



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**« Άγχος και Φοβίες στο Νοσοκομειακό
Περιβάλλον και Νοσηλευτικές Διεργασίες»**

ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ:

ΚΟΥΡΕΑ ΗΛΙΑΝΑ, ΑΜ: 17930/698

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΜΑΙΡΗ ΓΚΟΥΒΑ

ΙΩΑΝΝΙΝΑ, 2020

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	3
ABSTRACT.....	4
ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	6
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	7
1. ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	
1.1. Άγχος.....	8
1.1.1. Ορισμός.....	8
1.1.2. Επίπεδα Άγχους.....	11
1.1.3. Αίτια Άγχους.....	12
1.1.4. Συμπτώματα.....	13
1.2. Αγχώδεις Διαταραχές.....	13
1.2.1. Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή.....	16
1.2.2. Διαταραχή Πανικού.....	18
1.2.3. Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή (Ιδιοψυχαναγκαστική Διαταραχή – ΙΨΔ).....	21
1.2.4. Διαταραχή Στρες μετά από Ψυχοτραυματική Εμπειρία.....	23
1.3. Φοβίες.....	27
1.3.1. Αίτια Φοβικών Διαταραχών.....	28
1.3.2. Αγοραφοβία.....	29
1.3.3. Κοινωνική Φοβία.....	29
1.3.4. Ειδική Φοβία.....	31
1.4. Άγχος και Νοσηλευτές.....	33
2. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΕΣ ΣΤΟ ΑΓΧΟΣ, ΤΙΣ ΑΓΧΩΔΕΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΑΙ ΤΙΣ ΦΟΒΙΕΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ	
2.1. Νοσηλευτικές Διεργασίες σε Συμπτώματα Άγχους.....	33
2.2. Νοσηλευτικές Διεργασίες στις Αγχώδεις Διαταραχές.....	36
2.3. Νοσηλευτικές Διεργασίες στις Φοβίες.....	40
2.4. Τρόποι Αντιμετώπισης του Άγχους και των Φοβιών.....	41
3. ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ	
3.1. Εισαγωγή – Περίληψη.....	43
3.2. Παρουσίαση – Ανάλυση Περίπτωσης.....	44
3.3. Ψυχολογικό Υπόβαθρο των Συναισθημάτων Άγχους.....	46
4. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	48
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Το άγχος και οι φοβίες αποτελούν δύο συναισθηματικές καταστάσεις απαραίτητες για την επιβίωση του ανθρώπου, προετοιμάζοντας τον οργανισμό του όταν έρθει αντιμέτωπος με μία απειλή. Η υπερβολική και δυσανάλογη αντίδραση του σε αυτό οδηγεί στο «παθολογικό» άγχος, τις αγχώδεις διαταραχές και τις φοβίες.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας ανασκοπικής μελέτης ήταν η διερεύνηση των κατηγοριών άγχους, αλλά και φοβιών που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς και η περιγραφή της εφαρμογής τους στη διεθνή κοινότητα με στόχο την ανάδειξη του ρόλου τους στις νοσηλευτικές διεργασίες.

Υλικό και Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων PubMed, GoogleScholar και της βιβλιοθήκης του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων. Το υλικό της μελέτης αποτέλεσαν επιλεγμένα βιβλία δημοσιευμένα τις δυο τελευταίες δεκαετίες και άρθρα δημοσιευμένα κατά κύριο λόγο το 2016 με 2020. Το υλικό συλλέχθηκε κατόπιν λεπτομερούς μελέτης της σχετικής βιβλιογραφίας. Η επιλογή έγινε από βιβλία, γενικά άρθρα, ανασκοπήσεις, συστηματικές μελέτες. Τέθηκε περιορισμός όσον αφορά στη γλώσσα δημοσίευσης των βιβλίων και άρθρων και χρησιμοποιήθηκαν μόνο αυτά που ήταν δημοσιευμένα στην αγγλική, κυρίως, αλλά και στην ελληνική γλώσσα. Χρησιμοποιήθηκαν και λέξεις σε συνδυασμούς όπως «άγχος ασθενών» (patient stress), «άγχος νοσηλείας» (hospital anxiety), «φοβίες ασθενών» (patient phobias), «νοσοκομειακές φοβίες» (hospital phobias), «διαταραχή πανικού» (panic disorder), «ειδική φοβία» (special phobia).

Αποτελέσματα: Το άγχος και οι φοβίες των ασθενών σχετίζονται με ένα μεγάλο εύρος ασθενειών, ψυχικών ή σωματικών, και θα πρέπει να υπάρχει μία έγκαιρη αντιμετώπιση με την βοήθεια της επικοινωνίας, την παροχής φροντίδας και θεραπείας από τους νοσηλευτές, τον καθησυχασμό κάθε φόβου και το ενδιαφέρον των νοσηλευτών. Τα αποτελέσματα της μελέτης για το άγχος, τις φοβίες και τις νοσηλευτικές διεργασίες πάνω σε αυτά έχουν ιδιαίτερη σημασία για τη Νοσηλευτική Επιστήμη.

Συμπεράσματα: Η ανάπτυξη του άγχους και του φόβου, όσο και η εκδήλωσή τους σε μία κατάσταση, άγνωστη κυρίως, είναι μία απολύτως φυσιολογική αντίδραση ενός ατόμου. Το υπερβολικό και παράλογο άγχος, όπως και ο παράλογος φόβος, προκαλούν στις περισσότερες περιπτώσεις την ανάπτυξη διαταραχών άγχους και φόβου και χρειάζεται κατάλληλη αντιμετώπιση από τον κάθε νοσηλευτή.

Λέξεις ευρητηρίου: Άγχος ασθενών, άγχος νοσηλείας, νοσοκομειακές φοβίες, φοβίες ασθενών, διαταραχή πανικού, ειδική φοβία

ABSTRACT

Introduction: Anxiety and illness are two of the emotional states necessary for human survival, preparing the body when faced with a threat. Its excessive and disproportionate response to it leads to 'pathological' disease, anxiety disorders and phobias.

Aim: The purpose of this prospective study was to investigate the categories of anxiety and phobic disorders patients face and to describe their application to the international public with the aim of highlighting their role in the nursing process.

Material and Method: Greek and international bibliography was reviewed in PubMed and GoogleScholar online databases and in the library of the University of Ioannina. The study materials consisted of selected books published in the last two decades and articles published mainly in 2016 through 2020. The material was collected following a detailed study of the relevant literature. The selection was made from books, general articles, reviews and systematic studies. There was a restriction on the language of publication of books and articles and only those published mainly in English, but also in Greek, were used. Combinations such as "patient anxiety", "hospital anxiety", "patient phobias", "hospital phobias", "panic disorder", "special phobia" are also used.

Results: Anxiety and patients' phobias are related to a wide range of illnesses, mental or physical, and there should be a timely response with the help of communication, care and treatment by nurses, restoring any fears and concerns

from nurses. The results of the study of anxiety, phobias and nursing procedures on them are of particular importance to the Nursing Science.

Conclusions: Developing anxiety and fear, as well as exposing them to a situation, mostly unknown, is a perfectly normal reaction of a person. Excessive and unreasonable anxiety, as well as unreasonable fear, in most cases lead to the development of anxiety and fear disorders and need appropriate treatment by each nurse.

Key words: Patient anxiety, hospital anxiety, hospital phobias, patient phobias, panic disorder, special phobia

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Μέσα από τη διαδικασία βιβλιογραφικής ανασκόπησης πραγματοποιήθηκε μια προσπάθεια έρευνας στην παρούσα εργασία για το άγχος και τις φοβίες που αντιμετωπίζουν γενικά οι άνθρωποι και κυρίως οι ασθενείς στο νοσοκομειακό περιβάλλον.

