύση του προβλήματος. Το άτομο αναγνωρίζει ότι κάτι δεν πηγαίνει καλά στον εαυτό του, συνειδητοποιεί το άγχος του και αντιμετωπίζει την περίσταση απευθείας

προσπαθώντας να λύσει το πρόβλημα ή να το παρακάμψει ή να συμβιβαστεί μ' αυτό, χωρίς παραβίαση των αναγκών και των δικαιωμάτων των άλλων. Παθολογική είναι η συμπεριφορά της σωματικής ή ψυχολογικής απόσυρσης, συνοδευόμενη από έντονο θυμό και εκρήξεις επιθετικότητας που προσκρούουν στα δικαιώματα και τις ανάγκες των άλλων και καταλήγουν σε αισθήματα ενοχής. Όταν η απευθείας αντιμετώπιση ή η απόσυρση από την κατάσταση δεν έχουν αποτέλεσμα ή δεν είναι εφικτές, τότε το άτομο μπορεί να καταφύγει στο συμβιβασμό. Δηλαδή μπορεί να αλλάξει τη συμπεριφορά του και την άποψή του ή να αντικαταστήσει τους σκοπούς του με άλλους πιο πραγματοποιήσιμους στην προσπάθεια ελάττωσης του άγχους του.

Σε περιπτώσεις αδυναμίας της προσωπικότητας του ατόμου να παραδεχθεί και να αντιμετωπίσει συνειδητά το άγχος του και αποτυχημένης προσπάθειας ανακούφισής του, αρχίζουν να λειτουργούν διάφοροι μηχανισμοί που καλούνται αμυντικοί ή αντισταθμιστικοί ή προσαρμοστικοί ή μηχανισμοί ασφάλειας του εγώ.

Νοσηλευτική εκτίμηση αγχώδους αρρώστου

Καθώς το άγχος φθάνει τα επίπεδα του μετρίου και του έντονου άγχους ή του πανικού, το άτομο δοκιμάζει μια προοδευτική αύξηση δυσφορίας. Για την ελάττωση και ανακούφισή της καταφεύγει στο νοσηλευτή και το γιατρό. Ο νοσηλευτής συναντά συχνά το αγχώδες άτομο στο κέντρο υγείας, στο τμήμα επειγόντων περιστατικών, στα εξωτερικά ιατρεία, στους θαλάμους του γενικού νοσοκομείου, στο ψυχιατρείο και οπουδήποτε αλλού. Οι επιδράσεις του άγχους στη σωματική και ψυχική υγεία και γενική λειτουργικότητα του ατόμου μπορούν να παρατηρηθούν και να εκτιμηθούν.

Κατά τη νοσηλευτική εκτίμηση διερευνώνται τα υποκειμενικά και αντικειμενικά δεδομένα, σχετικά με τα παρακάτω:

- Το επίπεδο του άγχους που εκδηλώνει ο άρρωστος.
- Προσαρμοστικές ή δυσπροσαρμοστικές αντιδράσεις συμπεριφοράς προς το άγχος.
- Στρεσογόνες ή απειλητικές επιδράσεις στα παρακάτω:
 - Σύστημα αξιών, ιδανικών και πεποιθήσεων.
 - Προσωπικότητα.
 - Αυτοεκτίμηση.

- Προσωπική ασφάλεια.
- Σημαντικές για το άτομο διαπροσωπικές σχέσεις.
- Σταθερότητα του περιβάλλοντος.
- Εκπλήρωση ατομικών ρόλων και ευθυνών.
- Περιβάλλον του τμήματος ή διαπροσωπικό επίπεδο άγχους που περιβάλλει τον άρρωστο.
- Αλλαγές στη συμπεριφορά ή τη σωματική κατάσταση, ενδεικτικές του άγχους.
- Επίπεδο του άγχους. Σωματικά και ψυχολογικά σημεία και συμπτώματα.
- Τι έκανε ο άρρωστος στο παρελθόν για να ελαττώνει το άγχος του.
- Διαθέσιμες πηγές βοήθειας και ικανότητες του αρρώστου για να αντιμετωπίσει το άγχος του.

