

ΑΓΧΩΔΕΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Δεν υπάρχει άνθρωπος που να μην έχει νιώσει άγχος. Παρόλα αυτά ακριβής ορισμός του όρου είναι δύσκολος γιατί η έννοια αυτή χρησιμοποιείται για ένα ευρύ φάσμα απαντήσεων του ατόμου.

Καθώς το άγχος βιώνεται ψυχολογικά ως συναίσθημα, είναι χρήσιμο για την κατανόησή του να αναφερθούμε σ' ένα άλλο παρόμοιο συναίσθημα που είναι ο φόβος.

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

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

Συνήθως το άγχος είναι μια κοινή αντίδραση που σε κάποιο βαθμό απαντάται στους περισσότερους ανθρώπους με τη μορφή της υπερβολικής αντίδρασης σε ήπια στρεσογόνα γεγονότα (π.χ. παραμονές εξετάσεων, αναμονή σημαντικών συναντήσεων κτλ.). Το άγχος θεωρείται **παθολογικό** εάν δημιουργεί πρόβλημα στην καθημερινή λειτουργικότητα, στην επίτευξη επιθυμητών στόχων ή στη συναισθηματική ηρεμία του ατόμου - οπότε και έχουμε κάποια *Αγχώδη Διαταραχή*.

Οι Αγχώδεις Διαταραχές περιλαμβάνουν τις παρακάτω διαταραχές :

- **Διαταραχή Πανικού Με ή Χωρίς Αγοραφοβία**
- **Ειδική Φοβία**
- **Κοινωνική Φοβία**
- **Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή**
- **Διαταραχή Μετά Από Ψυχοτραυματικό Στρες**
- **Διαταραχή Από Οξύ Στρες**
- **Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή**
- **Διαταραχή Οφειλόμενη σε Γενική Ιατρική Κατάσταση**
- **Αγχώδης Διαταραχή Προκαλούμενη από Ουσίες**

- **Αγχώδης Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς**

ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΑΝΙΚΟΥ

Το βασικό χαρακτηριστικό της Διαταραχής Πανικού είναι επαναλαμβανόμενες απροσδόκητες Προσβολές Πανικού, που συνοδεύονται για τουλάχιστον ένα μήνα ή περισσότερο από επίμονη ανησυχία (άγχος) του ατόμου μήπως του ξανασυμβεί κάποια Προσβολή Πανικού, από ανησυχία και στενοχώρια για τις επιπτώσεις ή της συνέπειες των προσβολών (π.χ. μήπως πεθάνει από καρδιά, μήπως τρελαθεί) ή από σημαντική αλλαγή συμπεριφοράς που σχετίζεται με τις προσβολές (π.χ. παραίτηση από τη δουλειά του).

Οι Προσβολές Πανικού χαρακτηρίζονται από τα ακόλουθα συμπτώματα :

- αίσθημα παλμών, αίσθημα ότι η καρδιά πάει να σπάσει ή επιτάχυνση του καρδιακού ρυθμού
- εφίδρωση
- τρέμουλα ή έντονος τρόμος
- αίσθημα κατανασέματος (δύσπνοιας) ή πλακώματος στο στήθος
- αίσθημα πνιγμονής
- πόνος ή δυσφορία στο στήθος
- ναυτία ή επιγάστρια δυσφορία
- αίσθημα ζάλης, αστάθειας ή λιποθυμίας
- αποπραγματοποίηση (αίσθημα μη πραγματικότητας) ή αποπροσωποποίηση (αίσθημα απομάκρυνσης/αποστασιοποίησης από τον εαυτό)
- φόβος απώλειας ελέγχου ή ότι τρελαίνεται
- φόβος ότι θα πεθάνει
- παραισθησίες (μουδιάσματα ή μυρμηγκιάσματα)
- ρίγη ή ξαφνικά αισθήματα ζέστης

Οι Προσβολές Πανικού εμφανίζονται ξαφνικά, κορυφώνονται σε λίγα λεπτά και διαρκούν 5'-30' (αν και οι ασθενείς μπορεί να νιώθουν ότι διαρκούν περισσότερο εκλαμβάνοντας ηπιότερα συνεχιζόμενα συμπτώματα ως πανικό ή μη αναγνωρίζοντας υποτροπές του πανικού). Η συχνότητα και η βαρύτητα των Προσβολών Πανικού ποικίλλει. Άλλα άτομα έχουν πανικούς μια φορά την εβδομάδα για μήνες, άλλα έχουν καθημερινά για κάποιες μέρες και μετά δεν έχουν καθόλου ή έχουν αραιούς πανικούς για μήνες κ.ο.κ.

Αυτό που έχει σημασία είναι ότι οι Προσβολές Πανικού της Διαταραχής Πανικού μιμούνται πολλές "οργανικές" διαταραχές, οπότε οι ασθενείς επισκέπτονται πολλούς γιατρούς και κάνουν πολυάριθμες εξετάσεις, έως ότου επιτέλους η ιδέα ότι πρόκειται για Διαταραχή Πανικού έρθει στο μυαλό του γιατρού ή του ασθενή. Τα άτομα που έχουν Διαταραχή Πανικού συνήθως αναπτύσσουν νευρικότητα και φόβο ανάμεσα στις προσβολές. Συχνά αυτή η νευρικότητα και ο φόβος ότι θα ξανασυμβεί η προσβολή με όλη την αίσθηση φοβερής δυσφορίας, ανημποριάς και απώλειας του ελέγχου που συνοδεύουν την προσβολή οδηγούν στην ανάπτυξη **ΑΓΟΡΑΦΟΒΙΑΣ**

Σήμερα, λοιπόν, γνωρίζουμε ότι στην κλινική πράξη η Αγοραφοβία και η Διαταραχή Πανικού συμβαίνουν τόσο συχνά μαζί, που είναι λίγες οι περιπτώσεις που η κάθε μία διαταραχή συναντιέται μόνη της. Γι' αυτό και την Αγοραφοβία την περιγράφουμε ξεχωριστά από τις άλλες φοβίες μαζί με τη Διαταραχή Πανικού. Δεχόμαστε, λοιπόν, ότι στην πλειονότητα των περιπτώσεων Αγοραφοβίας, τα φοβικά συμπτώματα είναι *επιπλοκή* της Διαταραχής Πανικού. Δηλαδή το άτομο, πρώτα υφίσταται μια ή περισσότερες προσβολές πανικού (άγχος πανικού), μετά αναπτύσσει τον φόβο ότι θα ξανασυμβεί (άγχος αναμονής) και μετά αρχίζει ν' αποφεύγει καταστάσεις όπου η πιθανότητα να συμβεί κάποια προσβολή πανικού του δημιουργεί έντονο φόβο (αγοραφοβία), ιδιαίτερα αν πρόκειται για καταστάσεις όπου είχε κάποια προσβολή πανικού στο παρελθόν. Μολονότι, συχνά, τέτοιες καταστάσεις είναι επισκέψεις σε μαγαζιά ή την αγορά γενικότερα (από όπου και ο όρος αγοραφοβία), ο βασικός φόβος είναι να βρισκονται οι ασθενείς μακριά από την πηγή ασφάλειας τους. Έτσι, φοβούνται μήπως πάθουν κάποια προσβολή πανικού σε δημόσιο χώρο και έρθουν σε δύσκολη θέση ή αμηχανία ή μήπως πάθουν κάποια προσβολή πανικού και δεν είναι κοντά στο γιατρό τους ή κοντά σε κάποιο νοσοκομείο. Αρχίζουν, λοιπόν, να αποφεύγουν μέρη με πολύ κόσμο (μαγαζιά, εστιατόρια, την εκκλησία, τα θέατρα, τους κινηματογράφους κτλ.), τις κάθε είδους απομακρύνσεις από τη βάση τους κ.ο.κ. Προοδευτικά, ο αριθμός των αγοραφοβικών καταστάσεων αυξάνει με αποτέλεσμα το άτομο να φοβάται να πάει μόνο του σε δημόσιους χώρους ή να ταξιδέψει και ζητά συνεχώς και περισσότερο τη συνοδεία κάποιου *συντρόφου*.