Κατά τη διάρκεια κάθε κλινικής μου άσκησης που πραγματοποιήθηκαν στα νοσοκομεία των Ιωαννίνων, αλλά και, κατά τη διάρκεια της πρακτικής μου άσκησης συνάντησα ασθενείς με άγχος για τα συμπτώματά τους, τη θεραπεία που πρέπει να λάβουν, τις εξετάσεις, όπως και ασθενείς που έπασχαν από φόβο για ιατρικές και νοσηλευτικές διαδικασίες που πραγματοποιούνταν καθημερινά. Έτσι, ήθελα προσωπικά να αναζητήσω και να καταλάβω τις έννοιες του άγχους και του φόβου, τα συμπτώματά τους, τις επιπτώσεις και τις διαταραχές που ακολουθούν οπότε επέλεξα το παρόν θέμα.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το άγχος αποτελεί μία εμπειρία που έχει σαν στόχο να προετοιμάζει τον οργανισμό στην αντιμετώπιση ερεθισμάτων και την πρόβλεψη επιπτώσεων που μπορεί να έχουν τα συγκεκριμένα ερεθίσματα για την επιβίωσή του ατόμου (Χριστοδούλου, 2001). Ο φόβος και το αίσθημα κινδύνου από ένα ερέθισμα, εξωτερικό ή εσωτερικό, που γνωρίζει ένας άνθρωπος διακρίνουν το άγχος και έτσι εξυπηρετεί θετικά τον ίδιο τον οργανισμό προς αυτήν την αναγνωρίσιμη απειλή, όπως την προσπάθεια επίλυσης μιας κρίσης (Videbeck, 2011). Αυτό θεωρείται «φυσιολογικό» άγχος και μέσω αυτού, ενδυναμώνεται η σωματική και η πνευματική επίδοση του ατόμου (Χριστοδούλου, 2002). Έχει καθοριστικό ρόλο στην διάπλαση του ατόμου, την ισορροπία των αναγκών του σε σχέση με τις απαιτήσεις που έχει η κοινωνία ώστε να προσαρμοστεί κατάλληλα (Rana, Upton, 2010). Αποτελείται από δύο συνιστώσες, τη συναισθηματική, που είναι συνδεδεμένη με άλλες ψυχικές λειτουργίες, όπως η μνήμη, και τη σωματική, που χαρακτηρίζεται από τις φάσεις του ατόμου να κινητοποιείται φυσιολογικά. Το άγχος, δηλαδή, μπορεί να ερμηνευτεί ως μία μελλοντική κατάσταση, με συγκεκριμένο προσανατολισμό, προετοιμασίας αντιμετώπισης ενός κινδύνου ή μίας απειλής ενώ ο φόβος που ακολουθεί, συνήθως, μπορεί να χαρακτηριστεί ως ο συναγερμός της παρουσίας αυτού του κινδύνου ή της απειλής (Zoellner et. al, 2020).

Όμως, μπορεί να αναπτυχθεί και το «παθολογικό» άγχος το οποίο κυριαρχεί στις εκδηλώσεις του ατόμου, κινητοποιώντας το σε μη σημαντικά ερεθίσματα για την επιβίωση και οδηγείται σε λανθασμένες εκτιμήσεις (Χριστοδούλου, 2002). Όταν κυριαρχεί το «παθολογικό» άγχος και το άτομο δεν μπορεί να ανακουφιστεί από αυτό, παρόλο που δεν υπάρχει κάποια απειλή, τότε επηρεάζεται η λειτουργικότητα του ατόμου και προκαλείται χρόνιο άγχος. Ως αποτέλεσμα παρουσιάζονται οι αγχώδεις διαταραχές (Κούκια, 2018). Μέσα σε αυτές ανήκουν και οι φοβίες.

Ο φόβος είναι απαραίτητος για την επιβίωση του ατόμου και χαρακτηρίζεται ως μια αντίδραση συναισθηματική σε έναν συγκεκριμένο υπαρκτό κίνδυνο. Λειτουργεί ως άμυνα ώστε να αναγνωρίσει τον κίνδυνο και να προστατέψει τον

εαυτό του. Ο παράλογος και επίμονος φόβος για κάτι όμως αποτελεί τις φοβίες, οι οποίες επηρεάζουν σημαντικά τις αποφάσεις του ατόμου προκαλώντας το να προσπαθεί ασταμάτητα να αποφύγει τον κίνδυνο ώστε να διαχειριστεί το άγχος που το καταβάλλει (Hogan, 2012). Δηλαδή, στις φοβικές διαταραχές, το συναίσθημα του φόβου είναι πάνω απ' όλα προκαλώντας την αποφυγή οποιασδήποτε κατάστασης δημιουργίας άγχους και φόβου (Bonevski, Naumovska, 2018).

Οι αγχώδεις διαταραχές και οι φοβίες κατατάσσονται στις πιο συχνές ψυχικές διαταραχές και αν δεν αντιμετωπιστούν έγκαιρα μπορεί να επιδεινωθούν άσχημα, ενώ παρατηρούνται συχνότερα στις γυναίκες (Χριστοδούλου, 2002).

1. ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1.1. Άγχος

1.1.1 Ορισμός

Το άγχος αποτελεί μία συναισθηματική αντίδραση που δείχνει μια προειδοποίηση, όταν συμβαίνει σε χαμηλή ένταση, ώστε να αντιμετωπιστούν ενδεχόμενες απειλές. Χαρακτηρίζεται από υπερβολική αβεβαιότητα και ανησυχία προς μία απειλή, άγνωστης πηγής κυρίως. Γενικά είναι μία υποκειμενική συναισθηματική απάντηση και αποτελεί μια εμπειρία που βιώνουν οι περισσότεροι άνθρωποι. Θεωρείται παθολογικό όταν είναι υπερβολικό προς τις απειλές, ενώ συνεχίζει να υπάρχει και αφού παρέλθει η απειλή επηρεάζοντας την λειτουργικότητα του ατόμου (Hogan, 2012).

Για τους Kaplan και Sadock (2012) το άγχος είναι μία κατάσταση που αποτελείται από διάφορα και έντονα συναισθήματα φόβου μαζί με σωματικές αντιδράσεις, όπως ταχυκαρδία και ωχρότητα, που δηλώνουν την αυξημένη δραστηριότητα του αυτόνομου νευρικού συστήματος. Έτσι η ικανότητα γνώσης επηρεάζεται και υπάρχει μία αλλαγή στην αντίληψη. Δεν ταυτίζεται με το φόβο λόγω ότι χαρακτηρίζεται από την αντίδραση σε μία γνωστή, κυρίως, απειλή σε σχέση με το άγχος που χαρακτηρίζεται από την αντίδραση σε μία άγνωστη απειλή.

Το άγχος με βάση την Κούκια (2018) είναι μία αντίδραση που έχει ως κύρια χαρακτηριστικά τα αισθήματα του φόβου, τον τρόμο και την ανησυχία σε μια υπαρκτή ή μη υπαρκτή απειλή. Διαφοροποιείται από το στρες γιατί αυτό αποτελεί μία κατάσταση που συμβαίνει από αλλαγή του περιβάλλοντος ενός ατόμου και χρειάζεται την προσαρμογή του, δηλαδή είναι μία ένταση, μια εξωτερική πίεση προς το άτομο από κάποιον στρεσογόνο παράγοντα. Το άγχος σαν μια νόσος χαρακτηρίζεται από την παρέμβαση σε τομείς λειτουργικούς στη ζωή του ατόμου όπως η εργασία.