Στις θετικές δυνάμεις του αρρώστου αναζητούνται ιδιαίτερα τα εξής:

1. Ζητά υποστήριξη από τους άλλους;
2. Εκτονώνεται; Με ποιους τρόπους;
3. Ζητά πληροφορίες για τρόπους λύσης των προβλημάτων του;
4. Χρησιμοποιεί τεχνικές λογικής και θετικής σκέψης;
5. Θέτει ρεαλιστικούς σκοπούς προς επίδιωξη ανάλογα με τις δυνάμεις του;
6. Διατηρεί κοινωνικές επαφές και δραστηριότητες;
7. Προγραμματίζει περιόδους ανάπαυσης και χαλάρωσης;

Νοσηλευτική διάγνωση / Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

Νοσηλευτική διάγνωση: άγχος (έντονο). Συναισθηματική δυσφορία και αδυναμία αντιμετώπισης και λειτουργίας, σχετιζόμενα με: απειλή στη σωματική, ψυχολογική και/ή κοινωνική ακεραιότητα (αρρώστια, ψυχοτραυματισμός, απώλεια πραγματική ή νομιζόμενη), μη αποτελεσματική χρήση μηχανισμών χειρισμού, απελπισία, αδυναμία, απειλή στην αυτοεκτίμηση κλπ.

Χαρακτηριστικά στοιχεία

Υποκειμενικά

Ο άρρωστος εκφράζει:

- Αυξημένη μυϊκή τάση, μουδιάσματα στα χέρια και στα πόδια.
- Συνεχές αίσθημα φόβου και επικείμενης καταστροφής.
- Ανικανότητα να εξακριβώσει την αιτία της ψυχικής του δυσφορίας.
- Δυσκολία να συγκεντρωθεί στην εργασία του, δυσκολία να κοιμηθεί.
- Αισθήματα αλλοτρίωσης από πρόσωπα και πράγματα.
- Εκλεκτική (ψυχογενής) απροσεξία σε απειλητικά ερεθίσματα και προκατάληψη με λεπτομέρειες.
- Αισθήματα αλλαγής των διαστάσεων των αντικειμένων και των χώρων.

Αντικειμενικά

Ο άρρωστος εκδηλώνει:

- Ψυχοκινητική δραστηριότητα υπερβολική (βηματίζει συνεχώς).
- Συνοφρυωμένο πρόσωπο, ανήσυχο, ξαφνιασμένο, ερευνητικό ύφος.
- Αφηρημάδα.
- Ιδρωμένες παλάμες, ταχύπνοια, ταχυκαρδία, αυξημένα αντανακλαστικά, διακεκομμένος ύπνος.
- Παλινδρομική συμπεριφορά (κλάμα, δάγκωμα νυχιών).
- Απότομο ανέβασμα της φωνής.
- Γρήγορη – και ίσως ακατανόητη – ομιλία.
- Μειωμένες γνωσιακές δεξιότητες (ευαίσθηση, κρίση, λύση προβλημάτων).
- Δυσπροσαρμοστική χρήση αμυντικών μηχανισμών (προβολή, άρνηση, μετάθεση).
- Συμπεριφορές αποφυγής (αποσύρεται από το περιβάλλον).
- Ανακουφιστικές συμπεριφορές (βηματίζει).

Νοσηλευτικοί σκοποί / Κριτήρια αξιολόγησης των παρεμβάσεων

Ο άρρωστος φθάνει στο σημείο ώστε:

- Εκφράζει ότι αισθάνεται ήρεμος, χαλαρωμένος χωρίς μυϊκή ένταση.
- Δείχνει σημαντική ελάττωση στα σωματικά, νοητικά, συμπεριφορικά και ψυχολογικά συμπτώματα του άγχους.

