

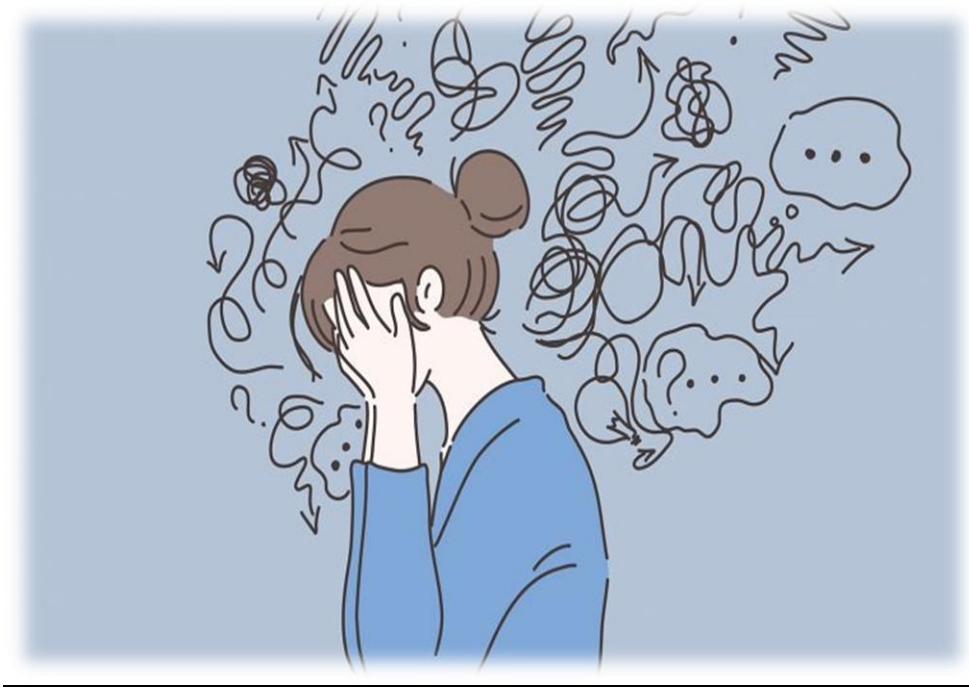
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΑΤΡΩΝ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ: ΑΓΧΩΔΕΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΑΙ Η
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΤΟΥΣ



Όνοματεπώνυμο σπουδάστριας: Σακκά Παναγιώτα

Εποπτεύων καθηγητής: Μαρνέρας Χρήστος

Πάτρα 2020-2021

Περιεχόμενα

Περίληψη	4
Abstract	5
Εισαγωγή.....	6
Κεφάλαιο 1, Αγχώδεις Διαταραχές.	
1.1 Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή (ΓΑΔ)	9
Αιτιολογία	9
Διάγνωση.....	11
Συμπτώματα	11
Θεραπεία	12
1.2 Ιδιοψυχαναγκαστική Διαταραχή (OCD)	14
Αιτιολογία	15
Διάγνωση.....	16
Συμπτώματα	17
Θεραπεία	18
1.3 Διαταραχή Πανικού	21
Αιτιολογία	22
Διάγνωση.....	24
Συμπτώματα	24
Θεραπεία	25
1.4 Διαταραχή Μετατραυματικού Στρές (ΔΜΤ)	28
Αιτιολογία	29
Διάγνωση.....	30
Συμπτώματα	32
Θεραπεία	33
1.5 Κοινωνική Διαταραχή (Διαταραχή κοινωνικού άγχους)	36
Αιτιολογία	37
Διάγνωση.....	39

Συμπτώματα	40
Θεραπεία	42
Κεφάλαιο 2, Η φαρμακευτική αγωγή ως κύριος τρόπος αντιμετώπισης	
2.1 Αντικαταθλιπτικά Φάρμακα	47
SSRIs και SNRIs	47
Τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά φάρμακα (TCA).....	49
Αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης (MAOI).....	49
2.2 Βενζοδιαζεπίνες	51
2.3 Αντισπασμωδικά φάρμακα	53
2.4 β-Αναστολείς	54
2.5 Προσέγγιση στην απώλεια ανταπόκρισης	56
2.6 Συνδυασμός φαρμακοθεραπείας και ψυχοθεραπείας	58
Κεφάλαιο 3, Ο ρόλος του νοσηλευτή στις αγχώδεις διαταραχές	
3.1 Νοσηλευτικός ρόλος στο άγχος	60
3.2 Νοσηλευτικός ρόλος στον φόβο	63
3.3 Ατελέσφοροι μηχανισμοί διαχείρισης του άγχους	65
3.4 Ατελέσφοροι μηχανισμοί ελέγχου των παρορμήσεων	68
Κεφάλαιο 4, Περιπτώσεις νοσηλευτικής διεργασίας	
4.1 Πρώτο Περιστατικό	70
Νοσηλευτική Διεργασία	71
4.2 Δεύτερο Περιστατικό	73
Νοσηλευτική Διεργασία.....	74
Επίλογος	77
Βιβλιογραφία	78

Περίληψη

Εισαγωγή: Η παρούσα πτυχιακή εργασία πραγματεύεται την αναβαθμισμένη βιβλιογραφία του DSM-V, σχετικά με τις αγχώδεις διαταραχές. Η ανάλυση των διαταραχών θα περιλαμβάνει στοιχεία σχετικά με όλες τις πτυχές από τις οποίες αποτελούνται. Πτυχές όπως η αιτιολόγηση, η ορθή διάγνωση, η απτή συμπτωματολογία και οι θεραπευτικές μέθοδοι είναι απαραίτητο να μελετηθούν και να καταγραφούν έτσι ώστε να επιτευχθεί η πλήρης κατανόηση όχι μόνο των διαταραχών αλλά και των πασχόντων ατόμων. Ακόμη, παρατίθεται αρκετή μελέτη στην διαθέσιμη βιβλιογραφία σχετικά με τις συχνότερα - από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας - χρησιμοποιούμενες φαρμακευτικές θεραπευτικές μεθόδους. Θα ακολουθήσει μία εκτενής και λεπτομερής καταγραφή του νοσηλευτικού ρόλου και στην πληθώρα των καθηκόντων από τα οποία συντάσσεται αυτός. Τέλος, αναφέρονται περιληπτικά δύο περιστατικά πασχόντων από κάποιες αγχώδεις διαταραχές και γίνεται μία ενδεικτική νοσηλευτική διεργασία.

Σκοπός: Πρώτιστος σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η αναβάθμιση και ο εμπλουτισμός της ήδη υπάρχουσας εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τις αγχώδεις διαταραχές. Και ακολούθως, η εκτενής παρουσίαση των νοσηλευτικών καθηκόντων κατά την θεραπευτική διαδικασία.

Μεθοδολογία: Διεξήχθη συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση σχετικά με τις αγχώδεις διαταραχές και τον ρόλο του νοσηλευτικού προσωπικού σε αυτές. Οι βιβλιογραφικές βάσεις δεδομένων που χρησιμοποιήθηκαν ήταν οι NCBI, Intechopen, Medscape, ResearchGate, Frontiers in Psychology και το βιβλίο Psychiatric Nursing, Assessment, Care Plans and Medication της Mary C. Townsend.

Αποτελέσματα: Η επιτυχής ενημέρωση των επαγγελματιών υγείας περί των αναβαθμισμένων στοιχείων των διαταραχών άγχους και η περαιτέρω διεύρυνση του νοσηλευτικού καθηκοντολογίου έτσι ώστε αυτό να ανταποκρίνεται στις διαφοροποιημένες ανάγκες των πασχόντων.

Συμπεράσματα: Όπως και κάθε άλλος κλάδος της ιατρικής, έτσι και η ψυχιατρική αναβαθμίζεται με την πάροδο του χρόνου. Οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να διατηρούν υψηλά στάνταρ όσον αφορά την εκπαίδευσή τους. Έτσι, είναι αναγκαία η εκτενής και συνεχής διατριβή με χρήση πληθώρας εργασιών όπως είναι η παρούσα. Με αυτόν τον τρόπο, οι επαγγελματίες υγείας θα είναι ικανοί να προσφέρουν μεγίστης ποιότητας θεραπευτική φροντίδα και ελπίδα στους πάσχοντες και τα αγαπημένα τους πρόσωπα.

Abstract

Introduction: This dissertation deals with the upgraded DSM-V literature on anxiety disorders. The analysis of the disorders will include data on all the aspects of which they are composed. Aspects such as etiology, correct diagnosis, tangible symptoms and treatment methods need to be studied and recorded in order to achieve a full understanding not only of the disorders but also of the sufferers. Additionally, several studies are readily available on the most commonly used - by mental health professionals - drug treatment methods. An extensive and detailed record of the nursing role will follow, as well as the variety of tasks from which it is composed. Finally, two patient cases affected by anxiety disorders are briefly reported and an indicative nursing process is performed.

Purpose: The primary purpose of this thesis is to upgrade and enrich the existing education of health professionals on anxiety disorders. Following that is the extensive presentation of the nursing duties during the therapeutic process.

Methodology: A systematic literature review on anxiety disorders and the role of nursing staff was conducted. The bibliographic databases used were NCBI, Intechopen, Medscape, ResearchGate, Frontiers in Psychology and Mary C. Townsend's book Psychiatric Nursing, Assessment, Care Plans and Medication.

Results: The successful education of health professionals about the upgraded elements of anxiety disorders and further expansion of nursing tasks so that it adequately serves the differentiated needs of the patients.

Conclusions: Like any other branch of medicine, psychiatry is upgraded over time. Health professionals must maintain high standards in their education. Thusly, it is necessary to have an extensive and continuous dissertation using a variety of works such as the one currently on offer. As a result of such endeavors, health professionals shall be able to offer quality therapeutic care and much needed hope to sufferers and their loved ones.

Εισαγωγή

Ως αγχώδεις διαταραχές χαρακτηρίζονται οι ψυχολογικές διαταραχές που περιλαμβάνουν άνω του φυσιολογικού επίπεδα αρνητικών συναισθημάτων όπως ανησυχία, νευρικότητα, ένταση, φόβος και άγχος.⁽¹⁾ Οι αγχώδεις διαταραχές στην περίπτωση των περιπτώσεων ξεκινούν από την παιδική ηλικία έως και την εφηβεία. Σε κάποιο χρονικό σημείο της παιδικής τους ηλικίας, περίπου 10-15% των ατόμων θα εκδηλώσουν αγχώδη συμπτωματολογία. Παιδιά που θα παρουσιάσουν αγχωτική συμπτωματολογία έχουν αυξημένες πιθανότητες να εκδηλώσουν κατάθλιψη ή αγχώδη διαταραχή κατά την ενήλικη ζωή τους.⁽²⁾ Συνήθως παραμένουν για αρκετό καιρό - ακόμη και για χρόνια - χωρίς να έχουν διαγνωσθεί από κάποιον επαγγελματία.^{(3), (4)} Επιδημιολογικά, εμφανίζονται ελαφρώς συχνότερα στις γυναίκες παρά στους άνδρες.⁽⁵⁾

Το άγχος ορίζεται ως ανησυχία για ένα αναμενόμενο πρόβλημα. Αντιθέτως, ο φόβος ορίζεται ως μια αντίδραση σε άμεσο και απτό κίνδυνο. Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας επικεντρώνονται στην “άμεση” φύση του φόβου έναντι της “αναμενόμενης” φύσης του άγχους - ο φόβος τείνει να αφορά μια απειλή που συμβαίνει άμεσα και έχει την δυνατότητα να απειλήσει την ακεραιότητα της υγείας του ατόμου, ενώ το άγχος τείνει να αφορά μια μελλοντική, συνήθως μη απτή απειλή.⁽⁶⁾ Έτσι, ένα άτομο που αντιμετωπίζει έναν λύκο ή ένα οπλισμένο άτομο βιώνει φόβο, ενώ ένας οικογενειάρχης που ανυσηχεί για την πιθανότητα εξέβρεσης εργασίας μετά από την απόλυσή του βιώνει άγχος.

Τόσο το άγχος όσο και ο φόβος τείνουν να περιλαμβάνουν διέγερση του συμπαθητικού νευρικού συστήματος. Το άγχος συνήθως επιφέρει μέτριο επίπεδο διέγερσης του συμπαθητικού νευρικού συστήματος, ενώ ο φόβος θα προκαλέσει υψηλότερο επίπεδο διέγερσης αυτού.⁽⁷⁾ Στο χαμηλότερο επίπεδο, ένα άτομο που βιώνει άγχος τείνει να εκφράζει αισθήματα ανησυχίας και έντασης. Στο υψηλότερο επίπεδο, ένα άτομο που βιώνει φόβο τείνει να παρουσιάζει αυξημένη λειτουργία των ιδρωτοποιών αδενών, αίσθημα παλμών, τρόμο μυών, αίσθημα δυσφορίας και να εκφράζει έντονες τάσεις φυγής.⁽⁸⁾

Το άγχος και ο φόβος δεν είναι απαραίτητως “κακά” αισθήματα, αν και ο μέσος πληθυσμός τείνει να θέλει να τα αποφύγει - στην πραγματικότητα, και οι δύο είναι προσαρμοστικοί μηχανισμοί σε εξωγενείς παράγοντες. Ο φόβος είναι θεμελιώδης για τις αντιδράσεις “πάλης ή φυγής” - συγκεκριμένα, ο φόβος προκαλεί ταχείς μεταβολές στο συμπαθητικό νευρικό σύστημα με αποτέλεσμα αυτό να προετοιμάσει το σώμα για διαφυγή ή

πάλη με τον αγχωτικό εξωγενή παράγοντα. Στην κατάλληλη περίπτωση, ο φόβος είναι ικανός να σώσει ζωές. Σε ορισμένες διαταραχές άγχους, ωστόσο, το σύστημα φόβου/άγχους φαίνεται να δρά λάνθασμένα - ένα άτομο βιώνει φόβο ενώ βρίσκεται σε ένα περιβάλλον στο οποίο δεν υπάρχει απτός κίνδυνος.^{(8), (9)}

Τα συμπτώματα των αγχώδων διαταραχών εξαρτώνται επί το πλείστον από τον τύπο της διαταραχής αυτής καθ'αυτής. Τα συμπτώματα των αγχώδων διαταραχών πιστεύεται ότι οφείλονται εν μέρει στη διαταραχή της ισορροπίας της δραστηριότητας στα συναισθηματικά κέντρα του εγκεφάλου παρά στα υψηλότερα γνωστικά κέντρα.⁽¹⁰⁾ Παρ' όλα αυτά, έχουν ανιχνευθεί κάποια συμπτώματα τα οποία τείνουν να εμφανίζονται με μεγαλύτερη συχνότητα και στους περισσότερους τύπους αγχώδων διαταραχών. Τα "κοινά" συμπτώματα αυτά περιλαμβάνουν αίσθημα πανικού, φόβου και ανησυχίας, ανωμαλίες στο πρότυπο ύπνου, κρύα ή ιδρωμένα άκρα, δύσπνοια, αίσθημα παλμών, ανικανότητα του ατόμου να ηρεμήσει ή να χαλαρώσει, ξηροστομία, μούδιασμα ή μυρμήγκιασμα στα χέρια ή τα πόδια, ναυτία, μυϊκή ένταση, μυϊκός τρόμος και τάση για ζάλη και ορθοστατική υπόταση.⁽⁸⁾

Οι διαταραχές άγχους μπορεί να προκληθούν από συγγενή ή μη προβλήματα στη λειτουργία των περιοχών των εγκεφαλικών ημισφαιρίων που ρυθμίζουν τον φόβο και τα υπόλοιπα συναισθήματα.⁽¹¹⁾ Επιπλέον, μελέτες έχουν δείξει ότι οι αγχώδεις διαταραχές εμφανίζονται με αυξημένη συχνότητα σε άτομα που ανήκουν σε οικογένειες πασχόντων, κάτι το οποίο υποδηλώνει ότι υπάρχει τουλάχιστον κάποια πιθανότητα κληρονομικότητας.⁽¹²⁾ Ακόμη, ορισμένοι περιβαλλοντικοί παράγοντες - όπως ένα αρνητικό ή στρεσογόνο γεγονός, μπορεί να προκαλέσουν την εμφάνιση αγχώδους διαταραχής τόσο σε άτομα χωρίς κανένα επιβαρυντικό παράγοντα - πέρα του γεγονότος αυτού καθ' αυτού - όσο σε άτομα που έχουν κληρονομική ευαισθησία στην ανάπτυξη της διαταραχής.⁽¹²⁾

Η αγχώδης διαταραχή μπορεί επίσης να προκληθεί λόγω συναισθηματικών, γνωστικών αλλά και συμπεριφορικών χαρακτηριστικών.⁽¹¹⁾ Συναισθηματικά, το άτομο βιώνει τρόπο και φόβο και συχνά παρουσιάζει μια εικόνα ευερεθισμού ή/ και ανησυχίας. Γνωστικά, το άτομο βιώνει αίσθημα τρόμου προς κάποιον απτό ή μή απτό κίνδυνο. Συμπεριφορικά, το άτομο επιδιώκει να αντιμετωπίσει την απειλή ή να ξεφύγει από αυτήν το συντομότερο δυνατόν.⁽¹¹⁾ Σε μια φυσιολογική, μη προβληματική απόκριση φόβου, αυτές οι συναισθηματικές, γνωστικές και συμπεριφορικές αποκρίσεις υποχωρούν εφόσον η απειλή υποχωρήσει. Στις αγχώδεις διαταραχές,

αυτές οι αποκρίσεις τείνουν να παραμένουν παρά την φαινομενική απουσία αντικειμενικής απειλής.

Γενικά, οι αγχώδεις διαταραχές αντιμετωπίζονται μέσω φαρμακευτικού σχήματος το οποίο περιλαμβάνει φάρμακα που ανακουφίζουν τα συμπτώματα των παθόντων, συμπεριλαμβανομένων των αντικαταθλιπτικών και των φαρμάκων που μειώνουν το άγχος.⁽¹³⁾ Επιπλέον, η ψυχοθεραπεία αντιμετωπίζει τη συναισθηματική ανταπόκριση στην γνωστή πλέον ύπαρξη της αγχώδους διαταραχής - μια διαδικασία κατά την οποία επαγγελματίες ψυχικής υγείας βοηθούν τους πάσχοντες μέσω επικοινωνιακών στρατηγικών.⁽¹⁴⁾ Σκοπός αυτών των επικοινωνιακών στρατηγικών είναι η κατανόηση και η ορθή συναισθηματική και πνευματική αντιμετώπιση της αγχώδους διαταραχής. Μια συχνά χρησιμοποιούμενη μορφή ψυχοθεραπείας, η γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία είναι ένα γνωστό για την αποτελεσματικότητά του θεραπευτικό σχήμα.⁽¹⁵⁾ Πρόκειται για έναν τύπο ψυχοθεραπείας στην οποία το άτομο εκπαιδεύεται από τον επαγγελματία ψυχικής υγείας να αναγνωρίζει και να μετατρέπει τα πρότυπα σκέψης και πρότυπα συμπεριφοράς στα οποία κατάφευγε και το οδηγούσαν σε αρνητικά, μη εποικοδομητικού χαρακτήρα συναισθήματα.⁽¹⁵⁾ Τέλος, διαθέσιμες είναι και κάποιες άλλες, λιγότερο επεμβατικές μέθοδοι αντιμετώπισης των αγχώδων διαταραχών, όπως η άσκηση, η ύπνωση, η αυτογενής εκπαίδευση, και οι συμπληρωματικές μέθοδοι ιατρικής περίθαλψης όπως ο βελονισμός ή και η ομοιοπαθητική ιατρική. Οι προαναφερόμενες συμπληρωματικές μέθοδοι δεν είναι αρκετές για την πλήρη αντιμετώπιση των αγχώδων διαταραχών, αλλά εξακολουθούν να είναι χρήσιμες εξαιτίας της ικανότητάς τους να προσφέρουν συμπτωματική ανακούφιση στους πάσχοντες.⁽¹⁵⁾

Κεφάλαιο 1: Αγχώδεις διαταραχές

1.1 Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή, (ΓΑΔ)

Η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή είναι η πιο συχνή μορφή αγχώδους διαταραχής, αγγίζοντας ποσοστά πασχόντων άνω του 20% ετησίως.⁽¹⁶⁾ Η ΓΑΔ προκαλεί φόβο, ανησυχία και συνεχή μη απτά αισθήματα περιορισμού. Συγκεκριμένα, χαρακτηρίζεται από επίμονη, υπερβολική και μη ρεαλιστική ανησυχία σχετικά με τον φόβο ανικανότητας εκπλήρωσης των καθηκόντων από τα οποία συντάσσεται η καθημερινότητά του πάσχοντος. Το άγχος και η ανησυχία που θα υποστεί το άτομο θα υπερβεί τα όρια του φυσιολογικού, θα είναι εξαιρετικά δύσκολο να ελεγχθεί και δεν είναι σπάνιο να συνοδεύεται από ποικιλία άλλων, μη ειδικών ψυχολογικών και σωματικών συμπτωμάτων. Αυτού του είδους το έντονο άγχος είναι το κύριο χαρακτηριστικό της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής.⁽¹⁶⁾

Αυτή η ανησυχία μπορεί να είναι πολυεστιακή, και να περιλαμβάνει έννοιες όπως η οικογένεια, η υγεία, το μέλλον και η οικονομική βελτίωση.⁽¹⁶⁾ Είναι υπερβολικό, δύσκολο να ελεγχθεί και συχνά συνοδεύεται από πολλά μη ειδικά ψυχολογικά και σωματικά συμπτώματα. Η υπερβολική ανησυχία είναι το κεντρικό χαρακτηριστικό της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής.⁽¹⁶⁾ Σύμφωνα με τα κριτήρια του DSM V, η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή είναι το μη απτό και από τον ορισμό του υπερβολικό άγχος που περιλαμβάνει την ανησυχιακή προσδοκία.⁽¹⁷⁾ Η ανησυχία των πασχόντων συνοδεύεται από φυσιολογικά συμπτώματα, όπως είναι η μυϊκή ένταση, οι διαταραχές του ύπνου και η ανήσυχη συμπεριφορά προς τους περισσότερους τομείς της ζωής.⁽¹⁶⁾

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Οι απόψεις σχετικά με την προκείμευση πηγή της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής δίστανται. Αποδεκτοί αιτιολογικοί παράγοντες θεωρούνται οι τραυματικές εμπειρίες, οι γενετικοί παράγοντες, οι νευροβιολογικές δυσλειτουργίες και η κληρονομικότητα. Άξιο αναφοράς είναι το γεγονός ότι η ΓΑΔ δεν τείνει στην κληρονομικότητα όσο οι άλλες αγχώδεις διαταραχές. Πολλές αναφέρονται να είναι οι πιθανές αιτιολογίες, αλλά οι κυρίαρχες τρεις κατηγορίες αυτών είναι η ψυχαναλυτική θεωρία, η γνωστική θεωρία και η βιολογική θεωρία.⁽¹⁸⁾

Σύμφωνα με την ψυχαναλυτική θεωρία, το γενικευμένο άγχος προκύπτει από μια ασυνείδητη σύγκρουση μεταξύ εγωισμού, εγώ και ταυτότητας, η οποία δεν αντιμετωπίζεται επαρκώς. Αυτό εξαιτίας κάποιων μηχανισμών αμύνης του ατόμου οι οποίοι είτε έχουν καταρρεύσει είτε δεν αναπτύχθηκαν ποτέ. Οι αμυντικοί μηχανισμοί μπορεί να κατακλυστούν σε άτομα τα οποία βιώνουν συχνά και σε ακραίο επίπεδο το άγχος. Παραδείγματος χάριν, οι αμυντικοί μηχανισμοί θα φτάσουν στα άκρα τους σε θεμιτές παρορμήσεις ταυτότητας οι οποίες αποκλείονται συχνά από την πλήρη έκφρασή τους. Σύμφωνα με αυτήν την θεωρία, η κύρια διαφορά μεταξύ των φοβιών και του άγχος είναι ότι στις φοβίες οι αμυντικοί μηχανισμοί καταστολής ή αντιμετώπισης λειτουργούν πραγματικά, ενώ στο άγχος οι ίδιοι αμυντικοί μηχανισμοί δεν λειτουργούν, αφήνοντας έτσι το άτομο αγχωμένο και ανήσυχο στην πλειονότητα της καθημερινότητάς του.⁽¹⁹⁾

Οι γνωστικές θεωρίες υποστηρίζουν ότι η πλειοψηφία της εγκεφαλικής λειτουργίας των ατόμων με ΓΑΔ επικεντρώνεται στην απειλή, τόσο σε συνειδητό όσο και σε ασυνείδητο επίπεδο.⁽²⁰⁾ Σε συνειδητό επίπεδο, τα άτομα με ΓΑΔ τείνουν να επικεντρώνονται στην αρνητική πλευρά των γεγονότων και να δημιουργούν μεθόδους αντιμετώπισης διαφόρων απτών και μη απειλών. Σκέψεις όπως “Είναι πάντα καλύτερο να περιμένω τα χειρότερα” και “Πρέπει να προβλέπω και να προετοιμάζομαι ανά πάσα στιγμή για κάθε πιθανό κίνδυνο” δεν είναι περίεργο να εκφραστούν από άτομο που πάσχει από γενικευμένη αγχώδη διαταραχή.⁽²¹⁾ Πολλές από αυτές τις σκέψεις υποδηλώνουν ανησυχίες σχετικά με τον φόβο της απώλειας ελέγχου, που είναι χαρακτηριστικότερη στα άτομα με ΓΑΔ.⁽²¹⁾ Οι πάσχοντες πιστεύουν ότι η ανησυχία και ο έμμονος προγραμματισμός μπορεί να τους βοηθήσει να αποφύγουν τα δυσάρεστα γεγονότα που τόσο φοβούνται, παρακινώντας τους να ασχοληθούν με την επίλυση προβλημάτων. Ωστόσο, σπάνια φτάνουν στην επιτυχή επίλυση προβλημάτων. Αν και η αναμονή ενός αρνητικού γεγονότος είναι μονόδρομος, δεν είναι αισθητή τους επιλογή. Αποφεύγουν ενεργά τις εικόνες ή και την ιδέα του στρεσογόνου παράγοντα, ως μέθοδο αποφυγής του αρνητικού συναισθήματος.⁽²²⁾ Η αποφυγή αυτή τους εμποδίζει να συνηθίσουν στα αρνητικά συναισθήματα που σχετίζονται με τον στρεσογόνο παράγοντα ή να εξετάσουν πιθανές διόδους αντιμετώπισης.⁽²²⁾ Οι ακατάλληλες δίοδοι αντιμετώπισης των στρεσογόνων παραγόντων οδηγούν τα άτομα με ΓΑΔ στην ανταπόκριση των καταστάσεων με αυτοματοποιημένες δράσεις και σκέψεις που προκαλούν άγχος, υπερβολική επαγρύπνηση και υπερβολικές αντιδράσεις.^{(21),(22)} Σε

ασυνείδητο επίπεδο, τα άτομα με ΓΑΔ φαίνεται επίσης να επικεντρώνονται στην ανίχνευση πιθανών απειλών στο περιβάλλον.^{(20),(22)}

Την δεκαετία του 1950, ανακαλύφθηκε ότι οι βενζοδιαζεπίνες παρέχουν ανακούφιση από το γενικευμένο άγχος.⁽²³⁾ Αυτό έχει οδηγήσει σε θεωρίες βιολογικού τύπου σχετικά με τους νευροδιαβιβαστές που δραστηριοποιούνται στο γενικευμένο άγχος. Οι βενζοδιαζεπίνες αυξάνουν την δραστηριότητα της GABA, ενός νευροδιαβιβαστή ο οποίος έχει την ευθύνη της μεταφοράς ανασταλτικών μηνυμάτων μεταξύ των νευρώνων.⁽²⁴⁾ Όταν η GABA συνδέεται με έναν νευρωνικό υποδοχέα αποτρέπει την σύνδεση του νευρώνα με τον δακτύλιο.⁽²⁴⁾ Μία θεωρία είναι ότι τα άτομα με γενικευμένη διαταραχή άγχους έχουν ανεπάρκεια των υποδοχέων GABA, η οποία έχει ως αποτέλεσμα την υπερβολική πυροδότηση νευρώνων. Η πυροδότηση αυτή συγκεντρώνεται επί το πλείστον στα άκρα, τα οποία θα επηρεαστούν από φυσιολογικές, συναισθηματικές, συμπεριφορικές και αντανακλαστικές αντιδράσεις στην απειλή.⁽²⁵⁾ Ως αποτέλεσμα της υπερβολικής και χρόνιας νευρωνικής δραστηριότητας, το άτομο βιώνει χρόνια και διάχυτα συμπτώματα άγχους.⁽²⁶⁾

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Τα διαγνωστικά κριτήρια που θέτει το DSM V έχουν να κάνουν με την γενικευμένη τάση του πάσχοντα να μην είναι ικανός να αντιμετωπίσει καθημερινά γεγονότα χωρίς να εκφέρει αγχωτικό τρόπο σκέψης.⁽²⁷⁾ Συγκεκριμένα, ο πάσχων φέρει υπερβολικό άγχος και ανησυχιακή προσδοκία, που εκφράζονται στην πλειοψηφία ενός εξαμήνου. Ακόμη, το άτομο δυσκολεύεται αρκετά και το θεωρεί αδύνατο να ελέγξει τις αγχώδεις τάσεις του. Το άγχος και η ανησυχία σχετίζονται με τρία ή περισσότερα από τα ακόλουθα έξι συμπτώματα με τουλάχιστον μερικά συμπτώματα να έχουν παρουσιασθεί εντατικά εντός ενός εξαμήνου.⁽¹⁶⁾ Αναγκαίο είναι να σημειωθεί ότι η εμφάνιση ενός μόνο συμπτώματος σε ένα παιδί είναι αρκετό για να οδηγήσει στην διάγνωση.⁽²⁸⁾

Τα διαγνωστικά συμπτώματα είναι: η ανησυχία ή/και το αίσθημα κλειδώματος των άκρων. Ο πάσχων εξαντλείται σχετικά εύκολα, χωρίς να είναι απαραίτητη κάποια ιδιαίτερα κουραστική ενέργεια. Παρουσιάζεται μια δυσκολία στην συγκέντρωση, και ανικανότητα του πάσχοντος να “ηρεμήσει και αδειάσει” το μυαλό του. Ακόμη, εκφράζεται μια ιδιαίτερα αντιδραστική εικόνα, με τους πάσχοντες να είναι συχνά ευερέθιστοι, χωρίς όρεξη για κοινωνικοποίηση, με μυϊκές εντάσεις και δυσκολία στον ύπνο.⁽²⁷⁾

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Η συμπτωματολογία της ΓΑΔ είναι αρκετά χαρακτηριστική άν και συμπίπτει σε αρκετά σημεία με αυτή του απλού άγχους. Σύμφωνα με τα κριτήρια του DSM V, ένα περιστατικό αναγνωρίζεται ως ΓΑΔ στην περίπτωση που ανιχνευθούν τρία ή περισσότερα από μια λίστα συμπτωμάτων.⁽¹⁸⁾ Το πιο συχνό αυτών είναι το αίσθημα “κλειδώματος” στα άκρα όταν αντιμετωπίζεται ο στρεσογόνος παράγοντας. Επιπροσθέτως, το άτομο εξαντλείται εύκολα ακόμη και με δράσεις χαμηλότερης εντάσεως, ενώ δεν είναι σπάνιο να παρουσιάζει και δυσκολίες στον ύπνο (δεν μπορεί να κοιμηθεί, ενώ εάν κοιμηθεί μπορεί να ξυπνήσει εύκολα, ακόμη και με ελάχιστο θόρυβο). Εξαιτίας αυτής της μακροχρόνιας και κλιμακούμενης εξάντλησης θα ακολουθήσει μια χρονικά δευτερεύουσα συμπτωματολογία που θα έχει να κάνει με τις επιπτώσεις της εξάντλησης στο άτομο.^{(16),(18)} Έτσι, θα ακολουθήσει η μείωση της ευκολίας στην συγκέντρωση, ενώ ο πάσχον όσο πάει θα γίνεται όλο και πιο ευερέθιστος και θα δηλώνει πώς πάσχει και από μυϊκές εντάσεις. Αποτέλεσμα αυτής της συμπτωματολογίας θα είναι η πλέον κλινικά σημαντική δυσφορία και η επακόλουθη εξασθένηση σε κοινωνικούς, επαγγελματικούς και άλλους τομείς λειτουργίας.^{(16),(18)} Θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη μνεία στο γεγονός ότι η διαταραχή δεν οφείλεται σε άμεσες φυσιολογικές επιδράσεις ουσιών (π.χ. ενός φαρμάκου ή κατάχρησης ενός φαρμάκου) ή μιας γενικής παθολογικής κατάστασης (π.χ. Υπερθυρεοειδισμού).⁽²⁹⁾ Στις παραπάνω περιπτώσεις θα αναφερόμασταν σε επιπλοκές και όχι σε ανεξάρτητη συμπτωματολογία.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Πολλοί πάσχοντες από ΓΑΔ συμβουλευονται σε αρχικό στάδιο τους οικογενειακούς τους γιατρούς, ζητώντας ανακούφιση από τα “νεύρα”, το άγχος ή τα διάφορα λειτουργικά (τα οποία στην πραγματικότητα είναι ψυχογενή) σωματικά τους προβλήματα. Τις περισσότερες φορές σε τέτοια περιστατικά, χρησιμοποιούνται - λανθασμένα - φάρμακα από την κατηγορία βενζοδιαζεπίνης(αγχολυτικά), όπως το Xanax ή το Klonopin.⁽³⁰⁾ Αυτά τα φάρμακα χορηγούνται για ανακούφιση από την ένταση, μείωση άλλων ψυχοσωματικών συμπτωμάτων και για μυϊκή και πνευματική χαλάρωση.⁽³⁰⁾ Οι επιπτώσεις αυτών στην ανησυχία και το άγχος δεν είναι τόσο επιβαρείς. Αξίζει να σημειωθεί ότι μπορούν να οδηγήσουν σε φυσιολογική ή/ και ψυχολογική

εξάρτηση και επομένως είναι αρκετά δύσκολο ο πάσχων να διακόψει την αγωγή εάν την ακολουθεί για σχετικά μεγάλο χρονικό διάστημα.⁽³¹⁾

Ένα νεότερο φάρμακο, το Buspirone (το οποίο ανήκει σε διαφορετική κατηγορία φαρμάκων, τα ψυχοληπτικά) είναι εξίσου αποτελεσματικό και δεν τείνει να οδηγήσει σε εξάρτηση ούτε φυσιολογικού αλλά ούτε και ψυχολογικού τύπου.⁽³²⁾ Επιπροσθέτως, ασκεί ισχυρότερη δράση στο ψυχικό άγχος απ'ότι οι βενζοδιαζεπίνες.⁽³⁰⁾ Ωστόσο, έχει αποδειχθεί ότι η δράση του τείνει να είναι πιο αργή από αυτή των βιοδιαζεπινών, με μέση διάρκεια χορήγησης έως ότου να εμφανιστεί αισθητή βελτίωση τις δύο έως τέσσερις εβδομάδες.⁽³⁰⁾