Η διαφοροποίηση με το στρες (stress) είναι ότι αυτό επηρεάζει τον καθένα διαφορετικά και καταλήγει σε διαφορετικές αντιδράσεις, έχοντας το άγχος ως την πιο κοινή αντίδραση. Ως όρος παραπέμπει στην κατάσταση στην οποία απουσιάζει η ισορροπία που γενικά κατέχει το άτομο μεταξύ του να προβάλει μία κατάσταση και να αντιμετωπίσει τις απαιτήσεις που του παρουσιάζονται ώστε να προσαρμοστεί σε ψυχολογικό και οργανικό επίπεδο. Η απουσία αυτή οφείλεται σε γεγονότα που έχουν δημιουργηθεί στο εξωτερικό ή εσωτερικό περιβάλλον του ατόμου, τους λεγόμενους παράγοντες έντασης. Δηλαδή, μπορεί να χαρακτηριστεί μία μη ειδική απάντηση του οργανισμού στους παράγοντες έντασης. Μια εισαγωγή στο νοσοκομείο και η ιατρική θεραπεία που ακολουθείται μετά μπορούν πολύ εύκολα να αποτελέσουν παράγοντες έντασης. Κάθε τέτοιο γεγονός αξιολογείται ως ωφέλιμο, στρεσογόνο ή επικίνδυνο με βάση προηγούμενες εμπειρίες και το πώς αντιμετωπίστηκαν, και αναπτύσσει αργότερα μία εγρήγορη σωματική και ψυχολογική. Η αντίδραση του στρες που εμφανίζεται έτσι δεν προκαλείται μόνο του από το άτομο αλλά από το πώς αντιλαμβάνεται τους παράγοντες που μπορεί να δημιουργηθούν (Hogan, 2012).

Για την αντιμετώπιση των αλλαγών που δημιουργούνται στο άτομο λόγω των γεγονότων που έχουν προκληθεί από τους παράγοντες έντασης, ο οργανισμός του ενεργοποιεί μέσα, σωματικά και ψυχολογικά, ώστε να προσαρμοστεί και να σταθεροποιηθεί. Τα μέσα που ενεργοποιούνται για την αντιμετώπιση των απαιτήσεων αυτών ονομάζονται μηχανισμοί άμυνας, ασυνείδητες αντιδράσεις για την προστασία του (Hogan, 2012). Οι μηχανισμοί που αναπτύσσονται μπορεί να λειτουργήσουν θετικά και να ανακουφίσουν τον οργανισμό από τους παράγοντες

έντασης και το άγχος αλλά μπορούν, επίσης, να λειτουργήσουν αρνητικά οδηγώντας το άτομο σε κακές προσαρμοστικές συμπεριφορές που σχετίζονται με το άγχος του (Videbeck, 2011). Το κάθε άτομο μπορεί να χρησιμοποιήσει κάποιους μηχανισμούς άμυνας, όπως για παράδειγμα:

- **Αναπλήρωση**, δηλαδή την κάλυψη των συγκεκριμένων συναισθημάτων με κάτι που επιθυμεί περισσότερο.
- **Άρνηση**, κάποια φυγή προς την κατάσταση που επικρατεί ώστε να προστατευτεί από την πραγματικότητα.
- **Προβολή**, δηλαδή κακές σκέψεις που αποτυπώνονται προς άλλα άτομα.
- **Συμπεριφορές acting-out**, πράξεις ώστε να καλυφθεί το άγχος και οι εσωτερικές συγκρούσεις χωρίς καμία σκέψη για τις συνέπειες.

Αν οι μηχανισμοί αυτοί είναι αναποτελεσματικοί τότε μπορεί να προκληθεί το χρόνιο άγχος και στη συνέχεια να εμφανιστούν αγχώδεις διαταραχές (Κούκια, 2018).

Μία χειρουργική επέμβαση προκαλεί αύξηση του άγχους σε ασθενείς σε σχέση με το άγχος που μπορεί να υπάρχει για την αναισθησία που απαιτείται (Aust, 2018). Όμως, η εισαγωγή στο νοσοκομείο προκαλεί την ανάπτυξη επιπέδων άγχους στους περισσότερους ασθενείς, ενώ κατά τη διάρκεια νοσηλείας σημειώνεται σημαντική μείωση του και θέματα που μπορεί να προκύψουν σχετίζονται με τις αντιλήψεις των ίδιων των ασθενών προς τη φροντίδα που τους παρείχαν. Δηλαδή σημαντικό ρόλο στη μείωση του άγχους των ασθενών κατά τη νοσηλεία τους σε ένα νοσοκομείο έπαιξε η επικοινωνία, ενώ η αρχική αξιολόγηση του άγχους κατά την εισαγωγή των ασθενών βοηθάει στην ανάπτυξη σωστού πλάνου από τους νοσηλευτές και τη βελτίωση του στη συνέχεια (Baldwin, Spears, 2019).

Οι παιδιατρικοί ασθενείς εμφανίζουν αρκετά αυξημένο άγχος στην εισαγωγή τους στο νοσοκομείο για κάποια χειρουργική επέμβαση, αφού γενικά μία εισαγωγή ενός παιδιού προκαλεί διάφορες συναισθηματικές αλλαγές. Σημαντικό στη μείωση του άγχους ή στην αύξηση του αποτελεί η σχέση μεταξύ του κινδύνου ανάπτυξης άγχους και του φροντιστή, αλλά και των μεταβλητών της συμπεριφοράς του ασθενούς, οπότε κάποιες φορές μία εισαγωγή μπορεί να έχει αρνητικά

αποτελέσματα σε συναισθηματικό επίπεδο για τα παιδιά (De Mula-Fuentes, et. al, 2018).

1.1.2 Επίπεδα Άγχους

Το άγχος που μπορεί να χαρακτηριστεί ως συναίσθημα και κατηγοριοποιείται σε τέσσερα επίπεδα:

- **Ήπιο:**
 - Πυροδοτείται από την καθημερινότητα
 - Ελαφρά σωματικά συμπτώματα και ενέργεια αυξημένη
 - Ελαφρύς εκνευρισμός
 - Αυξημένη κινητοποίηση για παραγωγικότητα
 - Προβλήματα μπορούν να λυθούν
- **Μέτριο:**
 - Κάποια απροσεξία
 - Προβλήματα μπορούν να λυθούν αλλά με εξωτερική βοήθεια
 - Σωματικά συμπτώματα, όπως αρτηριακή πίεση, αναπνοή
 - Μεγαλύτερος εκνευρισμός
- **Έντονο:**
 - Απροσεξία
 - Αδυνατεί το άτομο να λύσει τα προβλήματα
 - Σύγχυση, τρόμος, υπερευαισθησία, άμυνα με απειλές πολλές φορές (συναισθηματικά συμπτώματα)
 - Σοβαρά σωματικά συμπτώματα όπως ναυτία, ζάλη και αϋπνία
- **Πανικός:**
 - Αδυνατεί το άτομο να συγκεντρωθεί και να μάθει
 - Παραισθήσεις
 - Καθόλου έλεγχος – απελπισία και οργή
 - Κανένα αποτέλεσμα επιτυχημένης επικοινωνίας
 - Μπορεί να εξαντληθεί συναισθηματικά και σωματικά

(Κούκια, 2018)

1.1.3 Αίτια Άγχους

Η αιτιολογία του άγχους θεωρείται ότι βασίζεται σε αρκετούς παράγοντες και όχι σε έναν, και αυτούς που υποστηρίζει ένας επαγγελματίας υγείας θα επηρεάσει και την παρέμβαση του (Hogan, 2012).

- **Βιολογικοί παράγοντες**

Θεωρείται ότι το άγχος προκαλείται από κάποια δυσλειτουργία των συστημάτων στον οργανισμό και η μετέπειτα ανάπτυξη κάποιας αγχώδους διαταραχής έχει σχέση με την υπερβολική δραστηριότητα του αυτόνομου νευρικού συστήματος, ενώ νευροδιαβιβαστές σχετίζονται με το άγχος (η νορεπινεφρίνη στις κρίσεις πανικού, δυσλειτουργία της σεροτονίνης στις ιδεοψυχαναγκαστικές συμπεριφορές). Επίσης κάποια αλλαγή στο πως λειτουργεί ο εγκέφαλος και το πώς είναι δομικά σχετίζεται με το άγχος (Hogan, 2012).