- Περιγράφει τα πρώιμα προειδοποιητικά σημεία άγχους (αυξημένος εκνευρισμός, γαστρεντερική αναστάτωση, αύξηση σφυγμών).
- Διακρίνει τα επίπεδα του άγχους (ελαφρό, μέτριο, έντονο, πανικός).
- Χρησιμοποιεί αποτελεσματικά τεχνικές χαλάρωσης που έμαθε.
- Αναγνωρίζει τις περιστάσεις που του προκαλούν άγχος.
- Χρησιμοποιεί λειτουργικούς τρόπους αντιμετώπισης και ανακούφισης του άγχους.
- Δείχνει απουσία συμπεριφορών αποφυγής επαφών με άλλους.
- Εκδηλώνει ικανότητα λήψης αποφάσεων και λύσης προβλημάτων.
- Εκφράζει αισιόδοξα σχέδια για το μέλλον.
- Ζητά υποστήριξη από την οικογένεια και τους φίλους του, από το νοσηλευτή και τον γιατρό, όταν χρειάζεται.
- Συμμορφώνεται με τη νοσηλεία και τη λήψη φαρμάκων όταν παραγγέλλονται και περιγράφει το θεραπευτικό σκοπό και τα καλά αποτελέσματά τους στον ίδιο (νοσηλευτή ή γιατρό).
- Μεταβιβάζει κατανόηση της ανάγκης να ζει κανείς με ελαφρά επίπεδα άγχους.
- Διατυπώνει λεκτικά τη σπουδαιότητα διακοπής ουσιών διεγερτικών του κεντρικού νευρικού συστήματος.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

- Αναγνώριση της εκδήλωσης ανακουφιστικών συμπεριφορών ως δεικτών άγχους. Η έγκαιρη αναγνώριση του άγχους χρειάζεται για την πρόληψη της κλιμάκωσης των συμπτωμάτων και της απώλειας του ελέγχου.
- Παρατήρηση της τυχόν συμπεριφοράς φυγής από το περιβάλλον. Αυτό δείχνει ότι το περιβάλλον δημιουργεί στρες σε βαθμό που ξεπερνά την ικανότητα χειρισμού του από τον άρρωστο.
- Ήρεμη προσέγγιση του αρρώστου και βοήθεια να περιγράψει τι αισθάνεται, να αναγνωρίσει το άγχος του και να εκτιμήσει το επίπεδο του όπως το αντιλαμβάνεται. Αυτό βοηθάει τον άρρωστο να αρχίσει να το αντιμετωπίζει.
- Περίπατος με τον άρρωστο ενώ συζητιέται το άγχος. Η σωματική άσκηση του βαδίσματος ελαττώνει την ένταση που συνδέεται με το

άγχος. Η παραμονή του νοσηλευτή κοντά στον άρρωστο τον ενθαρρύνει να εξωτερικευτεί και να ηρεμήσει και του εμπνέει ασφάλεια.