Αναμενόμενο είναι σε μία διαταραχή ψυχιατρικής φύσεως το θεραπευτικό σχήμα να μην είναι πλήρες χωρίς την συγκαταβολή της ψυχολογικής υποστήριξης του πάσχοντος. Συμπληρωματικά του συνιστούμενου φαρμακευτικού θεραπευτικού σχήματος θα χορηγηθεί η γνωσιακή συμπεριφορική ψυχοθεραπεία (CBT). Αναφερόμενοι στην “CBT” εννοούμε μια βραχυπρόθεσμη και εις βάθος εκπαίδευση του πάσχοντος με σκοπό την ανάπτυξη δεξιοτήτων αντιμετώπισης των κρίσεων άγχους.⁽³³⁾ Η CBT λειτουργεί με την στοχευμένη μεταβολή των προσαρμοστικών αποκρίσεων στους εξωγενείς στρεσογόνους παράγοντες. Η μέθοδος αυτή θεωρείται πλέον το “χρυσό στάνταρ” μετά από μακροχρόνιες κλινικές μελέτες και τεχνικές βελτιώσεις.⁽³⁴⁾ Συνήθως περιλαμβάνει έναν συνδυασμό τεχνικών συμπεριφοράς. Αυτές οι τεχνικές αφορούν την εκπαίδευση των πασχόντων στην ορθή εφαρμογή μυοχαλαρωτικών ασκήσεων, αλλά και στην αναδιάρθρωση του ανώμαλου τρόπου σκέψης με σκοπό την μείωση των καταστροφολογικών τάσεων.⁽³⁵⁾

Η ΓΑΔ αρχικά θεωρούταν να ανήκει στις θεραπευτικά δύσκολα αντιμετωπίσιμες διαταραχές άγχους. Αν και δεν έχει ανακαλυφθεί ακόμα το τέλειο θεραπευτικό-φαρμακευτικό σχήμα, έχουν σημειωθεί αξιόλογες πρόοδοι. Πρόσφατες ποσοτικές ανασκοπήσεις πολλαπλών μελετών έδειξαν ότι η στοχευμένη θεραπεία CBT έχει ως αποτέλεσμα την δραματική βελτίωση της συμπτωματολογίας της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής.^{(33),(34),(35)} Τέλος, η CBT έχει αποδειχθεί χρήσιμη στην αποθεραπεία εθισμένων στην βενζοδιαζεπίνη πασχόντων.⁽³¹⁾

1.2 Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή (OCD)

Η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή είναι μια ψυχιατρική πάθηση που αποτελείται από αγχωτικές, ενοχλητικές και απρόσμενες σκέψεις που διακόπτουν την ροή της καθημερινότητας. Οι σκέψεις αυτές ονομάζονται εμμονές. Οι εμμονές προκαλούν άγχος και δυσφορία στον πάσχοντα, με αποτέλεσμα αυτός να αναζητήσει τρόπο κατάπνιξής τους.⁽³⁶⁾ Η λύση σε αυτό το πρόβλημα είναι οι ψυχαναγκασμοί. Οι ψυχαναγκασμοί παίρνουν την μορφή υποχρεωτικών σκέψεων, τελετών ή πράξεων και μπορεί να είναι προσωπικοί ή να χρειάζονται την συμμετοχή τρίτων ατόμων.⁽³⁶⁾ Ο πάσχων πιστεύει πως εάν δεν κατευνάσει τις έμμονες ιδέες, θα υποστεί κάποιο αρνητικό συμβάν, που πολλές φορές είναι υπερβολικό, μη ρεαλιστικό και δεν συνδέεται απτά με τον ψυχαναγκασμό που έχει συνδέσει με αυτό.^{(37),(38)}

Αυτές οι εμμονές και οι ψυχαναγκασμοί είναι ανεξέλεγκτα στοιχεία της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής. Οι εμμονές έχουν τέτοια δύναμη που η συχνότητά τους είναι αρκετή για να επηρεάσει την καθημερινότητα του πάσχοντος. Ενοχλούν έως ένα μεγάλο σημείο το άτομο, και πολλές φορές για να τις ικανοποιήσει είναι αναγκασμένο να διαθέσει μεγάλα χρονικά διαστήματα.⁽³⁸⁾ Για παράδειγμα, ο επαναλαμβανόμενος έλεγχος των κλειδαριών και των παραθύρων της κατοικίας μπορεί να κρατήσει έως και μία ώρα, από εκεί που θα κρατούσε μόνο κάποια λεπτά.⁽³⁹⁾ Αν και ο πάσχων αναγνωρίζει ότι οι συμπεριφορές αυτές δεν είναι φυσιολογικές, ο φόβος και το άγχος που τον κινούν καθιστούν αδύνατη την αγνόησή τους. Για τον πάσχοντα, αυτές οι παρορμητικές σκέψεις και πράξεις θεωρούνται ασταμάτητες και αναπόφευκτες.⁽⁴⁰⁾ Συγκεκριμένα, οι εμμονές είναι ενοχλητικές και επαναλαμβανόμενες σκέψεις, εικόνες και πεποιθήσεις που προκαλούν στον πάσχοντα άγχος και τρόμο.⁽³⁶⁾

Οι έμμονες ιδέες μπορούν να παρουσιαστούν με πολλές διαφορετικές μορφές. Αυτές μπορεί να αφορούν τον φόβο της μόλυνσης (μόλυνση από ασθένεια, δυσφορία από μολυσματικά

κατάλοιπα), σεξουαλικές ή επιθετικές παρορμήσεις (σεξουαλικές σκέψεις προς κάποιο οικογενειακό μέλος ή κάποιο ανήλικο άτομο), πρόκληση σωματικών τραυματισμών και πόνου του ίδιου του πάσχοντα ή άλλων ατόμων (φόβος πρόκλησης πόνου σε μωρά, φόβος θανάτου από πέσιμο από ύψος), έμμονες ιδέες που έχουν θρησκευτικό χαρακτήρα (φόβος βλασφημίας, άγχος περί ηθικής), φοβία για μη εκτέλεση καθημερινών πρακτικών (κλείδωμα πόρτας, κλείσιμο λαμπών), ανάγκη για συμμετρία και τάξη και κάποιες άλλες περίσσειες εμμονές (τυχερό νούμερο και χρώμα, ανάγκη απομνημόνευσης πληροφοριών όπως πινακίδες αυτοκινήτων, πίστη στο κάρμα και σε δεισιδαιμονίες).⁽³⁹⁾ Τα άτομα που παρουσιάζουν έμμονες ιδέες τείνουν επίσης σε υπερβολικές αμφιβολίες για τις ικανότητές τους και το μέλλον τους, στην αναβλητικότητα και στην αναποφασιστικότητα. Ο φόβος της αποτυχίας ή του λάθους καθιστά την ανάβληση των καθηκόντων προτιμότερη.

Οι ψυχαναγκασμοί είναι η απάντηση στις εμμονές.⁽³⁶⁾ Πρόκειται για επαναλαμβανόμενες και υπερβολικές συμπεριφορές που σύμφωνα με τον πάσχοντα έχουν σκοπό την μείωση του άγχος και την αποτροπή της μεγάλης και παράλογης καταστροφολογικής τροπής που παίρνουν οι σκέψεις του.⁽³⁷⁾ Παρόλο που το άτομο κατανοεί πλήρως και ορθολογικά ότι δεν υπάρχει ανάγκη για αυτήν την μεταβολή της καθημερινότητάς του, αισθάνεται ότι κάτι τρομερό θα συμβεί εάν η πράξη δεν εκτελεστεί και η εμμονή δεν κατευναστεί.⁽³⁷⁾ Οι ψυχαναγκασμοί μπορούν να πάρουν διάφορες μορφές, όπως και οι έμμονες ιδέες. Κάποιες από αυτές είναι μανία με την καθαριότητα (πλύσιμο χεριών, καθαρισμός του χώρου), ο εκτενής έλεγχος (κλειδαριών, της προσωπικής υγείας, της κατάστασης υγείας των αγαπημένων προσώπων), το μέτρημα (χρημάτων, πλακακίων πατώματος), η επανάληψη δράσεων ή λέξεων και φράσεων (ανοιγόκλιση πορτών ή φώτων, επανάληψη μιας εντολής που έχουν λάβει από ανώτερο στέλεχος, σήκωμα και κάθισμα στην ίδια καρέκλα), έντονη ανάγκη για τακτοποίηση (μέχρι ο πάσχων να νιώσει πώς ο χώρος είναι “σωστός”, όχι όταν είναι αντικειμενικά καθαρός ή τακτοποιημένος). Ο αριθμός επαναλήψεων μπορεί να φτάσει παραλόγως υψηλά νούμερα (κλείδωμα και ξεκλείδωμα της μπροστινής πόρτας 100 φορές).⁽³⁹⁾

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Η αιτιολογία πρόκλησης της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής είναι επί το πλείστον αβέβαιη. Στους ενήλικες πάσχοντες κυριαρχεί η βιολογική θεωρία. Πέρα από αυτές τις θεωρίες, η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή προΐδεάζεται και από την ύπαρξη κάποιων προδρόμων

παραγόντων κινδύνων, οι οποίοι τείνουν να είναι αρκετά βοηθητικοί για την διάγνωση από τους επαγγελματίες υγείας.⁽⁴¹⁾

Αρκετές μελέτες που έχουν γίνει σε οικογενειακά πλαίσια βρέθηκαν να υποδηλώνουν ότι δεν είναι απίθανη η θεώρηση πώς εμπλέκονται γενετικοί παράγοντες στην ύπαρξη και ανάπτυξη της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής.^{(42),(43)} Οι συχνότεροι παράγοντες από τους οποίους θα είναι σχετικά αναμενόμενο να προκύψει ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή είναι η ύπαρξη της διαταραχής εντός του οικογενειακού ιστορικού και το γεγονός ότι το άτομο ανήκει σε ανώτερη κοινωνικοοικονομική βαθμίδα. Επίσης, ο κίνδυνος εμφάνισης της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής τείνει να είναι υψηλότερος στις γυναίκες παρά στους άνδρες. Άλλοι, όχι τόσο συχνοί παράγοντες κινδύνου είναι η χρήση ουσιών, το παρελθοντικό ιστορικό εξάρτησης από το αλκοόλ, η ύπαρξη συναισθηματικής διαταραχής και η ύπαρξη φοβικής διαταραχής.⁽⁴¹⁾

Σύμφωνα με τις επικρατούσες βιολογικές θεωρίες, η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή φαίνεται να είναι αποτέλεσμα λειτουργικών ανωμαλιών του εγκεφάλου. Μελέτες απεικονίσεων της εγκεφαλικής λειτουργίας παρήγαγαν ένα παθοφυσιολογικό μοντέλο της διαταραχής το οποίο περιέγραφε περίσσεια δραστηριότητα σε ορισμένες φλοιώδεις και υποφλοιώδεις περιοχές του εγκεφάλου. Οι απεικονίσεις αυτές εμπλέκουν άμεσα την έλικα του προσαγωγίου, τον κορχομετωπιαίο φλοιό και τον κερκοφόρο πυρήνα. Θεωρητικά, η έντονη ανάγκη και συμπεριφορές για καθαρισμό, συχνές τακτοποιήσεις και ελέγχους ξεκινά από τον θάλαμο. Η βιολογική θεωρία λοιπόν υποστηρίζεται από το γεγονός ότι οι πάσχοντες από ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή έχει παρατηρηθεί ότι κατέχουν έναν υπερβολικά μικρό κερκοφόρο, αλλά και έχουν αυξημένο μεταβολικό ρυθμό στον κορχομετωπιαίο φλοιό.⁽⁴⁴⁾

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Τα κριτήρια που θέτει το DSM-V για την διάγνωση του πάσχοντα είναι, τουλάχιστον σε αρχική φάση, το άτομο να παρουσιάσει φανερά είτε έμμονες ιδέες είτε καταναγκασμούς, όχι απαραίτητα και τα δύο στοιχεία ταυτόχρονα. Από την μία πλευρά, η ύπαρξη των εμμόνων ιδεών είναι αναμενόμενο ότι θα οδηγήσει τον πάσχοντα στην αναζήτηση ανακούφισης από αυτές, γεγονός το οποίο θα οδηγήσει με την σειρά του στην δημιουργία των ψυχαναγκασμών. Από την άλλη πλευρά, η ανίχνευση ψυχαναγκαστικών συμπεριφορών είναι σίγουρα αποτέλεσμα κάποιων υποδεέστερων εμμόνων ιδεών, ακόμη και εάν αυτές δεν έχουν παρατηρηθεί ούτε από τον

πάσχοντα αλλά ούτε και από τρίτα πρόσωπα. Έτσι, είναι αναμενόμενο για τους επαγγελματίες υγείας ότι η ύπαρξη του ενός θα υποδηλώνει και την ύπαρξη του άλλου, χωρίς να είναι απαραίτητη η φανερότητα της ύπαρξής τους.⁽⁴⁵⁾

Σύμφωνα με το DSM-V, οι έμμονες ιδέες ορίζονται από δύο στοιχεία.⁽³⁷⁾ Πρώτον, οι ιδέες παρουσιάζονται ως επαναλαμβανόμενες και επίμονες σκέψεις, παρορμήσεις ή εικόνες οι οποίες κατά την διάρκεια της πάθησης θα χαρακτηριστούν ως ανεπιθύμητες και αγχωτικές. Δεύτερον, το άτομο προσπαθεί έντονα να αγνοήσει ή να καταστείλει τις έμμονες ιδέες, με όποια μορφή και να εκφέρονται αυτές. Συμπληρωματικά, το άτομο πασχίζει ακόμη και να εξουδετερώσει τις έμμονες ιδέες, το οποίο τον οδηγεί στους ψυχαναγκασμούς.⁽³⁶⁾

Οι μορφές που προαναφέρθηκαν είναι αυτές που ορίζει το DSM-V. Το DSM-V περιέχει και κάποιες περαιτέρω πληροφορίες σχετικά με την διάγνωση αλλά και την φύση της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής. Πρώτον, οι ψυχαναγκαστικές συμπεριφορές ή δράσεις έχουν απώτερο σκοπό την μείωση της δυσφορίας ή την πρόληψη ενός φανταστικού, φοβερού γεγονότος (π.χ. εάν δεν ανοιγοκλείσει το φώς 15 φορές θα πεθάνει η μητέρα του).⁽⁴⁶⁾ Ωστόσο, οι συμπεριφορές αυτές τείνουν να μην συνδέονται ρεαλιστικά με το πρόβλημα που έχουν συσχετισθεί να αποτρέπουν και επιπλέον, τείνουν σχεδόν πάντα στην υπερβολή.⁽³⁷⁾ Ακόμη, οι ψυχαναγκασμοί αυτοί είναι ικανοί να δεσμεύσουν αρκετό χρόνο μέσα στην ημέρα, αλλά και να προκαλέσουν κλινικά σημαντική επιβάρυνση στον κοινωνικό, επαγγελματικό, ή και άλλους τομείς της καθημερινότητας.⁽⁴⁷⁾ Σημαντικό για την διάγνωση είναι το γεγονός ότι τα συμπτώματα που παρουσιάζονται δεν εξηγούνται πληρέστερα μέσω μίας άλλης πάθησης ή μέσω της χρήσης διεγερτικών ναρκωτικών ουσιών. Τα συμπτώματα και οι συμπεριφορές επιβάλλεται να έχουν μοναδική πηγή την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή.⁽³⁸⁾

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Περίπου το 50% των περιπτώσεων ασθενών με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή θα παρουσιάσει πρόδρομα συμπτώματα κατά την παιδική ηλικία και την εφηβεία. Η φύση της πάθησης αποτελείται από περιόδους ηρεμίας και διέγερσης, με αποτέλεσμα η ένταση των συμπτωμάτων να μην είναι συνεχώς η ίδια.⁽³⁸⁾ Γενικά, οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας θεωρούν πώς για να διαγνωσθεί ένα άτομο με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή θα είναι αναγκαία η χρήση τουλάχιστον μίας ώρας καθημερινά για την ικανοποίηση των ψυχαναγκασμών, ή το άτομο θα νιώθει σημαντική δυσφορία εξαιτίας των έμμονων ιδεών.^{(36),(37),(38)}

Τα συμπτώματα της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής περιλαμβάνουν στο σύνολό τους όλες τις έμμονες ιδέες και όλους τους πιθανούς ψυχαναγκασμούς. Η συμπτωματολογία της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής κατέχει ένα βαθμό βαρύτητας, από το 0 έως το 40. Τα χαρακτηριστικά της συμπτωματολογίας που καταμετρούνται είναι ο χρόνος που καταλαμβάνεται από τις έμμονες σκέψεις και τους ψυχαναγκασμούς, ο βαθμός παρέμβασης των έμμονων σκέψεων στην καθημερινότητα, η δυσφορία που προκαλούν οι έμμονες ιδέες, κατά πόσο μπορεί ο πάσχων να αντισταθεί στην ανάγκη να εκπληρώσει τους ψυχαναγκασμούς, ο βαθμός ελέγχου κατά των ψυχαναγκαστικών ιδεών, ο βαθμός στον οποίο η καταναγκαστική συμπεριφορά παρεμβαίνει στην σκέψη, κατά πόσο αγχώνεται ο πάσχων από τις έμμονες ιδέες και τέλος, ο βαθμός ελέγχου προς τις ψυχαναγκαστικές δράσεις.⁽³⁸⁾

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπεία που προσφέρεται στην ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή είναι αρκετά τυπική, ειδικότερα σε σχέση με τα τις άλλες παθήσεις. Τα θεραπευτικά μέσα είναι δύο, η φαρμακευτική αγωγή και η ψυχιατρική υποστήριξη. Έχουν γίνει προσπάθειες για την εισαγωγή την γνωσιακής συμπεριφορικής ψυχοθεραπείας (CBT) στο σχήμα θεραπειών της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής, αλλά τα αποτελέσματα δεν έχουν δείξει κάποιο αισθητό αποτέλεσμα που να είναι αρκετό για να πείσει τους πάσχοντες να ανεχτούν την έντονη φύση της CBT αντί για την ηπιότερη φύση της κανονικής ψυχοθεραπείας και φαρμακευτικής αγωγής.⁽⁴⁸⁾ Η μέθοδος ψυχιατρικής υποστήριξης που θα χρησιμοποιηθεί είναι μια ηπιότερη μορφή της CBT, η οποία περιέχει την έκθεση στον στρεσογόνο παράγοντα και την εκμάθηση μεθόδων πρόληψης έντονων αποκρίσεων όταν οι στρεσογόνοι παράγοντες συναντηθούν στην καθημερινότητα(ERP).⁽⁴⁹⁾

Η φαρμακευτική αγωγή που θα χρησιμοποιηθεί στην ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή είναι αρκετά τυπική σχετικά με την πάθηση που καλείται να θεραπεύσει. Αποτελείται από πέντε φαρμακευτικές ουσίες, την κλομιπραμίνη η οποία πρόκειται για τρικυκλικό αντικαταθλιπτικό και τέσσερις SSRIs, την φλουοξετίνη, την φλουβοξαμίνη, την παροξετίνη και τέλος, την σερτραλίνη. Μελέτες έχουν δείξει ότι οι SSRI ουσίες είναι μακράν οι αποτελεσματικότερες στην θεραπεία της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής, χωρίς όμως κάποια από αυτές να ξεχωρίζει ιδιαίτερα από τις υπόλοιπες.⁽⁴⁹⁾ Άξιο αναφοράς είναι το γεγονός ότι η κλομιπραμίνη τείνει να προκαλεί περισσότερες και εντονότερες παρενέργειες από όλες τις άλλες φαρμακευτικές ουσίες.⁽⁴⁹⁾ Τα φάρμακα SSRI έχουν αποδειχθεί ικανά να οδηγήσουν σε βελτίωση των συμπτωμάτων ακόμη και

δύο εβδομάδες από την αρχή της συνταγογράφησης τους.⁽⁵⁰⁾ Για την αποφυγή επιδείνωσης του ασθενούς, τα επιθυμητά ποσοστά των φαρμακευτικών ουσιών στο σώμα θα πρέπει να κρατιούνται στην μέγιστη δυνατή δόση για τουλάχιστον 12 μήνες. Η ανταπόκριση στην φαρμακευτική αγωγή συνδέεται άμεσα με την δόση που θα χορηγήσει ο επαγγελματίας υγείας, με εμφανή συσχέτιση μεγαλύτερης βελτίωσης και μεγαλύτερων δόσεων.⁽⁵¹⁾ Ένα σημαντικότατο μειονέκτημα της φαρμακευτικής αγωγής για την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, όπως και για τις άλλες αγχώδεις διαταραχές είναι ότι εάν διακοπεί η φαρμακευτική αγωγή, η πιθανότητα υποτροπής είναι γενικότερα αρκετά υψηλή.

Η ψυχιατρική υποστήριξη που θα χορηγηθεί σε ιδιοψυχαναγκαστικούς ασθενείς ανήκει στην κατηγορία της γνωσιακής-συμπεριφορικής θεραπείας (CBT).⁽⁴⁹⁾ Όπως προαναφέρθηκε, πρόκειται για μια ηπιότερη μορφή της CBT, την ERP. Αυτή η θεραπευτική μέθοδος περιλαμβάνει μια διαδικασία κατά την οποία ο πάσχοντας καλείται να πραγματοποιήσει τις ενέργειες που του προκαλούν το άγχος, αλλά να μην προχωρήσει στους ψυχαναγκασμούς που τον ηρεμούν. Για παράδειγμα, από ένα άτομο που εκφράζει φοβία προς τα μικρόβια θα ζητηθεί να ακουμπήσει κάτι που θεωρεί “βρώμικο”(π.χ το κάτω μέρος των παπουτσιών του) και μετά να μην προχωρήσει στις τελετουργικές συμπεριφορές που θα ακολουθούσε συνήθως.⁽⁵²⁾ Αυτή η μέθοδος έχει σκοπό να διδάξει σε αυτά τα άτομα ότι με την πάροδο των ωρών το άγχος σχετικά με τον στρεσογόνο παράγοντα θα μειωθεί δραματικά, ακόμα και αν οι ψυχαναγκαστικές τους τάσεις δεν απαντηθούν. Δεν είναι ασυνήθιστο οι επαγγελματίες υγείας να δώσουν και δουλειά για το σπίτι στους πάσχοντες, εντός πλαισίων της θεραπείας φυσικά. Για παράδειγμα, ο ψυχίατρος μπορεί να ζητήσει από τον πάσχοντα που πλένεται πολλές φορές καθημερινά να πάει στην επόμενη συνεδρία του χωρίς να έχει πλυθεί, και φορώντας βρώμικα ρούχα.⁽⁵³⁾ Δυστυχώς, επειδή η θεραπεία αυτού του τύπου είναι αρκετά “δύσκολη” για ένα πάσχοντα ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής, τα ποσοστά παραίτησης από αυτή αγγίζουν σχεδόν τον έναν στους πέντε ασθενείς. Συγκεκριμένα, το ποσοστό οικειοθελούς παραίτησης από την θεραπεία ERP, ειδικά όταν δίνονται εργασίες για το σπίτι αγγίζουν το 18,7%.⁽⁵⁴⁾

Χρήσιμο στις προσπάθειες των επαγγελματιών υγείας είναι και ένα άλλο παράρτημα της ERP, το οποίο κάνει χρήση φανταστικών εκθέσεων στους στρεσογόνους παράγοντες (imaginal exposure). Η έκθεση προϋποθέτει την χρήση σύντομων σεναρίων τα οποία είναι αποκλειστικά βασισμένα στις έμμονες ιδέες του πάσχοντα.⁽⁵⁵⁾ Συχνή είναι και η μαγνητοσκόπηση αυτών των σεναρίων, με σκοπό την επαναλαμβανόμενη ακρόασή τους από τον πάσχοντα. Η

μαγνητοσκόπηση είναι ένα εξαιρετικά χρήσιμο εργαλείο για την έκθεση των πασχόντων στις έμμονες ιδέες τους, ειδικά στις περιπτώσεις που αυτές είναι βίαιες ή επικίνδυνες για τον πάσχοντα και τον κοινωνικό του περίγυρο (π.χ. ο πνιγμός του πάσχοντα, η δολοφονία κάποιου προσώπου, η κακοποίηση κάποιου παιδιού).^{(56),(57),(58)} Όταν αυτό το παράρτημα της ERP χρησιμοποιηθεί ταυτόχρονα με την βασική ERP, άλλες γνωστικές συμπεριφορικές τεχνικές και την κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή, αυτός ο τύπος εκθεσιακής φαντασίωσης μπορεί να υποστηρίξει την μείωση της συχνότητας και της έντασης των επεμβατικών εμμονών, καθώς και της ευαισθησίας του πάσχοντος σε αυτές.⁽⁵⁹⁾

Η ERP δεν χρησιμοποιείται στην συχνότητα που θα ήταν αναμενόμενο για μία τόσο αποτελεσματική θεραπευτική μέθοδο.⁽⁶⁰⁾ Ένα γεγονός που έχει υποστηρίξει αυτήν την αρνητική αντιμετώπιση είναι η στάση που έχουν πάρει αρκετοί επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι υποστηρίζουν πώς η ERP είναι εξαιρετικά επιβαρυντική στην ψυχολογική κατάσταση των πασχόντων, σε σημείο που να μην είναι πλέον προσοδοφόρα στην βελτίωση της υγείας τους.⁽⁶¹⁾ Η ERP σαν μέθοδος θεραπείας μπορεί να υπάρξει ψυχολογικά αλλά και πνευματικά δύσκολη δίοδος ανακούφισης του πάσχοντος. Έρευνες έχουν δείξει πώς οι ίδιοι οι επαγγελματίες υγείας, σε ποσοστό 37,3%, είναι της άποψης ότι η έκθεση στην μέθοδο αυτή είναι επιβαρυντική και για τους ίδιους, ενώ 14,7% των συμμετεχόντων θεωρούν πώς δεν διαθέτουν τις κατάλληλες γνώσεις ώστε να μπορέσουν να υποστηρίξουν πλήρως και επιτυχώς τους ασθενείς τους εάν κληθούν να χρησιμοποιήσουν αυτήν την μέθοδο.⁽⁶²⁾

1.3 Διαταραχή Πανικού

Η διαταραχή πανικού είναι ένα από τα πιο συνηθισμένα προβλήματα ψυχικής υγείας στον πληθυσμό. Πρόκειται για μια αγχώδη διαταραχή η οποία χαρακτηρίζεται από χρόνια επαναλαμβανόμενα, απροσδόκητα και έντονα επεισόδια κρίσεων πανικού.⁽⁶³⁾ Οι κρίσεις πανικού ορίζονται από το DSM ως “περίοδοι έντονου φόβου ή δυσφορίας κατά τις οποίες 4 από 13 προκαθορισμένα συμπτώματα αναπτύσσονται απότομα και κορυφώνονται σε ένταση μέσα σε μικρό χρονικό διάστημα, συνήθως σε λιγότερο από δέκα λεπτά από την έναρξη των συμπτωμάτων”.⁽⁶⁴⁾

Η διαταραχή πανικού θα εμφανιστεί με διπλάσια συχνότητα στις γυναίκες παρότι στους άνδρες.⁽⁶⁵⁾ Η διαταραχή πανικού τείνει να εμφανίζεται μεταξύ των πρώτων χρόνων μετά την ενηλικίωση με περίπου δύο δεκαετίες μετά από αυτήν, σε αντίθεση με τις περισσότερες αγχώδεις διαταραχές, οι οποίες τείνουν να εμφανίζονται στην μεταγενέστερη εφηβεία.⁽⁶⁶⁾

Οι κρίσεις πανικού δεν έχουν συγκεκριμένο χρονικό περιθώριο μέσα στο οποίο μπορεί να εμφανιστούν. Μία κρίση πανικού μπορεί να “χτυπήσει” τον πάσχοντα οποιαδήποτε ώρα μέσα σε μία μέρα, ακόμη και κατά την ώρα που ο πάσχοντας είναι σε βαθύ ύπνο. Ακόμη, η συχνότητα των κρίσεων δεν είναι στατική. Η συχνότητά τους μπορεί να κυμανθεί από πολλαπλές κρίσεις μέσα στην διάρκεια ενός εικοσιτετράωρου έως μερικές κρίσεις κατά την διάρκεια ενός ολόκληρου έτους.⁽⁶³⁾

Χαρακτηριστικό γνώρισμα που παρουσιάζει η διαταραχή πανικού σε σχέση με τις άλλες αγχώδεις διαταραχές είναι ότι οι κρίσεις από τις οποίες αποτελείται συμβαίνουν επί το πλείστον χωρίς προειδοποίηση.⁽⁶³⁾ Αν και οι ο πάσχων μπορεί να αναμένει μία κρίση πανικού όταν γνωρίζει τους στρεσογόνους παράγοντες που την προκαλούν, δεν μπορεί πραγματικά να την προιδεάσει. Το μοναδικό που μπορεί και συνιστάται να κάνει είναι να προνοήσει περί

ενημέρωσης του κοινωνικού ή του επαγγελματικού του περιγύρου για την ασφαλή βίωση των κρίσεων, όταν αυτές παρουσιαστούν.⁽⁶⁷⁾

Οι πάσχοντες από διαταραχή πανικού αντιλαμβάνονται πλήρως την έλλειψη του ελέγχου και την αίσθηση της επικείμενης καταστροφής, ακόμη και όταν δεν υπάρχει πραγματικός κίνδυνος στον άμεσό τους περίγυρο.⁽⁶³⁾ Αξιόλογο σημείωση είναι το γεγονός ότι οι κρίσεις πανικού δεν είναι φαινόμενο αποκλειστικό της διαταραχής πανικού. Είναι πιθανόν να εμφανιστούν και σε άλλες διαταραχές ψυχικής υγείας, σε άτομα που έχουν τάση προς έντονο άγχος, ή που κάνουν κατάχρηση ουσιών ή/ και αλκοόλ.^{(63),(64)}

Σε προηγούμενες εκδόσεις του DSM, η διαταραχή πανικού είχε συσχετισθεί με την διαταραχή πανικού. Στο DSM-V, η αγοραφοβία είναι μία ξεχωριστή αγχώδης διαταραχή, με διαφοροποιημένα χαρακτηριστικά από την διαταραχή πανικού. Στην ενημερωμένη εκδοχή της αγοραφοβίας του DSM-V αναφέρεται ότι το άτομο πρέπει να έχει αντιμετωπίσει έντονο φόβο, άγχος ή πίεση σε τουλάχιστον δύο χρονικά διαφορετικά περιστατικά. Τουλάχιστον μία από αυτές τις περιπτώσεις πρέπει να βρίσκεται σε εξωτερικό, δημόσιο χώρο όπου ο πάσχων περιβάλλεται από άγνωστο πλήθος. Το DSM-V αναφέρει επίσης ότι ο πάσχων πρέπει να επιδεικνύει συμπεριφορές αποφυγής όταν αναγνωρίζει τους στρεσογόνους παράγοντες που τον περιβάλλουν, ακόμη και αν δεν μπορεί να τους αποφύγει. Οι αναμενόμενες αυτές τάσεις αποφυγής είναι αποτέλεσμα του φόβου που θα περιλούσουν τον πάσχων όταν αυτός βρεθεί σε κάποια κατάσταση η οποία του προκαλεί αγχώδη αντίδραση, ενώ δεν βρίσκεται σε θέση να λάβει βοήθεια και από την οποία δεν μπορεί να διαφύγει.^{(64),(68)}

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Παρ'όλο που οι ακριβείς αιτίες της γένεσης των κρίσεων πανικού και της διαταραχής του πανικού είναι ασαφείς, ορισμένες μελέτες έχουν δείξει ότι η επικρατούσα θεωρία είναι αυτή των γενετικών παραγόντων. Άτομα με συγγένεια πρώτου βαθμού στον επιτυχημένα διαγνωσμένο πάσχοντα έχουν πιθανότητα έως και 40% να αναπτύξουν την διαταραχή.⁽⁶³⁾

Μία ακόμη θεωρία σχετικά με την αιτιολογία προέλευσης της διαταραχής του πανικού είναι αυτή η οποία υποδεικνύει σαν πηγή του προβλήματος μια πιθανή χημική ανισορροπία, συμπεριλαμβανομένων και των ανωμαλιών στο γάμμα- αμινοβουτυρικό οξύ, την κορτιζόλη και την σεροτονίνη.^{(63),(69)}

Μία σχετικά αποδεκτή θεωρία είναι αυτή των γενετικών παραγόντων σε συσχέτιση με τον περιβαλλοντικό παράγοντα. Αρκετές μελέτες δείχνουν ότι οι τα αντίξοα και επίπονα παιδικά τραύματα μπορεί να οδηγήσουν στην εκδήλωση της συσσωρευμένης πνευματικής έντασης στην ενήλικη ηλικία με την μορφή της διαταραχής πανικού. Πρόσφατες έρευνες έχουν δείξει επίσης ότι τα νευρικά κυκλώματα έχουν τελικά μεγαλύτερο ρόλο στη διαταραχή πανικού, σε περιπτώσεις που κάποιες περιοχές του εγκεφάλου εκφέρουν μια συγγενή υπερένταση. Αποτέλεσμα αυτού, τα άτομα τα οποία κατέχουν αυτούς τους εγκεφάλους θα είναι επιρρεπή στην ανάπτυξη και αργότερα εκδήλωση της διαταραχής.^{(63),(69)}

Πιθανή είναι και η συσχέτιση αύξησης των πιθανοτήτων για κρίση πανικού με περιόδους και γεγονότα που θα έχουν ως άμεσο αποτέλεσμα έντονες και σημαντικές μεταβάσεις στην ζωή και την καθημερινότητα του πάσχοντος. Κάποια τέτοια γεγονότα μπορεί να είναι η αποφοίτηση από το σχολείο ή το πανεπιστήμιο, η είσοδος στην αγορά εργασίας, ο γάμος, μία καινούργια εγκυμοσύνη ή η είσοδος του καινούργιου μέλους της οικογένειας, ο θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου, το διαζύγιο και η ανικανότητα εύρεσης εργασίας μετά από απόλυση.⁽⁷⁰⁾

Τέλος, οι κρίσεις πανικού μπορούν επίσης να προκληθούν από παθολογικές αιτίες και άλλες φυσιολογικές καταστάσεις. Έτσι, όταν ένας πάσχων από διαταραχές πανικού προσέρχεται για διάγνωση, πρέπει πρώτα να εξετασθούν και διαγραφούν οι παρακάτω πιθανές παθολογικές αιτίες. Η πρόπτωση της μιτροειδούς βαλβίδας (καρδιακό ανατομικό πρόβλημα κατά το οποίο μία ή και οι δύο από τις βαλβίδες της καρδιάς δεν κλείνουν πλήρως), υπερθυρεοειδισμός (η υπερβολική δράση του θυρεοειδούς αδένου), η υπογλυκαιμία (τα μη φυσιολογικά χαμηλά ποσοστά σακχάρου στο αίμα), η υπερένταση (μέσω εξωτερικών παραγόντων, όπως η χρήση αμφεταμινών, κοκαΐνης, καφεΐνης) και τέλος τα συμπτώματα στέρησης που θα υποστεί το άτομο εάν διακόψει την χρήση ναρκωτικών ή εθιστικών ουσιών).⁽⁷⁰⁾