- **Ψυχοδυναμικοί παράγοντες**

Κάθε σύμπτωμα άγχους μπορεί να αποτελεί σημάδι τυχόν εμφάνισης κάποιου κινδύνου αφού το άγχος και η προσωπικότητα του καθενός συνδέονται πολύ. Κάθε εκδήλωση άγχους στην διάρκεια της ζωής του ατόμου δείχνει μία σύγκρουση συνείδησης και ενστικτωδών ορμών. Αυτή η ασυνείδητη απομάκρυνση αυτών των ορμών, σεξουαλικών κυρίως, προκαλεί εύκολα άγχος. Γενικά έχουν αναγνωριστεί τρεις τύποι άγχους, το πραγματικό, που βασίζεται στις απειλές του εξωτερικού περιβάλλοντος, το ηθικό, δηλαδή τα συναισθήματα ενοχής, και το νευρωτικό που σχετίζεται με απειλές ενστίκτων (Hogan, 2012)

- **Διαπροσωπικοί παράγοντες**

Οι συμπεριφορές των ανθρώπων έχουν ως κατεύθυνση την ικανοποίηση και την ασφάλεια και όταν δεν ικανοποιούνται εμφανίζεται το άγχος (Hogan, 2012). Για τον Sullivan, το άγχος προκύπτει λόγω της ανάγκης που έχουν οι άνθρωποι να ακολουθούν και να συμμορφώνονται με τους κανόνες που θέτει η κοινωνία (Videbeck, 2011). Τα συμπτώματα του άγχους είναι αποτέλεσμα συγκρούσεων των ανθρώπων μεταξύ τους και φόβων απόρριψης, κατωτερότητας και αποχωρισμού

(Hogan, 2012). Η αύξηση του επιπέδου άγχους μειώνει την ικανότητα της επικοινωνίας και της επίλυσης πιθανόν προβλημάτων, οπότε αυξάνεται έτσι και η πιθανότητα εμφάνισης κάποιας διαταραχής άγχους (Videbeck, 2011). Συχνά άνθρωποι που έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση κάνουν πολύ μεγαλύτερες προσπάθειες για την ασφάλεια και την προσαρμογή τους οπότε εκδηλώνουν πιο εύκολα άγχος (Hogan, 2012).

- **Συμπεριφορικοί παράγοντες**

Κάθε αντίδραση στους παράγοντες έντασης αποτελεί συχνά μαθημένη συμπεριφορά και η αδυναμία ενός ατόμου να επιτύχει στόχους προκαλεί άγχος, το οποίο μπορεί να γενικευτεί από τους ίδιους τους παράγοντες έντασης. Δηλαδή, αν οι άνθρωποι βιώνουν αρκετές αλλαγές τόσο σύντομα δημιουργούν στη συνέχεια συμπεριφορές που δεν προσαρμόζονται (Hogan, 2012).

1.1.4. Συμπτώματα Άγχους

Όταν το άτομο βρίσκεται σε κατάσταση άγχους μπορεί να εκδηλώσει κάποια συμπτώματα, σήματα προειδοποίησης, τα οποία κατατάσσονται σε ψυχολογικά και σωματικά συμπτώματα (Μητρούση και συν., 2013)

Στα σωματικά συμπτώματα συγκαταλέγονται η ταχυκαρδία, το αίσθημα παλμών, η ταχύπνοια, η δύσπνοια, ο πόνος στο στήθος, η ξηροστομία, η ανορεξία, η ναυτία, ο πονοκέφαλος, η δυσκολία κατάποσης, η εφίδρωση, οι εξάψεις (Karlan, Sadock, 2012). Στα ψυχολογικά συμπτώματα κατατάσσονται η ανησυχία, η επιθετικότητα, ο διαταραγμένος συντονισμός κινήσεων, το αίσθημα απροσωποποίησης, οι παραισθήσεις, η δυσκολία συγκέντρωσης, ο φόβος, ο τρόμος (Μητρούση και συν., 2013).

1.2 Αγχώδεις Διαταραχές

Σημαντικές διαταραχές στην ψυχοκοινωνική λειτουργία του ανθρώπου συμβαίνουν λόγω των διαταραχών άγχους (Bonevski, Naumovska, 2018). Συνεπώς, είναι ποικίλα συμπτώματα, σωματικά, ψυχολογικά, γνωσιακά και συμπεριφορικά. Κάθε μία από αυτές τις διαταραχές έχουν συγκεκριμένα δικά τους χαρακτηριστικά

αλλά όλες έχουν από ένα κοινό σημείο, τον παράλογο και υπερβολικό φόβο (Kneisl et al, 2009). Για τους Mandich και Fields (2020) ο υπερβολικός φόβος μαζί με κακή προσαρμογή συμπεριφορών ορίζεται ως διαταραχή άγχους και μία από τις πιο διαδεδομένες αγχώδεις διαταραχές είναι η ειδική φοβία, φόβος για κάτι συγκεκριμένο.

Το άγχος μέσα σε αυτές τις διαταραχές, είτε αποτελεί ένα κύριο σύμπτωμα, είτε κάποια συμπεριφορά αποφυγής, δημιουργείται στη προσπάθεια του ατόμου να αποφύγει τα υπόλοιπα συμπτώματα του όταν έρχεται αντιμέτωπο με την κατάσταση που το φοβίζει (Kneisl et al, 2009). Στη γενικευμένη αγχώδης διαταραχή, για παράδειγμα, εμφανίζεται με τη μορφή φόβων, μεγάλης ανησυχίας, έλλειψη συγκέντρωσης, ψυχικής και σωματικής κόπωσης (Bonevski, Naumovska, 2018). Αφορούν σε συνεχή και μη αποτελεσματικές καταστάσεις, σε προσπάθειες του κάθε ατόμου να συγκρατήσει σε μειωμένα επίπεδα το άγχος του. Με την ύπαρξη τους, η λειτουργικότητα του ατόμου μειώνεται σημαντικά και προκαλείται έντονο στρες (Κούκια, 2018). Δηλαδή, έχουν διάφορες συμπεριφορές για να αντιμετωπίσουν το στρες και αυτές οι συμπεριφορές μπορεί να είναι λειτουργικές ή και όχι. Κάποια άτομα μπορούν να προσαρμοστούν εύκολα αλλά κάποια άτομα δεν μπορούν να προσαρμοστούν καθόλου στο να αντιμετωπίσουν το άγχος τους ή αρρωσταίνουν σωματικά. Γι' αυτό οι αγχώδεις διαταραχές μπορούν να συνυπάρχουν μαζί με άλλες ασθένειες (Rana, Upton, 2010).

Παρά τις διαφορές μεταξύ των φύλων στην επικράτηση των διαταραχών άγχους, δεν υπάρχει ιδιαίτερη διαφορά στην ηλικία έναρξης όσο αφορά το φύλο. Όμως, διαφέρει γενικά η ηλικιακή έναρξη ανάλογα τον τύπο τους. Η μέση ηλικία έναρξης είναι τα 21,3 έτη με την ειδική και κοινωνική φοβία να έχουν ως έναρξη τα 15 έτη. Από την άλλη, αγοραφοβία, η ιδεοψυχαναγκαστική και η μετατραυματική διαταραχή έχουν τα 21,1 έως τα 34,9 έτη. Παρά τις διαφορές στην ηλικιακή έναρξη, υπάρχουν ομοιότητες που κυμαίνονται από την πρώιμη ηλικία έως τη νεαρή ενηλικίωση (Lijster, et al., 2017). Υψηλά επίπεδα άγχους που οδηγούν σε διαταραχές άγχους είναι αρκετά συχνά και στους εφήβους, ενώ αρκετοί αναπτύσσουν σοβαρή διαταραχή άγχους σε όλη τους ζωή. Η διαταραχή πανικού, η κοινωνική φοβία και η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή είναι οι πιο συχνές

αγχώδεις διαταραχές στους εφήβους, και σε κάποιους συνυπάρχουν μαζί με άλλες ψυχικές διαταραχές. Οι συγκεκριμένες διαταραχές μπορούν να επηρεάσουν τη λειτουργικότητα τους στο σχολείο και απέναντι στους συνομήλικους τους. Οι διαταραχές άγχους μπορεί να συνεχιστούν και στην ενήλικη ζωή τους, προκαλώντας κακές δεξιότητες αντιμετώπισης και λιγότερη ικανοποίηση στη ζωή τους (Scrandis, 2019).