- Βοήθεια του αρρώστου να συσχετίζει τα αισθήματα άγχους με ενδεχόμενη περίπτωση ανεκπλήρωτων αναγκών και προσδοκιών και να δοκιμάζει εναλλακτικούς τρόπους επιτυχίας επιθυμητών αποτελεσμάτων. Π.χ. περιμένει να εξέλθει από το νοσοκομείο το πρωί, αλλά η ακριβής ώρα δεν έχει καθορισθεί. Μήπως μπορεί να ρωτήσει απευθείας τον θεράποντα ιατρό του πότε περίπου θα εξέλθει. Η κατανόηση του αρρώστου ότι οι ανεκπλήρωτες ανάγκες και προσδοκίες μπορούν να αυξήσουν το άγχος και η ατομική προσπάθεια εκπλήρωσης ή περιορισμού αναγκών μπορεί να ελαττώσει το άγχος, συντελούν στην αύξηση της αυτοπεποίθησης, της αυτοεκτίμησης και της αισιοδοξίας του.
- Ελάττωση των ερεθισμάτων του περιβάλλοντος (θορύβων, έντονου φωτισμού, υπερβολικής κλήσης και συνομιλίας άλλων ατόμων). Τα αυξημένα ερεθίσματα τείνουν να αυξάνουν το άγχος ενώ τα ελαττωμένα το μειώνουν.
- Επιμέλεια συστηματικής χορήγησης των αγχολυτικών ή και άλλων φαρμάκων που παραγγέλθηκαν. Τα φάρμακα μπορεί να αποδειχθούν ως τα πιο θεραπευτικά και λιγότερο περιοριστικά μέτρα για την ελάττωση του έντονου άγχους ή του πανικού.
- Ακρόαση του αρρώστου που είναι ικανός να συζητήσει την υποκειμενική εμπειρία του άγχους και τρόπους πρόληψης ή ελάττωσής του. Η ακρόαση του αρρώστου με θερμό ενδιαφέρον και η αποδοχή του χωρίς όρους και προϋποθέσεις μεταβιβάζει σεβασμό, επαληθεύει την προσωπική αξία του αρρώστου, τον βεβαιώνει ότι οι ανησυχίες του θα ληφθούν σοβαρά υπόψη και παρέχει μια διέξοδο για εκτόνωση. Όλα αυτά ελαττώνουν το άγχος.
- Βοήθεια του αρρώστου να χρησιμοποιήσει μεθόδους ελάττωσης του άγχους που χρησιμοποίησε στο παρελθόν και αποδείχθηκαν αποτελεσματικές. Συγχρόνως, να ζητήσει την υποστήριξη αγαπημένων του προσώπων για τη διευθέτηση των υποθέσεων του τώρα που νοσηλεύεται στο νοσοκομείο.

- Διδασκαλία ορισμένων στρατηγικών ελάττωσης του άγχους στον άρρωστο (ανάλογα με τις προτιμήσεις και ικανότητές του) όπως είναι οι παρακάτω:
 - Προοδευτική χαλάρωση (εναλλακτική σύσπαση και χαλάρωση όλων των μυών).
 - Ασκήσεις αργών βαθιών αναπνοών.
 - Επικέντρωση του βλέμματος σ' ένα μόνο σημείο ή αντικείμενο στο δωμάτιο.
 - Ακρόαση απαλής μουσικής σε ήσυχο περιβάλλον.
 - Νοερή αναπαράσταση μιας ήρεμης θάλασσας ενός κήπου με λουλούδια, ενός όμορφου τοπίου κ.ά.
- Πληροφόρηση του αρρώστου για τη σημασία της αποφυγής λήψης καφεΐνης, νικοτίνης και άλλων ψυχοδραστικών ουσιών, στην ελάττωση του άγχους.
- Διδασκαλία στον άρρωστο να ανέχεται ελαφρά επίπεδα άγχους και να το διοχετεύει σε κανάλια οικοδομητικής συμπεριφοράς και δραστηριότητας. Το άγχος είναι αναπόσπαστο στοιχείο της ανθρώπινης ύπαρξης και μπορεί να γίνει αποδεκτό και ανεκτό σε ελαφρό και μέτριο επίπεδο, καθώς και μπορεί να χρησιμοποιηθεί για κινητοποίηση δημιουργικής και ικανοποιητικής συμπεριφοράς.
- Συνεχής υποστήριξη και παρακολούθηση εφαρμογής του νοσηλευτικού και ιατρικού προγράμματος φροντίδας για την πρόληψη της κλιμάκωσης των συμπτωμάτων και του επακόλουθου άγχους.
Άλλες νοσηλευτικές διαγνώσεις που προκύπτουν από την εκτίμηση αρρώστου με άγχος μπορεί να είναι:
 - Μη αποτελεσματική αντιμετώπιση των ατομικών προβλημάτων.
 - Διαταραχή των κοινωνικών επαφών του ατόμου / Κοινωνική απομόνωση.
 - Ανεπαρκής αντιμετώπιση του αγχώδους ατόμου από την οικογένειά του.
 - Συναισθηματική διαταραχή ως αντίδραση σε ψυχοτραυματικό γεγονός.
 - Άγχος συσχετιζόμενο με έλλειψη γνώσης των προεγχειρητικών διαδικασιών, των απαιτούμενων μετεγχειρητικών ασκήσεων, καθώς και των ψυχοσωματικών μεταβολών που ενδεχομένως θα προκύψουν.