ΑΓΟΡΑΦΟΒΙΑ

Στην πλειονότητα των περιπτώσεων Αγοραφοβίας τα φοβικά συμπτώματα είναι *επιπλοκή* της Διαταραχής Πανικού. Δηλαδή το άτομο πρώτα υφίσταται μια ή περισσότερες προσβολές πανικού (άγχος πανικού), μετά αναπτύσσει τον φόβο ότι θα ξανασυμβεί (άγχος αναμονής) και μετά αρχίζει ν' αποφεύγει καταστάσεις όπου η πιθανότητα να συμβεί κάποια προσβολή πανικού του δημιουργεί έντονο φόβο (αγοραφοβία), ιδιαίτερα αν πρόκειται για καταστάσεις όπου είχε κάποια προσβολή πανικού στο παρελθόν. Μολονότι, συχνά, τέτοιες καταστάσεις είναι επισκέψεις σε μαγαζιά ή την αγορά γενικότερα (από όπου και ο όρος αγοραφοβία), ο βασικός φόβος είναι να βρισκονται οι ασθενείς μακριά από την πηγή ασφάλειάς τους. Έτσι, φοβούνται μήπως πάθουν κάποια προσβολή πανικού σε δημόσιο χώρο και έρθουν σε δύσκολη θέση ή αμηχανία ή μήπως πάθουν κάποια προσβολή πανικού και δεν είναι κοντά στο γιατρό τους ή κοντά σε κάποιο νοσοκομείο. Αρχίζουν, λοιπόν, να αποφεύγουν μέρη με πολύ κόσμο (μαγαζιά, εστιατόρια, την εκκλησία, τα θέατρα, τους κινηματογράφους κτλ.), τις κάθε είδους απομακρύνσεις από τη βάση τους κ.ο.κ. Προοδευτικά, ο αριθμός των αγοραφοβικών καταστάσεων αυξάνει με αποτέλεσμα το άτομο να φοβάται να πάει μόνο του σε δημόσιους χώρους ή να ταξιδέψει και ζητά συνεχώς και περισσότερο τη συνοδεία κάποιου *συντρόφου*.

Αιτιολογία

Η έρευνα για την αιτιολογία της Διαταραχής Πανικού είναι πολύ έντονη. Ιδιαίτερα δημοφιλείς τα τελευταία χρόνια έχουν γίνει οι νευροβιολογικές

θεωρίες γύρω από την παθοφυσιολογία του πανικού. Βιολογικές διαταραχές που πιθανολογούνται ότι μπορεί να αποτελούν το υπόστρωμα του πανικού περιλαμβάνουν αύξηση των κατεχολαμινών στο κεντρικό νευρικό σύστημα, κάποια ανωμαλία στον υπομέλανα τόπο, υπερευαισθησία στο CO₂, διαταραχές στον μεταβολισμό του γαλακτικού οξέος, διαταραχές στο νευροδιαβιβαστή σύστημα του γ-αμινοβουτυρικού οξέος (GABA) κ.ά. και οι υποθέσεις γι' αυτές βασίζονται κυρίως στην ικανότητα διαφόρων ουσιών να προκαλούν προσβολές πανικού (π.χ. το CO₂, το γαλακτικό νάτριο, η ισοπροτερενόλη κ.ά.).

Μελέτες με **διδύμους** και **οικογένειες** προτείνουν ότι η Διαταραχή Πανικού μπορεί να είναι κληρονομική. Έτσι υπήρξαν μελέτες με διδύμους που έδειξαν μέχρι και πέντε φορές μεγαλύτερη συχνότητα της διαταραχής σε μονοζυγώτες απ' ό,τι σε διζυγώτες, ενώ στις οικογενειακές μελέτες οι βιολογικοί συγγενείς πρώτου βαθμού ατόμων με Διαταραχή Πανικού εμφανίζονται να έχουν τέσσερις ως επτά φορές μεγαλύτερη πιθανότητα ν' αναπτύξουν Διαταραχή Πανικού απ' ό,τι η ομάδα ελέγχου.

Οι **ψυχολογικές θεωρίες** για την αιτιολογία του άγχους και του πανικού είναι πολλές. Η *ψυχαναλυτική θεωρία*, ακολουθώντας τη δεύτερη θεωρία του Freud για το άγχος, αποδίδει το άγχος σε ενδοψυχική σύγκρουση. Το άγχος δηλαδή θεωρείται ως απάντηση του εγώ σε απαγορευμένες ασυνείδητες ενορμήσεις που έρχονται σε σύγκρουση με το εγώ και το υπερεγώ ή την πραγματικότητα. Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή έχουμε δύο είδη άγχους: το *προειδοποιητικό άγχος*, που κινητοποιείται από το εγώ για να προειδοποιήσει το άτομο για την επαπειλούμενη εισβολή στο συνειδητό απαγορευμένων ενορμήσεων, οπότε και ενδυναμώνονται οι αμυντικοί μηχανισμοί για τον έλεγχο τους και διατηρείται η ψυχική ισορροπία και το αυτόματο (*τραυματικό άγχος*), που όταν συμβεί, το άτομο το βιώνει σαν πανικό και που μπορεί να εμφανισθεί όταν οι απαγορευμένες ενορμήσεις (είτε επειδή αδυνάτισαν οι άμυνες του εγώ είτε επειδή δυνάμωσαν πολύ οι ενορμήσεις) εισβάλουν στην συνείδηση. Οι ενδοψυχικές συγκρούσεις στην παιδική ηλικία μπορεί να είναι και συνειδητές, οπωσδήποτε όμως καθώς το παιδί μεγαλώνει απωθούνται στο ασυνείδητο. Στην ενήλικη ζωή, όμως, διάφορες συνθήκες μπορεί να επανενεργο-ποιήσουν μια ασυνείδητη σύγκρουση και να προκαλέσουν άγχος. Συμβολικά, οι συνθήκες αυτές προκαλούν άγχος γιατί κινητοποιούν παιδικούς φόβους, οι οποίοι ήταν η αναμενόμενη συνέπεια (συχνά με τη μορφή φαντασιωμένης τιμωρίας) της ύπαρξης της απαγορευμένης επιθυμίας (π.χ. αν το παιδάκι επιθυμεί να σκοτώσει τον μικρό αδελφό του, φοβάται ότι θα το τιμωρήσουν αυστηρά).