Ο διαφορικός κίνδυνος ευαισθησίας στις αγχώδεις διαταραχές επικρατεί περίπου πάνω από 20% σε όλη τη ζωή του ανθρώπου μιας και συγκαταλέγονται στις πιο κοινές ψυχικές διαταραχές. Η κληρονομικότητα τους γενικά είναι μέτρια αλλά το άγχος δεν θεωρείται ομοιογενής διαταραχής και διακρίνεται σε άλλες διαταραχές (Meier, Deckert, 2019). Οι αγχώδεις διαταραχές χωρίζονται σε κατηγορίες από το διαγνωστικό και στατιστικό εγχειρίδιο των ψυχικών διαταραχών, δηλαδή:

- Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή
- Διαταραχή Πανικού
- Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή (Ιδιοψυχαναγκαστική Διαταραχή – ΙΨΔ)
- Διαταραχή στρες μετά από ψυχοτραυματική εμπειρία (ΜΤΔΑ – Μετατραυματική Διαταραχή Άγχους)
- Φοβικές Διαταραχές (Αγοραφοβία, Κοινωνική φοβία, Ειδικές φοβίες)

(Κούκια, 2018)

Άτομα και ασθενείς με κάποια αγχώδη διαταραχή χρειάζεται να καταλάβουν και να μάθουν την πρόληψη της επόμενης κρίσης πανικού. Η εκπαίδευση στη χαλάρωση και στην προσπάθεια προσδιορισμού των αιτιών του άγχους τους είναι αναγκαία αφού οι αγχώδεις διαταραχές μπορούν να υποτροπιάζουν με μείζονος βαρύτητας επεισόδια (Dewit, 2009).

Πριν την πραγματοποίηση μιας χειρουργικής επέμβασης ένας ασθενής μπορεί να εμφανίσει άγχος, κάτι που θεωρείται φυσιολογικό. Δηλαδή, ο συγκεκριμένος ασθενής δεν πληροί τις προϋποθέσεις κάποιας αγχώδους

διαταραχής. Από την άλλη, ένας ασθενής που παρουσιάζεται δυσλειτουργικό λόγω της διαρκούς ανησυχίας σε επαγγελματικά ή προσωπικά θέματα και δυσκολεύεται στον ύπνο ή στην συγκέντρωση για ένα χρονικό διάστημα τουλάχιστον 6 μηνών, πληροί τα κριτήρια των διαταραχών άγχους (Dewit, 2009). Μέσω του συστήματος DSM-IV-TR χρησιμοποιείται μια γενική προσέγγιση που περιγράφει την υγεία του ατόμου στο επίπεδο αυτό:

- Άξονας I: Μείζων ψυχική διαταραχή
- Άξονας II: Διαταραχές της προσωπικότητας ή νοητική στέρηση
- Άξονας III: Διαταραχές της σωματικής υγείας
- Άξονας IV: Ψυχοκοινωνικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες
- Άξονας V: Παθολογική αξιολόγηση της λειτουργικότητας

Η βαθμολογία του τελευταίου άξονα είναι από 1 έως 100 και συνήθως φοιτητές νοσηλευτικής πριν τις εξετάσεις τους σημειώνουν βαθμολογία από 81 έως 90, δηλαδή ήπιο άγχος (Dewit, 2009)

1.2.1 Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή

Στη γενικευμένη αγχώδης διαταραχή περιλαμβάνεται η υπερβολική ανησυχία ανάλογα τις περιστάσεις, τα γεγονότα ή μέχρι και τις συγκρούσεις που θα έχει ένα άτομο στην καθημερινότητά του. Αυτά τα συμπτώματα συχνά κρύβονται από άλλες διαταραχές, παθολογικές ή ψυχιατρικές, όπως καταθλιπτικές διαταραχές (Karlan, Sadock, 2012). Δηλαδή, τα άτομα αυτά είναι ανίκανα στο να έχουν τον έλεγχο της ανησυχίας τους ακόμα κι όταν καταλαβαίνουν ότι το άγχος που έχουν είναι υπερβολικό μπροστά στην κατάσταση που βρίσκονται και έτσι δεν μπορούν να ηρεμήσουν. Γι' αυτό παράλληλα εμφανίζονται σωματικά συμπτώματα όπως αϋπνία, εφίδρωση, κεφαλαλγίες και εξάψεις (Kneisl et al., 2009). Το άγχος είναι πολύ δύσκολο να αντιμετωπιστεί και προκαλεί την δυσλειτουργία του ατόμου σε διάφορες πτυχές της ζωής του (Κούκια, 2018).

Τα ψυχολογικά και τα σωματικά συμπτώματα της γενικευμένης αγχώδης διαταραχής προκαλούν συνέπειες στα ίδια τα άτομα και την κοινωνία. Σε ατομικό επίπεδο, τα συμπτώματα αυτά σχετίζονται με διαταραχές ύπνου, λήψη φαρμάκων

για το άγχος, αναπηρία, και μειωμένη γνωστική λειτουργία. Στο επίπεδο της κοινωνίας, η αύξηση του άγχους σε μεγαλύτερες ηλικίες έχει περισσότερη σχέση με τη συνεχή χρήση των υπηρεσιών υγείας, δηλαδή ραντεβού με περισσότερους γιατρούς και μείωση της λειτουργικότητας των ατόμων σε καθημερινές διαδικασίες. Παρόλο που επιπολασμός είναι υψηλός και η πορεία της διαταραχής είναι χρόνια, σπάνια θα αναζητήσουν επαγγελματική βοήθεια με καθυστέρηση έως και δύο χρόνων μεταξύ της έναρξης της διαταραχής και της θεραπείας τους (Gonçalves, Byrne, 2012).

Η γενικευμένη διαταραχή άγχους εμφανίζεται πολλές φορές από τα παιδικά χρόνια και αναπτύσσεται στην εφηβεία. Καθημερινά γεγονότα, υποχρεώσεις που πρέπει να ολοκληρώσουν αναπτύσσουν υπερβολικό και μη ρεαλιστικό άγχος που δεν σταματάει για τουλάχιστον 6 μήνες. Η γενικευμένη διαταραχή άγχους στους εφήβους, εκτός από ψυχική δυσφορία, προκαλεί μυϊκούς πόνους, δυσκολία συγκέντρωσης και αίσθημα έντασης. Η διαταραχή αυτή επηρεάζει τους νέους στην ολοκλήρωση υποχρεωτικών εργασιών και εξετάσεων λόγω υπερβολικού φόβους αποτυχίας (Kutcher, MacCarthy, 2011).