Όπως προαναφέρθηκε, ο ασθενής με διαταραχή πανικού θα υποστεί επανειλημμένα επεισόδια κατά την διάρκεια που η πάθηση δεν είναι ελεγχόμενη από κάποιον επαγγελματία υγείας. Αυτό θα έχει ως αποτέλεσμα και την σταδιακή επιρροή της συμπεριφοράς του ακόμη και όταν βρίσκεται σε κατάσταση ηρεμίας, χωρίς να περιβάλλεται ή να φοβάται κάποιον στρεσογόνο παράγοντα. Ο πάσχων σε ηρεμία, έχοντας αναγνωρίσει τους στρεσογόνους παράγοντες που τον επηρεάζουν πιο έντονα θα εκφράσει την ανάγκη να αποφύγει καταστάσεις, τοποθεσίες ή ενέργειες που θεωρεί ότι μπορούν να τον καταβάλουν ψυχολογικά και ως αποτέλεσμα αυτού να τον οδηγήσουν σε ακόμα μία κρίση. Ακόμη, οι πάσχοντες από διαταραχή πανικού τείνουν να

“κλείνονται” στον εαυτό τους περισσότερο, γεγονός το οποίο οφείλεται σε αισθήματα έντονης ντροπής ή ανεπάρκειας προς τα άτομα που ήταν παρόντα όταν υπέκυψαν στο άγχος τους, ειδικά εάν αυτό έγινε σε περιβάλλον που θα είναι πιθανότερο να ξαναέρθουν σε επαφή με τα ίδια αυτά άτομα (π.χ, επαγγελματικό περιβάλλον, σχολικό περιβάλλον). Έτσι, δεν είναι σπάνιο κάποιο άτομο που πάσχει από διαταραχή πανικού να καταλήξει ιδιαίτερα αλλαγμένος σχετικά με τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς του, με αποτέλεσμα να γίνει πιο παθητικός, ουδέτερος ή και αποσυρμένος από τα τρέχοντα γεγονότα.^{(71),(72)}

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Για να προχωρήσει ο επαγγελματίας υγείας σε διάγνωση της διαταραχής πανικού, από την στιγμή που το χαρακτηριστικότερό της σημείο είναι πιθανόν να εμφανισθεί και σε άλλης αιτιολογίας περιστατικά, είναι αναγκαία η επιβεβαίωση πώς οι κρίσεις πανικού δεν προέκυψαν άμεσα ή έμμεσα από χρήση ουσιών, ιατρικές παθήσεις, ή κάποια άλλη ψυχιατρική διαταραχή.⁽⁶⁴⁾

Σύμφωνα με το DSM-V, το πρώτο στάδιο στον δρόμο για την διάγνωση της διαταραχής πανικού είναι η εμφάνιση επαναλαμβανόμενων κρίσεων πανικού, με τουλάχιστον την μία κρίση από αυτές να ακολουθείται από μία περίοδο φόβου για επανάληψη του περιστατικού ή μια περίοδο κατά την οποία ο πάσχοντας εμφανίζει μη προσαρμοστική συμπεριφορά εξαιτίας της εμπειρίας του. Χρονικά, αυτές οι περιόδους πρέπει να διαρκέσουν τουλάχιστον έναν ολόκληρο μήνα.⁽⁷¹⁾

Το δεύτερο στάδιο προς την διάγνωση της διαταραχής πανικού έρχεται εφόσον εκδηλωθεί η συστηματική φύση των κρίσεων πανικού του πάσχοντος. Οι κρίσεις πανικού θα ακολουθηθούν από μία γκάμα συμπτωμάτων. Για την επιτυχή διάγνωση του πάσχοντα πρέπει να εκδηλωθούν τουλάχιστον τέσσερα από τα ακόλουθα σημεία και συμπτώματα.⁽⁷¹⁾

Αρχικά, συχνά σημεία διάγνωσης που θα παρατηρηθούν και τείνουν να εμφανίζονται στην αρχή της κρίσης πανικού είναι το αίσθημα πνιγμού και το σφύξιμο ή η γενικότερη δυσφορία στο στήθος. Ακόμη, ο καρδιακός ρυθμός θα είναι αυξημένος και πολύ πιο έντονος, κάτι που ο πάσχων θα χαρακτηρίσει σαν αίσθημα παλμών. Ακόμη, συχνά εμφανισμένα συμπτώματα είναι ο τρόμος μυών και η αυξημένη παραγωγή ιδρώτα, ανεξαρτήτως της θερμοκρασίας του περιβάλλοντος στο οποίο βρίσκεται ο πάσχοντας όταν υποστεί την κρίση. Γενικότερα, η θερμοκρασία του περιβάλλοντος δεν θα επηρεάσει τα συμπτώματα για τα οποία ο

πάσχοντας θα παραπονεθεί. Το αίσθημα ψύξης ή της αυξημένης θερμότητας δεν φαίνεται να έχει κάποια συσχέτιση με την θερμοκρασία του περιβάλλοντος, και τείνει να είναι τυχαίο.⁽⁷¹⁾

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Όσον αφορά την διαταραχή πανικού, η συμπτωματολογία που θα εκδηλώσει και θα παρατηρήσει ο πάσχων διαφέρει από την συμπτωματολογία στην οποία θα στηριχθούν οι επαγγελματίες υγείας για να οδηγηθούν στην διάγνωση. Συμπτώματα όπως η ναυτία, το αίσθημα ζάλης και η κοιλιακή δυσφορία τείνουν να παραμένουν καθ'όλη την διάρκεια της κρίσης, αλλά και για ένα μικρό χρονικό διάστημα αφού αυτή έρθει στο τέλος της. Εάν και εφόσον η κρίση πανικού υπερβεί την συνηθισμένη της οξύτητα, οι πιθανότητες αυτή να λήξει σε αίσθημα ζάλης ή ακόμη και σε λιποθυμικό επεισόδιο αυξάνονται ραγδαία.^{(70),(71)}

Λιγότερο συνηθισμένα σημεία και συμπτώματα είναι ένα αίσθημα “μουδιάσματος” στα άκρα κατά την διάρκεια της κρίσης και η αποπροσωποποίηση, το αίσθημα πώς ο πάσχων θεωρεί πώς έχει “αποσυνδεθεί” από το σώμα του. Οι αποπροσωποποιήσεις είναι πιο συχνές σε πάσχοντες που τείνουν να χάνουν τις αισθήσεις τους κατά την διάρκεια της κρίσεως πανικού. Ακόμη, οι περισσότεροι πάσχοντες νιώθουν αρκετά ψυχικά επιβαρυνμένοι εφόσον τελειώσει η κρίση, ενώ δεν είναι σπάνια τα αισθήματα φόβου περί την απώλεια ελέγχου που βιώνουν κατά τις κρίσεις. Τέλος, οι πάσχοντες που βιώνουν κρίσεις σπανιότερα ή δεν έχουν εξοικειωθεί με την πάθησή τους τείνουν να κατακλύονται ακόμη και από αισθήματα φόβου για τον θάνατο. Δεν γνωρίζουν αρκετά για την πάθησή τους, με αποτέλεσμα να μεταφράζουν την δυσφορία που νιώθουν ως κάποια σοβαρή παθολογική κατάσταση.^{(64),(71)}

Η συμπεριφορά του πάσχοντα κατά την διάρκεια της κρίσης τείνει να ακολουθεί κάποια συγκεκριμένη πορεία. Ο πάσχων έχει και εκφράζει έντονα την επιθυμία να απομακρυνθεί από τον χώρο στον οποίο βρίσκεται, χωρίς περαιτέρω επεξηγήσεις. Αυτό οφείλεται επί το πλείστον στα αισθήματα επικείμενης καταστροφής και φόβου για τον θάνατο που εκείνη την στιγμή θα τον περικλείουν, τα οποία αμβλύνονται εξαιτίας της γενικευμένης δυσφορίας που θα νιώθει ο πάσχων κατά την διάρκεια της κρίσης. Άλλα συμπτώματα που είναι πιθανόν να εμφανιστούν είναι ο πονοκέφαλος, τα κρύα άκρα, διάρροια, αϋπνίες, κόπωση και οι παρεμβατικές σκέψεις.⁽⁷¹⁾

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η διαταραχή πανικού είναι μια πάθηση η οποία τείνει να διαγιγνώσκεται αργοπορημένα. Οι πάσχοντες από διαταραχή πανικού δεν είναι σπάνιο να μεταβαίνουν από θεράποντα ιατρό σε θεράποντα ιατρό, αναζητώντας την πηγή του προβλήματός τους, χωρίς να λαμβάνουν κάποια σωστή διάγνωση για χρόνια.⁽⁷⁰⁾

Σε γενικές γραμμές η διαταραχή πανικού είναι μία από τις πιο θεραπεύσιμες ψυχικές διαταραχές. Τείνει να ανταποκρίνεται ικανοποιητικά στα περισσότερα χορηγούμενα φαρμακευτικά σχήματα και είδη γνωστικής ψυχοθεραπείας, χωρίς να παρουσιάσει ιδιαίτερα τροχοπέδη στην θεμιτή πορεία της υγείας του πάσχοντος. Οι συχνότερες μέθοδοι που χρησιμοποιούνται για την θεραπεία της διαταραχής πανικού είναι η ψυχανάλυση, η οποία χωρίζεται στην γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία και την θεραπεία έκθεσης στον στρεσογόνο παράγοντα, και η φαρμακευτική δίοδος θεραπείας, που αποτελείται επί το πλείστον από αντικαταθλιπτικά φάρμακα και βενζοδιαζεπίνες.^{(63),(71)} Δεν υπάρχουν αρκετά στοιχεία που να προτείνουν ότι κάποια από αυτές τις ψυχοθεραπείες ή φαρμακοθεραπείες είναι ανώτερη από τις άλλες, ή ότι κάποια συνδυαστικό θεραπευτικό σχήμα θα αποδώσει εντονότερα από κάποια άλλη. Προτεραιότητα του επαγγελματία ψυχικής υγείας θα πρέπει να είναι οι προτιμήσεις του πάσχοντος και η διαθεσιμότητα του επιθυμητού από τον επαγγελματία θεραπευτικού σχήματος.⁽⁷¹⁾

Η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία θεωρείται ικανοποιητική όταν επικεντρώνεται στις ροές σκέψης και στις συμπεριφορές που ευνοούν την αγχωτική συμπεριφορά και σαν αποτέλεσμα, και τις επικείμενες κρίσεις πανικού. Μελέτες έχουν δείξει ότι η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία τείνει να έχει καλύτερη απόδοση στην βελτίωση της υγείας τους σε σχέση με την απουσία της θεραπείας αυτού του τύπου ή/ και από το χρήση εικονικών φαρμάκων.⁽³⁵⁾

Η θεραπεία έκθεσης προβλέπει την εθελοντική έκθεση του πάσχοντος στους στρεσογόνους παράγοντες που επιβαρύνουν την ψυχική του ηρεμία. Αυτή η έκθεση είναι αναγκαίο να πάρει μέρος σε ένα ελεγχόμενο και ασφαλές περιβάλλον, στο οποίο ο πάσχων θα έχει ήδη εγκλιματιστεί πλήρως. Αν και ο εγκλιματισμός δεν είναι αναγκαίος, είναι αρκετά βοηθητικός, αφού ο πάσχων θα κληθεί να βρεθεί σε μία αρκετά άβολη και ψυχικά φορτισμένη για αυτόν κατάσταση. Με τον εγκλιματισμό ήδη επιτυχημένο, ο πάσχων θα είναι ελεύθερος να συγκεντρωθεί πλήρως στην εκμάθηση υγιών τρόπων αντιμετώπισης των στρεσογόνων παραγόντων στους οποίους θα εκτεθεί κατά την διάρκεια της θεραπείας.⁽⁷³⁾ Ένα ιδιαίτερο

χαρακτηριστικό της εκθεσιακής θεραπείας της διαταραχής πανικού είναι το γεγονός ότι κάνει εκτενή χρήση της διεγερμένης κατάστασης του πάσχοντος (θεμιτή αύξηση του καρδιακού ρυθμού με χρήση υπεραερισμού ή επιτόπιου τρεξίματος). Τα συμπτώματα που θα παρατηρήσει ο πάσχων κατά την διάρκεια ενός επεισοδίου κρίσης πανικού είναι επί το πλείστον κοινά με αυτά της κόπωσης ή της υπερδιέγερσης του σώματος (π.χ. ταχυκαρδία, αίσθημα θερμότητας, εφίδρωση). Έτσι, ο πάσχων εκπαιδεύεται και παραδέχεται υποσυνείδητα ότι αυτά τα συμπτώματα δεν θα οδηγήσουν στο καταστροφικό αποτέλεσμα που θεωρεί ότι θα επακολουθήσει, με μακροχρόνιο αποτέλεσμα την επιτυχή αποφυγή κρίσεων πανικού κάθε φορά που το άτομο έρχεται αντιμέτωπο με αυτήν την συμπτωματολογία. Συνεπώς, μέσω αυτής της διαδικασίας, το άτομο μαθαίνει ότι η οποιαδήποτε κατάσταση δεν είναι επιβλαβής και ότι το ίδιο το άτομο κατέχει τον έλεγχο των συναισθημάτων του.

Όσον αφορά την φαρμακευτική θεραπεία, τα αντικαταθλιπτικά και οι βενζοδιαζεπίνες είναι τα συχνότερα χρησιμοποιούμενα φάρμακα που χρησιμοποιούνται από τους επαγγελματίες υγείας.⁽⁶³⁾ Μεταξύ όλων των διαφορετικών διαθέσιμων κατηγοριών αντικαταθλιπτικών, οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας τείνουν στη χρήση επιλεκτικών αναστολών επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRIs) αντί για αναστολείς μονοαμινοξειδάσης και τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών. Τα SSRI θεωρούνται ανεπιφύλακτα ως η πρώτη γραμμή θεραπείας για πάσχοντες από αγχώδεις διαταραχές, και επιπρόσθετα, για πάσχοντες από διαταραχή πανικού. Σε πάσχοντες με υποκείμενες παθήσεις ή σε περιπτώσεις που οι πάσχοντες εκφράζουν ειδική και έντονη συμπτωματολογία άλλης παθολογικής κατάστασης, συνιστάται η χρήση βενζοδιαζεπινών μέχρι να αρχίσει η πλήρης δράση της αντικαταθλιπτικής αγωγής. Σε ασθενείς με ιστορικό κατάχρησης ναρκωτικών ουσιών ή και αλκοόλ, συνιστάται η χρήση γαβαπεντίνης και μιρταζαπίνης.^{(74),(75)} Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα χρειάζονται αρκετό χρόνο για να ενεργήσουν, κάτι το οποίο σημαίνει ότι η χορήγησή τους πρέπει να είναι συνεχής κατά την διάρκεια τουλάχιστον δύο εβδομάδων, και όχι μεμονομένη κατά την εξέλιξη επεισοδίου κρίσης πανικού.⁽⁷³⁾ Οι βενζοδιαζεπίνες δρουν πολύ γρήγορα, συνήθως μέσα σε μισή ώρα από την ώρα που λήφθηκαν. Αυτό τις καθιστά το κατάλληλο φάρμακο για να απαλύνει τα έντονα συμπτώματα που θα βιώσει ο πάσχοντας κατά την διάρκεια της κρίσεως πανικού. Βέβαια, η γοργή τους δράση οφείλεται στο γεγονός ότι εγκλύονται στα δυνατότερα αγχολυτικά φάρμακα, με αποτέλεσμα να υπάρχει κίνδυνος εθισμού σε αυτά. Εξαιτίας αυτού του κινδύνου, οι επαγγελματίες υγείας που τις

χορηγούν επιβάλλεται να είναι ιδιαίτερα προσεκτικοί και προετοιμασμένοι για οποιοδήποτε εξέλιξη της κατάστασης του ασθενή τους.⁽⁷³⁾

Αξιόλογο αναφοράς είναι το γεγονός ότι η φαρμακευτική αγωγή έχει την ικανότητα να ανακουφήσει τα συμπτώματα του πάσχοντα, αλλά δεν είναι ικανή να τα εξαλείψει τελείως. Η σωστή και ορθή χρήση της φαρμακευτικής αγωγής γίνεται πάντα στο πλαίσιο του ολιστικού θεραπευτικού σχήματος, το οποίο πέρα από τα φάρμακα περιλαμβάνει και την ψυχαναλυτική θεραπεία υπό την επίβλεψη ενός επαγγελματία υγείας.⁽⁷³⁾

1.4 Διαταραχή Μετατραυματικού Στρές (ΔΜΤ)

Το άγχος είναι μια φυσιολογική πτυχή της ζωής. Με πολλούς τρόπους είναι αναγκαίο, και πολλές φορές αποτελεί την μοναδική κινητήρια δύναμη για την ορθή εκπλήρωση των υποχρεώσεων ενός ατόμου. Ορισμένοι στρεσογόνοι παράγοντες ωστόσο, είναι τόσο καταστροφικοί και τραυματικοί που είναι ικανοί να προκαλέσουν σοβαρή ψυχολογική βλάβη.⁽⁷⁶⁾ Αυτό το τραυματικό στρές ορίζεται στο DSM-V ως ένα συμβάν το οποίο περιλάμβανε τον πραγματικό ή τουλάχιστον απειλούμενο θάνατο ή σοβαρό τραυματισμό στον ίδιο τον πάσχοντα ή σε άλλα άτομα που βρίσκονταν γύρω του και του δημιούργησαν έντονα συναισθήματα φόβου, τρόμου και αδυναμίας.⁽⁷⁶⁾

Άτομα που έχουν περάσει από μια απειλητική για την ζωή εμπειρία είναι πιθανόν να αναπτύξουν διαταραχή μετατραυματικού στρές. Σύμφωνα με επιδημιολογικές μελέτες, τα περισσότερα μέλη μιας κοινότητας έχουν βιώσει τραυματικά συμβάντα που θα πληρούσαν τα κριτήρια του στρές για την ΔΜΤ.⁽⁷⁷⁾ Στους άνδρες, τα τραυματικά συμβάντα που είναι πιο συνηθισμένα είναι η μαρτυρία σε δολοφονία ή βαρύ τραυματισμό, ένα απειλητικό για τη ζωή ατύχημα, και η απειλή με όπλο από ένα άλλο πρόσωπο. Στις γυναίκες, τα συχνότερα τραυματικά γεγονότα που θα οδηγήσουν σε ΔΜΤ είναι μια φυσική καταστροφή, η μαρτυρία σε δολοφονία ή σε βαρύ τραυματισμό και ένα απειλητικό για τη ζωή ατύχημα.⁽⁷⁸⁾ Άξιο αναφοράς είναι το γεγονός ότι τα είδη τραυματικών συμβάντων που έχουν μελετηθεί εκτενώς διαφέρουν μεταξύ των δύο φύλων. Στους άνδρες, οι τύποι συμβάντων που έχουν μελετηθεί είναι η έκθεση σε εμπόλεμες ζώνες και οι απειλητικοί για τη ζωή τραυματισμοί. Στις γυναίκες, οι τύποι συμβάντων που έχουν μελετηθεί είναι η σεξουαλική κακοποίηση στην παιδική ηλικία και η έκθεση στην εσωσχισιακή βία.⁽⁷⁸⁾

Είναι αναμενόμενο τόσο οι ίδιοι οι επιζώντες αλλά και οι μάρτυρες των γεγονότων αυτών να επηρεάζονται σε εξωπραγματικό βαθμό από αυτές τις εμπειρίες. Για πολλούς πάσχοντες, η διαταραχή θα συνεχιστεί για πάρα πολύ καιρό μετά την τραυματική εμπειρία.⁽⁷⁶⁾ Η οξεία αντίδραση στρές συνηθίζει να εμφανίζει εντός τεσσάρων εβδομάδων μετά την έκθεση στο τραυματικό συμβάν και χαρακτηρίζεται από τάσεις αποπροσωποποίησης, επαναζεί το συμβάν και παρουσιάζει έντονο άγχος και σωματική διέγερση.⁽⁷⁶⁾ Η διαταραχή μετατραυματικού στρές ορίζεται επίσης από συμπτώματα αποφυγής οποιουδήποτε στρεσογόνου παράγοντα που θυμίζουν έστω και σε πολύ μικρό βαθμό το τραυματικό συμβάν.⁽⁷⁸⁾

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Η ακριβής αιτία εμφάνισης της ΔΜΤ στον πληθυσμό παραμένει άγνωστη. Παρ'όλα αυτά, είναι αναμενόμενη η εμπλοκή ψυχολογικών, γενετικών, φυσιολογικών και κοινωνικών παραγόντων στο γιατί κάποια άτομα θα εμφανίσουν ΔΜΤ και κάποια άλλα όχι.⁽⁷⁹⁾ Έχει αποδειχθεί ότι η ΔΜΤ προκαλεί μία απτή μεταβολή της αντίδρασης του οργανισμού στους στρεσογόνους παράγοντες. Συγκεκριμένα, επηρεάζει τον βαθμό παραγωγής και της έκκρισης των ορμονών του στρές και της δράσης των νευροδιαβιβαστών.^{(80),(81)} Δευτερεύοντες παράγοντες μπορούν να θεωρηθούν η εμπειρία κάποιου προηγούμενου τραυματικού συμβάντος και η κοινωνική απομόνωση. Οι μοναδικές αιτιολογικές θεωρίες που έχουν προκύψει είναι η νευροβιολογική θεωρία και η ψυχαναλυτική θεωρία.⁽⁸²⁾

Σύμφωνα με την νευροβιολογική θεωρία, τα άτομα που πάσχουν από ΔΜΤ θα εμφανίσουν μεταβολές στην δομή και στην λειτουργία της αμυγδαλής και του υποκάμπτου.⁽⁸³⁾ Αυτή η θεωρία έχει υποστηριχθεί επιτυχώς από το γεγονός ότι ο πάσχων θα παρουσιάσει αυξημένη αντιδραστικότητα, φόβο και υπερβολική αντίδραση στην οποιαδήποτε πιθανή έκθεση στον στρεσογόνο παράγοντα.⁽⁸⁰⁾ Δομικά, τα άτομα που πάσχουν από ΔΜΤ έχουν παρατηρηθεί να κατέχουν μικρότερο από το κανονικό σε μέγεθος υποκάμπτου. Αυτή η δομική διαφορά έχει συσχετισθεί με αυξημένα επίπεδα άγχος, ανικανότητα διαχείρισης του στρές, προβλήματα και κενά μνήμης και όνειρα που προκαλούν τρόμο.^{(80), (83)}

Σύμφωνα με την ψυχαναλυτική άποψη, η ύπαρξη κάποιου ξεχασμένου ή μή τραυματικού γεγονότος στο παρελθόν του νύν πάσχοντος είναι ο πιο “βαρύς” παράγοντας που θα επηρεάσει τις πιθανότητες το άτομο να παρουσιάσει ΔΜΤ.⁽⁷⁸⁾ Το νέο στρεσογόνο συμβάν θα επανενεργοποιήσει οποιαδήποτε καταπιεσμένη ή ανεπίλυτη ανάμνηση του ατόμου, γεγονός το οποίο θα μπορούσε να είναι καταστροφικό για τις πιθανότητες πλήρους θεραπείας του πάσχοντος. Ο συνδυασμός αυτών των δύο ή και περισσότερων εμπειριών θα οδηγήσει σχεδόν πάντα τον εγκέφαλο στην χρήση αμυντικών μηχανισμών όπως παλινδρομήσεις, άρνηση ή και πλήρη αναίρεση του συμβάντος και επιθετικότητα στην οποιαδήποτε προσπάθεια για βελτίωση της κατάστασης.⁽⁸¹⁾ Οι αμυντικοί μηχανισμοί είναι πολύ πιθανόν να δράσουν ως επιβαρυντικοί παράγοντες στην εμφάνιση και την ένταση της συμπτωματολογίας.⁽⁸⁴⁾ Άξιο αναφοράς είναι το γεγονός ότι η αναβίωση των τραυμάτων και του ίδιου του συμβάντος είναι ασυνείδητη και είναι αναγκαίο να αντιμετωπιστεί σαν πραγματικό και από γεγονός.⁽⁸⁵⁾ Γενικότερα οι αναβιώσεις πρέπει να αντιμετωπίζονται σαν να πρόκειται για κάποιο σύγχρονο γεγονός. Ο πάσχων

αντιλαμβάνεται κάθε αναβίωση σαν να είναι η πραγματικότητα, σε σημείο να αισθανθεί σαν να ξαναζήσει το συμβάν για ακόμη μια φορά. Δεν είναι σπάνιο πάσχοντες να “χαθούν” στην αναβίωση, χάνοντας ακόμα και την αντίληψη του παρόντος χώρου και χρόνου.⁽⁸⁵⁾

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Σύμφωνα με το DSM-V το άτομο πρέπει να έχει εκτεθεί σε ένα τραυματικό συμβάν στο οποίο υπήρχαν και τα δύο από τα παρακάτω χαρακτηριστικά. Πρώτον, το άτομο βίωσε, ήταν μάρτυρας ή κλήθηκε να αντιμετωπίσει ένα συμβάν το οποίο περιλάμβανε πραγματικό ή απειλούμενο θάνατο, σοβαρό τραυματισμό ή απειλή για τη σωματική ακεραιότητα του ίδιου του ατόμου ή κάποιου άλλου. Δεύτερον, η αντίδραση του ατόμου σε αυτό το τραυματικό γεγονός περιλάμβανε έντονο φόβο, αδυναμία, άγχος ή και τρόμο.⁽⁸⁶⁾

Όλοι οι άνθρωποι θα περάσουν κάποιο τραυματικό γεγονός στην ζωή τους, και η συντριπτική πλειοψηφία αυτών θα αντιδράσει με φόβο. Αυτό που θα διαφοροποιήσει όμως το άτομο που ανέπτυξε διαταραχή μετατραυματικό στρές σύμφωνα με το DSM-V είναι ένα σύνολο δευτερευόντων παραγόντων. Χαρακτηριστικότεροι και συχνότεροι αυτών των παραγόντων είναι η προηγούμενη εμπειρία τραυματικού γεγονότος, σωματικά ή και ψυχολογικά παιδικά τραύματα, η ανύπαρκτη κοινωνική επικοινωνία και υποστήριξη, περαιτέρω στρεσογόνα γεγονότα που θα ζήσει το άτομο μετά το αρχικό τραυματικό γεγονός, διεγνωσμένη ή μη ψυχική πάθηση και κατάχρηση ουσιών.⁽⁷⁹⁾

Σύμφωνα με το DSM-V, το πάσχον άτομο θα παρουσιάσει την διαταραχή σε κάποια συγκεκριμένα στάδια. Στο πρώτο στάδιο, το άτομο επαναζεί το τραυματικό συμβάν στην καθημερινότητά του. Δεύτερον, το άτομο εκφράζει μία έντονη, επίμονη και παράλογη αποφυγή οποιουδήποτε ερεθίσματος που μπορεί να συσχετισθεί έστω και ελάχιστα με το τραύμα. Τρίτον, το άτομο παρουσιάζει συμπτώματα αυξημένης διέγερσης.⁽⁸⁷⁾

Όπως προαναφέρθηκε, το τραυματικό συμβάν αναδύεται επίμονα και συχνά στην καθημερινότητα του πάσχοντος. Αυτή η ανάδυση του συμβάντος μπορεί να έχει ποικίλες μορφές, απ' τις οποίες το άτομο θα πρέπει να εμφανίσει τουλάχιστον δύο για να θεωρηθεί πάσχοντας ΔΜΤ.⁽⁸⁶⁾ Η συχνότερη μορφή ανάδυσης είναι οι επαναλαμβανόμενες, επίμονες και επεμβατικές στην καθημερινότητα αναμνήσεις του συμβάντος με μορφή εικόνων, σκέψεων και ονείρων.⁽⁸⁶⁾ Επιπλέον, το άτομο μπορεί να εμφανίσει ψευδαισθήσεις επανάληψης του τραυματικού συμβάντος. Επιπρόσθετα, το άτομο θα παρουσιάσει έντονη ψυχολογική αλλά και φυσιολογική

δυσφορία κατά την έκθεση σε εσωτερικούς ή εξωτερικούς παράγοντες οι οποίοι θυμίζουν ή μοιάζουν με πτυχές του τραυματικού συμβάντος.

Συνεχίζοντας, το άτομο τείνει να εκφράζει μία έντονη, επίμονη και παράλογη αποφυγή οποιουδήποτε ερεθιστικού παράγοντα που θυμίζει το στρεσογόνο συμβάν.^{(86),(79)} Ο πάσχων θεωρεί ότι με την αποφυγή των ερεθισμάτων θα περιορίσει την ίδια την ανάδυση του συμβάντος. Αρχικά, προβαίνει σε προσπάθειες αποφυγής σκέψεων, συναισθημάτων, συνομιλιών, δραστηριοτήτων, τόπων ή και ατόμων είτε που σχετίζονται άμεσα είτε που του θυμίζουν το συμβάν.⁽⁸⁴⁾ Ένα επιπλέον αποτέλεσμα του ψυχολογικού τραύματος είναι η αδυναμία ανάκλησης αρκετά σημαντικών πτυχών του τραύματος. Αυτά τα κενά μνήμης είναι σε μεγαλύτερο σημείο ένας αμυντικός μηχανισμός του ίδιου του οργανισμού να προστατεύσει την αντίληψη του ατόμου από το τραυματικό γεγονός. Βέβαια, έως ένα σημείο, είναι και το ίδιο το άτομο που υποσυνείδητα ενθαρρύνει τον εγκέφαλό του να περιορίσει τις γνωστές λεπτομέρειες του συμβάντος.⁽⁸⁴⁾

Τα προαναφερόμενα συμπτώματα είναι τα ευθέως συσχετιζόμενα με το τραυματικό συμβάν. Υπάρχουν όμως και έμμεσα συμπτώματα, τα οποία υποϊδεάζουν σε οξείες αντικοινωνικές τάσεις. Ο πάσχων παρουσιάζει σημαντικά μειωμένο ενδιαφέρον όχι μόνο για την συμμετοχή αλλά ακόμη και για την ύπαρξη κοινωνικών δραστηριοτήτων στον περίγυρό του.⁽⁸⁸⁾ Συμπληρωματικά, αν και το άτομο περιορίζεται έντονα και ηθελημένα θεωρεί πώς το αίσθημα απομόνωσης στο οποίο οδηγείται είναι έως ένα σημείο “λάθος” του περιγύρου του. Δεν είναι σπάνιο άτομα που πάσχουν από ΔΜΤ να θεωρούν έως ένα σημείο ότι ο κοινωνικός του περίγυρος δεν μπορεί να κατανοήσει αυτό το συμβάν που έζησαν. Το γεγονός αυτό μαζί με το γεγονός ότι το άτομο νιώθει κοινωνικά εξαντλημένο οδηγεί συχνά στην περαιτέρω απομόνωση και αίσθημα “πίκρας” και ματαίωσης προς τα τεκταινόμενα αλλά και την ίδια την πάροδο του χρόνου.⁽⁸⁹⁾

Τέλος, εφόσον η πάθηση εδραιωθεί σε μεγαλύτερο βαθμό, η κοινωνική ανησυχία που έχει αρχίσει να παρουσιάζει το άτομο θα εμφανισθεί σαν έντονη διέγερση. Η δευτερεύουσα αυτή διέγερση θα έχει ποικίλες μορφές, από τις οποίες ο πάσχων θα χρειαστεί να παρουσιάσει δύο ή περισσότερες για να διαγνωσθεί επιτυχώς.⁽⁸⁸⁾

Αρχικά, το άτομο θα παρουσιάσει δυσκολία στην διαδικασία του ύπνου, στο να κοιμηθεί αλλά και στο να παραμείνει κοιμισμένος. Παραδόξως, το άτομο αν και θα παρουσιάσει πνευματική εξάντληση, σωματικά και συμπεριφορικά θα δείξει υπερεπαγρύπνηση. Σωματικά, η

υπερεπαγρύπνηση θα παρουσιάσει συμπτώματα άγχους, ενώ συμπεριφορικά θα παρουσιάσει παρανοειδείς τάσεις για σάρωση του περιβάλλοντός του σε περίπτωση που ανιχνεύσει απειλές που του θυμίσουν το τραυματικό συμβάν.^{(87),(88)} Συνηθείς είναι και οι εκρήξεις θυμού, και γενικότερα η ευερεθιστότητα. Το άτομο αντιλαμβάνεται την οποιαδήποτε έντονη αλλαγή της καθημερινότητάς του και του περιγυρού του σαν πιθανή απειλή, με αποτέλεσμα να εξωτερικεύει την ανασφάλειά του στην προσπάθεια να κρατήσει τον εαυτό του ασφαλή. Γενικότερα, ο πάσχων βρίσκεται σε μια κατάσταση έντασης στην καθημερινότητά του. Αυτή ή ένταση συν την εξάντληση συνήθως θα τον οδηγήσει στην ανικανότητα συγκέντρωσης της σκέψης του. Αξιοσημείωτο είναι ότι η διάρκεια της εμφάνισης των συμπτωμάτων θα πρέπει να είναι μεγαλύτερη του ενός μήνα.⁽⁹⁰⁾

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Η συμπτωματολογία της διαταραχής μετατραυματικού στρές αφορούν τρεις βασικές υποκατηγορίες. Την επανεμφάνιση, την αποφυγή και την διέγερση.⁽⁸⁰⁾

Η επανεμφάνιση αναμνήσεων του συμβάντος αναζωπυρώνει το τραύμα ξανά και ξανά. Η αναδρομή αυτή δεν είναι μόνο πνευματική, σε έντονα επεισόδια είναι ικανή ακόμη και να οδηγήσει σε φυσιολογικά συμπτώματα, όπως η ταχυκαρδία, η έντονη εφίδρωση, ο τρόμος των άκρων και η ερυθρότητα του δέρματος. Η αναδρομή αυτή μπορεί να είναι έως σε άβολο σημείο προβληματική για την καθημερινή ρουτίνα του ατόμου. Αυτό θα οφληθεί στο γεγονός ότι η συμπτωματολογία της εξάντλησης θα γίνει έντονα παρατηρήσιμη, ενώ οι λέξεις, τα αντικείμενα ή οι καταστάσεις που υπενθυμίζουν το συμβάν μπορούν να οδηγήσουν ανά πάσα στιγμή σε επεισόδιο κρίσης.^{(91),(92)}