Οι πιο τυπικοί φόβοι που μπορούν να επανενεργοποιηθούν στην ενήλικη ζωή είναι:

- απώλεια γονιού ή άλλου σημαντικού ατόμου ή αποχωρισμός από γονιό ή άλλο σημαντικό άτομο
- απώλεια της αγάπης λόγω θυμού ή αποδοκιμασίας από κάποιο σημαντικό άτομο
- βλάβη ή απώλεια των γεννητικών οργάνων (άγχος ευνουχισμού)

- απώλεια της αυτοεκτίμησης, όταν το άτομο δεν καταφέρνει να ανταποκριθεί στις ηθικές και άλλες αξίες που υιοθέτησε από τους γονείς του και άλλες σημαντικές μορφές

Μολονότι η δεύτερη θεωρία του Freud μπορεί να εξηγήσει αρκετές περιπτώσεις άγχους, υπάρχουν πολλές που δεν μπορεί να εξηγήσει. Έτσι, σχετικά πρόσφατα ο ψυχιατρικός κόσμος θυμήθηκε ξανά την πρώτη θεωρία του Freud για το άγχος, καθώς σε πολλές περιπτώσεις άγχους δεν ανευρίσκονται οι παραπάνω ψυχοδυναμικές θεωρήσεις. Η πρώτη θεωρία του Freud για το άγχος πρέσβευε (χωρίς ψυχοδυναμικές πολυπλοκότητες που αποτέλεσαν τη δεύτερη θεωρία) ότι το άγχος προέρχεται από *απωθημένες* σεξουαλικές ενορμήσεις. Ότι δηλ. όταν η ψυχική ενέργεια που συνδέεται μ' αυτές τις μη αποδεκτές σεξουαλικές ενορμήσεις γίνεται πιο δυνατή από την απώθηση που τις συγκρατεί στο ασυνείδητο, τότε εισβάλλει μέσα στο συνειδητό με τη μορφή του άγχους (μεταμορφώνεται σε άγχος). Η πρώτη αυτή θεωρία μολονότι σήμερα δεν μπορεί να γίνει αυτούσια αποδεκτή, εντούτοις βρίσκεται πιο κοντά στις σημερινές βιολογικές θεωρήσεις, αφού θα μπορούσαμε να πούμε ότι μιλά γενικά για το άγχος με όρους φυσιολογίας ή βιολογικής μεταμόρφωσης.

Η μαθησιακή θεωρία πρεσβεύει ότι το άγχος είναι μια εξαρτημένη (conditioned) απάντηση σε κάποια περιβαλλοντική κατάσταση που προκάλεσε φόβο (π.χ. αυτοκινητιστικό δυστύχημα), οπότε αργότερα και μόνη η αίσθηση κάποιας σωματικής αντίδρασης π.χ. ταχυκαρδίας μπορεί να δημιουργήσει εξαρτημένα μια προσβολή πανικού ή κάποια αγχώδη κατάσταση.

Βασικά, βιολογικές και ψυχολογικές θεωρίες συμπληρώνουν αιτιολογικά η μία την άλλη (γι' αυτό και θεραπευτικά μπορεί να ακολουθηθεί η βιολογική (φαρμακευτική) ή η ψυχολογική (ψυχοθεραπευτική) προσέγγιση ή συνδυασμός τους ανάλογα με τις ιδιαίτερες ανάγκες και δυνατότητες του κάθε ασθενή).

Θεραπεία

Όπως είδαμε, στο υποκεφάλαιο αυτό «Διαταραχή Πανικού και Αγοραφοβία» περιλαμβάνονται τρεις διαταραχές: Η Διαταραχή Πανικού Με Αγοραφοβία, η Διαταραχή Πανικού Χωρίς Αγοραφοβία και η Αγοραφοβία Χωρίς Ιστορικό Διαταραχής Πανικού.

Βασικά στοιχεία των διαταραχών είναι 1) οι Προσβολές Πανικού 2) το ενδιαμέσο των προσβολών άγχος/φόβος αναμονής για άλλους πανικούς ή για τις συνέπειες τους ή η αλλαγή συμπεριφοράς εξαιτίας τους και 3) η αγοραφοβική αποφυγή. Η Διαταραχή Πανικού Με Αγοραφοβία έχει και τα τρία στοιχεία, η Διαταραχή Πανικού Χωρίς Αγοραφοβία έχει τα δύο πρώτα και η Αγοραφοβία Χωρίς Ιστορικό Διαταραχής Πανικού έχει μόνο το τρίτο.

Κατά τη θεραπευτική προσέγγιση, κατ' αρχήν δημιουργείται ένα *υποστηρικτικό ψυχοθεραπευτικό πλαίσιο* αισιοδοξίας, συμπαράστασης και αγωνιστικότητας. Μέσα στο πλαίσιο αυτό της **υποστηρικτικής ψυχοθεραπείας**, που ανεβάζει

το ηθικό και την αυτοεκτίμηση του ασθενή, εφαρμόζεται κατόπιν η θεραπευτική αντιμετώπιση του κάθε στοιχείου ειδικά.

Οι Προσβολές Πανικού και το άγχος αναμονής — φόβος για τις συνέπειες αντιμετωπίζονται καλύτερα με **γνωστική** (άλλοι την ονομάζουν γνωστική-συμπεριφορική) **ψυχοθεραπεία**, όπου ο θεραπευτής βοηθά τον ασθενή του να κατανοήσει ότι τα δύο αυτά στοιχεία και ιδιαίτερα ο πανικός συνδέονται με λαθεμένες καταστροφικές σκέψεις/πεπιοιθήσεις (π.χ. «θα πεθάνω», «θα τρελαθώ») με τις οποίες ο ασθενής ερμηνεύει τα ουσιαστικά ακίνδυνα σωματικά συμπτώματα του άγχους.

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

Όσον αφορά τη **δυναμική ψυχοθεραπεία**, αυτή μπορεί να χρειασθεί για τις περιπτώσεις εκείνες που το άγχος φαίνεται να σχετίζεται με συγκρούσεις (π.χ. για τον αποχωρισμό από σημαντικά άτομα) ή αντιδράσεις προς το περιβάλλον που πρέπει να διερευνηθούν πριν/και για να γίνει δυνατό να υποχωρήσουν τα συμπτώματα. Έτσι, π.χ., κάποια άτομα φοβούμενα ασυνείδητα τον αποχωρισμό μπορεί να μην τολμούν να εκτεθούν στη συμπεριφορική θεραπεία πριν λύσουν τις συγκρούσεις τους γύρω από τον «κίνδυνο» της αυτονομίας.

Φαρμακευτική αγωγή θα χρησιμοποιηθεί μόνη ή καλύτερα σε συνδυασμό με την **υποστηρικτική — γνωστική — συμπεριφορική προσέγγιση**, αν ο ασθενής δεν μπορεί να ακολουθήσει μόνο την ψυχολογική θεραπεία.

Τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά όπως η ιμιπραμίνη, η χλωριμιπραμίνη κ.ά. και εκλεκτικοί αναστολείς της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (ΕΑΕΣ) όπως η φλουοξετίνη, η παροξετίνη κ.ά. είναι αποτελεσματικά στη θεραπεία του πανικού και της αγοραφοβίας γιατί εμποδίζουν τις προσβολές πανικού ίσως και στο 80% των ασθενών. (Οι αναστολείς της ΜΑΟ μπορούν επίσης να χρησιμοποιηθούν, αν αποτύχουν τα τρικυκλικά ή οί ΕΑΕΣ).

Η βενζοδιαζεπίνη αλπραζολάμη είναι επίσης αποτελεσματική.