Η διαφορά με τις άλλες αγχώδεις διαταραχές είναι ότι τα άτομα δεν προσπαθούν συνήθως να αποφύγουν ότι τους προκαλεί άγχος. Αποτελεί την πιο συχνή αγχώδη διαταραχή και οι γυναίκες προσβάλλονται δυο φορές περισσότερο από τους άντρες αλλά στο σημείο αναζήτησης βοήθειας ο αριθμός είναι ίσος (Brown, 2010). Τα άτομα που έχουν διαγνωστεί με τη συγκεκριμένη διαταραχή ή ακόμη και όχι καταφεύγουν στο αλκοόλ ή στις ουσίες για να αποφύγουν τα συμπτώματά τους (Hogan, 2012). Γι' αυτό έχει αυξημένο κίνδυνο για νοσηλεία στο νοσοκομείο (Remes, 2018). Όμως, αντιμετωπίζεται επιτυχώς σε συνδυασμό της γνωσιακής θεραπείας με διάφορες τεχνικές χαλάρωσης και φαρμακευτικής αγωγής (Hogan, 2010). Η φαρμακευτική θεραπεία μπορεί να είναι ένα αρκετά βοηθητικό συμπλήρωμα στην γενική θεραπεία του ασθενούς από την συγκεκριμένη διαταραχή αλλά δεν μπορεί να αποτελεί μία οριστική θεραπεία. Τέτοιοι ασθενείς θα πρέπει να καταλαβαίνουν το άγχος τους και να μάθουν να το ανέχονται ως ένα σήμα που χρειάζεται κατά την πορεία της ψυχοθεραπείας (Gabbard, 2012).

1.2.1.1 Διαγνωστικά κριτήρια DSM – IV – TR

Τα διαγνωστικά κριτήρια της γενικευμένης διαταραχής άγχους προσπαθούν να διευκρινίσουν ποια είναι τα όρια της σε σχέση με τη φυσιολογική ανησυχία και το άγχος (Gabbard, 2012).

- a. Έντονο και υπερβολικό άγχος και ανησυχία τις περισσότερες ημέρες σε διάστημα έξι μηνών σε καταστάσεις ή γεγονότα όπως η εργασία ή το σχολείο.
- b. Υπάρχει αίσθηση αδυναμίας ελέγχου της ανησυχίας.
- c. Η ανησυχία και το άγχος συνδέονται με τρία, μπορεί και παραπάνω, από τα παρακάτω έξι συμπτώματα (στα παιδιά χρειάζεται μόνο ένα):
 - i. Νευρικότητα ή αίσθημα αγωνίας
 - ii. Κόπωση συχνά
 - iii. Ευερεθιστότητα
 - iv. Μυϊκή τάση
 - v. Διαταραχή ύπνου
 - vi. Αδυναμία συγκέντρωσης
- d. Τα συμπτώματα αυτά, μαζί με το άγχος και την ανησυχία, ενοχλούν σημαντικά το άτομο και μειώνουν τις κοινωνικές, επαγγελματικές ή και άλλες σημαντικές περιοχές λειτουργικότητας.
- e. Δεν χαρακτηρίζεται από δράσεις κάποιας ουσίας ή τη σωματική κατάσταση αλλά δεν εμφανίζεται κιόλας μόνο κατά τη διάρκεια άλλων διαταραχών.

(Kaplan, Sadock, 2012)

1.2.2 Διαταραχή Πανικού

Η διαταραχή πανικού, μία συνηθισμένη γενικά διαταραχή, χαρακτηρίζεται από συνεχή επεισόδια έντονου άγχους και πανικού ενώ στο διάστημα αυτό μεταξύ των επεισοδίων βιώνει κάποιο άγχος αναμονής του επόμενου επεισοδίου και στη συνέχεια χρόνια ανησυχία για τη ζωή του (Hogan, 2012). Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να μειώνεται το αντιληπτικό του πεδίο, να μην μπορεί να λειτουργήσει φυσιολογικά και να παρερμηνεύει έτσι διάφορα στοιχεία της πραγματικότητας (Κούκια, 2018). Η

έναρξη των επεισοδίων είναι ξαφνική και το αίτιο πρόκλησής τους συνήθως δεν είναι προσδιορίσιμο (Kneisl et al., 2009). Για 15 έως 30 λεπτά το άγχος αυξάνεται και γίνεται πιο έντονο με αποτέλεσμα την ανάπτυξη σοβαρού φόβου και δυσφορίας (Videbeck, 2011). Παρόλο που το χρονικό διάστημα της διάρκειας των κρίσεων δεν είναι αρκετά μεγάλο, προκαλούν μια εσωτερική αναστάτωση στον ασθενή (Gabbard, 2012). Έχει διαπιστωθεί υψηλότερη επίπτωση στρεσογόνων γεγονότων στην ζωή, τις περισσότερες φορές απώλειες, σε ασθενείς με τη συγκεκριμένη διαταραχή την περίοδο πριν την έναρξη της, ενώ κάποιοι βιώνουν ακόμη μεγαλύτερη αναστάτωση λόγω των γεγονότων αυτών που συνέβησαν πριν την εμφάνιση της διαταραχής (Gabbard, 2012). Οι συνεχείς κρίσεις πανικού ακολουθούν συμπτώματα που δεν ρυθμίζονται από κάποια απειλή και εμποδίζουν την κατάλληλη κοινωνική συμπεριφορά που θα μπορούσε να έχει κάποιος (Bonevski, Naumovska, 2018). Στα επεισόδια εμφανίζεται έντονος φόβος ή δυσφορία, δηλαδή μία κρίση πανικού, και συχνά εμφανίζονται σε επίπεδο μη λειτουργικότητας σε πολλούς τομείς της ζωής του ατόμου (Kneisl et al., 2009).

Όμως, η διαταραχή πανικού μπορεί να συνοδεύεται από αγοραφοβία όμως δεν συμβαίνει σε όλους (Κούκια, 2018). Ο πανικός και ο φόβος θεωρούνται φυσιολογικά σε κάποιον όταν βρίσκεται αντιμέτωπος με μία κατάσταση απειλητική για τη ζωή του, αλλά κάποιος με διαταραχή πανικού βιώνει τέτοιες συναισθηματικές αντιδράσεις χωρίς να υπάρχει απειλή (Videbeck, 2011). Το άτομο χαρακτηρίζεται από μεγάλο φόβο όταν παρευρίσκεται σε ένα χώρο που η διαφυγή είναι δύσκολη ή ξέρει ότι σε μία κρίση πανικού δεν μπορεί να του παρασχεθεί κάποια βοήθεια. Γι' αυτό τα άτομα αυτά αποφεύγουν συχνά τέτοιες καταστάσεις (Κούκια, 2018). Δηλαδή, το άτομο μένει σπίτι ή μετακινείται σε περιορισμένη απόσταση από το σπίτι του. Υπάρχουν άνθρωποι που φοβούνται να βγουν από το σπίτι γιατί μόλις απομακρυνθούν από εκεί μπορεί να συμβεί μία κρίση πανικού (Videbeck, 2011). Ασθενείς με διαταραχή πανικού, συνοδευόμενη από αγοραφοβία, συχνά αναβάλλουν ή ακυρώνουν ταξίδια, αφού δεν μπορούν να φύγουν από ένα μέρος σε περίπτωση εμφάνισης κάποιου επεισοδίου (Gabbard, 2012).

Στη διαταραχή πανικού το άτομο βιώνει σωματικά συμπτώματα όπως ταχυκαρδία, ναυτία, δύσπνοια, αίσθημα ασφυξίας αλλά μπορεί να υπάρχουν και

συμπτώματα παραισθήσεων, αποπροσωποποίησης, τρέμουλο και φόβο απώλειας ελέγχου (Kneisl et al. 2009). Η συγκεκριμένη διαταραχή κορυφώνεται στο τέλος της εφηβείας ενώ είναι συχνότερη η ανάπτυξη της διαταραχής αυτής σε άτομα που δεν έχουν ολοκληρώσει τις σπουδές επιτυχώς και δεν είναι παντρεμένα (Videbeck, 2011). Έχει παρατηρηθεί, όμως, ότι αρκετές γυναίκες με διαταραχή πανικού έχουν ταυτόχρονα και ιστορικό σεξουαλικής κακοποίησης κατά την παιδική ηλικία (Gabbard, 2012). Στα τμήματα επειγόντων περιστατικών δύσκολα αναγνωρίζεται η διαταραχή πανικού παρόλο που αρκετοί ασθενείς αναφέρουν ότι ο πόνος που νιώθουν είναι βαρύς σε σχέση με ασθενείς χωρίς τη διαταραχή. Συνήθως τέτοιοι ασθενείς παρουσιάζονται σε τμήματα επειγόντων περιστατικών με κυριότερο σύμπτωμα τον πόνο στο στήθος και πιθανό οξύ στεφανιαίο σύνδρομο και με συνακόλουθα συμπτώματα τη ζάλη, το αίσθημα παλμών και τη δύσπνοια (Greenslade et. al. 2017).