Κεφάλαιο 7: Φροντίδα του αρρώστου μέσα στην οικογένεια

Ενώ συνεχίζονται οι έρευνες για την πρόληψη και θεραπεία της, παραμένει το πρόβλημα της ακαθημερινής φροντίδας του αρρώστου που αποτελεί και πρόκληση για την νοσηλευτική. Συχνότερα βέβαια το βάρος της φροντίδας πέφτει στα μέλη της οικογένειας. Επειδή μικρό ποσοστό ηλικιωμένων με άνοια άνω των 65 ετών νοσηλεύονται σε ιδρύματα. Οι οικογένειες τους κρατούν επί μακρό χρονικό διάστημα για να αποφύγουν την εισαγωγή σε ίδρυμα και στη χώρα μας και αλλού. Τα ευρήματα ερευνών, που μελετούν τη φροντίδα των ηλικιωμένων αυτών αρρώστων, δείχνουν ότι τα μέλη της οικογένειας τους παθαίνουν κόπωση στην προσπάθεια να ανταποκριθούν στη φροντίδα τους. Οι περισσότεροι που φροντίζουν ηλικιωμένους με άνοια είναι η σύζυγος ή οι κόρες του αρρώστου αλλά και ο σύζυγος στην περίπτωση άρρωστης γυναίκας και οι γιοί. Οι σύζυγοι είναι συχνά και αυτοί ηλικιωμένοι και μπορεί να έχουν σωματικές αρρώστιες, ψυχολογικά και κοινωνικό-οικονομικά προβλήματα ώστε δεν μπορούν να ανταποκριθούν στην 24ωρη καθημερινή φροντίδα του αρρώστου.

Η κοινωνική υποστήριξη από σημαντικά πρόσωπα βοηθεί αποτελεσματικά την οικογένεια σε στρεσογόνες καταστάσεις. Αλλά η υπερβολική απασχόληση και ευθύνη, η ανικανότητα των φίλων να αντιμετωπίσουν τον άρρωστο με άνοια και η απώλεια της κύριας πηγής υποστήριξης που ήταν ο άρρωστος, μειώνουν τα επίπεδα υποστήριξης της οικογένειας τότε που τη χρειάζεται.

Για τη βοήθεια της οικογένειας που φροντίζει ηλικιωμένο άτομο με άνοια τύπου Alzheimer έχουν δοκιμασθεί ορισμένα προγράμματα νοσηλευτικής παρέμβασης με καλά αποτελέσματα. Πχ. Συμβουλευτική υπηρεσία, προγράμματα ψυχικής αγωγής και σταθμοί ημερήσιας φροντίδας ηλικιωμένων.

Η κάπως εκτεταμένη αναφορά της φροντίδας του ηλικιωμένου με άνοια τύπου Alzheimer μέσα στην οικογένεια κρίθηκε απαραίτητη, διότι η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας προς αυτήν την κατεύθυνση προσανατολίζεται.