Όσον αφορά τη δοσολογία των φαρμάκων, τα τρικυκλικά χορηγούνται σε δόσεις 150-300 mg, οί ΕΑΕΣ π.χ. φλουοξετίνη σε δόση 20 mg και η αλπραζολάμη σε δόσεις 2-6 mg ημερησίως. Πάντως, εφόσον ελεγχθούν οί πανικοί, ο ασθενής πρέπει να συνεχίσει την αγωγή για 6 μήνες έως 1 χρόνο. Μετά τη (βαθμιαία) διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής κάποιοι ασθενείς αμέσως ή αργότερα υποτροπιάζουν, οπότε μερικοί από αυτούς μπορεί να χρειασθεί να παίρνουν φάρμακα σε χρόνια βάση.

ΕΙΔΙΚΗ ΦΟΒΙΑ

(πρώην Απλή Φοβία)

Κλινικά χαρακτηριστικά.

Τύπος Ζώων

Τύπος Φυσικού Περιβάλλοντος (π.χ. ύψη, καταιγίδες, νερό) Τύπος Αίματος — Ένεσης — Τραύματος

Τύπος Καταστάσεων (π.χ. αεροπλάνα, ασανσέρ, κλειστά μέρη)

Άλλος Τύπος (π.χ. φοβική αποφυγή καταστάσεων που μπορεί να οδηγήσουν το άτομο σε πνιγμονή, εμετό ή να κολλήσει μια αρρώστια στα παιδιά αποφυγή δυνατών ήχων ή μεταμφιεσμένων προσώπων)

Το βασικό χαρακτηριστικό της Ειδικής Φοβίας είναι ένας έντονος και επίμονος φόβος κάποιων συγκεκριμένων αντικειμένων ή καταστάσεων.

Το άτομο με Ειδική Φοβία βιώνει έναν έντονο, επίμονο, υπερβολικό και παράλογο φόβο στην παρουσία ή σε αναμονή της συνάντησης με κάποιο συγκεκριμένο αντικείμενο ή κατάσταση. Τέτοια αντικείμενα ή καταστάσεις μπορεί να είναι: Ζώα (και έντομα), το **Φυσικό Περιβάλλον** (π.χ. καταιγίδες, ύψος, νερό), το **Αίμα**, οι **Ενέσεις** ή τα **Τραύματα**, διάφορες **Καταστάσεις** (π.χ. δημόσιες συγκοινωνίες όπως λεωφορεία κτλ., τούνελ, γέφυρες, ανελκυστήρες, πτήσεις με αεροπλάνα, οδήγηση αυτοκινήτου, κλειστά μέρη), **άλλες** καταστάσεις που μπορεί π.χ. να οδηγήσουν το άτομο σε πνιγμονή, εμετό, να κολλήσει μια αρρώστια ή που να φοβάται ν' απομακρυνθεί από τους τοίχους μήπως πέσει (στα παιδιά, φόβοι δυνατών ήχων ή μεταμφιεσμένων προσώπων).

Ο εστιασμός του φόβου μπορεί να είναι είτε σε κάποια σωματική βλάβη που μπορεί να προκληθεί από το αντικείμενο ή την κατάσταση (π.χ. να πέσει το αεροπλάνο, να τον δαγκώσει το σκυλί, να τον χτυπήσουν ή να χτυπήσει άλλα αυτοκίνητα ενώ οδηγεί) είτε στη δυνατότητα να χάσει το άτομο τον έλεγχο του, να πανικοβληθεί ή να λιποθυμήσει κατά την έκθεση στη φοβική κατάσταση (π.χ. να λιποθυμήσει στη θέα του αίματος, να ζαλιστεί και να πέσει από το ψηλό μέρος, να χάσει τον έλεγχο του και ν' αρχίσει να ουρλιάζει σ' ένα κλειστό μέρος).

Το άγχος που νιώθει το άτομο κατά την έκθεση του στο φοβικό αντικείμενο ή κατάσταση είναι τόσο μεγαλύτερο όσο πιο κοντά (στον χώρο ή στον χρόνο) είναι το φοβικό ερέθισμα και όσο πιο δύσκολη είναι η διαφυγή απ' αυτό. Μερικές φορές αναπτύσσονται πλήρεις Προσβολές Πανικού.

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΦΟΒΙΑ (ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΑΓΧΟΥΣ)

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

Ο φόβος στις καταστάσεις αυτές υφάινεται γύρω από την αίσθηση του ατόμου ότι είναι εκτεθειμένο στην παρατήρηση, την κριτική ή τον εξουχιστικό έλεγχο των άλλων, ιδιαίτερα αν είναι άγνωστοι (γι' αυτό η διαταραχή ονομάζεται επίσης και *Διαταραχή Κοινωνικού Αγχους*). Έτσι το άτομο φοβάται ότι οι άλλοι θα δουν ότι έχει άγχος ή θα το κρίνουν ως αδύνατο, "τρελό" ή ηλίθιο. Εάν το άτομο φοβάται να μιλήσει δημόσια, ο φόβος του είναι μήπως οι άλλοι δουν ότι τρέμουν τα χέρια του ή η φωνή του, μήπως λιποθυμήσει ή μήπως πανικοβληθεί αν φοβάται να συνομιλήσει με άλλους, ο φόβος του μπορεί να είναι ότι δεν θα μπορέσει να μιλήσει αν φοβάται να φάει, να πιεί ή να γράψει δημόσια, ο φόβος του μπορεί να είναι ότι θα βρεθεί σε δύσκολη θέση καθώς οι άλλοι θα δουν τα χέρια του να τρέμουν κ.ο.κ. Συμπτώματα άγχους και μάλιστα σωματικά (π.χ. αίσθημα παλμών, τρόμος, ιδρώτες, γαστρεντερική δυσφορία, διάρροια, μυϊκή τάση, κοκκίνισμα κτλ.) είναι σχεδόν πάντα παρόντα και σε σοβαρές περιπτώσεις το άτομο φθάνει σε πανικό. Συχνό είναι το έντονο άγχος αναμονής όπως π.χ. πριν από ένα προγραμματισμένο κοινωνικό ή δημόσιο γεγονός.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΕΙΔΙΚΗΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΟΒΙΑΣ

Όπως και στη θεραπευτική προσέγγιση της Διαταραχής Πανικού και Αγοραφοβίας, έτσι και στη θεραπεία της Ειδικής και της Κοινωνικής φοβίας, κατ' αρχήν πρέπει να δημιουργηθεί ένα υποστηρικτικό ψυχοθεραπευτικό πλαίσιο αισιοδοξίας, συμπαράστασης και αγωνιστικότητας. Μέσα στο πλαίσιο αυτό της **υποστηρικτικής ψυχοθεραπείας**, που ανεβάζει το ηθικό και την αυτοεκτίμηση του ασθενή, εφαρμόζεται κατόπιν η (ψυχο)θεραπεία συμπεριφοράς, που είναι η θεραπεία εκλογής για τις φοβίες με συνδυασμό ή όχι φαρμακευτικής αγωγής.

Η θεραπεία συμπεριφοράς μπορεί να είναι βαθμιαία προοδευτική (κλιμακωτή) έκθεση in vivo στο φοβικό αντικείμενο ή κατάσταση της Ειδικής ή Κοινωνικής Φοβίας ή συνδυασμός προοδευτικής συστηματικής απευαισθητοποίησης στη φαντασία και βαθμιαίας (κλιμακωτής) έκθεσης in vivo (π.χ. πρώτα βλέπει με τη φαντασία της ένα φίδι, μετά στη φωτογραφία, μετά βλέπει ένα ζωντανό φίδι). Η συμπεριφορική θεραπεία μπορεί να γίνει και σε ομάδα (π.χ. για φόβο αεροπορικών ταξιδιών).