Είναι σχετικά αναγνωρισμένη παγκοσμίως για την επικράτησή της σε μεγάλο βαθμό στον πληθυσμό, όμως, η ανταπόκριση στη θεραπεία που δίνεται είναι αρκετά λιγότερο αποτελεσματική. Η αντίσταση στη θεραπεία πραγματοποιείται από την αλλοιωμένη λειτουργία του εγκεφάλου, τη μακροχρόνια φλεγμονή και την γενετική ευαισθησία. Κάποιοι παράγοντες που συμβάλλουν στην αντίσταση αυτή είναι τα χαρακτηριστικά της διαταραχής αυτής, άλλες ψυχικές και σωματικές συννοσηρότητες που μπορεί να υπάρχουν. Η ανθεκτικότητά της διαταραχής πανικού επηρεάζει αρκετά άτομα σε μεγάλο βαθμό στη ζωή τους με αποτέλεσμα προσωπικά, κοινωνικά και οικογενειακά βάρη (Chen, Tsan, 2016).

Η θεραπεία της χρειάζεται συνδυασμό ψυχοθεραπείας και φαρμακευτικής αγωγής, λόγω ότι ακόμη και αν μπορούν να ελέγξουν τα συμπτώματά τους, κάποια άτομα συνεχίζουν να μην μπορούν να βγουν έξω. Επίσης, η ψυχοθεραπευτική παρέμβαση απαιτείται σε ασθενείς που αναπτύσσουν αντίσταση στη φαρμακευτική αγωγή, τις περισσότερες φορές επειδή διακόπτουν τα φάρμακά τους πιστεύοντας ότι είναι καλύτερα ή δεν μπορούν να ανεχτούν τις παρενέργειες τους (Gabbard, 2012). Για τη φαρμακευτική θεραπεία της διαταραχής αυτής χορηγούνται βενζοδιαζεπίνες, εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης και το βαλπροϊκό οξύ (Brown, 2010).

1.2.2.1 Διαγνωστικά κριτήρια DSM – IV – TR

- a. Αμφότερα τα δύο παρακάτω:
 1. Συνεχής και χωρίς αίτια προσβολές πανικού
 2. Το λιγότερο μία από τις προσβολές να συμβαίνει για έναν μήνα (ή παραπάνω) από ένα ,ή περισσότερα, από τα παρακάτω:
 - i. Έντονη ανησυχία για επόμενες προσβολές
 - ii. Ανησυχία για τις συνέπειες των κρίσεων
 - iii. Έντονη αλλαγή συμπεριφοράς σε σχέση με τις προσβολές
- b. Απουσία αγοραφοβίας
- c. Δεν ευθύνεται δράση κάποιας ουσίας ή σωματική κατάσταση
- d. Οι κρίσεις πανικού δεν συνδέονται με άλλες ψυχικές διαταραχές

(Kaplan, Sadock, 2012)

1.2.3 Ψυχαναγκαστική καταναγκαστική διαταραχή (Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή – ΙΨΔ)

Η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή κατατάσσεται στις αγχώδεις διαταραχές λόγω του έντονου άγχους που εμφανίζεται όταν το άτομο αντιστέκεται σε μία ψυχαναγκαστική πράξη ή ιδεοληψία (Kneisl et al., 2009). Εκδηλώνεται με συμπεριφορές που συμβαίνουν συνέχεια χωρίς να υπάρχει νόημα και δεν είναι εύκολο να αποφευχθούν (Videbeck, 2011). Οι ψυχαναγκασμοί αποτελούν συνεχή και έντονες σκέψεις που προκαλούν δυσφορία. Το άτομο έχει γνώση ότι είναι κατασκευάσμα του μυαλού του και κάνει μεγάλες προσπάθειες να τις αγνοήσει, ενώ οι καταναγκασμοί αποτελούν συμπεριφορές που επαναλαμβάνονται και κάνουν το άτομο να νιώθει αναγκασμένο να τις πραγματοποιήσει ως αντίδραση στις ιδεοληψίες του. Οι συμπεριφορές αυτές έχουν στόχο την ελάττωση του άγχους που υπάρχει και δεν συνδέονται με κάποιο ρεαλιστικό τρόπο ή είναι υπερβολικές (Brown, 2010).

Οι ιδεοληψίες και οι καταναγκασμοί απασχολούν το άτομο για αρκετή ώρα και το εμποδίζουν σε καθημερινές δραστηριότητες και υποχρεώσεις που έχει. Αρκετά συχνές ιδεοληψίες αφορούν τη σκόνη, τα μικρόβια, τους αριθμούς, τη

συμμετρία και σκέψεις αντίθετες στη θρησκεία που μπορεί να εντάσσεται το άτομο αυτό, ενώ συχνοί καταναγκασμοί αφορούν το καθάρισμα, το πλύσιμο των χεριών, την καταμέτρηση και εργασίες με συγκεκριμένη σειρά (Brown, 2010). Οι καταναγκασμοί που συμβαίνουν είναι μηχανισμοί άμυνας που χρησιμοποιούνται για την απομάκρυνση του άγχους που σχετίζεται με τις ιδεοληψίες που δημιουργούνται (Kneisl et al., 2009).

Η διαταραχή αυτή ξεκινάει κατά την εφηβεία ή την πρώιμη ενηλικίωση αλλά συμβαίνει και στην παιδική ηλικία, ενώ προσβάλλει τους άντρες σε μικρότερη ηλικία από ότι τις γυναίκες (Brown, 2010). Στις γυναίκες ξεκινά μετά τα 20 έτη συνήθως (Videbeck, 2011). Μπορεί να συνυπάρχει με άλλες αγχώδεις διαταραχές, κατάθλιψη ή διαταραχές πρόσληψης τροφής (Brown, 2010). Ο επιπολασμός κατά τη διάρκεια της ζωής του ατόμου είναι 2 με 3% ενώ και τα δύο φύλα προσβάλλονται εξίσου με μέση ηλικία έναρξης τα είκοσι δύο έτη (Kaplan, Sadock, 2012). Τα συμπτώματα της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής αναπτύσσουν ανθεκτικότητα στη θεραπεία, αλλά μια ψυχοδυναμική θεραπεία έχει μεγάλες πιθανότητες να βοηθήσει στη βελτίωση της λειτουργικότητας των ατόμων αυτών στις διαπροσωπικές τους σχέσεις (Gabbard, 2012).