Επίλογος

Κλείνοντας, θα λέγαμε ότι η συστηματική προσέγγιση των αγχώδων διαταραχών βοηθά στην αποτελεσματικότερη διάγνωση και αντιμετώπισή του. Κατ' αρχάς, πρέπει να διερευνηθούν και να αντιμετωπιστούν τα βιολογικά αίτια, τα οποία μπορούν με νευροφυσιολογικούς μηχανισμούς να πυροδοτούν το άγχος. Κατά δεύτερον, πρέπει να διερευνηθεί το ενδεχόμενο το άγχος να εκδηλώνεται στο πλαίσιο μιας ψυχικής διαταραχής, η οποία χρήζει συνολικότερης και ειδικότερης αντιμετώπισης. Τρίτον, αν το άγχος κριθεί ότι αποτελεί περιστασιακή αντίδραση του ασθενούς στις τρέχουσες συνθήκες της ζωής του, πρέπει να διερευνηθούν τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα που αντιμετωπίζει, οι υποστηρικτικές δυνατότητες του περιβάλλοντός του και οι ανάγκες, καθώς και οι μηχανισμοί της προσωπικότητάς του, με τους οποίους προσπαθεί να διαχειριστεί τα προβλήματα και το άγχος του. Οι θεραπείες αφορούν σε φαρμακολογικές και ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις, των οποίων η αποτελεσματικότητα και η ειδικότητα είναι υψηλή. Καλό είναι να έχει κανείς υπόψη του τόσο τις διαφορές ανάμεσα στις αγχώδεις διαταραχές, όσο και στα κοινά τους σημεία, ώστε να εφαρμόσει καλύτερα τις ενδεικνυόμενες αγωγές και να θυμάται ότι οι διαταραχές αυτές συχνά επιπλέκονται από κατάθλιψη και εξάρτηση από ουσίες. Η επιλογή της φαρμακευτικής αντιμετώπισης πρέπει να εξατομικεύεται ανάλογα με τις ανάγκες, τα συμπτώματα, τη νόσο ή τη διαταραχή, τη συν-νοσηρότητα και τις αλληλεπιδράσεις με την υπόλοιπη αγωγή του ασθενούς. Τέλος, η ψυχολογική στήριξη του άγχους είναι πάντα απαραίτητη, ασχέτως του αιτίου, και συμπληρωματικά με την κάθε θεραπεία που τυχόν θα χρησιμοποιηθεί.

Βιβλιογραφία

Μάνος, Ν. (1997). Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής (αναθεωρημένη έκδοση), Θεσσαλονίκη, University Studio Press.

Π. Χαρτοκόλλης (1986). Εισαγωγή στην Ψυχιατρική: Νευρωτικές διαταραχές. Α. Η φύση των νευρώσεων, εκδόσεις Θεμέλιο, σελ. 83-87.

Π. Χαρτοκόλλης (1986). Εισαγωγή στην Ψυχιατρική: Αγχώδης νεύρωση, εκδόσεις Θεμέλιο, σελ. 88-92.

Π. Χαρτοκόλλης (1986). Εισαγωγή στην Ψυχιατρική: Η θεραπευτική αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών. Γ. Βιολογικές θεραπείες, εκδόσεις Θεμέλιο, σελ. 320-345.

Γκιουζέπας. Προληπτική Ψυχιατρική, σελ. 447-454.

Ζέρβας Γ. (1999). Το άγχος ως σύμπτωμα. Διάγνωση και αντιμετώπιση σε μη ψυχιατρικούς ασθενείς. Στο: Σύγγραμμα Κ. (Συντον.) Άγχος και Κατάθλιψη: Εκδηλώσεις και αντιμετώπιση στη Γενική Ιατρική Εταιρεία Αθηνών 1999.

Κοκάντζης Ν. Α. (1969). Μεταβολή της προσωπικότητας Χρονίων Νευρωσικών κατόπιν Ομαδικής Ψυχοθεραπείας εις Ειδικήν Θεραπευτικήν Κοινότητα, διατριβή για διδακτορία, Θεσσαλονίκη.

Ιεροδιακόνου Χ. Ψυχιατρική. Κεφ. 7. Ψυχονευρώσεις, εκδόσεις Μαστορίδη, Θεσσαλονίκη 1988, σελ. 205-250.

Ιεροδιακόνου Χ. Ψυχιατρική. Δ' μέρος. Κοινωνική ψυχιατρική. Εκδόσεις Μαστορίδη, Θεσσαλονίκη 1988.

Αφροδίτη Χρ. Ραγιά. Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας. Ε' έκδοση (βελτιωμένη), Κεφ. 5. Ένταση, άγχος και ψυχολογική νοσηλευτική παρέμβαση, Αθήνα 2005, σελ. 191-215.