Η θεραπεία συμπεριφοράς μπορεί να βοηθηθεί επίσης από τεχνικές της γνωστικής θεραπείας, που προσπαθούν να τροποποιήσουν δυσλειτουργικές σκέψεις του φοβικού ασθενή για τον φόβο αποτυχίας, ταπείνωσης ή αμηχανίας (π.χ. κοινωνικά φοβικοί ασθενείς τείνουν λαθεμένα να υπερεκτιμούν την έκταση της κριτικής και του εξουχιστικού ελέγχου από τους άλλους).

Σε ορισμένες περιπτώσεις η δυναμική ψυχοθεραπεία μπορεί να είναι χρήσιμη για τη διερεύνηση και τη λύση παιδικών συγκρούσεων που σχετίζονται με το συμβολικό νόημα των φοβιών.

Όσον αφορά τη φαρμακευτική αγωγή, αυτή μπορεί να χρειασθεί για ορισμένους ασθενείς κατά προτίμηση σε συνδυασμό με την υποστηρικτική-συμπεριφορική-(γνωστική) ψυχοθεραπεία. Έτσι, ιδιαίτερα σε ασθενείς με Κοινωνική Φοβία μπορεί να χορηγηθούν αναστολείς της ΜΑΟ, αλπραζολάμη (με τις επιφυλάξεις που διατυπώσαμε και στη θεραπεία της Διαταραχής Πανικού και Αγοραφοβίας) ή εκλεκτικοί αναστολείς της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (ΕΑΕΣ) με κάποια επιτυχία. Μερικοί αναφέρουν βελτίωση του φόβου παράστασης με προ-πρανολόλη (20 mg από το στόμα χορηγούμενα 1 ώρα πριν την παράσταση). Τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά φαίνεται να είναι λιγότερο αποτελεσματικά στην Ειδική και Κοινωνική Φοβία και επίσης άτομα με Κοινωνική Φοβία συνήθως είναι υπερευαίσθητα στις παρενέργειες τους και μπορεί ν' αναπτύξουν ανησυχία, ευερεθιστότητα και αϋπνία σε σχετικά χαμηλές δόσεις.

Πάντως, όταν η φαρμακευτική αγωγή διακοπεί, οί ασθενείς τείνουν να υποτροπιάσουν (ίσως λιγότερο, αν πάλεψαν τη φοβία τους με συνδυασμό ψυχοθεραπείας και φαρμακευτικής αγωγής).

ΨΥΧΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΗ ΚΑΤΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Το βασικό χαρακτηριστικό της Ψυχαναγκαστικής Καταναγκαστικής Διαταραχής είναι επαναλαμβανόμενοι ψυχαναγκασμοί ή/και καταναγκασμοί, που είναι αρκετά σοβαροί ώστε να προκαλούν έντονη υποκειμενική ενόχληση, να καταναλίσκουν περισσότερο από 1 ώρα την ημέρα από τον χρόνο του ατόμου ή να προκαλούν σημαντική έκπτωση της λειτουργικότητάς του.

Οι *ψυχαναγκασμοί* είναι επίμονες ιδέες, σκέψεις, παρορμήσεις ή εικόνες που το άτομο βιώνει ως εισβολή και ως ακατάλληλες και που του προκαλούν έντονο άγχος και δυσφορία. Οι πιο κοινοί ψυχαναγκασμοί είναι επαναλαμβανόμενες σκέψεις μόλυνσης (π.χ. μήπως μολυνθεί κάνοντας χειραψία), αμφιβολίας (π.χ. αν τραυμάτισε κάποιον σε τροχαίο ατύχημα ή αν κλείδωσε την πόρτα), τάξης/τακτοποίησης (π.χ. έντονη δυσφορία αν κάποια αντικείμενα είναι μη συμμετρικά τακτοποιημένα), παρορμήσεις επιθετικότητας ή βίας (π.χ. να σκοτώσει το παιδί του(της)) ή σεξουαλικές εικόνες/φαντασιώσεις (π.χ. επαναλαμβανόμενες πορνογραφικές εικόνες). Το άτομο προσπαθεί να αγνοήσει ή να καταστείλει τους ψυχαναγκασμούς ή να τους εξουδετερώσει με κάποια άλλη σκέψη ή πράξη (π.χ. με κάποιο καταναγκασμό).

Οι *καταναγκασμοί* είναι επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές (πλύσιμο χεριών, τακτοποίηση, έλεγχος) ή νοητικές πράξεις (π.χ. προσευχή, μέτρημα, επανάληψη λέξεων σιωπηλά), τις οποίες το άτομο νιώθει αναγκασμένο να τα εκτελέσει (αν προσπαθήσει να τις αντισταθεί νιώθει υπέρμετρο άγχος) ως απάντηση σ' ένα ψυχαναγκασμό ή σύμφωνα με κανόνες που πρέπει να τηρηθούν αυστηρά. Οι καταναγκασμοί δεν γίνονται για ευχαρίστηση, αλλά για να ανακουφίσουν το άγχος που δημιουργούν κάποιοι ψυχαναγκασμοί ή να

αποτρέψουν κάτι που το άτομο φοβάται. Έτσι, π.χ. άτομα με ψυχαναγκασμούς μόλυνσης μπορεί να "γδάρουν" σχεδόν τα χέρια τους με το επανειλημμένο πλύσιμο μέχρι να ανακουφίσουν το άγχος των ψυχαναγκασμών τους, άλλα άτομα με ψυχαναγκασμούς αμφιβολίας για το αν κλείδωσαν την πόρτα μπορεί να ελέγχουν την κλειδαριά ξανά και ξανά, άλλα άτομα δημιουργούν ειδική τελετουργία ντυσίματος με ειδικούς κανόνες που αν δεν τηρηθούν αυστηρά φοβούνται ότι θα πάθει κάτι κάποιος από την οικογένειά τους κ.ο.κ. Οι πιο κοινοί καταναγκασμοί είναι πλυσίματος και καθαρισμού, μέτρησης, ελέγχου, αναζήτησης, διαβεβαιώσεων/καθησυχασμού, επανάληψης πράξεων και τακτοποίησης/τάξης. Και υπάρχει και καταναγκατική βραδύτητα (π.χ. στο να ντυθεί το άτομο).

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

Αιτιολογία

Και για την αιτιολογία της ΨΚΔ έχουν προταθεί πολλές θεωρίες - γενετικές, ψυχοδυναμικές, μαθησιακές (συμπεριφορικές), νευροβιολογικές, χωρίς καμιά από μόνη της να είναι αρκετή να την ερμηνεύσει. Και πάλι το πιθανότερο είναι ότι μόνο κάποιος συνδυασμός ερμηνειών θα μπορέσει να καλύψει όλα τα φαινόμενα της ΨΚΔ.

Μελέτες σε διδύμους έχουν δείξει μεγαλύτερη συχνότητα ΨΚΔ στους μονοζυγώτες απ' ότι στους διζυγώτες. Μελέτες σε οικογένειες έχουν δείξει ότι η συχνότητα της ΨΚΔ είναι μεγαλύτερη στους βιολογικούς συγγενείς πρώτου βαθμού ατόμων με ΨΚΔ ή ατόμων με Διαταραχή Tourette, απ' ότι στον γενικό πληθυσμό.