Οι τάσεις αποφυγής που εκφράζει το άτομο δεν είναι σχεδόν ποτέ έντονες. Γι' αυτό είναι σχετικά εύκολο για αυτό να τις αποκρύψει από τον κοινωνικό του περίγυρο. Οτιδήποτε θυμίζει την τραυματική εμπειρία μπορεί να προκαλέσει τάσεις φυγής. Σε γενικές γραμμές, το άτομο θα κρατηθεί μακριά από μέρη, εκδηλώσεις, αντικείμενα, ή ακόμη και άτομα που θεωρεί ότι θα του υπενθυμίσουν το τραυματικό συμβάν. Αυτή η συμπεριφορά θα έχει ως αποτέλεσμα την απάθεια και το μειωμένο ενδιαφέρον για δραστηριότητες που του ήταν ευχάριστες και διασκεδαστικές στο παρελθόν. Είναι συνηθές το άτομο να αναφέρει πώς νιώθει ένα “μούδιασμα” στα περισσότερα συναισθήματά του, ενώ ταυτόχρονα αντιλαμβάνεται πολύ πιο έντονα τα συναισθήματα της ενοχής, της κατάθλιψης, του άγχους και του φόβου.^{(91), (92)}

Ο πάσχων όμως δεν θα παρουσιάσει συμπτώματα μόνο στην ηρεμία. Θα παρουσιάσει επίσης και στην κατάσταση αυξημένης πίεσης στην περίπτωση που θα έρθει αντιμέτωπος με κάποιο στρεσογόνο παράγοντα.⁽⁹³⁾ Το πιο συχνό σύμπτωμα στην πίεση είναι η συναισθηματικές εκρήξεις θυμού, είτε προς τον κοινωνικό του περίγυρο είτε προς τον εαυτό του. Κατά τη διάρκεια του επεισοδίου διέγερσης το ίδιο το άτομο νιώθει έντονο τρόμο, αίσθημα άγχους και ανικανότητας ελέγχου του εαυτού του. Επίσης, εάν η κρίση είναι πρόσφατη, δεν είναι περίεργο να υπάρξουν δυσκολίες στον ύπνο εξαιτίας τις υπερέντασης που κυριεύει πνευματικά και σωματικά τον πάσχων.⁽⁹³⁾

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπεία που θα χορηγηθεί στην περίπτωση της διαταραχής μετατραυματικού στρέψ τείνει συνήθως στις εξής επιλογές. Θεραπεία γνωστικής συμπεριφοράς, αντικαταθλιπτική αγωγή, EMDR και συμπληρωματική ψυχολογική υποστήριξη.^{(76),(94),(95),(96)}

Μακράν η αποτελεσματικότερη μέθοδος αντιμετώπισης της ΔΜΤ είναι η ευθής έκθεση στον στρεσογόνο παράγοντα.⁽⁹⁴⁾ Αν και ο πάσχων βρίσκεται σε μία αρκετά ευάλωτη ψυχολογική κατάσταση, έρευνες έχουν δείξει ότι η θεραπεία έκθεσης όχι μόνο είναι αποτελεσματική, αλλά είναι ιδιαίτερα προσοδοφόρα για πάσχοντες που έδειξαν ΔΜΤ μετά από μάχες, σεξουαλική κακοποίηση και σωματικές επιθέσεις.⁽⁹⁴⁾ Ανάλογα με τον ασθενή, τον επαγγελματία υγείας, το τραυματικό συμβάν και τη συνεργασία αυτών, θα αυξηθούν σε υψηλό επίπεδο οι πιθανότητες για επιτυχή αντιμετώπιση των στρεσογόνων γεγονότων στην καθημερινή ζωή, στην αντίληψη του πάσχοντος και στην αποσυσχέτιση των παραγόντων αυτών με το αρχικό τραυματικό συμβάν. Η θεραπεία έκθεσης έχει απώτερο σκοπό να ξαναζήσει ο πάσχων το τραυματικό γεγονός, αλλά να αναγράψει εις βάθος τον τρόπο αντιμετώπισής του σε αυτό. Παραδείγματος χάριν, να μην αντιδράσει με φόβο, υστερία ή ματαιότητα, αλλά με θάρρος, λογική και επιμονή.^{(76),(94)}

Το συνηθέστερο φαρμακευτικό σχήμα που θα χορηγηθεί είναι η αντικαταθλιπτική αγωγή.⁽⁹⁷⁾ Η αποτελεσματικότητα των SSRIs έχει θεωρηθεί ότι είναι τόσο ικανοποιητική εξαιτίας του υψηλού ποσοστού συννοσηρότητας μεταξύ της ΔΜΤ και της κατάθλιψης.⁽⁹⁸⁾ Ενώ τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα είναι χρήσιμα, το ποσοστό πασχόντων που θα αναρρώσει πλήρως με την χρήση τους κυμαίνεται μόνο γύρω στο 30%.⁽⁹⁹⁾ Αυτό το γεγονός καθιστά την αντικαταθλιπτική αγωγή σαν μία αρκετά καλή συμπληρωματική θεραπευτική μέθοδο, η οποία όμως είναι απαραίτητο να συνοδευτεί από περαιτέρω θεραπευτικές μεθόδους. Άξιο αναφοράς

είναι το γεγονός ότι αν και τα SSRIs έχουν παρουσιάσει ικανοποιητική λειτουργικότητα, τα παραδοσιακά αγχολυτικά φάρμακα δεν εμφανίζουν επαρκή αποτελεσματικότητα κατά της ΔΜΤ.⁽¹⁰⁰⁾

Μία πρωτοπόρα μέθοδος αντιμετώπισης της ΔΜΤ είναι η EMDR, ή αλλιώς η απευαισθητοποίηση και επενεπεξεργασία μέσω τον οφθαλμικών κινήσεων.^{(95),(96)} Η ψυχολόγος Francine Shapiro “ανακάλυψε” ότι οι γρήγορες κινήσεις των ματιών της την βοήθησαν στην μείωση και την αντιμετώπιση του ίδιου της του άγχος.⁽⁹⁵⁾ Συνεπώς, δοκίμασε την ίδια θεραπευτική “μέθοδο” και στους ασθενείς της, με θετικά για αυτήν αποτελέσματα. Η ίδια η Shapiro αλλά και άλλοι υποστηρικτές της μεθόδου της θεωρούν πως η EMDR είναι προσοδοφόρα εάν χρησιμοποιηθεί σαν μέθοδος χαλάρωσης κατά την διάρκεια εκθεσιακής θεραπείας του πάσχοντος σε κάποιον στρεσογόνο του παράγοντα.^{(95),(96),(101)} Πρόσφατες μελέτες υποστηρίζουν αυτήν την θεωρία, με σημαντική υποσημείωση ότι η πλειοψηφία της βελτίωσης της κατάστασης του πάσχοντος προέρχεται από την παρατεταμένη εκθεσιακή μέθοδο, ενώ η EMDR λειτουργεί με δευτερεύον και έντονα υποστηρικτικό ρόλο.⁽¹⁰¹⁾

Περαιτέρω υποστηρικτικό αλλά εξίσου σημαντικό ρόλο έχει και η ψυχανάλυση με την βοήθεια ενός επαγγελματία ψυχικής υγείας.⁽¹⁰²⁾ Άξιο αναφοράς πρόβλημα στην παροχή ψυχολογικής υποστήριξης είναι το γεγονός ότι κάποιοι πάσχοντες ΔΜΤ είναι ενεργοί μισθοφόροι σε πολέμους. Αυτό μπορεί να παρουσιάσει κάποια ειδικά εμπόδια στον δρόμο για την θεραπεία. Ένα από αυτά είναι το γεγονός ότι οι στρατιώτες προτιμούν να συναξιοδοτηθούν από την μάχη με τιμές, που θα έχει ως αποτέλεσμα να μην αναζητήσουν από επιλογή τους την κατάλληλη θεραπεία σε κάποιο αρχικό στάδιο της πάθησης. Ακόμη, είναι αναμενόμενο ότι και να ήθελαν να προχωρήσουν σε θεραπεία, δεν θα είναι ικανοί να την αναζητήσουν εφόσον δεν υπάρχουν οι κατάλληλες ψυχιατρικές δομές σε μία εμπόλεμη ζώνη. Έτσι, οι πάσχοντες θα πρέπει να περιμένουν τουλάχιστον μέχρι να αναταχθούν στην κοινότητά τους.^{(103),(104)}

Μια από τις συχνότερες μεθόδους προσέγγισης είναι ένα είδος ψυχολογικού απολογισμού ακριβώς μετά την ολοκλήρωση του τραυματικού συμβάντος.⁽¹⁰⁵⁾ Η μέθοδος αυτή χρησιμοποιείται ευρέως τα τελευταία 25 χρόνια. Παρόλη την χρησιμότητά της, σαν μέθοδος έχει ερευνηθεί αρκετά τα τελευταία χρόνια, με σκοπό την βελτίωση και της φύσης της αλλά και των εφαρμογών της.⁽¹⁰⁶⁾ Στις απολογιστικές συνεδρίες συμμετάσχουν όλα τα άτομα που ήταν παρόντα στο συμβάν, είτε έχουν παρουσιάσει συμπτώματα είτε όχι. Αυτό συνηθίζεται γιατί οι επαγγελματίες υγείας θεωρούν πως μέσω των συνεδριών τα άτομα θα επικοινωνήσουν εκτενώς

τα συναισθήματα και τις αντιδράσεις τους, το οποίο σαν πρακτική έχει αποδειχθεί ότι αποτρέπει ή μειώνει δραματικά τις στρεσογόνες αντιδράσεις.⁽¹⁰⁷⁾ Κατα την διάρκεια των συνεδριών, οι ψυχαναλυτές καθοδηγούν την ομάδα πασχόντων να περιγράψει όσο το περισσότερο λεπτομερώς την εμπειρία τους, τα συναισθήματα που ένιωσαν κατά την διάρκεια του συμβάντος, τα συναισθήματα που τους προκαλεί το συμβάν στην καθημερινότητά τους και τις φοβίες τους. Εφόσον τελειώσει η συνεδρία, οι ψυχαναλυτές καθορίζουν εάν οι αντιδράσεις που απαριθμήθηκαν είναι φυσιολογικές ή όχι, προσφέρουν συμβουλές για την διαχείριση του άγχους, του φόβου και των έντονων συναισθημάτων και καθοδηγούν τα άτομα που θεωρούν πώς χρειάζονται περαιτέρω υποστήριξη προς άλλους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, συνήθως ψυχιάτρους.⁽¹⁰⁷⁾

Εξυπακούεται φυσικά ότι η ψυχιατρική υποστήριξη θα πρέπει να συνεχίζεται και πέρα της άμεσης περιόδου μετά το τραυματικό συμβάν.⁽¹⁰⁵⁾ Σε περίπτωση που ο πάσχοντας θα χρειαστεί περαιτέρω υποστήριξη, θα οδηγηθεί προς τον κατάλληλο υποστηρικτικό παράγοντα. Σε αυτήν την πτυχή της θεραπείας του θα εισαχθεί η επίσημη φαρμακευτική αγωγή, οι συχνότερες ατομικές συνεδρίες και η EMDR, εάν αυτή θεωρηθεί χρήσιμη για την βελτίωση του ασθενούς από τον θεράποντα ψυχίατρο.⁽¹⁰⁵⁾

1.5 Κοινωνική Διαταραχή (Διαταραχή κοινωνικού άγχους)

Η διαταραχή κοινωνικού άγχους ξεχωρίζει και ορίζεται από τον υπερβολικό και επίμονο φόβο που κατακλύζει τον πάσχοντα όταν έρχεται αντιμέτωπος με μία ή περισσότερες κοινωνικές καταστάσεις από τις οποίες είναι πιθανή η αρνητική έκβασή τους. Μπορεί να χαρακτηριστεί και ως κοινωνική φοβία ή κοινωνική διαταραχή.^{(109),(111)}

Στα μέσα του 20^{ου} αιώνα, η κοινωνική φοβία διαφοροποιήθηκε για πρώτη φορά από τις συγκεκριμένες φοβίες και την αγοραφοβία. Από τότε και έπειτα, η έννοια όχι μόνο της κοινωνικής φοβίας αλλά και όλων των διαταραχών ψυχικής υγείας έχουν αναβαθμιστεί από τις αρχικές άγνωστες καταστάσεις σε πλέον γνωστές και κατανοητές παθήσεις.⁽¹¹⁰⁾

Οι κοινωνικές περιστάσεις τείνουν να ομαδοποιούνται σε αυτές που περιλαμβάνουν την κοινωνική αλληλεπίδραση, την αλληλοπαρατήρηση και τις δραστηριότητες. Κάποιες από αυτές τις κοινωνικές δράσεις μεταξύ πομπού και δέκτη που μπορούν να προκαλέσουν άγχος στον πάσχοντα είναι μία συνάντηση με ξένους ή άτομα που δεν γνωρίζουν καλά, η συμμετοχή σε ομαδικές συζητήσεις, το να κληθούν να ξεκινήσουν μια συνομιλία, η ομιλία με κάποιο υψηλόβαθμο άτομο, η επικοινωνία με πωλητές κατά την διάρκεια αγορών και η πραγματοποίηση διαφόρων πρακτικών σε μέρη που είναι ευδιάκριτα από το κοινωνικό σύνολο. Ενώ πολλοί άνθρωποι εκφράζουν αμηχανία, φόβο ή άγχος περί των αποδόσεών τους στις προαναφερόμενες διαδικασίες, τα άτομα με κοινωνική διαταραχή παρουσιάζουν φόβο για τις κοινωνικές διαδικασίες αυτές καθ' αυτές.⁽¹¹¹⁾

Ένας πάσχων από κοινωνική φοβία, όπως και κάθε πάσχων από αγχώδη διαταραχή τείνει να προτιμά την αποφυγή των στρεσογόνων παραγόντων αντί της αντιμετώπισής τους. Παρ'όλα αυτά, πολλές φορές η αποφυγή είναι αδύνατη εξαιτίας των εξωτερικών παραγόντων που θα επηρεάσουν τις συνθήκες που περιβάλλουν το κάθε συμβάν. Σε κάποια τέτοια περίπτωση, ο πάσχων θα αναγκασθεί να υπομείνει την κατάσταση αυτή, συχνά επιβαρυνμένος από συναισθήματα έντονης δυσφορίας. Μια τέτοια εμπειρία δεν είναι σπάνιο να προκαλέσει σημαντική και έντονη εξασθένηση στο άτομο, με περαιτέρω αποτέλεσμα αυτής την εθελοντική, αυτούσια αποκοπή από κάθε είδους συνάντηση κοινωνικού ή και επαγγελματικού τομέα.^{(111),(112)}

Επιδημιολογικά, η κοινωνική διαταραχή είναι η τρίτη συχνότερη αγχώδης διαταραχή στον πληθυσμό, με ποσοστά εμφάνισης 10-12% έως την πλήρη ενηλικίωση. Παρ'όλη την συχνή της εμφάνιση στον πληθυσμό, δεν είναι τόσο εύκολα θεραπευόμενη. Έρευνες έχουν δείξει ότι μετά από δωδεκάχρονη παρακολουθούμενη θεραπεία, μόνο 37% των πασχόντων θεραπεύτηκαν

πλήρως, σε σύγκριση με ποσοστά θεραπόντων που άγγιξαν το 58% για την γενικευμένη αγχώδη διαταραχή, και 82% για την διαταραχή πανικού.⁽¹¹³⁾

Η κοινωνική διαταραχή τείνει να εμφανίζεται συχνότερα στις γυναίκες παρά στους άνδρες, με συνολικά ποσοστά διάγνωσης 4,20% στους άνδρες και 5,67% στις γυναίκες. Οι γυναίκες τείνουν να παρουσιάζουν εντονότερα συμπτώματα της διαταραχής από τους άνδρες. Επίσης, οι πάσχουσες γυναίκες και οι πάσχοντες άνδρες διαφέρουν και ως προς την κατηγορία της κοινωνικής αλληλεπίδρασης που τους επηρεάζει περισσότερο. Οι γυναίκες επηρεάζονται εντονότερα από κοινωνικές ανταλλαγές επαγγελματικού τύπου, ενώ οι άνδρες επηρεάζονται εντονότερα από κοινωνικές ανταλλαγές που έχουν να κάνουν με τις σχέσεις ρομαντικού τύπου.⁽¹¹⁴⁾

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Όπως είναι γνωστό για τις περισσότερες διαταραχές της ψυχικής υγείας, έτσι και η ανάπτυξη της κοινωνικής αγχώδους διαταραχής είναι ευκολότερα και ευστοχότερα κατανοητή όταν η διερεύνησή της γίνεται σε πλαίσιο που την αναγνωρίζει ως αλληλεπίδραση μεταξύ πολλών διαφορετικών βιοψυχοκοινωνικών παραγόντων.⁽¹¹¹⁾ Συγκεκριμένα, οι τρεις επικρατέστερες θεωρίες ανάπτυξης της κοινωνικής διαταραχής είναι αυτή των γενετικών παραγόντων, η ψυχαναλυτική και η νευροβιολογική θεωρία.

Οι γενετικοί παράγοντες προϋποθέτουν την τάση του ατόμου να παρουσιάσει συμπτώματα ή κάποια αυτούσια αγχώδη διαταραχή κατά την διάρκεια της ζωής του, όχι μόνο την κοινωνική διαταραχή. Συγκεκριμένα για το κοινωνικό άγχος, πόρισμα μπορεί να αναπτυχθεί από το διαθέσιμο οικογενειακό ιστορικό του εν λόγω πιθανού πάσχοντα. Θα παρατηρηθούν υψηλότερα ποσοστά διαταραχής κοινωνικού άγχους σε ασθενείς που καταγράφουν συγγένεια με άλλους πάσχοντες παρά απ'ότι σε ασθενείς που δεν έχουν καμία απολύτως συγγένεια. Αξιόλογο αναφοράς είναι το γεγονός ότι σε δίδυμα αδέρφια που το ένα είναι πάσχον, η πιθανότητα να διαγνωσθεί και το άλλο είναι υψηλότερη στην περίπτωση που τα δίδυμα είναι μονοζυγωτικά απ'ότι στην περίπτωση που αυτά είναι διζυγωτικά.^{(111),(115)}

Αν και η ψυχαναλυτική θεωρία προέλευσης της αγχώδους κοινωνικής διαταραχής δεν είναι πλήρως ολοκληρωμένη, υπάρχουν πολλές διαφορετικές εκδοχές σχετικά με την πηγή της παραγωγής του επίμονου και παράλογου κοινωνικού άγχους στην ζωή του πάσχοντα. Η κάθε κοινωνική αποτυχία μπορεί να οδηγήσει σε έντονα αισθήματα ντροπής, αυξημένης ανασφάλειας

και χαμηλής αυτοεκτίμησης, τα οποία θα οδηγήσουν με την σειρά τους σε παντελή κοινωνική απόσυρση.⁽¹¹¹⁾ Να σημειωθεί πώς η κοινωνική αποτυχία δεν είναι αναγκαίο να είναι απτή, αρκεί ο πάσχων να θεωρήσει πώς η αποτυχία πράγματι έγινε. Στις περισσότερες περιπτώσεις, ο πάσχων δεν είναι ικανός να ανταπεξέλθει κατάλληλα στα κοινωνικά δρώμενα, επομένως οποιαδήποτε μη απεγάδιαστη κοινωνική συναλλαγή τείνει να θεωρηθεί σαν ατέρμονο λάθος. Σύμφωνα με τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, η τάση των πασχόντων για τον καταστροφολογικό τρόπο σκέψης τείνει να πηγάζει από την παιδική ηλικία. Δεν είναι σπάνιο ένα άτομο να προέρχεται από μία αυστηρή οικογένεια που θα του μεταδώσει την προσδοκία της ντροπής και της ταπείνωσης σαν το μοναδικό πιθανό αποτέλεσμα μετά την κοινωνική αποτυχία. Μία δευτερεύουσα πηγή κοινωνικού άγχους μπορεί να είναι η ίδια η ανάγκη του νεαρού παιδιού για ανεξαρτησία, κάτι που θα το φέρει αντιμέτωπο με τον φόβο της απόρριψης ή της εγκατάλειψης στην περίπτωση που οι ίδιοι οι γονείς δεν εγκρίνουν την μέθοδο της ανεξαρτητοποίησης.⁽¹¹⁶⁾ Αυτές οι αρνητικές εμπειρίες με την προσπάθεια για κοινωνικοποίηση θα οδηγήσει το άτομο στην άποψη ότι για να θεωρηθεί μία κοινωνική συναλλαγή επιτυχημένη θα πρέπει να είναι απεγάδιαστη. Αυτό το πόρισμα δεν είναι σπάνιο να οδηγήσει σε χειρότερηση του κοινωνικού άγχους που θα εκφράσει το άτομο. Η απεγάδιαστη κοινωνική εντύπωση φαντάζει άπιαστη για τον κοινωνικά αδύναμο πάσχων, με αποτέλεσμα να αποτραβηχθεί από την προσπάθεια πριν καν την ξεκινήσει.⁽¹¹⁷⁾

Η επιτυχία των επιλεκτικών αναστολέων επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRI), των αναστολέων επαναπρόσληψης σεροτονίνης, αδρεναλίνης και νοραδρεναλίνης (SNRI) και των αναστολέων της δράσεως της μονοαμινοξειδάσης υποδηλώνει ότι η λανθασμένη λειτουργία των νευροδιαβιβαστών σεροτονίνης και ντοπαμίνης θα μπορούσε ρεαλιστικά να αποτελέσει λόγο για την ανάπτυξη της κοινωνικής διαταραχής.⁽¹¹¹⁾ Συμπληρωματικά, μελέτες νευροαπεικονίσεων υποδηλώνουν ενεργοποίηση διαφορετικών τμημάτων του εγκεφάλου του πάσχοντος όταν αυτός έρχεται σε επαφή με τον στρεσογόνο παράγοντα, σε σύγκριση με τις περιοχές του εγκεφάλου που ενεργοποιούνται όταν ένα υγιή άτομο αγχωθεί. Συγκεκριμένα, οι περιοχές που παρουσιάζουν ενεργοποίηση είναι η αμυγδαλή, ο νησιωτικός φλοιός και ο ραμφοειδής πρόσθιος προσαγωγικός φλοιός. Άξιο σημείωσης είναι το γεγονός ότι όλες αυτές οι εγκεφαλικές περιοχές συμμετάσχουν στην διαδικασία ρύθμισης του άγχους.^{(111),(118),(119)}

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Σύμφωνα με το DSM-5, το χαρακτηριστικότερο σημείο της κοινωνικής φοβίας είναι ο έντονος φόβος ή το περίσσειο άγχος περί κάποιων κοινωνικών καταστάσεων στις οποίες το άτομο θα εκτεθεί σε άλλα άτομα, και στις οποίες υπάρχει ο κίνδυνος του ελέγχου και της εξέτασης της συμπεριφοράς. Το άτομο που πάσχει από κοινωνικό άγχος θα κατακλυστεί από παράλογες σκέψεις περί των ενεργειών που πράττει, με φόβο του την αρνητική αξιολόγηση από τον κοινωνικό του περίγυρο μετά από τον τρόπο που θα αντιδράσει ή συμπεριφερθεί.⁽¹²⁰⁾ Παράδειγμα τέτοιων καταστάσεων είναι μία δημόσια ομιλία ή παρουσίαση σε τρίτα άτομα, κάποια συνάντηση με άγνωστα άτομα και η πραγματοποίηση δράσεων που μπορεί να φέρουν ντροπή στον πάσχοντα όπως η έκθεσή του κατά την διάρκεια ενός δείπνου. Είναι αναγκαία η αναφορά του γεγονότος ότι στα παιδιά, το υπερβολικό άγχος πρέπει να παρουσιάζεται όχι μόνο κατά την διάρκεια συνενυρέσεων με ενήλικες, αλλά και κατά την διάρκεια συναλλαγών με άλλα παιδιά της ίδιας ηλικίας.^{(120),(121)}

Το δεύτερο συχνότερο σύμπτωμα που θα οδηγήσει τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας στην διάγνωση του κοινωνικού άγχους είναι το γεγονός ότι ο ασθενής θα αναφέρει ότι το άγχος που θα νιώσει δεν είναι κάτι το σπάνιο. Σχεδόν κάθε κοινωνική συναλλαγή θα του προκαλέσει περίσσειο και έντονο φόβο ή άγχος. Η συμπτωματολογία ενός παιδιού στην συγκεκριμένη περίπτωση θα διαφέρει με αυτήν ενός ενήλικα. Ένα παιδί θα εκφράσει την ψυχική του δυσφορία με το κλάμα, τον τρόμο των μυών, την προσκόλληση σε έναν γονέα, το “μάζεμα” και το κρύψιμο, και την αποτυχία να εκφέρει ορθά τις λέξεις του όταν θα έρθει αντιμέτωπο με τον στρεσογόνο παράγοντα.^{(120),(121)}

Όπως και σε κάθε άλλη υποκατηγορία των αγχώδων διαταραχών, ο φόβος ή το άγχος θα είναι παράλογα υπερβολικό και δυσανάλογο σε σχέση με τον πραγματικό βαθμό κινδύνου που θα δημιουργήσει η κοινωνική κατάσταση ή το κοινωνικοπολιτισμικό υπόβαθρο. Παρ’όλα αυτά, το άτομο θα αντιδράσει με τον ίδιο βαθμό σοβαρότητας, παρά το γεγονός ότι ως ένα σημείο αναγνωρίζει ότι το άγχος που τον κατατρέπει είναι παράλογο και ότι στην πραγματικότητα ο κίνδυνος που διατρέχει είναι μηδαμινός. Έτσι, ο πάσχων θα οδηγηθεί σε πλέον κλινικά εκδηλωμένη δυσφορία ακόμα και στην ιδέα πως πρόκειται να αντιμετωπίσει κάποιο κοινωνικό σενάριο. Συνεπώς, δεν είναι σπάνιο σε πάσχοντες αυτής της διαταραχής να υποστούν σημαντική εξασθένηση και να θεωρούν πως στερούν ικανοτήτων όσον αφορά τους κοινωνικούς και επαγγελματικούς τομείς της καθημερινότητάς τους.^{(120),(121)}

Για να οδηγηθεί ο επαγγελματίας υγείας σε κάποια διάγνωση θα είναι αναγκαία η ενεργή ύπαρξη αυτών των συμπτωμάτων για τουλάχιστον έξι μήνες προτού ο πάσχων αναζητήσει ψυχιατρική βοήθεια για την ανακούφιση της κοινωνικής του δυσφορίας. Ακόμη, θα είναι αναγκαίο να διαπιστωθεί εάν αυτό το άγχος μπορεί να αποδοθεί στην φυσιολογική και ψυχολογική επίδραση κάποιας φαρμακευτικής ουσίας, είτε αυτή είναι χορηγούμενη από κάποιον άλλο επαγγελματία υγείας είτε έχει γίνει αυτούσια κατάχρηση από τον πάσχον. Επίσης, θα είναι αναγκαίο τα αρνητικά αυτά συναισθήματα να μην μπορούν να αποδοθούν σε κάποια άλλη ψυχική διαταραχή, όπως για παράδειγμα στην διαταραχή πανικού, στην σωματική δυσμορφική διαταραχή ή στην περίπτωση που το άτομο ανήκει στο φάσμα του αυτισμού. Στην περίπτωση που το άτομο όντως πάσχει από κάποια παθολογική κατάσταση (π.χ. νόσος του Πάρκινσον, παχυσαρκία ή κάποια δυσμορφία από τραυματισμό), αν και το κοινωνικό άγχος είναι αναμενόμενο, δεν θα είναι υπερβολικό ή παράλογο. Πέρα από αυτό, όσον αφορά τις παθολογικές καταστάσεις, η κοινωνική δυσφορία που θα παρουσιάσει το άτομο θα βελτιωθεί εξαιτίας της παρόδου του χρόνου και του συστηματικού εγκλιματισμού του στην καινούργια κατάστασή του. Η διαταραχή κοινωνικού άγχους, όπως και κάθε ψυχική διαταραχή, δεν θα βελτιωθεί μονάχα με την πάροδο του χρόνου. Δεν είναι σπάνιο ο χρόνος να λειτουργήσει σαν επιβαρυντικός παράγοντας που θα οδηγήσει στην χειροτέρευση της διαταραχής. ^{(120),(121)}

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Η συμπτωματολογία της αγχώδους κοινωνικής διαταραχής είναι αρκετά διαφοροποιημένη σχετικά με τους τομείς και τις πτυχές της καθημερινότητας του πάσχοντος που επηρεάζουν. Συγκεκριμένα, η συμπτωματολογία που θα γίνει φανερή κατά την διάρκεια μιάς κρίσης πανικού θα είναι διαφορετική από αυτήν που θα παρουσιαστεί κατά τις περιόδους ηρεμίας του πάσχοντος. Έτσι, αυτή κατηγοριοποιήθηκε σε τρεις υποτύπους. Τα συμπτώματα των διαφορετικών κατηγοριών τείνουν να εμφανίζονται σε συγκεκριμένες χρονικές στιγμές ή περιόδους, δεν θα είναι επ'αόριστον και συνεχώς ενεργά και παρόντα. Τα συμπτώματα της κοινωνικής διαταραχής του άγχους χωρίζονται σε αυτά του σωματικού, συναισθηματικού και συμπεριφορικού τύπου. Οι επαγγελματίες υγείας τείνουν να στηρίζονται περισσότερο σε αυτά του συναισθηματικού και του συμπεριφορικού τύπου για να οδηγηθούν στην διαφοροδιάγνωση της κοινωνικής διαταραχής άγχους.

Αρχικά, κατά την διάρκεια της κρίσης πανικού, τα σωματικά συμπτώματα είναι αυτά που θα εκδηλωθούν άμεσα. Τα περισσότερα από τα σωματικά συμπτώματα είναι αρκετά ευδιάκριτα, τόσο από τον πάσχον αλλά και από τα άτομα που τον περιτριγυρίζουν την ώρα της κρίσης. Τα συχνότερα από αυτά είναι η ταχυκαρδία, συνοδευόμενη από αίσθημα ζάλης και φόβου, αυξημένη σωματική θερμοκρασία και αυξημένη δραστηριότητα των ιδρωτοποιών αδενών.⁽¹²³⁾ Εξίσου συνηθισμένα σωματικά συμπτώματα είναι το αίσθημα ξήρανσης του λαιμού και του στόματος, με κλασική περιγραφή της αίσθησης δυσκολίας στην κατάποση. Σπανιότερα συμπτώματα είναι ο μυϊκός τρόμος χωρίς να είναι παράγοντας η εξωτερική θερμοκρασία που περιβάλλει τον πάσχοντα και η οξεία δυσφορία στο στομάχι. Υπάρχει περίπτωση ο ασθενής να περιγράψει τον στομαχικό πόνο σαν “μπούκωμα” ή “σφύξιμο”.^{(122),(123)}

Τα συμπτώματα συναισθηματικού τύπου είναι αυτά που θα επηρεάσουν σε μεγαλύτερο βαθμό την ψυχική υγεία του πάσχοντος. Περιέργως, ο πάσχον είναι πιθανότερο να διακρίνει τα συναισθηματικά συμπτώματα της διαταραχής και να θεωρήσει πώς δεν είναι αρκετά υγιής, παρά τα σωματικά ή τα συμπεριφορικά. Τα συχνότερα συναισθηματικά συμπτώματα της κοινωνικής φοβίας είναι η ύπαρξη παραλόγως υψηλών επιπέδων άγχους κάθε φορά που το άτομο έρχεται αντιμέτωπο με τον κοινωνικό στρεσογόνο παράγοντα, και οι κρίσεις πανικού οι οποίες οφείλονται στην ανικανότητά του να διαφύγει από το στρεσογόνο και ψυχικά επιβαρυντικά για αυτό περιβάλλον.⁽¹²²⁾

Τα συμπεριφορικά συμπτώματα δεν θα εκφραστούν ευθέως από το κοινωνικά αγχώδες άτομο. Συνήθως, το άτομο θα πάσχει από την διαταραχή για κάποιο χρονικό διάστημα, και ενώ δεν θα έχει λάβει επίσημη διάγνωση θα βρίσκεται σε θέση να αναγνωρίσει το γεγονός ότι η ανταπόκρισή του σε κάποια ερεθίσματα είναι παράλογη και μη φυσιολογική. Έτσι, στην προσπάθειά του για ανακούφιση των συμπτωμάτων θα αναπτύξει και θα αναθεωρήσει μια σειρά συμπεριφορών με σκοπό την ομαλότερη διεξαγωγή της καθημερινότητάς του.⁽¹²³⁾

Η συνηθέστερη διόρθωση στην οποία θα διαβεί ο πάσχον είναι ο περιορισμός του στρεσογόνου ερεθίσματος εντός της καθημερινότητάς του. Για ένα άτομο με κοινωνική διαταραχή, αυτό θα μεταφραστεί ως μια έντονη προσπάθεια για την αποφυγή κοινωνικών καταστάσεων όπου το άτομο θα βρεθεί ανάμεσα σε μεγάλο αριθμό ατόμων ή/ και στις οποίες υπάρχει περίπτωση να υπάρξει το κέντρο της προσοχής για κάποιο χρονικό διάστημα, όσο μικρό και να είναι αυτό.⁽¹²²⁾

Σε ηπιότερες μορφές της διαταραχής, ο πάσχων δεν θα αποφύγει μεγάλες κοινωνικές συναντήσεις, αλλά θα έχει έντονες τάσεις απόσυρσης από δραστηριότητες που παλαιότερα του έφερναν ευχαρίστηση, ακόμη και αν αυτές δεν προβλέπουν συναλλαγή με μεγάλο αριθμό ατόμων. Οι περισσότεροι πάσχοντες θα ξεκινήσουν με ήπιες τάσεις άγχους και φόβου περί αμηχανίας και αποτυχημένων επικοινωνιακών συναλλαγών, με τον χρόνο να δρά ως επιβαρυντικός παράγοντας και να έχει ως αποτέλεσμα την αργή αλλά σταθερή και σίγουρη κοινωνική αποκοπή από κάθε είδους εξωτερική επικοινωνία.^{(122),(123)}

Συχνή και ως ένα σημείο αναμενόμενη έκβαση της απόσυρσης του πάσχοντος από τα κοινωνικά τεκταινόμενα είναι και η εθελοντική εγκατάλειψη της εργασίας ή της ακαδημαϊκής σταδιοδρομίας του. Είναι αναγκαίο να σημειωθεί πώς ο πάσχων δεν θα πάρει αυτήν την απόφαση με θετικό τρόπο σκέψης, αντιθέτως αυτό το γεγονός υποδηλώνει την προχωρημένη χειροτέρευση της κοινωνικής διαταραχής και την ανικανότητα του πάσχοντος να την αντιμετωπίσει αποτελεσματικά.^{(122),(123)} Τέλος, ένα ακόμη σημαντικό σύμπτωμα που θα παρουσιάσουν πάσχοντες που έχουν την διαταραχή για μεγάλα χρονικά διαστήματα είναι η υπερβολική κατανάλωση ουσιών και αλκοόλ με σκοπό την ανακούφισή αλλά και την χαλάρωσή τους πριν από κάποια κοινωνική συνάντηση.. Η αγχώδης κοινωνική διαταραχή πολλές φορές παραμένει αδιάγνωστη ακόμη και μία ολόκληρη δεκαετία αφότου έδειξε τα αρχικά της σημεία, με αποτέλεσμα τα ποσοστά των πασχόντων που κάνουν χρήση ουσιών και αλκοόλ να παραμένει υψηλό παρά την προσπάθεια των επαγγελματιών υγείας να κατανοήσουν καλύτερα την διαταραχή αυτή.^{(124),(125)}

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Σε αντίθεση με τις υπόλοιπες αγχώδεις διαταραχές, η διαταραχή κοινωνικού άγχους δεν χαρακτηρίζεται από έντονα συμπτώματα, και είναι αρκετά σπάνιο να οδηγήσει σε κάποια επίπτωση του άγχους (π.χ, επεισόδιο κρίσης πανικού). Συχνότατη επίπτωση αυτού του γεγονότος είναι ότι ο πάσχων θα παραμείνει μη διεγνωσμένος για μεγάλα χρονικά διαστήματα από την έναρξη της διαταραχής,^{(124),(125)} Αναμενόμενη έκβαση της σχετικά διακριτικής συμπτωματολογίας της διαταραχής θα είναι και η ανασφάλεια του ίδιου του πάσχοντος περί της εγκυρότητας της μη άρτιας κατάστασης στην οποία θεωρεί πως βρίσκεται η κατάσταση της υγείας του. Κατά κανόνα, εάν τα συμπτώματα που αντιμετωπίζει ο πάσχων είναι αρκετά έντονα

έτσι ώστε να επηρεάσουν σημαντικά πτυχές της καθημερινότητάς του, τότε θα είναι και η ιδανικότερη περίοδος αυτός να αναζητήσει την βοήθεια των επαγγελματιών ψυχικής υγείας.⁽¹²⁶⁾

Τα σωματικά, συναισθηματικά και συμπεριφορικά συμπτώματα της κοινωνικής αγχώδους διαταραχής έχει αποδειχθεί ότι έχουν τάση να ανταποκρίνονται θετικά σε μία προσεγμένη φαρμακευτική αγωγή αλλά και σε είδη ψυχοθεραπείας όπως είναι η γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία και η θεραπεία έκθεσης.