Για πολλά χρόνια **ψυχαναλυτικά** προσανατολισμένοι κλινικοί θεωρούσαν ότι η ΨΚΔ οφείλεται σε καθήλωση του ατόμου στη γεννητική του φάση και παλινδρόμηση στην προηγούμενη της πρωκτική φάση, η οποία χαρακτηρίζεται από έντονη ενασχόληση με θυμό, βρωμιά, από μαγική σκέψη και από αμφιθυμία. Το αποτέλεσμα κατ' αυτούς ήταν η ανάπτυξη ενός έντονα αυστηρού υπερεγώ και μιας ποικιλίας νευρωτικών αμυντικών μηχανισμών - μόνωσης, αντισταθμιστικής συμπτωματολογίας, ματαίωσης, που στόχο είχαν να ελέγξουν το εσωτερικό άγχος του ατόμου. Αν και τόσο οι ψυχαναγκασμοί όσο και τελετουργικοί καταναγκασμοί συχνά φαίνονται πλούσιοι σε συμβολισμούς, η ψυχοδυναμική θεραπευτική προσέγγιση δεν μπόρεσε να τους βοηθήσει και έτσι έχει πια μόνο ιστορικό ενδιαφέρον (αυτό, βέβαια, δεν ισχύει για την ψυχοδυναμική θεώρηση και θεραπεία της Ψυχαναγκαστικής Καταναγκαστικής Διαταραχής της Προσωπικότητας).

Η μαθησιακή θεωρία πρεσβεύει ότι η ΨΚΔ αναπτύσσεται σε δύο στάδια. Πρώτα το άτομο συνδέει το άγχος με κάποιο ψυχικό γεγονός και κατόπιν εκτελεί κάποια τελετουργία για να μειώσει το άγχος. Αν ο χειρισμός αυτός λειτουργήσει, τότε ενισχύεται η επανάληψη της τελετουργίας και το αποτέλεσμα είναι μια καταναγκαστική συμπεριφορά. Αντίστοιχα κάποιες

σκέψεις ή εικόνες μπορεί να συνδυασθούν με μείωση του άγχους, οπότε οδηγούν σε καταναγκαστικές νοητικές πράξεις. Αν και τα συμπεριφορικά αυτά μοντέλα της ΨΚΔ έχουν μικρή εμπειρική υποστήριξη, εντούτοις οί συμπεριφορικές θεραπευτικές τεχνικές έχουν γίνει η βάση της ψυχολογικής θεραπείας της ΨΚΔ.

Τα τελευταία χρόνια οί έρευνες έχουν επικεντρωθεί στη **νευροβιολογία** της ΨΚΔ. Κατ' αρχήν, έχει ήδη παρατηρηθεί ότι ψυχαναγκαστικά καταναγκαστικά συμπτώματα εμφανίζονται με ιδιαίτερη συχνότητα σε νευρολογικές διαταραχές όπως το τραύμα κεφαλής, η επιληψία, η χορεία του Huntington ή του Sydenham ή μετά από εγκεφαλίτιδα, ότι η ΨΚΔ ενδεχομένως συνδέεται με τραύμα κατά τη γέννηση, με ανώμαλα ΗΕΓ ή ακουστικά προκλητά δυναμικά ή ότι σε πειραματόζωα αμφοτερόπλευρες βλάβες του ιππόκαμπου οδηγούν σε στερεοτυπικές συμπεριφορές που μοιάζουν με καταναγκαστικές τελετουργίες - ευρήματα που όλα συνηγορούν για βιολογική προέλευση της ΨΚΔ.

Οι καινούριες νευροαπεικονιστικές τεχνικές, CT, MRI και η PET σιγά — σιγά με τα ευρήματα τους οδηγούν στην υπόθεση ότι στην ΨΚΔ υπάρχει δυσλειτουργία στο επίπεδο των βασικών γαγγλίων, που ευθύνεται ίσως για τους καταναγκασμούς και προμετωπιαία υπερδραστηριότητα, που ευθύνεται ίσως για τους ψυχαναγκασμούς (και είναι γνωστό ότι υπάρχουν σημαντικές διασυνδέσεις μεταξύ βασικών γαγγλίων και προμετωπιαίου φλοιού).

Επιπλέον, η νευροβιοχημική έρευνα της σεροτονίνης συνδέει τον νευροδιαβιβαστή αυτόν με την ΨΚΔ. Η σεροτονίνη θεωρείται ότι διαμεσολαβεί συμπεριφορές χαρακτηριζόμενες από παρορμητικότητα, αυτοκτονικότητα, επιθετικότητα και ψυχαναγκαστικά καταναγκαστικά συμπτώματα. Η ικανότητα της χλωριμιπραμίνης και άλλων φαρμάκων όπως οι εκλεκτικοί αναστολείς της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης, που εμποδίζουν την επαναπρόσληψη της σεροτονίνης, να μειώνουν τα ψυχαναγκαστικά καταναγκαστικά συμπτώματα σίγουρα υποστηρίζει την ύπαρξη ενός σημαντικού (αλλά και πάλι όχι αποκλειστικού) ρόλου της σεροτονίνης στην ΨΚΔ.

Θεραπεία

Η θεραπεία της ΨΚΔ μέχρι πρόσφατα θεωρούνταν δύσκολη και τα αποτελέσματα της απογοητευτικά. Με την εφαρμογή, όμως, τα τελευταία χρόνια της θεραπείας συμπεριφοράς και ορισμένων φαρμάκων με αντιΨΚ ιδιότητες η άποψη αυτή έχει αντικατασταθεί από δικαιολογημένη αισιοδοξία. Όσον αφορά την ψυχοδυναμική θεραπεία, αυτή δεν έχει αποδειχθεί ότι μπορεί να βοηθήσει τους ψυχαναγκασμούς ή τους καταναγκασμούς.

Η θεραπεία συμπεριφοράς, που γενικά είναι πιο αποτελεσματική στους τελετουργικούς καταναγκασμούς, κυρίως χρησιμοποιεί την έκθεση του ατόμου και στη συνέχεια την παρεμπόδιση της απάντησης. Ο ασθενής δηλ. εκτίθεται στην επίφοβη κατάσταση, γεγονός ή ερέθισμα με διάφορες τεχνικές έκθεσης (κυρίως κλιμακωτή έκθεση *in vivo*, αλλά ακόμη και συστηματική απευαισθητοποίηση ή «πλημμυρισμός» ή συνδυασμός απευαισθητοποίησης και έκθεσης *in vivo*) και κατόπιν παρεμποδίζεται να εκτελέσει την

καταναγκαστική συμπεριφορά που συνήθως ακολουθεί. Για παράδειγμα, σ' ένα άτομο με καταναγκαστικό πλύσιμο ζητείται να ακουμπήσει «μολυσμένα» αντικείμενα π.χ. βρώμικα χαρτομάντιλα και μετά δεν του επιτρέπεται να πλύνει τα χέρια του.

Οι ψυχαναγκασμοί μπορεί να βοηθηθούν με την τεχνική του σταματήματος της σκέψης (π.χ. ο θεραπευτής λέει δυνατά «στοπ» για να σταματήσει τον κύκλο της σκέψης του ασθενή και μετά του μαθαίνει να το κάνει μόνος του λέγοντας «στοπ» από μέσα του).