Η φαρμακευτική θεραπευτική αγωγή αποτελείται επί το πλείστον από τρία είδη φαρμάκων. Αυτά είναι τα αντικαταθλιπτικά, οι βενζοδιαζεπίνες και τα αντισπασμωδικά. Κάποια άλλα φάρμακα που χρησιμοποιούνται στην φαρμακευτική θεραπεία της κοινωνικής διαταραχής είναι οι β-ανταγωνιστές, τα αντιψυχωτικά και τα υπερικά.⁽¹¹¹⁾

Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα που χρησιμοποιούνται στην κοινωνική διαταραχή τείνουν να είναι οι αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης ή αλλιώς τα SSRI. Η αποτελεσματικότητα των SSRI έχει συσχετισθεί με το γεγονός ότι αυτά λειτουργούν αυξάνοντας την παραγωγή και τη δράση της σεροτονίνης και της ντοπαμίνης στον εγκέφαλο του πάσχοντος.⁽¹¹¹⁾

Φυσικά, τα SSRI αντικαταθλιπτικά δεν είναι τα μοναδικά του τύπου τους που χρησιμοποιούνται για την θεραπεία της κοινωνικής διαταραχής. Συχνά χρησιμοποιούνται και τα SNRI, ή αλλιώς, οι αναστολείς επαναπρόσληψης νοραδρεναλίνης. Το μόνο SNRI που έχει μελετηθεί εκτενώς και ικανοποιητικά είναι η βενλαφαξίνη. Τα ευρήματα των μελετών αυτών έχουν οδηγήσει στο συμπέρασμα ότι η επίδρασή της θα είναι πιθανή μόνο μέσω μεταβολών της σεροτονίνης τις οποίες η ίδια προκαλεί όταν χορηγηθεί εντός του πλαισίου του θεραπευτικού προγράμματος.⁽¹¹¹⁾

Ακόμη ένα συχνά χρησιμοποιούμενο αντικαταθλιπτικό φάρμακο που χρησιμοποιείται στην κοινωνική διαταραχή είναι οι αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης, ή αλλιώς, τα MAOI. Η δράση των MAOI προβλέπει την αναστολή της δράσεως κάποιων συγκεκριμένων ουσιών, οι οποίες είναι η νοραδρεναλίνη, η ντοπαμίνη, η σεροτονίνη, η μελατονίνη, η τυραμίνη και η φαινυλαιθυλαμίνη. Η διαφορά της επίδρασης των MAOI φαρμάκων και των SSRI και SNRI φαρμάκων είναι ότι ενώ τα SSRI και SNRI φάρμακα θα επιδράσουν αποκλειστικά στον εγκέφαλο του πάσχοντος, τα MAOI φάρμακα δεν θα περιοριστούν σε αυτόν. Η επίδραση των MAOI φαρμάκων θα επηρεάσει και άλλα μέρη του πάσχοντος σώματος, με την προϋπόθεση ότι οι συγκεκριμένες σωματικές περιοχές περιέχουν υψηλά ποσοστά μονοαμινοξειδάσης. Η

αναστολή της μονοαμινοξειδάσης μπορεί να αποδειχθεί επικίνδυνη, εξαιτίας της πιθανότητας έντονης αλληλεπίδρασης με τροφές που περιέχουν τυραμίνη και με ορισμένα φάρμακα, που μπορεί να οδηγήσει σε επεισόδια υπερέντασης και άγχους.⁽¹¹¹⁾

Η χρήση των βενζοδιαζεπινών στα θεραπευτικά σχήματα των αγχώδων διαταραχών δεν είναι νέο φαινόμενο. Σχετικά με την κοινωνική διαταραχή, οι βενζοδιαζεπίνες αυξάνουν την παραγωγή αλλά και την δράση του κυρίου ανασταλκτικού νευροδιαβιβαστή του εγκεφάλου, η οποία είναι μία ουσία που ονομάζεται γ- αμινοβουτυρικό οξύ. Οι επαγγελματίες υγείας που θα χρησιμοποιήσουν βενζοδιαζεπίνες στην θεραπεία των ασθενών του επιβάλλεται να είναι ιδιαίτερα προσεκτικοί και πλήρως ενημερωμένοι σχετικά με την χρήση της. Οι βενζοδιαζεπίνες είναι αναγκαίο να είναι συνεχώς περιορισμένες στην χρήση τους, για τον λόγο ότι υπάρχει ο κίνδυνος ο πάσχων να εξαρτηθεί σε αυτές. Οι πιθανότητες των βενζοδιαζεπινών να οδηγήσουν τον πάσχων στην εξάρτηση αυξάνονται αναλογικά με την χρονική περίοδο κατά την οποία αυτός τις χρησιμοποιεί. Είναι γνωστό ότι ένα μέσο θεραπευτικό σχήμα της κοινωνικής διαταραχής κρατά ελάχιστα κάποιους μήνες. Έτσι, είναι αναμενόμενο ότι οι επαγγελματίες υγείας επιβάλλεται να είναι προσεκτικοί και λειψοί στην χρήση της.⁽¹¹¹⁾

Τα αντισπασμωδικά φάρμακα, ειδικά οι αναστολείς διαυλών με χρήση ασβεστίου, έχουν ως αποτέλεσμα την μείωση της νευρωνικής διέγερσης, γεγονός που είναι ιδιαίτερα χρήσιμο. Η σωστή χορήγηση και χρήση των αντισπασμωδικών φαρμάκων θα οδηγήσει στην μείωση της νευρωνικής διέγερσης με αποτέλεσμα την αντιμετώπιση και εξάλειψη του νευροπαθητικού πόνου. Αν και ο μηχανισμός δράσης τους δεν είναι πλήρως και ικανοποιητικά κατανοητός, η επιτυχής μείωση της δυσφορίας την οποία θα υποστεί ο πάσχων κατά την διάρκεια της κρίσης κοινωνικού άγχους καθιστά την χρήση τους εντός του θεραπευτικού πλαισίου της κοινωνικής αγχώδους διαταραχής σχεδόν αναγκαία.⁽¹¹¹⁾

Όπως προαναφέρθηκε, η κοινωνική διαταραχή αντιμετωπίζεται με συνδυαστικό σχήμα φαρμακευτικής αγωγής και ψυχολογικής υποστήριξης. Η γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία είναι το συχνότερα χρησιμοποιούμενο είδος ψυχαναλυτικής θεραπείας όσον αφορά τις αγχώδεις διαταραχές.

Η CBT που θα χρησιμοποιηθεί για το κοινωνικό άγχος θα επικεντρωθεί στην μεταποίηση των σκέψεων, και των πεποιθήσεων του πάσχοντος. Σε βάθος χρόνου, η μετατροπή της αντίληψής του σε κάτι θετικότερο θα οδηγήσει στον ουσιαστικότερο σκοπό της συμπεριφορικής θεραπείας, που είναι η ρύθμιση των συναισθημάτων και της συμπεριφοράς όταν

αυτά συσχετίζονται με κοινωνικά σενάρια και καταστάσεις. Συγκεκριμένα, το κοινωνικά διαταραγμένο άτομο αισθάνεται άγχος για τους στρεσογόνους παράγοντες που το επηρεάζουν, ενώ νιώθει ανακούφιση όταν τους αποφεύγει. Αυτός ο τρόπος σκέψης καταλήγει στην δημιουργία ενός φαύλου κύκλου με τον οποίο ο πάσχων αυτοδιδάσκεται ότι η κοινωνική απόσυρση τον κρατά ασφαλή και σε υγιή συναισθηματική κατάσταση. Ο απώτερος σκοπός της CBT είναι να απορρυθμίσει αυτόν τον τρόπο σκέψης και να τον αντικαταστήσει με μία κοινωνικά ορθότερη αντίληψη.⁽¹²²⁾

Το γνωστικό κομμάτι της CBT περιλαμβάνει τον ήδη υπάρχον τρόπο σκέψης και αντίληψης των γεγονότων, και πρόκειται για το κεφάλαιο της ψυχανάλυσης κατά το οποίο ο επαγγελματίας ψυχικής υγείας θα κληθεί να εκπαιδεύσει τον ασθενή του περί των ψυχικά υγιεινότερων τεχνικών αντιμετώπισης. Πρακτικά, η συνεχής εξάσκηση νέων τρόπων σκέψεων μέσω επαναληπτικής έκθεσης στους στρεσογόνους παράγοντες θα οδηγήσουν στην ομαλότερη υιοθεσία του νέου προτύπου σκέψης με τελικό σκοπό την καθίδρυσή τους ως αυτοματοποιημένες αντιδράσεις.⁽¹²²⁾

Το συμπεριφορικό κομμάτι της CBT περιλαμβάνει την συμμετοχή του πάσχοντος σε θεραπεία εντός μιας ομάδας που αποτελείται μόνο από άλλα, διεγνωσμένα με κοινωνική διαταραχή, άτομα. Έντος του ομαδικού προγράμματος, οι συμμετέχοντες θα κληθούν να πάρουν μέρος σε διάφορες δραστηριότητες κοινωνικού τύπου. Η συμμετοχή τους έχει σκοπό την πρόκληση ήπιου άγχους, με επιθυμητά αποτελέσματα την ευνόηση ανάπτυξης εμπιστοσύνης μεταξύ των συμμετεχόντων αλλά και μιας ορθολογικότερης αντίληψης όταν αυτοί έρχονται αντιμέτωποι με τους στρεσογόνους παράγοντες. Ιδανική έκβαση αυτών των προσπαθειών είναι η σταδιακή μείωση του άγχους και του φόβου για τα κοινωνικά συμβάντα.⁽¹²²⁾

Δεν είναι σπάνιο να ζητηθεί από τους πάσχοντες κοινωνικής διαταραχής να δοκιμάσουν διάφορες μεθόδους σωματικής και ψυχικής χαλάρωσης, με σκοπό να ανακουφίσουν τα συμπτώματά τους. Διάφορες τεχνικές που έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικές είναι ο διαλογισμός, ο βελονισμός, η χρήση αρωματοθεραπευτικών μεθόδων και τακτικό επαγγελματικό μασάζ.⁽¹²²⁾

Κεφάλαιο 2: Η φαρμακευτική αγωγή ως κύριος τρόπος αντιμετώπισης

Οι φαρμακολογικές θεραπευτικές δίοδοι που θα χρησιμοποιηθούν στις διαταραχές άγχους έχουν βελτιωθεί δραματικά με την πάροδο του χρόνου και την αυξημένη αποδοχή που έχει δείχθει προς αυτές όχι μόνο από τον κλάδο υγείας αλλά και από την κοινωνία στο σύνολό της.

Ταυτόχρονα, άμεσο αποτέλεσμα της βελτίωσης του κλάδου της ψυχικής υγείας είναι η αυξημένη κατανόηση της περίσσειας των νευροβιολογικών και φυσιολογικών μηχανισμών που θα εμπλακούν στο άγχος, στις αντιδράσεις προς το άγχος και στον μεταβολισμό των φαρμακευτικών ουσιών που θα χρησιμοποιηθούν από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας για την ρύθμιση των αγχώδων διαταραχών.

Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται συχνότερα στις αγχώδεις διαταραχές είναι τα αντικαταθλιπτικά, οι βενζοδιαζεπίνες, τα αντισπασμωδικά και οι β- αναστολείς. Βέβαια, πέρα από τα συχνά φάρμακα που χρησιμοποιούνται για την βελτίωση της ψυχικής υγείας των πασχόντων, θα αναφερθούν και κάποιες φαρμακευτικές ουσίες τις οποίες οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας είτε έχουν αρχίσει να χρησιμοποιούν τα τελευταία χρόνια, είτε έχουν γίνει πρόσφατα αποδεκτές ως αποδεκτές δίοδοι θεραπείας. Αυτές οι ουσίες είναι η σεροτονίνη, η μελατονίνη, η νορεπινεφρίνη, η ντοπαμίνη, τα αντιψυχωτικά φάρμακα δεύτερης γενιάς, το γλουταμινικό οξύ και το αμινοβουτυρικό οξύ.⁽¹²⁷⁾

2.1 Αντικαταθλιπτικά Φάρμακα

SSRIs και SNRIs

Οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης και οι αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης – νορεπινεφρίνης είναι τα συνηθέστερα χρησιμοποιούμενα και ερευνημένα φάρμακα για τις αγχώδεις διαταραχές. Δεν είναι σπάνιο να αναφερθούν σαν φαρμακολογικές θεραπείες “πρώτης γραμμής” από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας.⁽¹²⁸⁾

Έχουν γίνει κάποιες μελέτες που συγκρίνουν τα SSRI με τα SNRI, με αποτέλεσμα την απόδειξη ότι παρουσιάζουν αρκετά παρόμοια σημεία. Και τα δύο είδη φαρμάκων λειτουργούν αναστέλλοντας την επαναπρόσληψη της σεροτονίνης ή της νορεπινεφρίνης, ανάλογα με το φάρμακο φυσικά, κάτι το οποίο θα έχει σαν αποτέλεσμα την αύξηση των συνοπτικών επιπέδων των ουσιών αυτών στις συνάψεις. Αυτή η αύξηση θα είναι υπεύθυνη για την έναρξη μίας συρροής μεταγενέστερων επιδράσεων σε άλλους νευροδιαβιβαστές, στους δεύτερους αγγελιοφόρους και στα άμεσα πρώιμα γονίδια, με τελικό αποτέλεσμα έντονες και μόνιμες νευροχημικές μεταβολές του τρόπου λειτουργίας του εγκεφάλου.^{(128), (127)}

Φυσικά, σαν όλες τις φαρμακευτικές θεραπευτικές διόδους, τα SSRI και τα SNRI θα παρουσιάσουν έναν αριθμό μειονεκτημάτων. Περίπου το 30-50% των πασχόντων θα εμφανίσουν ηπιότερες μορφές παρενεργειών. Οι συνηθέστερες αυτών τείνουν να είναι η ναυτία και η διάρροια, οι κεφαλαλγίες, οι τάσεις για δυσκολία στον ύπνο ή και η παντελής αϋπνία και η νευρική συμπεριφορά. Οι παρενέργειες αυτές είναι σχετικά εύκολες στην αντιμετώπισή τους, μέσω της χορήγησης χαμηλών δόσεων των SSRI και των SNRI και αυξάνοντάς τες σταδιακά και σταθερά για δύο με τέσσερις εβδομάδες.^{(127), (128), (129)} Κάποιες άλλες συχνές και προβληματικές παρενέργειες που θα παρουσιαστούν ανήκουν στον κλάδο της σεξουαλικότητας των πασχόντων. Δεν είναι σπάνιο να εκφράστουν κάποιες σεξουαλικά ανεπιθύμητες ενέργειες όπως για παράδειγμα το μειωμένο σεξουαλικό ενδιαφέρον ή η έντονη ανάγκη για αυτοϊκανοποίηση από το ένα τρίτο έως το ήμισυ των ασθενών στους οποίους θα χορηγηθούν SSRI και SNRI φάρμακα. Η στυτική δυσλειτουργία και η ανικανότητα σεξουαλικής πράξης είναι σχετικά εύκολο να αντιμετωπισθούν με τη χρήση διαφόρων φαρμάκων, κάτι που δεν είναι τόσο εύκολο όσον αφορά την γενικότερα μειωμένη σεξουαλικότητα, για την διόρθωση της οποίας θα χρειαστεί η μείωση ή η πλήρης διακοπή των χορηγουμένων φαρμάκων.^{(127), (130)}

Γενικότερα, τα SSRI και SNRI φάρμακα συνήθως χρειάζονται μεταξύ δύο και έξι εβδομάδες για να παράξουν μία αρχικά μερική θεραπευτική απόκριση. Μια απόκριση μερικού τύπου συνήθως αφορά την βελτίωση τουλάχιστον του ενός τετάρτου της βαρύτητας των αρχικών συμπτωμάτων, τα οποία ο ασθενής είχε παρουσιάσει την χρονική στιγμή που ξεκίνησε την θεραπευτική του αγωγή. Άξιο αναφοράς είναι ότι στην βελτίωση των συμπτωμάτων δεν θα συμψηφιστούν οι φυσικές διακυμάνσεις που υπάρχει περίπτωση να εμφανίσουν οι ασθενείς. Η πλήρης αντιμετώπιση των συμπτωμάτων συνήθως δεν θα εμφανισθεί μέχρι να περάσουν ακόμα τέσσερις με έξι εβδομάδες από την αρχική βελτίωσή τους.⁽¹²⁷⁾ Υπάρχουν δεδομένα που υποδηλώνουν ότι περίπου το 20% των ασθενών που ταυτόχρονα με την αγχώδη διαταραχή πάσχουν και από κατάθλιψη ή εμφανίζουν ανεξέλεγκτες επιπλοκές από το άγχος, μπορεί να χρειαστούν από δέκα έως είκοσι ή ακόμα και περισσότερο καιρό πριν την πλήρη φαρμακευτική απόκριση. Σε τέτοιες περιπτώσεις συνιστάται πάντοτε η αύξηση της δόσης στο υψηλότερο δυνατό και επιτρεπτό επίπεδο.^{(131), (127)}

Ωστόσο, πάντα υπάρχει η περίπτωση για μη ανταπόκριση των συμπτωμάτων στην φαρμακευτική θεραπεία. Μια τέτοια εξέλιξη μπορεί να οφείλεται σε πληθώρα παραγόντων. Οι συχνότεροι από αυτούς είναι η χορήγηση ανεπαρκούς για τον ασθενή δόση ή διάρκεια της θεραπείας, η μη ορθή τήρηση του φαρμακευτικού προγράμματος από τον πάσχοντα ή η φυσιολογική αντίσταση του οργανισμού του πάσχοντα στην θεραπευτική αγωγή. Αυτό καθιστά την φαρμακευτική θεραπεία δυσκολότερη, και περιπλέκει την θεραπευτική διαδικασία. Κάτι τέτοιο οφείλεται στο γεγονός ότι οι διαφορετικοί λόγοι μη ανταπόκρισης θα χρειαστούν και διαφορετικές στρατηγικές διαχείρισης για την αντιμετώπισή τους.⁽¹²⁷⁾

Άξιο αναφοράς είναι το γεγονός ότι σύμφωνα με έρευνες στον πληθυσμό, μόνο το 50% όλων των ασθενών θα ξαναγεμίσουν τις συνταγές τους, ενώ πολλοί από αυτούς θα διακόψουν μόνοι τους την φαρμακευτική τους αγωγή μέσα στους πρώτους έξι μήνες της θεραπείας τους. Αυτό το γεγονός μπορεί να οφείλεται σε πληθώρα παραγόντων, συμπεριλαμβανόμενων των ψυχολογικών παραγόντων, των αρνητικών πεποιθήσεων σχετικά με τις πιθανές επιβλαβείς παρενέργειες και την αίσθηση βελτίωσης της κατάστασής τους σε σημείο που θεωρούν την συνέχιση της φαρμακευτικής αγωγής άσκοπη. Όλα αυτά τα ζητήματα είναι εφικτό να αντιμετωπισθούν μέσω εξωνυχιστικής και προσεκτικής ψυχιατρικής θεραπείας και στενής παρακολούθησης από τους ηγηθέντες επαγγελματίες ψυχικής υγείας.⁽¹²⁷⁾

Τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά φάρμακα (TCA)

Εκτεταμένες μελέτες περί των τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών έχουν δείξει ότι έχουν παρόμοια αποτελεσματικότητα και φαρμακευτικές ιδιότητες με τα SSRI όσον αφορά την διαταραχή πανικού και την γενικευμένη αγχώδη διαταραχή. Σχετικά με την φύση τους, τα TCA παρουσιάζουν κάποιες έντονες διαφορές με όλα τα άλλα είδη αντικαταθλιπτικών φαρμάκων. Είναι θανατηφόρα σε υπερβολικές δόσεις, ενώ συγκριτικά με τα SSRI έχουν σημαντικά εκτενέστερο, επίπονο, προβληματικότερο και μεγαλύτερης βαρύτητας προφίλ παρενεργειών. Κάποιες από αυτές τις παρενέργειες είναι η ξηροστομία, η θολή όραση, η δυσκοιλιότητα, η έντονη κατακράτηση ούρων, αισθήματα ζάλης και πονοκεφάλου, η καρδιακή αρρυθμία και η ταχυκαρδία. Ο λόγος που τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά χρησιμοποιούνται από τους επαγγελματίες υγείας ενώ γνωρίζουν πλήρως τις παρενέργειές τους είναι γιατί αυτά ενδέχεται και συχνά τείνουν να λειτουργούν πλήρως και αποτελεσματικά ακόμη και όταν τα φάρμακα πρώτης γραμμής αποτύχουν να φέρουν τα αναμενόμενα θεραπευτικά αποτελέσματα. ^{(127),(132)}

Αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης (MAOI)

Οι αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης είναι αποτελεσματικοί και χρησιμοποιούνται επί το πλείστον στην θεραπευτική αγωγή της διαταραχής πανικού και της κοινωνικής αγχώδους διαταραχής. Όσον αφορά τους επαγγελματίες υγείας, θεωρούν πώς είναι εξαιρετικές επιλογές για σοβαρότερες, ανθεκτικές στις θεραπευτικές αγωγές διαταραχές άγχους. Βέβαια, η χρήση τους δεν πρέπει να είναι αλόγιστη, αλλά στενά παρακολουθούμενη και αυστηρώς προγραμματισμένη. Οι αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης έχουν το βαρύτερο και χειρότερο προφίλ παρενεργειών μεταξύ όλων των αντικαταθλιπτικών. ^{(127), (133)}

Οι ασθενείς που έχουν χορηγηθεί αναστολείς μονοαμινοξειδάσης μπορεί να παρουσιάσουν επικίνδυνες αντιδράσεις υπέρτασης εάν καταναλώσουν κάποια ακατάλληλα για την αγωγή τους τρόφιμα ή και φάρμακα. Πρόκειται για τροφές που περιέχουν τυραμίνη (π.χ, τυρί, μύζα, κρασί) και για κάποια συγκεκριμένα φάρμακα (π.χ, μεπερδίνη, αποσυμφορητικά ή ενεργειακά ποτά που περιέχουν εφεδρίνη ή φαινυλοπροπυλαμίνη). ⁽¹²⁷⁾

Άλλα συμπτώματα που είναι πιθανό να εμφανίσει ο ασθενής που λαμβάνει αναστολείς μονοαμινοξειδάσης είναι η ξηροστομία, η ναυτία, η διάρροια, η δυσκοιλιότητα, η υπνηλία, η αϋπνία, το αίσθημα ζάλης, η αύξηση του σωματικού βάρους και η πνευματική καταστολή κατά

την διάρκεια της ημέρας ακόμα και αν ο ασθενής δεν έχει λάβει μέρος σε εξαντλητικές δραστηριότητες. Ακόμη, εάν η χορήγηση γίνει μέσω επιθέματος, δεν είναι σπάνια η δερματική αντίδραση στο σημείο τοποθέτησής του. ⁽¹²⁸⁾

Επειδή οι αναστολείς μονοαμινοξειδάσης τείνουν να αλληλεπιδρούν με άλλα φάρμακα, και πολλές φορές αμβλύνουν αρνητικά τις δράσεις τους, συνιστάται κάθε ασθενής που έχει προγραμματισμένη χειρουργική επέμβαση με γενική αναισθησία να μην έχει λάβει ΜΑΟΙ φάρμακα για τουλάχιστον δέκα μέρες πριν αυτή διεκπεραιωθεί. ⁽¹²⁷⁾

2.2 Βενζοδιαζεπίνες

Ο μηχανισμός δράσεως των βενζοδιαζεπινών είναι πλήρως γνωστός στον κλάδο ψυχικής υγείας. Οι βενζοδιαζεπίνες δεσμεύονται σε συγκεκριμένες θέσεις των υποδοχέων στο σύμπλοκο γ-αμινοβουτυρικού οξέος-A, με αποτέλεσμα την διευκόλυνση των ανασταλκτικών επιδράσεων του αμινοβουτυρικού οξέος μέσω της επηρεαστικής του δράσης στα κανάλια ιόντων χλωρίου. ^{(127),(128),(134)}

Αρχικά, οι βενζοδιαζεπίνες θεωρήθηκαν φάρμακα πρώτης γραμμής χρήσης για τις αγχώδεις διαταραχές. Αυτό οφειλόταν στο γεγονός ότι οι βενζοδιαζεπίνες είναι αρκετά ανεκτόμενες από το ανθρώπινο σώμα, αλλά και γιατί παρουσίαζαν την ίδια αποτελεσματικότητα με τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά φάρμακα. Ο λόγος που υποβαθμίστηκαν σε επιλογές δεύτερης γραμμής αντιμετώπισης ήταν το γεγονός ότι τα SSRI και τα SNRI αποδείχθηκαν πολύ πιο ανεκτόμενα και αποτελεσματικά σε βάθος χρόνου της θεραπείας. Επί του παρόντος, οι βενζοδιαζεπίνες χρησιμοποιούνται κυρίως για ασθενείς που δεν έχουν παρουσιάσει αρεστή βελτίωση της κατάστασής τους μετά από την χορηγούμενη και ορθή χρήση των φαρμάκων πρώτης γραμμής αντιμετώπισης. ⁽¹²⁷⁾

Ένας άλλος τρόπος χρήσης των βενζοδιαζεπινών είναι για την οξεία, βραχυπρόθεσμη αγχολυτική λειτουργία τους σε αγχώδεις καταστάσεις ή κατά τις αρχικές εβδομάδες χορήγησης ενός αντικαταθλιπτικού φαρμάκου με σκοπό την ανακούφιση του πάσχοντος έως ότου να παρουσιαστούν οι αρχικές επιδράσεις τους. Οι χρήσεις αυτές είναι αρκετά χρήσιμες για τον ασθενή αλλά και για τους επαγγελματίες υγείας, αν και δεν είναι κάθε φορά επιθυμητές, καθώς μπορούν να διδάξουν στους ασθενείς την συνήθεια της χρήσης των βενζοδιαζεπινικών φαρμάκων με αποτέλεσμα την υπονόμηση της προσωπικής προσπάθειας προς την πλήρη θεραπεία. Η χρήση συνδέεται με την γρήγορη και ανώδυνη μείωση του άγχους και ενισχύει την ανάγκη αποφυγής στρεσογόνων καταστάσεων και σε βάθος χρόνου, την μακροπρόθεσμη εξάρτηση από τα φάρμακα αυτά. Αυτός μπορεί να είναι ένας λόγος για τον οποίο οι βενζοδιαζεπίνες έχουν συσχετιστεί με μειωμένη ανταπόκριση του πάσχοντος στη γνωστική συμπεριφορική θεραπεία. ^{(127),(128),(135),(136)}

Η χρόνια χρήση βενζοδιαζεπίνης σχετίζεται με φυσιολογική, πνευματική και ψυχολογική εξάρτηση, βραχυπρόθεσμη γνωστική και ψυχοκινητική βλάβη και με έκφραση άγχους ανάκαμψης μετά την διακοπή της χορήγησης. Στατιστικά, οι ασθενείς με εκτενές ιστορικό κατάχρησης ουσιών διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο κατάχρησης βενζοδιαζεπινών.

Γι' αυτό το λόγο, εάν οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας θεωρήσουν πώς ο ασθενής που λαμβάνει αυτήν την θεραπευτική αγωγή βρίσκεται σε κίνδυνο ανάπτυξης εξαρτημένης συμπεριφοράς, θα προχωρήσουν σε σταδιακή μείωση έως πλήρη διακοπή των βενζοδιαζεπινών για περίοδο αρκετών μηνών με απώτερο σκοπό την έναρξη άλλου φαρμάκου ή προγράμματος γνωστικής-συμπεριφορικής θεραπείας. ^{(127), (128), (135), (136)}

2.3 Αντισπασμωδικά φάρμακα

Τα αντισπασμωδικά φάρμακα (συμπεριλαμβανομένων της συχνότερα χρησιμοποιούμενης γκαμπαπεντίνης αλλά και της νεότερης πρεγκαμπαλίνης), έχουν γρήγορα έναρξη δράσης και έχουν την ιδιότητα να μειώνουν έντονα την νευρική διέγερση ενώ ταυτόχρονα ο μηχανισμός δράσης τους είναι παρόμοιος με αυτόν των βενζοδιαζεπινών. Ακόμη, τα αντισπασμωδικά φάρμακα είναι παρόμοια με τις βενζοδιαζεπίνες και όσον αφορά την ικανότητά τους να μεταβάλλουν την ισορροπία μεταξύ της ανασταλκτικής και της διεγερτικής νευρικής δραστηριότητας. ⁽¹²⁷⁾

Έρευνες έχουν δείξει ότι η πρεγκαμπαλίνη έχει την ιδιότητα να μειώσει έως και να εξουδετερώσει τα καταθλιπτικά συμπτώματα που θα συνυπάρξουν στα βαρύτερα περιστατικά της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής. ^{(127),(137)}

Οι ασθενείς που λαμβάνουν αντισπασμωδική φαρμακευτική θεραπεία τείνουν να παρουσιάζουν στο σύνολο της χορηγητικής τους περιόδου λιγότερες πιθανότητες κατάχρησης και διακοπής της από τους ασθενείς που λαμβάνουν βενζοδιαζεπίνες. Αυτό το γεγονός είναι τόσο συχνό, σε σημείο τα αντισπασμωδικά φάρμακα να χρησιμοποιούνται από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας ως θεράποντες μέθοδοι τόσο για την κατάχρηση του αλκοόλ όσο και για την εξάρτηση από τα διεγερτικά φάρμακα. ⁽¹²⁷⁾

2.4 β-Αναστολείς

Οι βήτα αποκλειστές έχουν λιγότερες χρήσεις σε σχέση με τα υπόλοιπα φάρμακα που χορηγούνται για την θεραπεία των αγγώδων διαταραχών. Η συχνότερη αιτιολογία της χορήγησής τους είναι η χρησιμότητα και η αποτελεσματικότητα που τείνουν να παρουσιάζουν στην μείωση των περιφερειακών φυσιολογικών συμπτωμάτων (π.χ, αίσθημα παλμών, αίσθημα τρόμου και ζάλης) εντός αρκετά μικρών χρονικών διαστημάτων. Ο χρόνος που θα χρειαστεί ένας β-αναστολέας για να δράσει πλήρως κυμαίνεται από τριάντα λεπτά έως περίπου μία ώρα. Άξιο αναφοράς είναι το γεγονός ότι οι β- αναστολείς δεν είναι καθόλου αποτελεσματικοί στην ρύθμιση των συμπεριφορικών και συναισθηματικών συμπτωμάτων. Για οποιαδήποτε άλλη υποκατηγορία συμπτωμάτων συνιστάται η χρήση άλλων φαρμάκων, εκτός των β- αναστολέων.
(127)

Όπως κάθε άλλη φαρμακευτική αγωγή, έτσι και οι β-αποκλειστές είναι ικανοί να είναι υπεύθυνοι για την ενδεχόμενη πρόκληση μίας πληθώρας παρενεργειών, ιδιαίτερα κατά την διάρκεια της αρχικής χρονικής περιόδου τήρησης του χορηγουμένου θεραπευτικού σχήματος. Πιθανές παρενέργειες που είναι πιθανό να παρουσιαστούν είναι η αυξημένη αίσθηση κούρασης χωρίς να έχουν προηγηθεί απαραίτητα έντονες δραστηριότητες, τα κρύα άκρα σε σχέση με την θερμοκρασία του υπόλοιπου σώματος, το αίσθημα ζάλης, οι κεφαλαλγίες, έντονο αίσθημα δύσπνοιας σε καταστάσεις ηρεμίας, καταθλιπτικές τάσεις, αυξημένες πιθανότητες για εμέτους, ναυτίες, διάρροιες ή δυσκοιλιότητα, ιδιαίτερα στην περίπτωση που το άτομο τείνει να τρέφεται με αυξημένα σε λιπίδια τρόφιμα και δεν ακολουθεί ισορροπημένη και προσοδοφόρα για την υγεία του διατροφή.⁽¹³⁸⁾

Οι β-αναστολείς είναι λιγότερο αλλά ακόμη πιθανό να παρουσιάσουν σοβαρότερες παρενέργειες, εξαιτίας των οποίων η θεραπευτική αγωγή θα κληθεί να διακοπεί. Ο ασθενής είναι αναγκαίο να έχει ενημερωθεί πλήρως για τις παρενέργειες αυτές και να βρίσκεται σε θέση να τις αναγνωρίσει μετά την εκπαίδευση που θα λάβει από τον υπεύθυνο επαγγελματία υγείας που τον έχει αναλάβει. Σοβαρότερες παρενέργειες των β-αναστολέων είναι ο αργότερος ή και ο ακανόνιστος καρδιακός ρυθμός, τα έντονα χαμηλότερα επίπεδα σακχάρου στο αίμα, οι προκλήσεις κρίσεων άσθματος, το σωματικό πρήξιμο συνοδευόμενο από κατακράτηση υγρών και τέλος, η αύξηση του σωματικού βάρους χωρίς να έχει σημειωθεί έντονη αύξηση της όρεξης ή αισθητή αύξηση της καταναλώμενης τροφής.⁽¹³⁸⁾

Εάν ο ασθενής παρουσιάσει ήπιας φύσης συμπτώματα, η διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής δεν θα είναι απαραίτητη λύση. Μετά από επικοινωνία με τον θεράποντα επαγγελματία ψυχικής υγείας η συνέχιση της υπάρχουσας συνταγογράφησης δεν είναι σπάνιο φαινόμενο. Τα περισσότερα ήπιας φύσης συμπτώματα θα μειωθούν και εξαλειφθούν με την πάροδο κάποιου χρονικού διαστήματος, συνήθως δύο με τεσσάρων εβδομάδων. Πέρα από αυτό, εάν οι β-αποκλειστές λαμβάνονται για αρκετό καιρό, η αλόγιστη διακοπή τους μπορεί να αποδειχθεί προβληματική, εξαιτίας του κινδύνου εξάρτησης από αυτές. Στην περίπτωση που ο πάσχων θελήσει να διακόψει την αγωγή του, θα πρέπει να συμβουλευθεί τον ιατρό του έτσι ώστε η διακοπή να γίνει σταδιακά, και χωρίς την εμφάνιση οξείων συμπτωμάτων στέρησης. ^{(127),(138)}

Αν και οι β-αναστολείς είναι σχετικά ασφαλή φάρμακα για τον ανθρώπινο οργανισμό, υπάρχουν κάποιες περιπτώσεις στις οποίες η χρήση τους δεν συνιστάται χωρίς την συγκατάθεση του θεράποντος ιατρού. Κάποιες τέτοιες παθολογικές καταστάσεις είναι το χρόνιο άσθμα, το παθολογικά χαμηλό επίπεδο σακχάρου στο αίμα, η σοβαρή καρδιακή ανεπάρκεια ή ιστορικό καρδιακών προβλημάτων, η χρόνια υπόταση και ο μη φυσιολογικά χαμηλός καρδιακός ρυθμός. Αυτές οι παθολογικές καταστάσεις δεν είναι απαγορευτικές για την χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής που περιέχει β-αναστολείς, αλλά θα είναι αναγκαία η πλήρης ενημέρωση του θεράποντος ιατρού με σκοπό ο ασθενής να ενημερωθεί πλήρως για τους πιθανούς κινδύνους και να εκπαιδευτεί έναντι σε κάποια επείγουσα αρνητική αντίδραση του οργανισμού του έτσι ώστε να είναι πάντα ασφαλής και να ολοκληρώσει επιτυχώς το θεραπευτικό του σχήμα. ^{(127), (138)}

2.5 Προσέγγιση στην απώλεια ανταπόκρισης

Δεν είναι σπάνιο κάποιος πάσχων αγχώδους διαταραχής να μην ανταποκριθεί πλήρως στην χορηγούμενη σε αυτόν θεραπεία. Εάν κριθεί αναγκαίο, ο θεράπων ιατρός θα προχωρήσει σε μεταβολή της φαρμακολογικής συνταγής έτσι ώστε να περιλαμβάνει τον συνδυασμό ενός αποδεδειγμένα αποτελεσματικού αγχολυτικού με κάποιο αντικαταθλιπτικό που θα έχει διαφορετικό μηχανισμό δράσης συγκριτικά με αυτό, όπως για παράδειγμα μία βενζοδιαζεπίνη. Αυτού του είδους η θεραπευτική αντιμετώπιση ονομάζεται συνδυαστική θεραπεία.⁽¹²⁷⁾

Τα αποτελέσματα της συνδυαστικής θεραπείας είναι αναμενόμενο να έχουν εμφανιστεί πλήρως εντός των πρώτων δύο μηνών από την έναρξή της. Εάν όμως τα συμπτώματα δεν έχουν μειωθεί έστω κατά το 25% εντός έξι εβδομάδων, τότε οι θεράποντες ιατροί θα διακόψουν την εν λόγω θεραπεία με σκοπό την αναθεώρηση και βελτίωσή της.⁽¹²⁷⁾

Μία δευτερεύουσα προσέγγιση είναι αυτή της αθροιστικής δράσης. Αυτού του είδους η θεραπευτική μέθοδος δεν βασίζεται στην δραστικότητα για την οποία τείνει να χρησιμοποιείται το χορηγούμενο φάρμακο, αλλά στην αθροιστική δράση και το αποτέλεσμα που θα προκύψει από την συνδυαστική αντίδραση του με το άλλο συνταγογραφούμενο φάρμακο (π.χ. η χορήγηση άτυπου αντιψυχωσικού φαρμάκου όπως η ρισπεριδόνη, η ολανζαπίνη και η κουετιαπίνη). Μία τέτοια θεραπευτική προσέγγιση έχει αποδειχθεί αρκετά αποτελεσματική και όσον αφορά σοβαρότερες, ανθεκτικότερες στη θεραπεία περιπτώσεις άγχους. Με την ταυτόχρονη αύξηση του συνταγογραφούμενου αντικαταθλιπτικού με ένα άτυπο αντιψυχωτικό (π.χ. ρισπεριδόνη ή κουετιαπίνη), ο ασθενής που θα παρουσιάσει σοβαρότερη και δυσκολότερα αντιμετωπίσιμη συμπτωματολογία θα βιώσει την σταδιακή βελτίωσή της έως να φτάσει και την απόλυτη θεράπευσή του.⁽¹²⁷⁾

Η αθροιστική στρατηγική έχει αποδειχθεί αποτελεσματική όσον αφορά την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, και σε μικρότερο βαθμό, στην διαταραχή γενικευμένου άγχους. Δεν έχουν παρατηρηθεί αξιοσημείωτα ευρήματα σχετικά με την αποτελεσματικότητα της αθροιστικής μεθόδου όσον αφορά την διαταραχή πανικού ή την διαταραχή του κοινωνικού άγχους.⁽¹²⁷⁾

Ορισμένα αντιψυχωτικά φάρμακα έχουν χρησιμοποιηθεί εντός μονοθεραπευτικού θεραπευτικού σχήματος για τις διαταραχές άγχους. Πρόσφατες έρευνες έχουν δείξει ότι η κουετιαπίνη παρουσιάζει σημαντικά αποτελεσματική θεραπευτική δράση όταν της δοθεί ο ρόλος της μονοθεραπείας της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής.⁽¹³⁹⁾ Ωστόσο, η κουετιαπίνη δεν έχει

εγκριθεί πλήρως από τον Π.Ο.Υ, εξαιτίας της εκτενούς και έντονης τάσης που έχει δείξει να παρουσιάζει σοβαρές παρενέργειες (π.χ, ανωμαλίες σχετικά με τον μεταβολισμό των λιπιδίων, σοβαρή και ανθυγιεινή αύξηση σωματικού βάρους και δυσανεξία στην γλυκόζη). Παρόμοια προβλήματα έχουν παρουσιαστεί και για άλλα αντιψυχωσικά, τα οποία μπορούν να προκαλέσουν σοβαρές παρενέργειες και συχνά απαιτούν προσεκτική παρακολούθηση. Αν και η αντιψυχωτική μονοθεραπεία μπορεί να είναι χρήσιμη και αποτελεσματική για ορισμένους ασθενείς, οι κίνδυνοι αυτών καθιστούν το ρίσκο για την θεραπεία μέσω της χρήσης τους υπερβολικό, τουλάχιστον όσον αφορά την συμψήφισή τους στην μεταποιημένη συνταγογράφηση. ^{(127), (139)}

2.6 Συνδυασμός φαρμακοθεραπείας και ψυχοθεραπείας

Οι ασθενείς που πάσχουν από διαταραχές άγχους έχει αποδειχθεί ότι έχουν τάση να προτιμούν την ψυχοθεραπεία έναντι των φαρμακευτικών αγωγών, αν και είναι συχνότερο να δίνεται προτεραιότητα στην χορήγηση φαρμάκων, με αποτέλεσμα αυτά να αποτελούν την πρώτη γραμμή θεραπείας έναντι στις διαταραχές άγχους.^{(127) (140)}

Υπήρξαν κάποιες προσπάθειες περί της συνδυαστικής μεθόδου μεταξύ της γνωστικής συμπεριφορικής θεραπείας και των ήδη συνταγογραφημένων αντικαταθλιπτικών ή βενζοδιαζεπινών, αλλά με την εξαίρεση κάποιας στοιχειώδους βελτίωσης σε ασθενείς με διαταραχές πανικού, αυτή η προσέγγιση δεν παρουσίασε αξιόλογα αποτελέσματα.⁽¹²⁷⁾

Αυτά τα αποτελέσματα οδήγησαν τους επαγγελματίες υγείας στο συμπέρασμα ότι η συνδυαστική θεραπευτική μέθοδος δεν είναι κατάλληλη ή αρκετά χρήσιμη ως προσέγγιση πρώτης γραμμής. Η χρήση της δεν θα απαλειφθεί, αλλά θα προορίζεται για ασθενείς με σοβαρότερη και βαρύτερη συμπτωματολογία της διαταραχής άγχους για τους οποίους η φαρμακοθεραπεία δεν θα είναι χρονικά ή αποτελεσματική αρκετή.⁽¹²⁷⁾

Κεφάλαιο 3: Ο ρόλος του νοσηλευτή στις αγχώδεις διαταραχές.

Εισαγωγή

Ο ρόλος που θα αναλάβει ο νοσηλευτής κατά την διάρκεια του θεραπευτικού σχήματος ενός πάσχοντα από κάποια αγχώδη διαταραχή είναι βαθιά σημαντικός. Πέρα από τα κλασσικά, πρακτικού τύπου νοσηλευτικά καθήκοντα, όπως είναι η χορήγηση φαρμάκων ή η φροντίδα της κλινικής συμπτωματολογίας, ο νοσηλευτής συνήθως είναι και ο μοναδικός συνδετικός κρίκος του ασθενή με τον εκτός του θεραπευτικού σχήματος κόσμο.

Ένας ασθενής αγχώδης διαταραχής, ειδικά εάν έχει γίνει εισαγωγή σε μονάδα ψυχιατρικής φροντίδας, είναι αναγκαίο να επικοινωνεί και να συνηθίζει τα τρίτα άτομα στον άμεσό του περίγυρο. Έτσι, ένας νοσηλευτής όχι μόνο φέρει εις πέρας τα καθήκοντά του, αλλά και υποστηρίζει με έναν ήπιο τρόπο την ψυχολογική βελτίωση του πάσχοντος. Η βελτίωση του ατόμου θα ήταν δυσκολότερη και αρκετά αργή εάν η μοναδική του παρατεταμένη κοινωνική επαφή ήταν οι εκάστοτε θεράποντες ιατροί.

Τα καθήκοντα που θα κληθεί να φέρει εις πέρας ο νοσηλευτής αφορούν διάφορες δομές υγειονομικής περίθαλψης, όπως είναι μια νοσοκομειακή ψυχιατρική μονάδα, ένα ψυχιατρείο, μια κοινοτική ψυχιατρική κλινική, η νοσηλεία στο σπίτι, και μια ιδιωτική ψυχιατρική δομή.

Ο ρόλος του νοσηλευτή θα επικεντρωθεί σε κάποιους συγκεκριμένους τομείς, η βελτίωση των οποίων αποτελεί σημαντικότερο παράγοντα στην μακροχρόνια διατήρηση των επιθυμητών θεραπευτικών αποτελεσμάτων. Αυτοί οι τομείς αφορούν το άγχος, τον φόβο, τους ατελέσφορους μηχανισμούς διαχειρισμού και αντιμετώπισης των στρεσογόνων παραγόντων και τέλος, τους ατελέσφορους μηχανισμούς ελέγχου των παρορμήσεων.⁽¹⁴¹⁾

3.1 Νοσηλευτικός ρόλος στο άγχος

Οι στόχοι της νοσηλευτικής υποστήριξης στο άγχος χωρίζονται στον βραχυπρόθεσμο και τον μακρυπρόθεσμο στόχο. Ο βραχυπρόθεσμος στόχος αφορά την λεκτική έκφραση των παρεμβάσεων στην κλιμάκωση του άγχους εντός μίας εβδομάδας. Ο μακρυπρόθεσμος στόχος προβλέπει πώς έως την στιγμή που ο πάσχων θα απαλλαγεί από το θεραπευτικό σχήμα θα είναι σε θέση να αναγνωρίσει τα συμπτώματα της έναρξης της περίσσειας άγχους και να παρέμβει πριν φτάσει στο σημείο να εκφράσει την κρίση πανικού.⁽¹⁴²⁾

Αρχικά, ο νοσηλευτής καλείται να διατηρήσει ένα ήρεμο και μη απειλητικό περιβάλλον και τρόπο επικοινωνίας κατά την διάρκεια της συνεργασίας του με τον πάσχοντα. Το άγχος είναι μεταδοτικό και μπορεί να μεταφερθεί από το νοσηλευτικό προσωπικό στον ασθενή ή από τον ασθενή στο νοσηλευτικό προσωπικό. Απώτερος σκοπός αυτής της μεθόδου επικοινωνίας είναι η σταδιακή ανάπτυξη ενός αισθήματος ασφάλειας υπό την παρουσία του νοσηλευτικού προσωπικού.⁽¹⁴²⁾

Ο ασθενής είναι αναγκαίο να αισθάνεται πλήρη ασφάλεια στο θεραπευτικό περιβάλλον. Κάτι τέτοιο είναι περισσότερο εφικτό με την παρουσία του νοσηλευτή, ειδικά στις περιπτώσεις που το θεραπευτικό περιβάλλον είναι ακόμα άγνωστο για τον ασθενή, στα αρχικά στάδια της θεραπείας του. Αν και πρέπει να ενθαρρύνεται η ανεξαρτητοποίηση του ασθενούς από τους θεραπευτικούς φορείς, δεν συνιστάται αυτός να αφήνεται μόνος κατά την διάρκεια οποιουδήποτε θεραπευτικού σχήματος. Αυτή η πρακτική είναι ακόμη πιο αναγκαία στις περιπτώσεις που ο ασθενής πάσχει από κάποια αγχώδη διαταραχή, εφόσον αυτές τείνουν να προκαλούν φόβο περί της ακεραιότητας της υγείας και της συνέχισης της ζωής. Έτσι, είναι αναμενόμενο ότι η παρουσία ενός αξιόπιστου ατόμου θα παρέχει στον ασθενή μία αναγκαία για την ψυχολογική του κατάσταση αίσθηση ασφάλειας και διασφάλισης της προσωπικής του ακεραιότητας.⁽¹⁴²⁾

Ένας πάσχοντας ψυχικής υγείας εξακολουθεί να είναι ασθενής του εκάστοτε νοσηλευτικού προσωπικού. Δεν είναι σπάνιο να εκφράσει απορίες σχετικά με την θεραπευτική διαδικασία, την χορηγούμενη θεραπευτική αγωγή ή την πορεία της διαταραχής του. Ο νοσηλευτής πρέπει να χρησιμοποιεί απλές λέξεις και σύντομες, ευνόητες εξηγήσεις και να εκφράζεται ήρεμα και με σαφήνεια σε κάθε περιστατικό επικοινωνίας με τον ασθενή. Σε έντονα αγχώδεις καταστάσεις ο ασθενής δεν θα κατέχει την συνηθισμένη του ικανότητα κατανόησης και δεν θα μπορεί να καταλάβει σχεδόν τίποτα, πέρα από τα στοιχειώδη επικοινωνιακά

ερεθίσματα. Αυτό το γεγονός καθιστά ακόμα σημαντικότερη την ιδιότητα του νοσηλευτικού προσωπικού να εκφραστεί με σαφήνεια, ηρεμία και υπομονή. ⁽¹⁴²⁾

Πέρα από την ανικανότητα στην κατανόηση και πραγματοποίηση επικοινωνίας που θα διακατέχει τον ασθενή κατά την διάρκεια της κρίσης του άγχους, ένα σύμπτωμα που είναι πιθανό να εμφανισθεί είναι ο υπεραερισμός. Ο υπεραερισμός θα προκαλέσει την μείωση της ποσότητας του διοξειδίου του άνθρακα στο αίμα, με πιθανά αποτελέσματα το αίσθημα ζάλης, τον αυξημένο καρδιακό ρυθμό, το αίσθημα δύσπνοιας, το μυρμήγκιασμα στα άκρα και σπανιότερα, την συγκοπή. Εάν ο ασθενής παρουσιάσει υπεραερισμό, ο νοσηλευτής θα πρέπει να τον καθοδηγήσει έτσι ώστε να πάρει κάποιες αναπνοές σε μια μικρή χάρτινη σακούλα που θα τοποθετηθεί πάνω από το στόμα και την μύτη. Συγκεκριμένα, ο υπεραερισμένος ασθενής θα κληθεί να πάρει από έξι έως δώδεκα φυσικές αναπνοές, εναλλάσσοντάς τες με σύντομες χρονικές περιόδους διαφραγματικής αναπνοής. Αυτή η τεχνική δεν πρέπει να χρησιμοποιηθεί σε ασθενείς που πάσχουν από αναπνευστικές διαταραχές, όπως είναι το άσθμα ή η χρόνια πνευμονοπάθεια, ή από κυκλοφορικές διαταραχές, όπως είναι η στεφανιαία νόσος. ^{(142),(143)}

Άξιο αναφοράς είναι το γεγονός ότι το άμεσο περιβάλλον στο οποίο θα κινείται και θα διαμένει ο ασθενής, πρέπει να διατηρείται καθαρό, ήρεμο και χαμηλό σε εξωγενή ερεθίσματα. Ο φωτισμός είναι προτιμότερο να είναι ήπιος, να μην υπάρχει μεγάλη κίνηση ατόμων, και η διακόσμηση να είναι απλή και λιτή. Ένα περιβάλλον που προωθεί την διέγερση του ασθενούς μπορεί να αποτελέσει επιβαρυντικό παράγοντα στα επίπεδα άγχους. ⁽¹⁴³⁾

Εάν η κρίση πανικού ή η γενικευμένη κατάσταση άγχους παραμείνει, ο νοσηλευτής μπορεί να χορηγήσει ηρεμιστικά φάρμακα μετά από την λήψη επιβεβαίωσης από εντολή ιατρού. Αρχικά θα δοθεί η δόση που αναγράφεται από τον θεράποντα ιατρό, ενώ εάν ο νοσηλευτής θεωρήσει πώς είναι ορθή απόφαση η αύξηση ή η μείωσή της, τότε θα πρέπει να λάβει ιατρική εντολή εκ νέου. Ο νοσηλευτής μπορεί να προχωρήσει στην ψυχολογική υποστήριξη για το άγχος όταν και μόνο τα επίπεδα άγχους μειωθούν. Η αναγνώριση των στρεσογόνων παραγόντων αποτελεί το πρώτο βήμα στην διδασκαλία του ασθενούς για την αντιμετώπιση των κλιμακώσεων του άγχους. ⁽¹⁴³⁾

Ο πάσχων πρέπει να διδαχθεί τα σημεία και τα συμπτώματα που θα του υποδείξουν το αυξανόμενο άγχος, αλλά και μεθόδους αντιμετώπισης της προόδου του. Κάποιες πιθανές μέθοδοι αντιμετώπισης είναι οι ασκήσεις με βαθιές αναπνοές, ο διαλογισμός, και η ήπια σωματική άσκηση. Καθήκον του νοσηλευτή είναι η εισαγωγή του ασθενούς στις μεθόδους αυτές, ενώ ο

ίδιος θα κληθεί να διαλέξει αυτές που τον εκφράζουν και τον υποστηρίζουν σε μεγαλύτερο βαθμό.

Τα κριτήρια για την βελτίωση του επιπέδου άγχους του ασθενούς είναι τρία. Πρώτον, ο ασθενής θα είναι πλέον ικανός να κρατήσει τα επίπεδα του άγχους του σε σημείο που η επίλυση προβλημάτων θα μπορεί να επιτευχθεί. Δεύτερον, ο ασθενής θα μπορεί να αναγνωρίσει αλλά και να εκφράσει λεκτικά σημεία και συμπτώματα της έξαρσης του άγχους του. Τέλος, ο ασθενής θα βρίσκεται σε θέση να χρησιμοποιήσει τεχνικές χαλάρωσης με σκοπό την διακοπή της εξέλιξης του άγχους, πριν αυτή οδηγήσει σε πανικό. ⁽¹⁴³⁾

3.2 Νοσηλευτικός ρόλος στον φόβο

Οι στόχοι της νοσηλευτικής υποστήριξης στον φόβο χωρίζονται στον βραχυπρόθεσμο και τον μακροπρόθεσμο στόχο. Ο βραχυπρόθεσμος στόχος αφορά την συζήτηση του ασθενούς με τον νοσηλευτή ψυχικής υγείας περί του φοβικού παράγοντα εντός κάποιου συγκεκριμένου χρονικού ορίου. Ο μακροπρόθεσμος στόχος προβλέπει πώς πριν να απαλλαχθεί από το θεραπευτικό σχήμα, ο ασθενής θα είναι σε θέση να λειτουργήσει πλήρως και ικανοποιητικά σε παρουσία του φοβικού παράγοντα ή κατάστασης χωρίς να εκφράσει το αίσθημα φόβου ή πανικού.⁽¹⁴⁴⁾

Ο φοβικός ασθενής δεν θα είναι περίεργο να εκφράσει ανησυχία και άγχος εντός του νέου του φοβικού περιβάλλοντος. Σε τέτοιες περιπτώσεις, ο νοσηλευτής οφείλει να διαβεβαιώσει και να καθησυχάσει τον πάσχοντα σχετικά με τα μέτρα που έχουν παρθεί για την ασφάλεια όλων των ασθενών. Ένας φοβικός ασθενής που βρεθεί σε κατάσταση πανικού δεν είναι σπάνιο να εκφράσει παρανοϊκό φόβο σχετικά με τον θάνατό του.⁽¹⁴⁴⁾

Εξαιτίας της τάσης του φοβικού ασθενή να αντιδρά στους περισσότερους στρεσογόνους παράγοντες με παράλογο άγχος, ο νοσηλευτής είναι αναγκαίο να εξερευνήσει εις βάθος την αντίληψη του ασθενούς σχετικά με τα είδη των απειλών που θεωρεί ότι θα τον βλάψουν, είτε σωματικά, είτε πνευματικά, είτε ψυχικά. Οι επαγγελματίες υγείας είναι σημαντικό να κατανοήσουν την αντίληψη του πάσχοντος σχετικά με τους φοβικούς παράγοντες από τους οποίους επηρεάζεται, με απώτερο σκοπό να τους είναι ευκολότερη η προσφορά υποστήριξης για να έρθει εις πέρας η απευαισθητοποίησή του από αυτούς.⁽¹⁴⁴⁾

Η πλήρης κατανόηση της αντίληψης του ασθενούς είναι αναμενόμενο ότι θα ακολουθήσει μόνο μετά από την ορθή και τακτική επικοινωνία με το νοσηλευτικό προσωπικό. Έτσι, ο νοσηλευτής θα κληθεί να συζητήσει και να αναλύσει εις βάθος την πραγματικότητα της κατάστασης σχετικά με τους υπαρκτούς φοβικούς παράγοντες, και τις πτυχές αυτών που θα είναι ρεαλιστικά πιθανό να μεταποιηθούν θετικά. Για να επιτευχθεί η βελτίωση της υγείας του ασθενούς, αυτός θα πρέπει πρώτα να αποδεχθεί το γεγονός ότι πάντα θα υπάρχουν πτυχές οι οποίες θα χρειάζονται βελτίωση, και πώς η υγεία του είναι κάτι το οποίο χρειάζεται συνεχή προσπάθεια διατήρησης.⁽¹⁴⁴⁾

Ενθαρρύνεται έντονα η συμπερίληψη του πάσχοντος στη λήψη αποφάσεων σχετικά με την επιλογή εναλλακτικών και περαιτέρω χρήσιμων στρατηγικών θεραπευτικής αντιμετώπισης των αγχωτικών τάσεων σαν ανταπόκριση στους φοβικούς παράγοντες. Η ενθάρρυνση του

πάσχοντος να διαλέξει ανάμεσα στις διαθέσιμες επιλογές για την θεραπεία του προωθεί τα συναισθήματα πνευματικής και ψυχικής του ενδυνάμωσης με αποτέλεσμα την αύξηση των αισθημάτων αυτοεκτίμησης και αξίας.⁽¹⁴⁴⁾

Οι νοσηλευτικές τακτικές απευαισθητοποίησης στους φοβικούς παράγοντες θα χρησιμοποιηθούν μόνο στην περίπτωση που ο ίδιος ο ασθενής θα εκφράσει την ανάγκη του να συμμετάσχει στην ανάπτυξη και διεξαγωγή της θεραπευτικής αγωγής του. Οι περισσότερες μέθοδοι αντιμετώπισης του φόβου ακολουθούν μία συγκεκριμένη διαδικασία. Ο φόβος θα μειωθεί όταν οι σωματικές και ψυχολογικές αισθήσεις μειωθούν, ως απάντηση σε επαναλαμβανόμενη έκθεση στο φοβικό ερέθισμα υπό μη απειλητικές συνθήκες.⁽¹⁴⁴⁾

Ένα σημαντικό κομμάτι του ρόλου του ασθενούς είναι η ενθάρρυνσή του να εξερευνήσει όλα τα υποκείμενα συναισθήματα που αποτελούν πιθανές πηγές συμβολής στους υπάρχοντες παράλογους φόβους. Ο νοσηλευτής οφείλει να βοηθήσει τον ασθενή να καταλάβει πώς το να αντιμετωπίσει τις φοβικές πηγές του τείνει να έχει θετικά αποτελέσματα και να φέρει γρηγορότερα την επιθυμητή προσαρμογή στην θεραπευτική αντιμετώπιση. Μέσω της έκφρασης των συναισθημάτων του σε ένα μη αγχωτικό περιβάλλον, υπάρχει περίπτωση ο ασθενής να βοηθηθεί στον αγώνα του να αντιμετωπίσει τα ψυχικά του εμπόδια.⁽¹⁴⁴⁾

Τα κριτήρια για την βελτίωση του επιπέδου άγχους του ασθενούς είναι τρία. Πρώτον, ο ασθενής δεν θα εκφράσει έντονη φοβική αντίδραση όταν έρθει αντιμέτωπος με τον φοβικό παράγοντα. Δεύτερον, ο ασθενής θα εκφράσει τους τρόπους με τους οποίους θα προσπαθήσει να αποφύγει τον στρεσογόνο παράγοντα με ελάχιστη αλλαγή στην καθημερινότητά του. Τρίτον, ο ασθενής θα είναι σε θέση να επιδείξει προσαρμοστικές τεχνικές αντιμετώπισης που θα μπορεί να χρησιμοποιήσει για τη μακροχρόνια διατήρηση του άγχους σε ανεκτό επίπεδο.⁽¹⁴⁵⁾

3.3 Ατελέσφοροι μηχανισμοί διαχείρισης του άγχους

Οι στόχοι της νοσηλευτικής υποστήριξης στον φόβο χωρίζονται στον βραχυπρόθεσμο και τον μακροπρόθεσμο στόχο. Ο βραχυπρόθεσμος στόχος έχει βλέψεις ο ασθενής να μειώσει την συμμετοχή στις τελετουργικές συμπεριφορές κατά το ήμισυ, εντός μίας εβδομάδας από την έναρξη του θεραπευτικού σχήματος. Ο μακροπρόθεσμος στόχος προβλέπει πώς μέχρι την στιγμή της ολοκλήρωσης της θεραπείας, ο ασθενής θα έχει δείξει πως είναι ικανός να αντιμετωπίζει αποτελεσματικά την ανάγκη να καταφύγει στις ιδεοψυχαναγκαστικές συμπεριφορές.⁽¹⁴⁵⁾

Αρχικά, ο νοσηλευτής είναι αναγκαίο να αξιολογεί συχνά το επίπεδο άγχους του ασθενούς. Έτσι, θα είναι ευκολότερη και η προσπάθεια προσδιορισμού των καταστάσεων που θα προκαλέσουν ή και αυξήσουν το άγχος, και αποτέλεσμα των οποίων θα είναι οι τελετουργικές συμπεριφορές. Η αναγνώριση των στρεσογόνων παραγόντων που θα οδηγήσουν στην εκκίνηση του άγχους είναι το πρώτο και σημαντικότερο βήμα της διδασκαλίας του ασθενούς σχετικά με τον έλεγχο των κρίσεών του.^{(145),(146)}

Κατά την αρχική, εισαγωγική περίοδο της θεραπείας συνιστάται να ικανοποιούνται ως ένα σημείο οι απαιτούμενες ανάγκες εξάρτησης του ασθενούς. Σταδιακά, ο νοσηλευτής θα προωθήσει την ανάπτυξη των ικανοτήτων, της ανεξαρτησίας και θα διακόψει τις προαναφερόμενες τάσεις εξάρτησης. Το αντίκτυπο της ξαφνικής και πλήρους αποκοπής των εξαρτητικών τάσεων είναι σχεδόν σίγουρο ότι θα οδηγήσει σε έντονο άγχος και έντονες κρίσεις πανικού στον πάσχοντα. Η θετικού τύπου ενίσχυση βοηθά σημαντικά την αυτοεκτίμηση, και είναι αρκετή για να ενθαρρύνει την επανάληψη των επιθυμητών και την διακοπή των μη επιθυμητών συμπεριφορών.⁽¹⁴⁶⁾

Στο αρχικό στάδιο της θεραπείας, είναι επιτρεπτό ο νοσηλευτής να παραδίνει χρόνο και χώρο στον πάσχοντα για να φέρνει εις πέρας τις ιδεοψυχαναγκαστικές του τελετές. Σε αυτό το σημείο, ο νοσηλευτής δεν συνιστάται να αποτρέψει ή να εκφράσει αρνητική κριτική για την συμπεριφορά του ασθενούς. Ο ασθενής δεν έχει φτάσει ένα ικανοποιητικό βαθμό ανεξαρτησίας ακόμη, με σχεδόν σίγουρο αποτέλεσμα της αποδοκιμασίας του την αύξηση του άγχους, του φόβου και της εμπιστοσύνης που τρέφει για το επαγγελματικό προσωπικό.⁽¹⁴⁶⁾

Με την αύξηση της εμπιστοσύνης και την μείωση του άγχους, ο ασθενής θα οδηγηθεί στην περιέργεια σχετικά με την κατάσταση της υγείας του. Ο νοσηλευτής οφείλει να υποστηρίξει τις προσπάθειες κατανόησης ή διερεύνησης της φύσεως της συμπεριφοράς του. Συνήθως, οι πάσχοντες δεν γνωρίζουν πώς η συναισθηματική φόρτιση και προβλήματα συσχετίζονται άμεσα

με τις ψυχαναγκαστικές συμπεριφορές. Η κατανόηση αυτού του γεγονότος είναι το σημαντικότερο βήμα που πρέπει να γίνει έτσι ώστε να επακολουθήσει η πραγματική και μακροχρόνια βελτίωση.⁽¹⁴⁶⁾

Ο νοσηλευτής οφείλει να παρέχει ένα πλήρως δομημένο καθημερινό πλάνο που να προσφέρει και αρκετό χρόνο για την ολοκλήρωση των τελετουργικών συμπεριφορών, με βάση το οποίο ο ασθενής θα μπορεί να προγραμματίζει τις δραστηριότητές του, μειώνοντας έτσι τις πιθανότητες εμφάνισης άγχους. Η δομημένη καθημερινότητα παρέχει ένα αίσθημα ασφάλειας για τον αγχωτικό ασθενή.⁽¹⁴⁶⁾

Με την πάροδο του χρόνου, ο νοσηλευτής καλείται να περιορίζει σταδιακά τον χρόνο που θα διαθέτει στον ασθενή για να φέρει εις πέρας τις ιδεοψυχαναγκαστικές λειτουργίες. Ιδανικά, ο ασθενής δεν θα καταλάβει την διαφορά στην δομή του προγράμματος, εξαιτίας της εμπλοκής του σε άλλες δραστηριότητες. Το άγχος θα ελαχιστοποιηθεί όταν ο πελάτης είναι ικανός να αντικαταστήσει τις ιδεοψυχαναγκαστικές συμπεριφορές με κάποιες περισσότερο προσαρμοστικές.⁽¹⁴⁶⁾

Μια ακόμη σημαντική ενέργεια του νοσηλευτή είναι η ενθάρρυνση του ασθενούς όταν αυτός εκφράζει ή και πραγματοποιεί μη ιδεοψυχαναγκαστικές δραστηριότητες και συμπεριφορές. Η ενθάρρυνση αυτή θα προμοτάρει τις επιθυμητές συμπεριφορές, και θα αυξήσει την αυτοπεποίθηση του ασθενούς, όχι μόνο στον εαυτό του αλλά και στο ίδιο το θεραπευτικό πρόγραμμα.⁽¹⁴⁶⁾

Για να επιτευχθεί η πραγματική και πραγματική βελτίωση, θα είναι αναγκαία και η ενθάρρυνση της αναγνώρισης και ταυτοποίησης των στρεσογόνων καταστάσεων και παραγόντων που τείνουν να οδηγούν τον ασθενή στην ιδεοψυχαναγκαστική συμπτωματολογία και τις ψυχαναγκαστικές συμπεριφορές. Ο νοσηλευτής παίζει σημαντικό ρόλο στην εξήγηση και διδασκαλία όχι μόνο της φύσης της κατάστασης του ασθενούς, αλλά και σχετικά με τους διαθέσιμους τρόπους διακοπής αυτών των συμπεριφορών και των προτύπων σκέψεων. Η γνώση των θεωρητικών και πρακτικών τεχνικών αντιμετώπισης και προσαρμογής θα βοηθήσουν τον πάσχοντα να μεταποιήσει θετικά τις ανθυγιεινές συμπεριφορές του και να οδηγηθεί σε μία ηπιότερη και φυσιολογικότερης φύσεως καθημερινότητα.⁽¹⁴⁶⁾

Τα κριτήρια για την βελτίωση των μηχανισμών διαχείρισης των αγχώδων παραγόντων από τους οποίους επηρεάζεται ο πάσχοντας είναι δύο. Πρώτον, ο πάσχοντας βρίσκεται πλέον σε θέση να εκφράσει λεκτικά τα σημεία και τα συμπτώματα της ανθυγιεινής συμπεριφοράς που έχει

ανιχνεύσει και να επέμβει επιτυχώς σε αυτά, διατηρώντας έτσι το άγχος του σε διαχειρίσιμα επίπεδα. Δεύτερον, ο πάσχοντας αποδεικνύει την βελτιωμένη ικανότητά του να διακόπτει τις ψυχαναγκαστικές σκέψεις του και να αποφεύγει τις τελετουργικές συμπεριφορές που θα εμφανιστούν ως απάντηση στους στρεσογόνους παράγοντες και καταστάσεις.⁽¹⁴⁶⁾

3.4 Ατελέσφοροι μηχανισμοί ελέγχου των παρορμήσεων.