Η φαρμακοθεραπεία χρησιμοποιείται συνεχώς και περισσότερο για τη θεραπεία της ΨΚΔ μόνη ή σε συνδυασμό με τη θεραπεία συμπεριφοράς. Ορισμένα φάρμακα όπως το τρικυκλικό χλωριμιπραμίνη και οί ΕΑΕΣ (εκλεκτικοί αναστολείς της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης) έχει δειχθεί ότι έχουν σαφείς αντιΨΚ ιδιότητες και η χρήση τους έχει βοηθήσει μεγάλο αριθμό ατόμων με ΨΚΔ.

Η χλωριμιπραμίνη σε δόσεις 150-300mg ημερησίως είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική, αν και αντιχολινεργικές παρενέργειες (όπως ξηρότητα του στόματος, δυσκοιλιότητα, θόλωση της όρασης, κατακράτηση ούρων) και άλλες παρενέργειες (όπως καταστολή και ορθοστατική υπόταση) δημιουργούν προβλήματα στους ασθενείς. Οι ΕΑΕΣ χρησιμοποιούνται σε δόσεις μεγαλύτερες απ' ό,τι για την κατάθλιψη (π.χ. φλουοξετίνη 60-80 mg ημερησίως, φλουβοξαμίνη 200-300 mg ημερησίως, σετραλίνη 150-200 mg ημερησίως) και είναι κι αυτοί αποτελεσματικοί, όπως και η χλωριμιπραμίνη, και στους καταναγκασμούς και στους ψυχαναγκασμούς και άσχετα αν συνυπάρχει ή όχι κατάθλιψη.

Αν υπάρχει σχιζότυπη προσωπικότητα ή διαταραχή τικ, ίσως βοηθά η προσθήκη και κάποιου αντιψυχωτικού.

Οπωσδήποτε, κατά τη θεραπεία της ΨΚΔ ο κλινικός πρέπει να έχει πολύ υπομονή, γιατί η βελτίωση έρχεται σιγά σιγά, συχνά ύστερα από 2-3 μήνες. Ο βαθμός βελτίωσης με τη φαρμακευτική αγωγή μπορεί να φθάσει και το 80%. Πάντως, η φαρμακευτική αγωγή πρέπει να συνεχισθεί για μακρό διάστημα, καθώς οί ασθενείς τείνουν να υποτροπιάσουν αν η αγωγή διακοπεί.

Ιδιαίτερη θέση στη θεραπεία της ΨΚΔ έχει και η **υποστηρικτική ψυχοθεραπεία**, που συνεπικουρεί και τη συμπεριφορική και τη φαρμακευτική θεραπεία, προσφέροντας ενθάρρυνση, ανύψωση του ηθικού και πρακτικές λύσεις στα προβλήματα του ασθενή.

Όσον αφορά την **ψυχοχειρουργική** (συνήθως στερεοτακτική τομή της τοξοειδούς δεσμίδος), αυτή σήμερα θα χρησιμοποιηθεί μόνον όταν οι άλλες θεραπείες αποτύχουν.

Η οικογενειακή θεραπεία μπορεί επίσης να βοηθήσει κατά τη θεραπεία του ατόμου με ΨΚΔ, με ενημέρωση των μελών της οικογένειας για τη φύση της αρρώστιας και εκμάθηση του πώς να δείχνουν κατανόηση αλλά να μην

ενθαρρύνουν την ΨΚ συμπεριφορά (π.χ. να μην ελέγχουν όλες τις πόρτες και τα παράθυρα πριν πάνε για ύπνο, όπως τους ζητά ο ΨΚ ασθενής).

Ομάδες αυτοβοήθειας, με την ενημέρωση και τη συμπαράσταση που προσφέρουν, είναι επίσης πολύ χρήσιμες στην αντιμετώπιση της ΨΚΔ.

ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΨΥΧΟΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟ ΣΤΡΕΣ

Κλινικά χαρακτηριστικά.

Η Διαταραχή Μετά Από Ψυχοτραυματικό Στρες (ΔΜΨΣ) αναπτύσσεται σε άτομα που τους έχει συμβεί ένα ακραίο τραυματικό γεγονός, το οποίο περιλαμβάνει το να βιώσει κανείς, να γίνει μάρτυρας ή να έρθει αντιμέτωπος με πραγματικό ή επαπειλούμενο θάνατο, με σοβαρό τραυματισμό ή με απειλή της σωματικής ακεραιότητας της δικιάς του ή των άλλων. Τα τρία βασικά χαρακτηριστικά της ΔΜΨΣ είναι η επαναβίωση του τραύματος μέσα από όνειρα ή επαναλαμβανόμενες αναμνήσεις του συμβάντος που εισβάλλουν και ταραάζουν το άτομο, ένα συναισθηματικό μούδιασμα και μια αίσθηση απομάκρυνσης/αποστασιοποίησης και αποξένωσης από τους άλλους και συμπτώματα διέγερσης του αυτόνομου νευρικού συστήματος όπως ευερεθιστότητα και αυξημένη αντίδραση ξαφνιάσματος. Τραυματικά γεγονότα, που το άτομο τα βιώνει άμεσα, μπορεί να είναι πολεμικές μάχες, βίαιες επιθέσεις (σεξουαλικές, σωματικές, ληστείες), απαγωγές, ομηρία, τρομοκρατικές επιθέσεις, βασανιστήρια, φυλακίσεις ή στρατόπεδα συγκεντρώσεως, φυσικές ή τεχνητές καταστροφές, σοβαρά αυτοκινητιστικά ατυχήματα ή η διάγνωση μιας θανατηφόρας αρρώστιας. (Στα παιδιά, ακόμη και αναπτυξιακά απρόσφορες σεξουαλικές εμπειρίες χωρίς βία, τραυματισμό ή απειλή).

Τραυματικά γεγονότα, στα οποία το άτομο μπορεί να ήταν *μάρτυρας*, μπορεί να είναι το να δει τον σοβαρό τραυματισμό ή τον θάνατο ενός ατόμου που να προήλθε από βίαια επίθεση, ατύχημα, πόλεμο ή φυσική καταστροφή ή να δει ξαφνικά ένα νεκρό ή μέλη νεκρού ατόμου.

Τραυματικά γεγονότα, που τα βίωσαν άλλοι και για τα οποία *έμαθε* το άτομο, μπορεί να είναι βίαιες επιθέσεις, σοβαρά ατυχήματα ή σοβαροί τραυματισμοί κάποιου μέλους της οικογένειας ή κάποιου στενού φίλου, ο ξαφνικός θάνατος ενός μέλους της οικογένειας ή ενός στενού φίλου, η πληροφόρηση ότι π.χ. το παιδί του έχει μια θανατηφόρο αρρώστια. Ίσως η ΔΜΨΣ είναι πιο σοβαρή όταν το τραυματικό γεγονός προέρχεται από ανθρώπινο σχεδιασμό (π.χ. βασανιστήρια, βιασμοί).