Οι στόχοι της νοσηλευτικής παρέμβασης στους μηχανισμούς ελέγχου των παρορμήσεων χωρίζονται στον βραχυπρόθεσμο και τον μακροπρόθεσμο στόχο. Βραχυπρόθεσμα, ο ασθενής θα είναι ικανός να εκφράσει λεκτικά και πρακτικά άλλες μεθόδους αντιμετώπισης του άγχους του. Αυτές οι μέθοδοι είναι αναγκαίο να ανήκουν σε αυτό που η κοινωνική μάζα θα θεωρούσε “φυσιολογικό”. Για παράδειγμα, ο ασθενής θα κάνει μια άσκηση βαθών αναπνοών αντί να αρχίσει να τρώει τα μαλλιά του. Μακροπρόθεσμα, ο ασθενής θα είναι σε θέση να επιδείξει προσαρμοστικές στρατηγικές αντιμετώπισης του άγχους, και παντελή διακοπή των μη φυσιολογικών και μη υγιεινών μεθόδων ελέγχου των παρορμήσεων.⁽¹⁴⁷⁾

Ο σημαντικότερος ρόλος του νοσηλευτή σε αυτή την περίπτωση είναι να υποστηρίξει τον ασθενή στην προσπάθειά του να ελαττώσει την μέθοδο την οποία έχει καταλήξει να χρησιμοποιεί. Ο πάσχων κατανοεί το γεγονός ότι αυτό που κάνει είναι παράλογο, κοινωνικά ακατάλληλο και ουσιαστικά άχρηστο στην βελτίωση της κατάστασής του. Κατανοεί επίσης το γεγονός ότι είναι δυνατόν αυτή η συμπεριφορά να διακοπεί. Ο ρόλος του νοσηλευτή σε αυτήν την περίπτωση είναι να εδραιώσει μια σχέση εμπιστοσύνης με τον ασθενή, έτσι ώστε να κάνει την διαδικασία θεραπείας ευκολότερη και λιγότερο επώδυνη.⁽¹⁴⁷⁾

Ο νοσηλευτής πρέπει να βεβαιωθεί ότι δείχνει μια στάση από την οποία απουσιάζει η κριτική της συμπεριφοράς του πάσχοντα. Με το να παρουσιάζει στάση αποδοχής θα προωθήσει αισθήματα αξιοπρέπειας και αυτοεκτίμησης στον ασθενή.⁽¹⁴⁷⁾

Από την στιγμή που η πηγή του προβλήματος του πάσχοντος είναι το άγχος, θα είναι αναγκαία και η εκπαίδευση πρακτικών τεχνικών διαχείρισης του άγχους. Σε αυτήν την περίπτωση, ο νοσηλευτής καλείται να διδάξει στον ασθενή διάφορες τεχνικές όπως ασκήσεις βαθιών αναπνοών, μεθόδους διαλογισμού και κάποιες ήπιες σωματικές ασκήσεις.⁽¹⁴⁷⁾

Οι μέθοδοι αντιμετώπισης και ελέγχου των παρορμήσεων είναι ένα κομμάτι της καθημερινότητας του ασθενούς που πολλές φορές θα αποδειχθεί δύσκολο στην ρύθμισή του. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να προσφέρει υποστήριξη και ενθάρρυνση ακόμη και όταν ο πάσχων αποτύχει να ελέγξει τον εαυτό του. Με απώλεια κριτικής και μειωτικών σχολίων, ο νοσηλευτής θα προσφέρει ενθάρρυνση έτσι ώστε ο ασθενής να κατανοήσει το γεγονός ότι ενώ θα αποτύχει πολλές φορές κατά την διάρκεια της θεραπείας, δεν πρέπει να σταματήσει την προσπάθεια έως ότου ολοκληρώσει ικανοποιητικά το θεραπευτικό σχήμα.⁽¹⁴⁷⁾

Τα κριτήρια για την βελτίωση των μηχανισμών ελέγχου των παρορμήσεων είναι τρία. Πρώτον, ο ασθενής πρέπει να είναι ικανός να αναγνωρίζει με ευκολία την συμπτωματολογία του άγχους του αλλά και τους στρεσογόνους παράγοντες που είναι ικανοί να τον οδηγήσουν στην πραγματοποίηση των δράσεων ελέγχου των παρορμήσεων. Δεύτερον, ο ασθενής θα πρέπει να έχει σχεδόν μηδαμινή τάση των αυτοματοποιημένων δράσεων στις οποίες θα διέφευγε στο παρελθόν. Για παράδειγμα, να μην βάλει τα χέρια του στο στόμα του εάν στο παρελθόν έτρωγε τα νύχια του, ή να μην πιάνει τούφες από τα μαλλιά του εάν στο παρελθόν τα έτρωγε. Τρίτον, ο πάσχοντας αποδεικνύει την βελτιωμένη του ικανότητα να διακόπτει και να διαγράφει την ροή της αγχώδους σκέψης πριν αυτή χειροτερεύσει και φτάσει στο σημείο στο οποίο στο παρελθόν θα τον οδηγούσαν στις μεθόδους αντιμετώπισης των παρορμήσεών του. ⁽¹⁴⁷⁾

Κεφάλαιο 4: Περιπτώσεις Νοσηλευτικής Διεργασίας

Πρώτο Περιστατικό

Ο Μιχάλης είναι νέος ασθενής είκοσι χρονών που εισήλθε στην κλινική. Αναφέρει ότι αισθάνεται κατάθλιψη και βιώνει σημαντικό άγχος σχετικά με τις σπουδές του. Ξοδεύει την καθημερινότητά του παίζοντας βιντεοπαιχνίδια, κλειδωμένος στο δωμάτιό του, ενώ δεν μπορεί να εντοπίσει κάτι ενδιαφέρον ή όμορφο στην τυπική ημέρα του. Σπάνια παρακολουθεί τις διαλέξεις των μαθημάτων του, και αποφεύγει την επικοινωνία με τους καθηγητές του, ακόμη και αν αυτή ήταν ευνοϊκή για τους βαθμούς του. Ο Μιχάλης αυτοχαρακτηρίζεται ως ντροπαλό άτομο, και αναφέρει πώς ο φιλικός του κύκλος είναι μικρός, σταθερός, και περιλαμβάνει άτομα που ξέρει από την παιδική του ηλικία. Θεωρεί πώς το άγχος του έχει αυξηθεί από τότε που ξεκίνησε το πανεπιστήμιο. Αναφέρει πώς όταν συναντά νέους ανθρώπους, δυσκολεύεται να επικεντρωθεί στην κοινωνική συναλλαγή επειδή είναι απασχολημένος με την σκέψη του τι θα σκεφτούν γι' αυτόν - υποθέτει ότι θα τον βρουν ανόητο, βαρετό και αμήχανο. Όταν αποσυγκεντρωθεί, τείνει να κεκκεδίζει, χάνει τα λόγια του, νιώθει αίσθημα ζέστης και ξεκινά να ιδρώνει, γεγονός το οποίο τον κάνει να νιώθει ακόμη πιο άσχημα. Εφόσον τελειώσει η συναλλαγή, την επαναλαμβάνει στο κεφάλι του, και αγχώνεται με το τι είπε που μπορεί να θεωρηθεί λάθος ή χαζό. Ακόμη, έχει πολύχρονο πρόβλημα με την επικοινωνία στα μαθήματα, και του φαίνεται δύσκολο να απαντήσει ερωτήσεις ή να σηκώσει το χέρι του. Από τότε που ξεκίνησε το πανεπιστήμιο έχει αρχίσει να απομονώνεται όλο και περισσότερο, αρνείται προσκλήσεις από τους φίλους του, αγνοεί το κινητό του όταν χτυπήσει και δεν συμμετάσχει σε παραδώσεις μαθημάτων.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΙΟΛΟΓΗΣΗ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ
<ul style="list-style-type: none"> - Άγχος που αυξάνεται εντός κοινωνικών πλαισίων. - Τάσεις κοινωνικής απομόνωσης. - Ανασφάλεια περί των κοινωνικών συναλλαγών. - Αδυναμία επαρκούς επικοινωνίας (ιδιαίτερα με ξένα άτομα) 	<ul style="list-style-type: none"> -Φόβος για εμφάνιση κρίσεων πανικού κατά την διάρκεια κοινωνικών συναλλαγών. 	<ul style="list-style-type: none"> - Καθορισμός του επιπέδου του άγχους μέσω της νοσηλευτικής συνέντευξης. - Συχνές συναντήσεις με τον ασθενή με σκοπό την δημιουργία σχέσης εμπιστοσύνης, και της μείωσης του κοινωνικού άγχους μέσω της επικοινωνίας του με τον νοσηλευτή. -Εξασφάλιση της κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής για τον έλεγχο των αγχωδών εκφράσεων. -Εκπαίδευση του ασθενούς σχετικά με τα πρόδρομα συμπτώματα μιάς κρίσεως πανικού. -Εκπαίδευση του ασθενούς σχετικά με αγχολυτικές δραστηριότητες που θα χρησιμοποιήσει εν ώρα κρίσεως. (π.χ. ασκήσεις με βαθιές αναπνοές). - Προγραμματισμός συνέντευξης με επαγγελματία ψυχικής υγείας με σκοπό την επίσημη διάγνωση της κατάστασής του. 	<ul style="list-style-type: none"> - Τακτικές και προγραμματισμένες συναντήσεις με τον ασθενή. - Ενεργές προσπάθειες για δημιουργία και βελτίωση της σχέσης του ασθενούς με το νοσηλευτικό προσωπικό. - Ορθή χορήγηση του φαρμακευτικού θεραπευτικού σχήματος, εφόσον λάβουμε την ιατρική οδηγία. -- Τέθηκε επίσημη ημερομηνία της συναντήσεως με τον επαγγελματία ψυχικής υγείας, και πραγματοποιήθηκε το ραντεβού. 	<ul style="list-style-type: none"> - Η αγχώδης συμπεριφορά του ασθενούς βελτιώθηκε, εξαιτίας της ψυχολογικής υποστήριξης που έλαβε από το νοσηλευτικό προσωπικό. - Ο ασθενής είναι πλέον ικανός να επικοινωνήσει ευκολότερα με άτομα που γνωρίζει. - Ο ασθενής μπορεί να επικοινωνήσει σχετικά δύσκολα με ξένα άτομα, αν και έχει εκφράσει την επιθυμία του να βελτιωθεί. - Ο ασθενής έλαβε διάγνωση διαταραχής κοινωνικού άγχους από τον επαγγελματία ψυχικής υγείας με τον οποίο συναντήθηκε. - Διακόπηκε η χρήση των αγχολυτικών φαρμάκων.

<ul style="list-style-type: none"> - Απάθεια για τη ζωή. - Απάθεια σχετικά με τις προσπάθειες βελτίωσης της κατάστασής του 	<ul style="list-style-type: none"> -Πιθανή εμφάνιση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας ως συνέπεια του άγχους. 	<ul style="list-style-type: none"> -Εκπαίδευση του ασθενούς σχετικά με πιθανές διαδικασίες αντιμετώπισης της καταθλιπτικής έκφρασης. -Εξασφάλιση της κατάλληλης αντικαταθλιπτικής αγωγής. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ορθή χορήγηση του φαρμακευτικού σχήματος, εφόσον λάβουμε την ιατρική οδηγία. - Προχωρήσαμε στην εκπαίδευση σχετικά με την πρόδρομη εμφάνιση καταθλιπτικών τάσεων. 	<ul style="list-style-type: none"> Ο ασθενής εξέφρασε ευκολία αναγνώρισης των πιθανών τρόπων εμφάνισης μίας πρόδρομης καταθλιπτικής περιόδου. - Η αντικαταθλιπτική αγωγή δεν διακόπηκε άμεσα. Θα ακολουθήσουν περαιτέρω συνεδρίες με βάση των οποίων θα εγκριθεί ή όχι η συνέχιση της αγωγής.
<ul style="list-style-type: none"> - Αίσθημα ζέστης - Εφίδρωση - Κεκκέδισμα όταν το άγχος κορυφωθεί 	<ul style="list-style-type: none"> - Έντονη συμπτωματολογία παθολογικού άγχους. 	<ul style="list-style-type: none"> -Εκπαίδευση του ασθενούς σχετικά με μεθόδους αντιμετώπισης των εξάρσεων του άγχους. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ορθή χορήγηση του φαρμακευτικού σχήματος, εφόσον λάβουμε την ιατρική οδηγία. - Προχωρήσαμε στην εκπαίδευση σχετικά με τα πρόδρομα συμπτώματα μιάς κρίσεως πανικού. - Προχωρήσαμε στην εκπαίδευση του ασθενούς σχετικά με αγχολυτικές δραστηριότητες που θα χρησιμοποιήσει εν ώρα κρίσεως. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ο ασθενής εξέφρασε ευκολία στο πρακτικό κομμάτι των αγχολυτικών μεθόδων που διδάχτηκε. - Ο ασθενής γνωρίζει πλέον πλήρως τα συμπτώματα τα οποία πρέπει να προσέχει και να αναγνωρίζει έτσι ώστε να προλάβει και να διακόψει μία πιθανή μελλοντική κρίση πανικού.

Δεύτερο Περιστατικό

Ο Νίκος είναι 67 χρονών συνταξιούχος και εισήλθε στην κλινική. Θεωρεί ότι το μεγαλύτερό του πρόβλημα είναι ότι αγχώνεται πολύ. Αναφέρει πώς αγχώνεται για σχεδόν ότι γίνεται στην ζωή του, από το πιο ανούσιο μέχρι το σημαντικότερο πράγμα. Για παράδειγμα, ομολογεί πώς ένιωσε την ίδια ένταση άγχους όταν έμαθε ότι ο αδερφός του έπαθε εγκεφαλικό και όταν του σκίστηκε η αγαπημένη του ζακέτα. Αναγνωρίζει το γεγονός ότι η κατάσταση της υγείας του αδερφού του είναι σημαντικότερη, και τον ενοχλεί έντονα το ότι τα έχει ισοσταθμίσει μεταξύ τους, έστω και υποσυνείδητα. Επίσης αναφέρει ότι δεν μπορεί να ελέγξει το άγχος του. Αναφέρει προβλήματα με τον ύπνο, δεν έχει υπομονή με άλλα άτομα, συγκεντρώνεται δύσκολα στις υποχρεώσεις του και νιώθει ήπιο αλλά συνεχή πόνο στην πλάτη του και στην μέση του. Η τάση για υπερβολικό άγχος είναι κάτι που έχει από μικρό παιδί. Τέλος, αναφέρει πώς το άγχος του βελτιώνεται και ξαναχειροτερεύει με την πάροδο του χρόνου.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟ Σ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ
<p>- Έντονο άγχος σε όλες τις πτυχές τις καθημερινότητας, χωρίς να δίνεται έμφαση σε κάποια συγκεκριμένη από αυτές. Παρ' όλα αυτά, εκφράζεται πλήρης επίγνωση της κατάστασης.</p> <p>-Ανικανότητα ελέγχου του άγχους.</p> <p>-Μειωμένη διάθεση για επικοινωνία, λόγω της πιθανής ντροπιαστικής συμπεριφοράς.</p> <p>-Μακροχρόνια ύπαρξη υπερβολικού άγχους.</p> <p>-Η ένταση του άγχους αμφιταλαντεύεται.</p>	<p>- Φόβος για μελλοντικές κρίσεις πανικού εξαιτίας του μη ελεγχόμενου άγχους.</p> <p>-Κίνδυνος χειροτέρευσης της ψυχολογικής κατάστασης του ασθενούς.</p>	<p>-Εκτενής επικοινωνία του νοσηλευτή με τον ασθενή με σκοπό την μείωση του άγχους και την ψυχολογική υποστήριξή του.</p> <p>-Εκπαίδευση του ασθενούς σχετικά με τα πρόδρομα συμπτώματα μιας κρίσης πανικού.</p> <p>-Εκπαίδευση του ασθενούς σχετικά με διάφορες μεθόδους χαλάρωσης και ηρεμίας που θα μπορεί να χρησιμοποιήσει στην έναρξη του άγχους.</p> <p>- Προγραμματισμός συνέντευξης με επαγγελματία ψυχικής υγείας με σκοπό την επίσημη διάγνωση της κατάστασής του.</p> <p>- Εξασφάλιση της κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής για τον έλεγχο των αγχωδών εκφράσεων.</p>	<p>-Καθιέρωση προγράμματος σχετικά με την εντεταμένη επικοινωνία και ευχέρεια έκφρασης των προβληματισμών του ασθενούς.</p> <p>-Πραγματοποίηση της εκπαίδευσης του ασθενούς σχετικά με τα πρόδρομα συμπτώματα μιας μελλοντικής κρίσης πανικού.</p> <p>-Πραγματοποίηση εκπαίδευσης σχετικά με τις διάφορες μεθόδους χαλάρωσης και ηρεμίας που ο ασθενής θα μπορεί να χρησιμοποιήσει στην έναρξη του άγχους.</p> <p>-Προγραμματίστηκε το ραντεβού με τον επαγγελματία ψυχικής υγείας και ο ασθενής παρεβρέθηκε σε αυτό.</p> <p>-Εξασφαλίστηκε ιατρική οδηγία για την χορήγηση αγχολυτικής φαρμακευτικής αγωγής.</p>	<p>-Μείωση της έντασης του άγχους του ασθενούς.</p> <p>-Ο ασθενής αναγνωρίζει πλέον σε ικανοποιητικό βαθμό τα συμπτώματα των κρίσεων.</p> <p>-Ο ασθενής πλέον γνωρίζει σε ικανοποιητικό βαθμό διάφορες μεθόδους χαλάρωσης και μείωσης του άγχους του.</p> <p>-Ο ασθενής έλαβε διάγνωση γενικευμένης αγχώδους διαταραχής.</p> <p>-Δώθηκε η κατάλληλη φαρμακολογική θεραπεία με την βοήθεια του θεράποντα ιατρού.</p> <p>- Βελτίωση της ικανότητας κατηγοριοποίησης των στρεσογόνων παραγόντων για το αν αυτοί είναι σοβαροί ή όχι.</p>
- Ανικανότητα	-Φόβος για	-Εκπαίδευση του	-Πραγματοποίηση	-Ο ασθενής πλέον

<p>αποφυγής των παράλογων ιδεασμών.</p> <p>-Ανικανότητα ελέγχου του άγχους που προκαλούν οι παράλογες ιδέες.</p>	<p>χειροτέρευση των παράλογων ιδεασμών εάν δεν αντιμετωπισθούν εγκαίρως.</p>	<p>ασθενούς σχετικά με διάφορες μεθόδους αναγνώρισης της παράλογης φύσης των ιδεών αυτών.</p> <p>-Εκπαίδευση του ασθενούς σχετικά με διάφορες μεθόδους χαλάρωσης και ηρεμίας που θα μπορεί να χρησιμοποιήσει σε περιπτώσεις που οι παράλογες ιδέες είναι έντονες και προκαλέσουν άγχος.</p> <p>-Εκπαίδευση του ασθενούς σχετικά με τους πιθανούς στρεσογόνους παράγοντες που προκαλούν την εμφάνιση των παράλογων ιδεών.</p>	<p>εκπαίδευσης σχετικά με τις διάφορες μεθόδους χαλάρωσης και ηρεμίας που ο ασθενής θα μπορεί να χρησιμοποιήσει κατά την έκβαση των παράλογων ιδεών.</p>	<p>γνωρίζει σε ικανοποιητικό βαθμό διάφορες μεθόδους αντιμετώπισης της τάσης προς αρνητικό τρόπο σκέψης, ο οποίος μπορεί να οδηγήσει σε παράλογους ιδεασμούς.</p>
<p>-Δυσκολίες στον ύπνο.</p> <p>- Δυσκολία στην συγκέντρωση.</p>	<p>-Πιθανή ανάπτυξη αϋπνίας.</p>	<p>-Εκπαίδευση ασθενούς σχετικά με μεθόδους χαλάρωσης που θα χρησιμοποιηθούν με σκοπό την έκβαση του ύπνου.</p> <p>- Εξασφάλιση της κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής για την ευκολότερη έκβαση του ύπνου. (π.χ μελατονίνη)</p>	<p>-Πραγματοποίηση εκπαίδευσης σχετικά με τις διάφορες μεθόδους χαλάρωσης και ηρεμίας που ο ασθενής θα μπορεί να χρησιμοποιήσει με σκοπό την επιτυχημένη έκβαση του ύπνου.</p> <p>-Εξασφαλίστηκε ιατρική οδηγία για την χορήγηση φαρμακολογικής αγωγής προαγωγής του ύπνου.</p>	<p>-Ο ασθενής πλέον γνωρίζει σε ικανοποιητικό βαθμό διάφορες μεθόδους χαλάρωσης και ηρεμίας.</p> <p>- Ο ασθενής εκφράζει ομαλότερη έκβαση του ύπνου.</p> <p>- -Ο ασθενής έδειξε βελτίωση στο να κοιμηθεί, αν και ακόμα ξυπνά σχετικά εύκολα.</p> <p>-Δώθηκε η κατάλληλη φαρμακολογική θεραπεία με την βοήθεια του θεράποντα ιατρού, έτσι ώστε να βελτιωθεί η ποσότητα και η ποιότητα του ύπνου του ασθενούς.</p>

<p>- Δυσκολία στην συγκέντρωση.</p> <p>- Ήπιος πόνος στην πλάτη και την μέση.</p> <p>- Χειροτέρευση του πόνου όταν το άγχος κορυφώνεται, ή έχει κρατήσει για παρατεταμένο χρονικό διάστημα.</p> <p>- Η ένταση του άγχους αμφιταλαντεύεται, μαζί του και η ύπαρξη ή και η ένταση του πόνου.</p>	<p>- Κίνδυνος για περαιτέρω χειροτέρευση της σωματικής συμπτωματολογίας.</p>	<p>- Συνάντηση με παθολόγο σχετικά με τη σωματική συμπτωματολογία και την δυσκολία της έκβασης του ύπνου.</p>	<p>- Προγραμματίστηκε το ραντεβού με τον παθολόγο, και ο ασθενής παρεβρέθηκε σε αυτό.</p>	<p>- Ο ασθενής έλαβε διάγνωση σχετικά με τους σωματικούς πόνους του. Το στρές και η ένταση κλειδώνουν τους μύς του με αποτέλεσμα αυτός να εκφράζει πόνο στην πλάτη και στην μέση του.</p> <p>- Η ποιότητα της συγκέντρωσης του ασθενούς βελτιώθηκε.</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Επίλογος

Οι αγχώδεις διαταραχές είναι οι συχνότερες διαταραχές που θα συναντηθούν στον πληθυσμό, αγγίζοντας ποσοστά έως και 10.9%.⁽⁷⁵⁾ Γενικότερα, το γυναικείο φύλο τείνει να είναι αυτό που αναπτύσσει συχνότερα αγχώδη τύπου διαταραχές γύρω στην έναρξη της εφηβικής ηλικίας. Οι πιθανότητες να εμφανισθεί οποιουδήποτε τύπου αγχώδης διαταραχή στις γυναίκες παρά στους άντρες αγγίζει σχεδόν τις διπλάσιες, ειδικά από την έναρξη της ενήλικης ζωής.⁽⁵⁾

Υπάρχει υψηλή συννοσηρότητα μεταξύ του άγχους και της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Ακόμη, υπάρχουν υψηλά ποσοστά συσχέτισης μεταξύ των διαφορετικών υποτύπων των αγχώδων διαταραχών, με αποτέλεσμα η θεραπεία να καθιστάται ακόμα περιπλοκότερη για τους επαγγελματίες υγείας. Συνεπώς, δεν είναι σπάνιο το γεγονός ότι οι αγχώδεις διαταραχές παραμένουν μη διεγνωσμένες και μη θεραπευμένες για αρκετά χρόνια, οδηγώντας έτσι στην χειροτέρευση της κατάστασης του πάσχοντα.⁽⁷⁵⁾

Οι αγχώδεις διαταραχές είναι θεραπεύσιμες. Ωστόσο, χρειάζεται περισσότερη έρευνα σχετικά με την εμπάθυνση των γνώσεών μας σχετικά με τους βιολογικούς μηχανισμούς που θα προκαλέσουν άγχος και με τις μεθόδους που μπορούν να χρησιμοποιηθούν προκειμένου να προβλεπτούν και να ανιχνεύονται νωρίτερα οι αγχώδεις διαταραχές.⁽⁷⁵⁾ Τόσο η ψυχοθεραπεία όσο και η φαρμακοθεραπεία έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικές, με ιδανικότερη θεραπευτική δίοδο τον συνδυασμό και των δύο. Θα δοθεί έμφαση είτε στην ψυχοθεραπεία είτε στην φαρμακοθεραπεία, ανάλογα με την βαρύτητα του εν λόγω περιστατικού. Εάν η συμπτωματολογία είναι σχετικά ήπια θα δοθεί έμφαση στην ψυχιατρική και ψυχολογική υποστήριξη, ενώ αν η συμπτωματολογία είναι βαρύτερη θα δοθεί έμφαση στην φαρμακολογική απόκριση.⁽⁷⁵⁾ Πέρα από τις συστηματικές θεραπείες, είναι αναγκαία και η συνέχιση των δοκιμών και των ερευνών εναλλακτικών θεραπευτικών διόδων, όχι μόνο με σκοπό την πρόληψη των διαταραχών αλλά και για τις περιπτώσεις που η εν λόγω διαταραχή είναι ανθεκτική στα κλασσικά θεραπευτικά σχήματα.⁽⁷⁵⁾

Ο ρόλος που θα αναλάβει ο νοσηλευτής εντός του θεραπευτικού σχήματος των αγχώδων διαταραχών είναι σημαντικότερος. Ο νοσηλευτής θα είναι παρόν σε κάθε βήμα της θεραπείας. Από το αρχικό στάδιο, στο οποίο ο ασθενής θα χρειάζεται ενημέρωση, διδασκαλία και καθοδήγηση έως το τελικό, στο οποίο ο νοσηλευτής θα κληθεί να προετοιμάσει τον πάσχοντα για την επιτυχή επανένταξή του στην κοινωνία και στην καθημερινότητα.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; [2013], <https://dsm.psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596> (Section II, Anxiety Disorders). [Accessed 10 September 2020]
2. Overview of Anxiety Disorders in Children and Adolescents. Josephine Elia , md, Sidney Kimmel; [2020] Medical College of Thomas Jefferson University. MSD Manual Professional Version. [Online]. Available from: <https://www.msmanuals.com/professional/pediatrics/mental-disorders-in-children-and-adolescents/overview-of-anxiety-disorders-in-children-and-adolescents#:~:text=Anxiety%20disorders%20often%20emerge%20during,anxiety%20disorders%20later%20in%20life.> [Accessed 18 September 2020].
3. Anxiety Disorders: Under-diagnosed and insufficiently treated. Siegfried Kasper; [2010] ResearchGate. [Online]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/232079512_Anxiety_disorders_Under-diagnosed_and_insufficiently_treated [Accessed 05 September 2020].
4. Anxiety in older adults often goes undiagnosed. Ivan Koychev, Klaus P. Ebmeier; [2016] NCBI. [Online]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27180498/> [Accessed 17 September 2020]
5. Gender Differences in Anxiety Disorders: Prevalence, Course of Illness, Comorbidity and Burden of Illness. Carmen P. Mclean, Anu Asnaani, Brett Litz, and Stefan G Hofmann; [2012] NCBI. [Online]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3135672/> [Accessed 7 September 2020].
6. Uncertainty and Anticipation in Anxiety. Dan. W. Grupe and Jack. B Nitschke; [2014] NCBI. [Online]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4276319/> [Accessed 24 September 2020].
7. Post-traumatic stress disorder: the neurobiological impact of psychological trauma. Jonathan Sherin, MD, PHD, Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, University of Miami, Leonard. M. Miller School of Medicine, Miami, Florida, USA; Department of Mental Health and Behavioral Sciences, Miami Healthcare System, Miami, Florida, USA; Charles B Nemeroff, MD, PHD Charles B Nemeroff, Department of

Psychiatry and Behavioral Sciences, University of Miami, Leonard. M. Miller School of Medicine, Miami, Florida, [2011] USA;. NCBI. [Online]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3182008/> [Accessed 15 September 2020].

8. The Difference Between Fear and Anxiety. Sheryl Ankrom; [2020] Verywellmind. [Online]. Available from: <https://www.verywellmind.com/fear-and-anxiety-differences-and-similarities-2584399> [Accessed 12 September 2020].

9. The Benefits of Anxiety and Nervousness. Katharina Star; [2020] Verywellmind. [Online]. Available from: <https://www.verywellmind.com/benefits-of-anxiety-2584134> [Accessed 12 September 2020].

10. The Neurobiology of Anxiety Disorders: Brain Imaging, Genetics, and Psychoneuroendocrinology. Elizabeth Martin, PHD, Kerry. J. Ressler, MD, PHD, Elisabeth Binder, MD, PHD and Charles. B Nemeroff, MD, PHD; [2013] NCBI. [Online]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3684250/> [Accessed 5 October 2020].

11. Emotion Regulation and the Anxiety Disorders: An Integrative Review. Josh. M. Cisler, Bunmi Olatunji, Matthew. T. Feldner, and John. P. Forsyth; [2010]. NCBI. [Online]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2901125/> [Accessed 14 September 2020].

12. Risk Factors of Anxiety Disorders in Children. Malgorzata Dabkowska and Agnieszka Dabkowska-Mika; [2014] .Intechopen. [Online]. Available from: <https://www.intechopen.com/books/a-fresh-look-at-anxiety-disorders/risk-factors-of-anxiety-disorders-in-children> [Accessed 17 September 2020]

13. Treatment of anxiety disorders. Borwin Bandelow, MD, PHD, Sophie Michaelis, MD, Dirk Wedekind, MD, PHD [2017]. NCBI. [Online]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5573566/> [Accessed 15 October 2020].

14. The relationship between anxiety and the use of communication strategies. Larysa Grzegorzewska; [2015]. KSJcom. [Online]. Available from: <http://www.ksj.pwsz.konin.edu.pl/wp-content/uploads/2016/02/KSJ-33-295-311.pdf> [Accessed 02 October 2020].

15. Social Anxiety Disorder: Recognition, Assessment and Treatment. Copyright © The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists. Social Anxiety Disorder: Recognition, Assessment and Treatment. NICE Clinical Guidelines. [2013];1(159): <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK327674/> [Accessed 02 October 2020].
16. Generalized Anxiety Disorder. Sadaf Munir; Veronica Takov. McLaren Macomb Regional Medical Center; [2020]. NCBI. [Online]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441870/> [Accessed 22 October 2020].
17. Generalized Anxiety Disorder. Cecil R. Reynolds, Randy W. Kamphaus; [2013]. PearsonClinical. [Online]. Available from: https://images.pearsonclinical.com/images/assets/basc-3/basc3resources/DSM5_DiagnosticCriteria_GeneralizedAnxietyDisorder.pdf [Accessed 01 October 2020].
18. The Diagnosis and Treatment of Generalized Anxiety Disorder. Borwin Bandelow, Reinhard Boerner, Siegfried Kasper, Michael Linden, Hans-Ulrich Wittchen, Hans-Jürgen Möller; [2013]. NCBI. [Online]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3651952/> [Accessed 17 September 2020].
19. Association of Ego Defense Mechanisms with Academic Performance, Anxiety and Depression in Medical Students: A Mixed Methods Study. Ahmed Waqas, Abdul Rehman, Aamenah Malik, Umer Muhammad, Sarah Khan and Nadia Mahmood; [2015]. NCBI. [Online]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4627837/> [Accessed 17 September 2020]
20. Mechanisms of Attentional Biases towards Threat in the Anxiety Disorders: An Integrative Review. Josh. M. Cisler and Ernst. H. W. Koster; [2009]. NCBI. [Online]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2814889/> [Accessed 2 October 2020].
21. Neurobiological Correlates of Cognitions in Fear and Anxiety: A Cognitive-Neurobiological Information Processing Model. Stefan.G. Hofmann, Kristen. K. Ellard, and Greg. J. Siegle; [2011] NCBI. [Online]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3229257/> [Accessed 4 October 2020].

22. A novel theory of experiential avoidance in generalized anxiety disorder: A review and synthesis of research supporting a contrast avoidance model of worry. Michelle. G. Newman and Sandra. J. Llera; [2011]. NCBI. [Online]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3073849/> [Accessed 18 September 2020]

23. How an Age of Anxiety Became an Age of Depression. Allan. V. Horwitz; [2010]. NCBI. [Online]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2888013/> [Accessed 07 November 2020].

24. GABA Receptor. Allen MJ, Sabir S, Sharma S. GABA Receptor. (1st ed.). Copyright © 2020, StatPearls Publishing LLC: StatPearls Publishing, Treasure Island (FL); 2020. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK526124/> [Accessed 02 November 2020].

25. Anxiety disorders and GABA neurotransmission: a disturbance of modulation. Philippe Nuss; [2015]. NCBI. [Online]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4303399/> [Accessed 11 October 2020].

26. The impact of stress on body function: A review. Habib Yaribeygi, Yunes Panahi, Hedayat Sahraei, Thomas P. Johnston, and Amirhossein Sahebkar; [2017]. NCBI. [Online]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5579396/> [Accessed 02 November 2020].

27. Family History of Psychological Problems in Generalized Anxiety Disorder. Katie. A. Mclaughlin, Evelyn Behar, and T.D. Borkovec. Penn State University; [2014]. NCBI. [Online]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4081441/> [Accessed 26 October 2020].

28. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. [2016]. *Impact of the DSM-IV to DSM-5 Changes on the National Survey on Drug Use and Health*. CBHSQ Methodology Report. Center for Behavioral Health Statistics and Quality, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville, MD. Cristie Glasheen, RTI Author, Kathryn Batts, RTI Author, Rhonda Karg, RTI Author, Jonaki Bose, SAMHSA Author, Sarra Hedden, SAMHSA Author, Kathryn Piscopo, SAMHSA Author, David Hunter, RTI Project Director, and Peter Tice, SAMHSA Project Officer. Available from:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519697/?report=reader> [Accessed October 2020].

29. Anxiety and Related Disorders. Ágnes szirmai. Anxiety and Related Disorders. [P.17] Aug 29, 2011: Intech, Janesa Trdine 9, 51000 Rijeka, Croatia; [2011]. [https://books.google.gr/books?id=xO2dDwAAQBAJ&pg=PA17&lpg=PA17&dq=GAD+is+not+due+to+direct+physiological+effects+of+substances+\(eg+a+drug+or+abuse+of+a+drug\)+or+a+general+medical+condition+\(eg+hyperthyroidism\).&source=bl&ots=g0onwDBH91&sig=ACfU3U20pWiaSVXHL253BP2ZXdFkdjA9g&hl=en&sa=X&ved=2ahUKEwidio mw vsAhXG- yoKHWcwA5QQ6AEwAnoECAIQAg#v=onepage&q=GAD%20is%20not%20due%20to%20direct%20physiological%20effects%20of%20substances%20\(eg%20a%20drug%20or%20abuse%20of%20a%20drug\)%20or%20a%20general%20medical%20condition%20\(eg%20hyperthyroidism\).&f=false](https://books.google.gr/books?id=xO2dDwAAQBAJ&pg=PA17&lpg=PA17&dq=GAD+is+not+due+to+direct+physiological+effects+of+substances+(eg+a+drug+or+abuse+of+a+drug)+or+a+general+medical+condition+(eg+hyperthyroidism).&source=bl&ots=g0onwDBH91&sig=ACfU3U20pWiaSVXHL253BP2ZXdFkdjA9g&hl=en&sa=X&ved=2ahUKEwidio mw vsAhXG- yoKHWcwA5QQ6AEwAnoECAIQAg#v=onepage&q=GAD%20is%20not%20due%20to%20direct%20physiological%20effects%20of%20substances%20(eg%20a%20drug%20or%20abuse%20of%20a%20drug)%20or%20a%20general%20medical%20condition%20(eg%20hyperthyroidism).&f=false) [Accessed 28 October 2020]

30. Benzodiazepines I: Upping the Care on Downers: The Evidence of Risks, Benefits and Alternatives. Jeffrey Guina and Brian Merrill; [2018]. NCBI. [Online]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5852433/> [Accessed 11 October 2020].

31. Management of benzodiazepine misuse and dependence. Jonathan brett, staff specialist1 and bridin murnion, senior staff specialist; [2015]. NCBI. [Online]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4657308/> [Accessed 09 November 2020].

32. Buspirone. Tyler. K. Wilson, Jayson Tripp; [2014]. NCBI. [Online]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK531477/> [Accessed 04 November 2020].

33. The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. Stefan. G. Hofmann, Anu Asnaani, Imke. J.J Vonk, Alice. T. Sawyer, Angela Fang; [2012]. NCBI. [Online]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3584580/> [Accessed 08 November 2020].

34. Why Cognitive Behavioral Therapy Is the Current Gold Standard of Psychotherapy. Daniel David, Ioana Cristea and Stefan. G. Hofmann;

- [2018]. NCBI. [Online]. Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5797481/> [Accessed 30 October 2020].
35. Cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders: an update on the empirical evidence. Antonia. N. Kaczurkin; [2015].NCBI. [Online]. Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4610618/> [Accessed 01 November 2020].
36. Obsessive–compulsive disorder. Dan J. Stein, Daniel L. Costa, Christine Lochner, Euripedes C. Miguel, Janardhan Reddy, Roseli G. Shavitt, Odile A. Van Den Heuvel and H. Blair Simpson; [2019]. NCBI. [Online]. Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7370844/> [Accessed 03 December 2020].
37. Obsessive-Compulsive Disorder: Diagnosis and Management. Ill N. Fenske and Ketti Petersen. American Family Physician; [2015]. [Online]. Available from:
<https://www.aafp.org/afp/2015/1115/p896.html> [Accessed 13 October 2020].
38. Obsessive-Compulsive Disorder. Hannah Brock, Manassa Hany; [2020]. NCBI. [Online]. Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK553162/> [Accessed 02 December 2020].
39. Clinical practice guidelines for Obsessive-Compulsive Disorder. Yc Janardhan Reddy, A. Shyam Sundar, Janardhanan Narayanaswamy, and Suresh Bada Math; [2017]. NCBI. [Online]. Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5310107/> [Accessed 13 October 2020].
40. Brief strategic therapy for obsessive–compulsive disorder: a clinical and research protocol of a one-group observational study. Giada Pietrabissa, Gian Mauro Manzoni, Padraic Gibson, Donald Boardman, Alessio Gori and Gianluca Castelnovo; [2016]. NCBI. [Online]. Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4809083/> [Accessed 7 November 2020].
41. Obsessive compulsive disorder. Mustafa Soomro; [2012]. NCBI. [Online]. Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3285220/#:~:text=The%20cause%20of%20OCD%20is,at%20least%20in%20some%20groups.> [Accessed 18 October 2020].
42. The genetics of obsessive-compulsive disorder: a review. David Pauls; [2010]. NCBI. [Online]. Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3181951/> [Accessed 14 November 2020].

43. Genetics of obsessive-compulsive disorder. Abhishek Purty, Gerald Nestadt, Jack Samuels, and Biju Viswanath; [2019]. NCBI. [Online]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6343406/> [Accessed 03 November 2020].
44. Understanding Obsessive-Compulsive and Related Disorders. Elias Aboujaoude, Alan Ringold, Carolyn Rodriguez, Nolan Williams, Lorrin Koran; [2020]. {Stanford.edu}. [Online]. Available from: <https://med.stanford.edu/ocd/about/understanding.html> [Accessed 18 November 2020].
45. Impact of the DSM-IV to DSM-5 Changes on the National Survey on Drug Use and Health [Internet]. Substance abuse and mental health services administration rockville (md): substance abuse and mental health services administration (us); [2016]. NCBI. [Online]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519704/table/ch3.t13/> [Accessed 01 December 2020].
46. Situation Awareness in Obsessive Compulsive Disorder and Their Relatives: an Endophenotype Study. Didem Tezcan and Selim Tmkaya; [2018]. NCBI. [Online]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6300842/> [Accessed 08 November 2020].
47. Symptom Subtype and Quality of Life in Obsessive-Compulsive Disorder. Carly M. Schwartzman, Christina Boisseau, Nicholas J. Sibrava, Maria C. Mancebo, Jane Eisen, and Steven A. Rasmussen; [2017]. NCBI. [Online]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5526338/> [Accessed 04 December 2020].0
48. Cognitive-behavioral therapy for obsessive–compulsive disorder: access to treatment, prediction of long-term outcome with neuroimaging. Joseph O’Neill and Jamie D. Feusner; [2015]. NCBI. [Online]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4516342/> [Accessed 03 December 2020].
49. Management of Obsessive-Compulsive Disorder. Phillip J. Seibell and Eric Hollander; [2014]. NCBI. [Online]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4126524/> [Accessed 02 December 2020].
50. Early Onset of Response With Selective Serotonin Reuptake Inhibitors in Obsessive-Compulsive Disorder: A Meta-Analysis. Yasmin Issari, Ewgeni Jakubovski,

Christine A. Bartley, Christopher Pittenger and Michael H. Bloch. *The Journal of Clinical Psychiatry*; [2016]. [Online]. Available from: <https://www.psychiatrist.com/JCP/article/Pages/trajectory-of-ssri-action-in-ocd.aspx> [Accessed 06 October 2020].

51. Psychopharmacological Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder (OCD). Antonio del Casale, Serena Sorice, Alessio Padovano, Maurizio Simmaco, Stefano Ferracuti, Dorian A. Lamis, Chiara Rapinesi, Gabriele Sani, Paolo Girardi, Georgios D. Kotzalidis, and Maurizio Pompili; [2019]. NCBI. [Online]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7059159/> [Accessed 01 December 2020].

52. ERP Therapy – A Good Choice for Treating Obsessive Compulsive Disorder (OCD). Janet Singer. *MentalHelpnet*; [2012]. [Online]. Available from: [https://www.mentalhelp.net/blogs/erp-therapy-a-good-choice-for-treating-obsessive-compulsive-disorder-ocd/#:~:text=Exposure%20Response%20Prevention%20Therapy%20\(ERP,and%20then%20refraining%20from%20ritualizing.](https://www.mentalhelp.net/blogs/erp-therapy-a-good-choice-for-treating-obsessive-compulsive-disorder-ocd/#:~:text=Exposure%20Response%20Prevention%20Therapy%20(ERP,and%20then%20refraining%20from%20ritualizing.) [Accessed 12 December 2020].

53. Patient adherence and treatment outcome with exposure and response prevention for OCD: Which components of adherence matter and who becomes well?. Michael G. Wheaton, Hanga Galfaly, Shari A. Steinman, Melanie M. Wall, Edna B. Foa and Blair Simpson; [2017]. NCBI. [Online]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5031484/> [Accessed 02 December 2020].

54. Dropout rates in exposure with response prevention for obsessive-compulsive disorder: What do the data really say?. Clarissa Wong, Joseph W. Clyde, Ellen J. Bluett, Michael E. Levin, Michael P. Twohig. *DigitalCommons*; [2016]. [Online]. Available from: https://digitalcommons.usu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2217&context=psych_facpub [Accessed 14 October 2016].

55. Exposure and Response Prevention in the Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder: Current Perspectives. Clara Law and Christina Iboisseau; [2019]. NCBI. [Online]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6935308/> [Accessed 29 October 2020].

56. Imaginal Exposure for OCD and Anxiety. By OCD center of Los Angeles. OCD Centre of Los Angeles; [2016]. [Online]. Available from: <https://ocdla.com/imaginal-exposure-ocd-anxiety-4847> [Accessed 12 November 2020].

57. Imaginal Exposure vs. In Vivo Exposure for OCD. Steven J. Seay. Steveseaycom; [2016]. [Online]. Available from: <http://www.steveseay.com/imaginal-exposure-ocd-in-vivo/> [Accessed 05 December 2020].

58. Exposure and Response (Ritual) Prevention for Obsessive Compulsive Disorder. Foa FB, Yadin E, Lichner TK.. New York: Oxford University Press; 2012. (Page.105) Available from: https://books.google.gr/books?hl=en&lr=&id=aLV9kWG9kmUC&oi=fnd&pg=PP1&ots=iWsCaQTBd9&sig=CCPWR6bE2hXcfT7Webxh9l-tzTM&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false [Accessed 02 November 2020]

59. Exposure and response prevention for obsessive-compulsive disorder: A review and new directions. Dianne M. Hezel and Blair Simpson; [2019]. NCBI. [Online]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6343408/> [Accessed 02 December 2020].

60. Patient Utilization of Cognitive-Behavioral Therapy for OCD. Maria C. Mancebo, Jane L. Eisen, Nicholas Sibrava, Ingrid R. Dyck, and Steven A. Rasmussen; [2011]. NCBI. [Online]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3857709/> [Accessed 13 December 2020].

61. Do negative beliefs about exposure therapy cause its suboptimal delivery? An experimental investigation. Nicholas R. Farrell, Brett J Deacon, Joshua J. Kemp, Laura J. Dixon, Jennifer Tsy; [2013]. NCBI. [Online]. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0887618513000431?via%3Dihub> [Accessed 27 November 2020].

62. The Struggle of Behavioral Therapists With Exposure: Self-Reported Practicability, Negative Beliefs, and Therapist Distress About Exposure-Based Interventions. Andre Pittigro, Ana Kotter, Jürgen Hoyer; [2018]. ScienceDirect. [Online]. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S000578941830087X?via%3Dihub> [Accessed 03 October 2020].

63. Panic Disorder. Curt Cackovic, Saad Nazir, Raman Marwaha; [2020]. NCBI. [Online]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430973/> [Accessed 02 December 2020].
64. Panic Disorder. Mohammed A. Memon. Medscape; [2018]. [Online]. Available from: <https://emedicine.medscape.com/article/287913-overview> [Accessed 27 October 2020].
65. Gender Differences in Anxiety Disorders: Prevalence, Course of Illness, Comorbidity and Burden of Illness. Carmen P. Mclean, Anu Asnaani, Brett T. Litz, and Stefan G. Hofmann. NCBI; [2012]. [Online]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3135672/> [Accessed 11 October 2020].
66. The Age of Onset of Anxiety Disorders. Jasmijn M. De Lijster, Bram Dierckx, Elisabeth M. Utens, Frank C. Verhulst, Carola Zieldorff, Gwen C. Dieleman, and Jeroen S. Legerstee, ; [2016]. NCBI. [Online]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5407545/> [Accessed 18 November 2020].
67. Do Unexpected Panic Attacks Occur Spontaneously? Alicia E. Meuret, David Rosenfield, Frank H. Wilhelm, Enlu Zhou, Ansgar Conrad, Thomas Ritz, Walton T Roth; [2011] NCBI. [Online]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3327298/> [Accessed 02 November 2020].
68. Is panic disorder a disorder of physical fitness? A heuristic proposal. Giampaolo Perna, and Daniela Caldirola; [2018]. NCBI. [Online]. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5843823/?report=reader#_ffn_sectitle [Accessed 05 December 2020].
69. Hippocampal Hyperexcitability Underlies Enhanced Fear Memories in TgNTRK3, a Panic Disorder Mouse Model. Mónica Santos, Davide D'Amico, Ornella Spadoni, Alejandro Amador-Arjona, Oliver Stork, and Mara Dierssen; [2013] NCBI. [Online]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6618414/?report=reader#!po=75.0000> [Accessed 03 December 2020].
70. Panic Attacks and Panic Disorder. Melinda Smith, Lawrence Robinson, and Jeanne Segal; [2013]. Helpguide. [Online]. Available from: <https://www.helpguide.org/articles/anxiety/panic-attacks-and-panic->

[disorders.htm#:~:text=Severe%20stress%2C%20such%20as%20the,conditions%20and%20other%20physical%20causes.](#) [Accessed 15 November 2020].

71. Anxiety Disorders Clinical Presentation. Nita V. Bhatt; [2019]. Medscape. [Online]. Available from: <https://emedicine.medscape.com/article/286227-clinical#b1> [Accessed 01 December 2020].

72. The Effects of Extraverted Temperament on Agoraphobia in Panic Disorder. Anthony J. Rosellini, Amy E. Lawrence, and Timothy A. Brown; [2012]. NCBI. [Online]. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3487397/#_ffn_sectitle [Accessed 01 December 2020].

73. What Is Exposure Therapy?. Society of Clinical Psychology; [2020]. APAorg. [Online]. Available from: <https://www.apa.org/ptsd-guideline/patients-and-families/exposure-therapy#:~:text=Exposure%20therapy%20is%20a%20psychological,help%20people%20confront%20their%20fears.&text=The%20exposure%20to%20the%20feared,reduce%20fear%20and%20decrease%20avoidance.> [Accessed 16 November 2020].

74. Patterns of benzodiazepines use in primary care adults with anxiety disorders. Marie-michèle Tanguay Bernard, Mireille Luc, Jean-Daniel Carrier, Louise Fournier, Arnaud Duhoux, Elodie Côté, Olivier Lessard, Catherine Gibeault, Christian Bocti, and Pasquale Robergea; [2018]. NCBI. [Online]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6039319/?report=reader#!po=67.6471> [Accessed 02 November 2020].

75. Anxiety disorders: a review of current literature. Florence Thibaut; [2017]. NCBI. [Online]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5573565/?report=reader#!po=50.0000> [Accessed 03 November 2020].

76. Posttraumatic Stress Disorder: Overview of Evidence-Based Assessment and Treatment. Cynthia Lancaster, Jenni B. Teeters, Daniel F. Gros, and Sudie E. Back; [2016]. NCBI. [Online]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5126802/> [Accessed 24 November 2020].

77. Determinants of the development of post-traumatic stress disorder, in the general population. Marc Perrin, Caroline Vandeleur, Enrique Castelao, Stéphane Rothen, Jennifer Glaus, Peter Vollenweider, Martin Preisig; [2014]. Pubmed. [Online]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24022753/> [Accessed 22 October 2020].

78. Posttraumatic Stress Disorder in Adults: Impact, Comorbidity, Risk Factors, and Treatment. Jitender Sareen; [2014]. NCBI. [Online]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4168808/> [Accessed 03 November 2020].

79. Post-Traumatic Stress Disorder. The National Institute of Mental Health Information Resource Center; [2018]. NIH. [Online]. Available from: <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/post-traumatic-stress-disorder-ptsd/index.shtml> [Accessed 09 November 2020].

80. Post-traumatic Stress Disorder: The Neurobiological Impact of Psychological Trauma. Jonathan E. Sherin; [2011]. NCBI. [Online]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3182008/> [Accessed 03 October 2020].

81. Neurobiology of PTSD and Implications for Treatment: An overview. Maria-Olga Sakellariou and Athena Stefanatou. Pulsus; [2017]. [Online]. Available from: <https://www.pulsus.com/scholarly-articles/neurobiology-of-ptsd-and-implications-for-treatment-an-overview.html> [Accessed 01 December 2020].

82. Biological Studies of Posttraumatic Stress Disorder. Roger K. Pitman, Ann M. Rasmusson, Karestan C. Koenen, Lisa M. Shin, Scott P. Orr, Mark W. Gilbertson, Mohammed R. Milad, and Israel Liberzonh; [2016]. NCBI. [Online]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4951157/> [Accessed 3 December 2020].

83. Structural Brain Changes in PTSD. Ana Starcevic. Intechopen. [2015]. [Online]. Available from: <https://www.intechopen.com/books/a-multidimensional-approach-to-post-traumatic-stress-disorder-from-theory-to-practice/structural-brain-changes-in-ptsd> [Accessed 01 December 2020].

84. The Impact of Past Trauma on Psychological Distress: The Roles of Defense Mechanisms and Alexithymia. Siqu Fang, Man Cheung Chung and Yabing Wang. Frontiers in Psychology; [2020]. [Online]. Available from:

<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2020.00992/full> [Accessed 06 October 2020].

85. Intrusive memories of trauma: A target for research bridging cognitive science and its clinical application. Lalitha Iyadurai, Renée M. Visser, Alex Lau-Zhu, Kate Porcheret, Antje Horsch, Emily A. Holmes and Ella James; [2019].NCBI. [Online]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6475651/> [Accessed 18 November 2020].

86. Posttraumatic Stress Disorder in the DSM-5: Controversy, Change, and Conceptual Considerations. Anushka Pai, Alina M. Suris, and Carol S. North; [2017]. NCBI. [Online]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5371751/> [Accessed 15 November 2020].

87. Post- traumatic stress disorder: a state- of- the- art review of evidence and challenges. Richard a bryant. Wiley Online Library; [2019]. [Online]. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/wps.20656> [Accessed 22 October 2020].

88. Posttraumatic stress disorder: from diagnosis to prevention. Xue-Rong Miao, Qian-Bo Chen, Kai Wei, Kun-Ming Tao, and Zhi-Jie Lu; [2018]. NCBI. [Online]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6161419/> [Accessed 26 November 2020].

89. Trauma-Informed Care in Behavioral Health Services, Understanding the Impact of Trauma. Treatment Improvement Protocol (tip) Series. Issue No 57, Center for Substance Abuse Treatment (US); [2014].NCBI. [Online]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK207191/> [Accessed 2 December 2020].

90. Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) and Stress Related Disorders. Arieh Shalev; [2010]. NCBI. [Online]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2746940/> [Accessed 01 November 2020].

91. Can't Get It Out Of My Mind: A Systematic Review of Predictors of Intrusive Memories of Distressing Events. Elizabeth H. Marks, Anna R. Franklin, and Lori A. Zoellner; [2018]. NCBI. [Online]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5938103/> [Accessed 01 December 2020].

92. The Return of the Repressed: The Persistent and Problematic Claims of Long-Forgotten Trauma. Henry Otgaar, Mark Howe, Lawrence Patihis, Harald

Merckelbach, Steven Jay Lynn, Scott O. Lilienfeld, and Elizabeth F. Loftus; [2019]. NCBI. [Online]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6826861/> [Accessed 4 November 2020].

93. Restless ‘rest’: Intrinsic Sensory Hyperactivity and Disinhibition in Post-Traumatic Stress Disorder. Kevin Clancy, Mingzhou Ding, Edward Bernat, Norman B. Schmidt, and Wen Lic; [2017]. NCBI. [Online]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6059177/> [Accessed 02 September 2020].

94. Treating PTSD: A Review of Evidence-Based Psychotherapy Interventions. Laura E. Watkins, Kelsey R. Sprang and Barbara O. Rothbaum; [2018]. NCBI. [Online]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6224348/> [Accessed 02 December 2020].

95. The Role of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Therapy in Medicine: Addressing the Psychological and Physical Symptoms Stemming from Adverse Life Experiences. Francine Shapiro; [2014]. NCBI. [Online]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3951033/> [Accessed 09 October 2020].

96. The Use of Eye-Movement Desensitization Reprocessing (EMDR) Therapy in Treating Post-traumatic Stress Disorder—A Systematic Narrative Review. Gemma Wilson, Derek Farrell, Ian Barron, Jonathan Hutchins, Dean Whybrow and Matthew D. Kiernan; [2018]. NCBI. [Online]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5997931/> [Accessed 13 September 2020].

97. Are There Effective Psychopharmacologic Treatments for PTSD? Teddy J. Akiki, and Chadi G. Abdallah; [2018]. NCBI. [Online]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6436624/> [Accessed 02 October 2020].

98. Comorbidity Between Post-Traumatic Stress Disorder and Major Depressive Disorder: Alternative Explanations and Treatment Considerations. Janine D. Flory, Rachel Yehuda; [2015]. NCBI. [Online]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4518698/> [Accessed 29 October 2020].

99. Pharmacotherapy for Post-traumatic Stress Disorder In Combat Veterans. Walter Alexander; [2012]. NCBI. [Online]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3278188/#:~:text=SSRIs%20affect%20t>

he%20neurotransmitter%20serotonin,sleep%2C%20and%20other%20bodily%20function s.&text=Although%20SSRIs%20are%20associated%20with,of%20patients%20achieve%20complete%20remission. [Accessed 25 October 2020].

100. Pharmacotherapy of Post-Traumatic Stress Disorder: Going Beyond the Guidelines. Jonathan Davidson; [2016]. NCBI. [Online]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5609778/> [Accessed 02 September 2020].

101. How Does Eye Movement Desensitization and Reprocessing Therapy Work? A Systematic Review on Suggested Mechanisms of Action. Ramon Landin-Romero, Ana Moreno-Alcazar, Marco Pagani and Benedikt Amann. *Frontiers in Psychology*; [2018]. [Online]. Available from: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2018.01395/full> [Accessed 01 December 2020].

102. Implementation of Cognitive Therapy for PTSD in routine clinical care: Effectiveness and moderators of outcome in a consecutive sample. Anke Ehlers, Nick Grey, Jennifer Wild, Richard Stott, Sheena Liness, Alicia Deale, Rachel Handley, Idit Albert, Deborah Cullen, Ann Hackmann, John Manley, Freda Mcmanus, Francesca Brady, Paul Salkovskis, and David M. Clark; [2013]. NCBI. [Online]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3897916/> [Accessed 28 October 2020].

103. PTSD Treatment for Veterans: What's Working, What's New, and What's Next. Miriam Reisman; [2016]. NCBI. [Online]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5047000/#b4-ptj4110623> [Accessed 02 December 2020].

104. Treatment Efficacy for Veterans With Posttraumatic Stress Disorder: Latent Class Trajectories of Treatment Response and Their Predictors. Dominic Murphy and Kirsten V. Smith; [2018]. NCBI. [Online]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6456014/> [Accessed 02 October 2020].

105. Early psychological intervention following recent trauma: A systematic review and meta-analysis. Neil P. Roberts, Neil J. Kitchiner, Justin Kenardy, Catrin E. Lewis and Jonathan I. Bisson; [2019]. NCBI. [Online]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6913678/> [Accessed 30 October 2020].

106. Interventions for the Prevention of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Adults After Exposure to Psychological Trauma [Internet]. Gerald Gartlehner, Catherine A. Forneris, Kimberly A. Brownley, Bradley N. Gaynes, Jeffrey Sonis Emmanuel Coker-Schwimmer, Daniel E. Jonas, Amy Greenblatt, Tania M. Wilkins, Carol Woodell, Kathleen N. Lohr; [2013]. NIH. [Online]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23658936/> [Accessed 06 October 2020].

107. Group Therapy. Treasure island (fl): statpearls publishing; [2020]. NCBI. [Online]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK549812/> [Accessed 05 October 2020].

108. Cognitive-behavioral group treatment for veterans diagnosed with PTSD: Design of a hybrid efficacy-effectiveness clinical trial. Denise M. Sloan, William Unger, and J. Gayle Becke; [2015]. NCBI. [Online]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4838993/> [Accessed 02 December 2020].

109. Social Anxiety Disorder. Gregory M. Rose; Prasanna Tadi; [2020]. NCBI. [Online]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK555890/> [Accessed 05 December 2020].

110. Social anxiety disorder: looking back and moving forward. Hyett MP, McEvoy PM; [2018]. Social Psychol Med. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29321077/> [Accessed 02 December 2020].

111. Social anxiety disorder. Nice clinical guidelines, no 159 national collaborating centre for mental health (uk); [2013]. NCBI. [Online]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK327674/> [Accessed 01 December 2020].

112. Avoidance Behaviors and Social Anxiety Disorder. Arlin Cuncic. Verywellmind; [2020]. [Online]. Available from: <https://www.verywellmind.com/what-are-avoidance-behaviors-3024312> [Accessed 02 December 2020].

113. Understanding Social Anxiety Disorder in Adolescents and Improving Treatment Outcomes. Eleanor Leigh and David M. Clark. NCBI; [2018]. [Online]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6447508/> [Accessed 29 November 2020].

114. Philip Jefferies, Jan Höltge, Michael Ungar. ResearchGate; [2017]. [Online]. Available from: [https://www.researchgate.net/publication/317269661_Gender_differences_in_social_anxiety_disorder_A_review#:~:text=Social%20anxiety%20disorder%20is%20more,et%20al.%2C%202012\).](https://www.researchgate.net/publication/317269661_Gender_differences_in_social_anxiety_disorder_A_review#:~:text=Social%20anxiety%20disorder%20is%20more,et%20al.%2C%202012).) [Accessed 29 October 2020].

115. Social anxiety disorder (social phobia). Mayo clinic staff. MayoClinic; [2017]. [Online]. Available from: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/social-anxiety-disorder/symptoms-causes/syc-20353561> [Accessed 17 October 2020].

116. Psychoanalysis of Social Anxiety Disorder. Amy morin. Verywellmind; [2020]. [Online]. Available from: [https://www.verywellmind.com/psychoanalysis-for-social-anxiety-disorder-3024911#:~:text=Psychoanalysis%20for%20social%20anxiety%20disorder%20\(SAD\)%20is%20based%20on%20psychodynamic,problem%20that%20develops%20during%20childhood.](https://www.verywellmind.com/psychoanalysis-for-social-anxiety-disorder-3024911#:~:text=Psychoanalysis%20for%20social%20anxiety%20disorder%20(SAD)%20is%20based%20on%20psychodynamic,problem%20that%20develops%20during%20childhood.) [Accessed 05 December 2020].

117. Psychodynamic Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy in Social Anxiety Disorder: A Multicenter Randomized Controlled Trial. Falk Leichenring, Simone Salzer, Manfred Beutel, Stephan Herpertz, Wolfgang Hiller, Juergen Hoyer, Johannes Huesing, Peter Joraschky, Bjoern Nolting, Karin Poehlmann, Viktoria Ritter, Ulrich Stangier, Bernhard Strauss, Nina Stuhldreher, Susan Tefikow, Tobias Teismann, Ulrike Willutzki, Joerg Wiltink and Eric Leibing. The American Journal of Psychiatry; [2013]. [Online]. Available from: <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ajp.2013.12081125> [Accessed 01 December 2020].

118. Neurobiological Aspects of Social Anxiety Disorder. Tomas Furmark; [2010]. ResearchGate. [Online]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/26787828_Neurobiological_Aspects_of_Social_Anxiety_Disorder [Accessed 23 November 2020].

119. Neuroimaging in anxiety disorders. Kathrin Holzschneider, Christoph Mulert; [2011]. NCBI. [Online]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3263392/> [Accessed 04 December 2020].

120. DSM-5 Changes: Implications for Child Serious Emotional Disturbance [Internet]. Substance abuse and mental health services administration rockville (md); [2016] substance abuse and mental health services administration (us); . NCBI. [Online]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519712/table/ch3.t12/> [Accessed 03 November 2020].

121. DSM-IV and DSM-5 social anxiety disorder in the Australian community. Erica Crome, Rachel Grove, Andrew J. Baillie, Matthew Sunderland, Maree Teesson. Sagepub; [2016]. [Online]. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0004867414546699> [Accessed 04 November 2020].

122. Social Anxiety Disorder: Symptoms, Causes and Treatment. Jessica Truschel. Psycom. [Online]. Available from: <https://www.psycom.net/social-anxiety-disorder-overview> [Accessed 15 November 2020].

123. Social Anxiety Disorder. Penn Psychiatry. Perelman, School of Medicine; [2020]. [Online]. Available from: https://www.med.upenn.edu/ctsa/social_anxiety_symptoms.html [Accessed 03 December 2020].

124. Social Anxiety Disorder. Healthline staff. Healthline; [2016]. [Online]. Available from: <https://www.healthline.com/health/anxiety/social-phobia#outlook> [Accessed 02 December 2020].

125. Social Anxiety Disorder. Adaa staff. Anxiety and depression association of America; [2020]. [Online]. Available from: <https://adaa.org/understanding-anxiety/social-anxiety-disorder> [Accessed 05 November 2020].

126. Symptoms and Diagnosis of Social Anxiety Disorder. Arlin Cuncic. NCBI; [2020]. [Online]. Available from: <https://www.verywellmind.com/social-anxiety-disorder-symptoms-and-diagnosis-4157219> [Accessed 03 November 2020].

127. Pharmacological treatment of anxiety disorders: Current treatments and future directions. Frank Farach, Larry Pruitt, Janie Jun, Alissa Jerud, Lori Zoellner, and Peter Roy-Byrne. NCBI. [Online]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3539724/> [Accessed 03 December 2020].

128. Medication for Anxiety. Anxiety and depression association of america. Adaacom. [Online]. Available from: [https://adaa.org/finding-help/treatment/medication#:~:text=Serotonin-Norepinephrine%20Reuptake%20Inhibitors%20\(SNRIs\)&text=These%20medications%20are%20considered%20as,the%20preferred%20first%20line%20treatment](https://adaa.org/finding-help/treatment/medication#:~:text=Serotonin-Norepinephrine%20Reuptake%20Inhibitors%20(SNRIs)&text=These%20medications%20are%20considered%20as,the%20preferred%20first%20line%20treatment). [Accessed 04 December 2020].

129. Addressing the Side Effects of Contemporary Antidepressant Drugs: A Comprehensive Review. Sheng-min Wang, Changsu Han, Won-Myoung Bahk, Soo-jung Lee, Ashwin Patkar, Prakash Masand, and Chi-un Pae. NCBI; [2018]. [Online]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5972123/> [Accessed 04 December 2020].

130. Sexual dysfunction in selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) and potential solutions: A narrative literature review. Elizabeth Jing and Kristyn Straw-wilson. NCBI; [2016]. [Online]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6007725/> [Accessed 06 December 2020].

131. Depression and anxiety. Pharmacological treatment in general practice. Steven Ellen. Racgp; [2010] [Online]. Available from: <https://www.racgp.org.au/afpbackissues/2007/200704/200704ellen.pdf> [Accessed 04 December 2020].

132. Thomas Christiansen, Christina Caplinger. The Recovery Village; [2020]. [Online]. Available from: <https://www.therecoveryvillage.com/prescription-drug-addiction/related-topics/tricyclic-antidepressants-vs-ssri/#:~:text=Tricyclic%20antidepressants%20usually%20have%20more,by%20selectivel y%20inhibiting%20serotonin%20transporters>. [Accessed 04 December 2020].

133. Monoamine Oxidase Inhibitors (MAOI). Treasure island (fl): statpearls publishing. NCBI; [2020]. [Online]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539848/> [Accessed 03 December 2020].

134. What are the mechanisms of action of benzodiazepines and benzodiazepine receptor agonists for insomnia? Jasvinder Chawla. Medscape; [2018]. [Online]. Available from: <https://www.medscape.com/answers/1187829-70503/what-are-the-mechanisms-of-action-of-benzodiazepines-and-benzodiazepine-receptor-agonists-for->

insomnia#:~:text=Benzodiazepine%20receptor%20agonists%20(BZRAs)%20work,poster
olateral%20hypothalamic%20hypocretin%20neurons%2C%20and [Accessed 09
December 2020].

135. Benzodiazepines I: Upping the Care on Downers: The Evidence of Risks, Benefits and Alternatives. Jeffrey Guina and Brian Merrill. NCBI; [2018]. [Online]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5852433/> [Accessed 02 December 2020].

136. The Problems of Long-Term Treatment With Benzodiazepines and Related Substances. Katrin Janhsen, Patrik Roser, Knut Hoffmann. NCBI; [2015]. [Online]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4318457/> [Accessed 05 December 2020].

137. Efficacy of pregabalin in depressive symptoms associated with generalized anxiety disorder: A pooled analysis of 6 studies. Dan Stein, David Baldwin, Francesca Baldinetti Insel, Bern Francine. NCBI; [2011]. [Online]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/5493648_Efficacy_of_pregabalin_in_depressive_symptoms_associated_with_generalized_anxiety_disorder_A_pooled_analysis_of_6_studies [Accessed 03 December 2020].

138. Can Beta-Blockers Help Your Anxiety?. Megan Brown. Healthline; [2018]. [Online]. Available from: <https://www.healthline.com/health/beta-blockers-for-anxiety> [Accessed 08 December 2020].

139. Quetiapine monotherapy in acute treatment of generalized anxiety disorder: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Narong Maneeton, Benchalak Maneeton, Pakapan Woottiluk, Surinporn Likhitsathian, Sirijit Suttajit, Yudhichai Boonyanaruthee, and Manit Srisurapanont. NCBI; [2016]. [Online]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4716733/#:~:text=Conclusion,considered%20as%20an%20alternative%20treatment.> [Accessed 05 December 2020].

140. Patient Preference for Psychological vs. Pharmacological Treatment of Psychiatric Disorders: A Meta-Analytic Review. Kathryn Mchugh, Sarah Whitton, Andrew Peckham, Jeffrey Welge, Michael Otto. NCBI; [2013]. [Online]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4156137/> [Accessed 06 December 2020].

141. Townsend, Mary C. Psychiatric Nursing, Assessment, Care Plans and Medication . (9th ed.). F A Davis Company 1915 Arch Street Philadelphia, PA 19103
wwwfadaviscom: F A Davis Company All rights reserved; 2015. [p.175]

142. Townsend, Mary C. Psychiatric Nursing, Assessment, Care Plans and Medication . (9th ed.). F A Davis Company 1915 Arch Street Philadelphia, PA 19103
wwwfadaviscom: F A Davis Company All rights reserved; 2015. [p.176]

143. Townsend, Mary C. Psychiatric Nursing, Assessment, Care Plans and Medication . (9th ed.). F A Davis Company 1915 Arch Street Philadelphia, PA 19103
wwwfadaviscom: F A Davis Company All rights reserved; 2015. [p.177]

144. Townsend, Mary C. Psychiatric Nursing, Assessment, Care Plans and Medication . (9th ed.). F A Davis Company 1915 Arch Street Philadelphia, PA 19103
wwwfadaviscom: F A Davis Company All rights reserved; 2015. [p.178]

145. Townsend, Mary C. Psychiatric Nursing, Assessment, Care Plans and Medication . (9th ed.). F A Davis Company 1915 Arch Street Philadelphia, PA 19103
wwwfadaviscom: F A Davis Company All rights reserved; 2015. [p.179]

146. Townsend, Mary C. Psychiatric Nursing, Assessment, Care Plans and Medication . (9th ed.). F A Davis Company 1915 Arch Street Philadelphia, PA 19103
wwwfadaviscom: F A Davis Company All rights reserved; 2015. [p.180]

147. Townsend, Mary C. Psychiatric Nursing, Assessment, Care Plans and Medication . (9th ed.). F A Davis Company 1915 Arch Street Philadelphia, PA 19103
wwwfadaviscom: F A Davis Company All rights reserved; 2015. [p.182]