Συχνά τα άτομα με ΔΜΨΣ έχουν και άλλα **συνοδά συμπτώματα**, ιδιαίτερα αν το τραυματικό γεγονός είχε διαπροσωπική υφή (π.χ. σεξουαλική ή σωματική κακοποίηση, ομηρία, βασανισμός, αιχμαλωσία πολέμου ή σε στρατόπεδο συγκεντρώσεως κ.ο.κ.). Τέτοια είναι αισθήματα ενοχής (που επέζησε), αυτοκαταστροφική και παρορμητική συμπεριφορά, διασχιστικά συμπτώματα, αισθήματα ντροπής, εχθρικότητα, κοινωνική απόσυρση, σωματικά

ενοχλήματα κ.ά. Επίσης υπάρχει αυξημένος κίνδυνος για **σύνοδες διαταραχές** όπως Διαταραχή Πανικού, Αγοραφοβία, ΨΚΔ, Κοινωνική Φοβία, Ειδική Φοβία, Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή, Σωματοποιητική Διαταραχή και Διαταραχές Σχετιζόμενες με Ουσίες (Δεν είναι σαφές, όμως, σε ποιο βαθμό οι διαταραχές αυτές προηγούνται ή ακολουθούν τη ΔΜΨΣ).

Επιπλοκές της ΔΜΨΣ μπορεί να είναι βίαιες επιθέσεις του ατόμου, η αυτοκτονία, κατάχρηση αλκοόλ ή άλλων ουσιών και συζυγικές διαμάχες, διαζύγια ή απώλεια της εργασίας (λόγω της φοβικής αποφυγής καταστάσεων ή δραστηριοτήτων που μοιάζουν ή συμβολίζουν το αρχικό τραύμα).

Αιτιολογία

Οποσδήποτε το βασικό αιτιολογικό γεγονός που οδηγεί στη ΔΜΨΣ είναι το στρεσογόνο τραύμα. Καθώς, όμως, δεν παθαίνουν ΔΜΨΣ όλα τα άτομα που βιώνουν ένα μείζον τραυματικό γεγονός, θα πρέπει να συμβάλλουν και άλλοι παράγοντες. Ως τέτοιοι θεωρούνται η ηλικία του ατόμου (τα παιδιά π.χ. είναι πιο ευάλωτα), ιστορικό προϋπάρχουσας ψυχικής διαταραχής, ανεπαρκή ή κακά κοινωνικά στηρίγματα, οικογενειακό ιστορικό (θετικό για ΔΜΨΣ), εμπειρίες της παιδικής ηλικίας, η προσωπικότητα του ατόμου και κυρίως η βαρύτητα και διάρκεια του τραυματικού γεγονότος και η εγγύτητα του ατόμου προς αυτό (όσο πιο μεγάλες είναι τόσο πιο μεγάλη η πιθανότητα ανάπτυξης ΔΜΨΣ). Έτσι, ΔΜΨΣ μπορεί ν' αναπτυχθεί σε άτομα που δεν έχουν κανένα άλλο προδιαθεσικό γνώρισμα, εφόσον το στρεσογόνο γεγονός είναι ακραίου βαθμού.

Θεραπεία

Η θεραπευτική προσέγγιση στη ΔΜΨΣ μπορεί να είναι φαρμακευτική, ψυχοθεραπευτική ή συνδυασμός τους ανάλογα με τα συμπτώματα και τις ανάγκες του ασθενή.

Η φαρμακοθεραπεία περιλαμβάνει τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, αναστολείς της ΜΑΟ ή νεότερα αντικαταθλιπτικά (π.χ. ΕΑΕΣ). Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα μπορεί να μειώσουν τα flashbacks, τις επαναλαμβανόμενες αναμνήσεις και τους εφιάλτες κι έτσι να βελτιώσουν τον ύπνο και να ηρεμήσουν τον ασθενή. Αν υπάρχει και κατάθλιψη, μπορούν να βοηθήσουν φυσικά και την κατάθλιψη. Αν υπάρχουν επιπλέον και ψυχωτικά στοιχεία, τότε χορηγούνται και αντιψυχωτικά. Έχει αναφερθεί ότι η προπρανολόλη ή η κλονιδίνη μπορούν να ελαττώσουν τη διεγερσιμότητα του αυτόνομου νευρικού συστήματος.

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

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

Η ομαδική **ψυχοθεραπεία** μπορεί να αποβεί πολύ χρήσιμη σε άτομα που είχαν ίδιες ή παρόμοιες τραυματικές εμπειρίες (αιχμάλωτοι πολέμου, βετεράνοι, επιζώντες μεγάλων ατυχημάτων ή φυσικών καταστροφών).

ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΑΠΟ ΟΞΥ ΣΤΡΕΣ

Η Διαταραχή Από Οξύ Στρες συμβαίνει σαν απάντηση σε ένα ακραίο τραυματικό γεγονός και που συνοδεύεται από τυπικά διασχιστικά συμπτώματα (όπως συναισθηματικό μούδιασμα, αποπραγματοποίηση, αποπροσωποποίηση και αμνησία), από έντονο άγχος και από επαναβίωση του γεγονότος. Συχνά σε άτομα με Διαταραχή Από Οξύ Στρες υπάρχουν ως *συνοδά συμπτώματα* απελπισία και ανημπόρια ή αισθήματα ενοχής και παράλογης υπευθυνότητας. Ακόμη τα άτομα αυτά μπορεί να παραμελήσουν εντελώς τον εαυτό τους ή να παρουσιάσουν παρορμητική ή ριψοκίνδυνη σθμπεριφορά.

Αν τα συμπτώματα επιμένουν περισσότερο από 1 μήνα η διάγνωση αλλάζει σε Διαταραχή Μετά Από Ψυχοτραυματικό Στρες.

ΓΕΝΙΚΕΥΜΕΝΗ ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Το βασικό χαρακτηριστικό της Γενικευμένης Αγχώδους Διαταραχής είναι υπερβολικό άγχος, στενοχώρια και ανησυχία που το άτομο δυσκολεύεται πολύ να ελέγξει, χωρίς τα ειδικά συμπτώματα που χαρακτηρίζουν τις Φοβίες, τη Διαταραχή Πανικού ή την ΨΚΔ

Οι ασθενείς με ΓΑΔ συνήθως ανησυχούν υπερβολικά για καθημερινά προβλήματα της ζωής, όπως η δουλειά, τα οικονομικά, η υγεία των μελών της οικογένειας, οι σχέσεις τους, τα προβλήματα του αυτοκινήτου κτλ. Παιδιά με ΓΑΔ ανησυχούν πολύ για τις ικανότητες τους και για το πώς τα πάνε στο σχολείο ή στα σπορ. Ακόμη, τα παιδιά μπορεί ν' ανησυχούν για φυσικές καταστροφές ή για τον πυρηνικό πόλεμο και να εμφανίζονται χωρίς αυτοπεποίθηση, επιδιώκοντας συνεχώς επιδοκιμασία και ενθάρρυνση.

Θεραπεία

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

Φαρμακευτικά, αν και πολλοί χρησιμοποιούν βενζοδιαζεπίνες, εντούτοις πρέπει να είμαστε πολύ επιφυλακτικοί, γιατί, καθώς η πορεία της ΓΑΔ είναι χρόνια, ο κίνδυνος εξάρτησης από τις βενζοδιαζεπίνες είναι μεγάλος. Έτσι, κι αν δοθούν, θα πρέπει να είναι για διάστημα λίγων μόνο μηνών. Κάποια εναλλακτική λύση είναι η βουσπιρόνη, ένα μη βενζοδιαζεπινικό αγχολυτικό, που έχει το πλεονέκτημα να μην προκαλεί εύκολα εξάρτηση όπως οι βενζοδιαζεπίνες. Τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά με καταπραυντικές ιδιότητες, όπως η δοξεπίνη και η αμιτριπυλίνη, μπορεί, επίσης, να βοηθήσουν, χορηγούμενα κυρίως το βράδυ σε χαμηλές δόσεις 25 mg-100mg.