1.2.3.1 Διαγνωστικά κριτήρια DSM – IV – TR

Η διάγνωση της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής μπορεί να συμβεί όταν οι σκέψεις, οι ιδεοληψίες και οι καταναγκασμοί παρεμβαίνουν στην κοινωνική, προσωπικοί και επαγγελματική ζωή του ανθρώπου (Videbeck, 2011).

a. Ιδεοληψίες όπως:

1. Συχνές και επίμονες σκέψεις και παρορμήσεις, που βιώνονται κατά τη διάρκεια της διαταραχής σαν παρείσακτες προκαλώντας πολύ άγχος.
2. Σκέψεις που δεν είναι υπερβολικές στο σημείο της ανησυχίας στα προβλήματα της ζωής του ατόμου.
3. Αναγνώριση των ιδεοληψιών ως προϊόν του εγκεφάλου.
4. Αγνόηση των σκέψεων με άλλες πράξεις

Καταναγκασμοί όπως:

1. Συνεχής συμπεριφορές, όπως πλύσιμο χεριών, καταμέτρησης, νοερές πράξεις όπως προσευχές και επαναλήψεις λέξεων, που το άτομο νιώθει αναγκασμένο να κάνει.
2. Συμπεριφορές αλλά και νοερές πράξεις ώστε να εξαφανιστεί το άγχος και δεν συνδέονται με ρεαλιστικό τρόπο.

b. Μπορεί να αναγνωρίσει ότι οι ιδεοληψίες και οι καταναγκασμοί είναι υπερβολικοί, αλλά στα παιδιά δεν ισχύει αυτό.

c. Οι καταναγκασμοί και οι ιδεοληψίες προκαλούν σοβαρή δυσφορία και απασχολούν το άτομο για μεγάλο μέρος της μέρας του επηρεάζοντας άλλες υποχρεώσεις.

d. Η διαταραχή δεν οφείλεται σε χρήση ουσιών

Ιδιαίτερη προσοχή θα πρέπει να δοθεί στο αν το άτομο όντως αναγνωρίζει τον παραλογισμό των ιδεοληψιών και των καταναγκασμών (Kaplan, Sadock, 2012).

1.2.4 Διαταραχή στρες μετά από ψυχοτραυματική εμπειρία

Τις τελευταίες δεκαετίες του προηγούμενου αιώνα, λόγω των πολέμων, δόθηκε μεγαλύτερη σημασία στη διαταραχή στρες μετά από ψυχοτραυματική εμπειρία (Gabbard, 2012). Τότε άρχισε η συνειδητοποίηση της συχνής εμφάνισης της και ξεκίνησε η τεκμηρίωση των συνεπειών που μπορούσε να έχει σε κάποιον. Ο Horowitz τις δεκαετίες αυτές, παρατήρησε την άρνηση των ατόμων αυτών προς το συμβάν που βίωσαν και την ταυτόχρονη καταναγκαστική επανάληψή του μέσω ερεθισμάτων στην καθημερινότητά του. Με αυτόν τον τρόπο ο νους των ανθρώπων προσπαθούσε να επεξεργαστεί τα ερεθίσματα που δεχόταν και έτσι αναγνωρίστηκαν από τον Horowitz οχτώ ψυχολογικές αντιδράσεις που ακολουθούν ένα σοβαρό τραύμα:

- Πένθος ή θλίψη
- Ενοχές προς τον θυμό ή τις παρορμήσεις που νιώθει
- Φόβος μήπως γίνει ο ίδιος καταστρεπτικός,

- Ενοχές επειδή έζησε
- Φόβος ταύτισης του με άλλα θύματα
- Ντροπή που νιώθει αβοήθητος
- Φόβος επανάληψης του συμβάντος και
- Θυμός προς οτιδήποτε προκάλεσε το τραύμα.

(Gabbard, 2012).

Σήμερα, η αιτία των διαταραχών που αφορούν τραύμα και στρες είναι η έκθεση σε ένα συμβάν, που περιλαμβάνει θάνατο ή απειλούμενο θάνατο, βαρύ τραυματισμό, σεξουαλική ή σωματική επίθεση. Η έκθεση αυτή προκαλεί μία αναταραχή, αλλά, μια μειονότητα αναπτύσσει συνεχείς και επίμονες αντιδράσεις μετά από σοβαρά τραύματα (Zoellner et. al, 2020).

Η διαταραχή στρες μετά από μια ψυχοτραυματική εμπειρία αφορά το βίωμα ενός ατόμου σε ένα πραγματικό τραύμα και απειλητικό γεγονός, έξω από τις συνηθισμένες εμπειρίες, όπως την σωματική επίθεση και το βιασμό, το βασανισμό και τις φυσικές καταστροφές (Hogan, 2012). Αναγνωρίστηκε αρχικά σε βετεράνους αλλά σήμερα αποτελεί τη μειοψηφία σε σχέση με εμπειρίες σωματικής ή σεξουαλικής επίθεσης που καταλαμβάνουν τις πρώτες θέσεις (Κούκια, 2018). Από την άλλη, άνθρωποι υψηλού κινδύνου στην ανάπτυξη της συγκεκριμένης διαταραχής αποτελούν οι μετανάστες από χώρες όπου έχει γίνει πόλεμος. Η διαφορετική τους γλώσσα σε συνδυασμό με την απροθυμία που υπάρχει από μέρος τους στην αναζήτηση επαγγελματικής βοήθειας εμποδίζουν την παροχή βοήθεια στους ίδιους (Dewit, 2009). Σημαντικά, επίσης, συμπτώματα μετατραυματικού στρες έχουν και ασθενείς μετά την επιβίωσή τους από μία μονάδα εντατικής θεραπείας, με πιθανότητα τα συμπτώματα της μίας διαταραχής να συνυπάρχουν με τα συμπτώματα άλλων διαταραχών (Hatch, 2018).

Υπάρχει ποικιλία στην εξέλιξη της διαταραχής και οι περισσότεροι που έχουν υποστεί κάποιο συγκεκριμένο ψυχικό τραύμα και αντιδρούν ξαφνικά, αναρρώνουν περιστασιακά. Υπάρχουν και άτομα που καθυστερούν να αναρρώσουν έως και σε χρόνια βάση οπότε η διαταραχή αυτή χωρίζεται ανάλογα με την έναρξη των συμπτωμάτων, σε:

- a. Οξεία: τα συμπτώματα διαρκούν κάτω από τρεις μήνες.
- b. Χρόνια: Διάρκεια συμπτωμάτων πάνω από τρεις μήνες.
- c. Καθυστερημένη έναρξη: υπάρχει ένα διάστημα έξι μηνών τουλάχιστον μεταξύ τραύματος και εμφάνισης συμπτωμάτων.

(Kneisl et al., 2009)

Η διαταραχή στρες μετά από ψυχοτραυματική εμπειρία έχει ως κύρια συμπτώματα την εκδήλωση φόβου και άγχους που δημιουργούνται ακόμη και χωρίς την παρουσία κάποιου πραγματικού κινδύνου. Παρόλο που τα συμπτώματα αυτά συνδέονται με μία σειρά συναισθημάτων, η κοινωνική μάθηση ως αποτέλεσμα του φόβου θεωρείται ότι αποτελεί τον πυρήνα της ανάπτυξης, της συντήρησης και της βελτίωσης της διαταραχής (Zoellner et. al, 2020).

Κάθε άτομο που χαρακτηρίζεται από τη διαταραχή νιώθει έντονη δυσφορία στις καταστάσεις που του θυμίζουν το τραύμα οπότε τις αποφεύγουν. Καθημερινά γεγονότα, δηλαδή, μπορούν να πυροδοτήσουν αναμνήσεις σε κάποιους (Brown, 2010). Όμως, το μεγαλύτερο μέρος των ατόμων με μία τέτοια εμπειρία έχουν αντιδράσεις αρχικά που εξαφανίζονται τις επόμενες μέρες και μόνο μια μειονότητα έχει επίμονες αντιδράσεις που οδηγούν στη ανάπτυξη διαταραχής (Zoellner et. al., 2020). Άτομα που έχουν αναπτύξει τη συγκεκριμένη διαταραχή εμφανίζουν προκαταλήψεις προς κάποια απειλή, προτιμώντας την κατανομή προσεκτικών πόρων σε στοιχεία που σχετίζονται με την απειλή σε σχέση με ουδέτερα στοιχεία. Αν παρουσιαστεί μια απειλή, προσαρμόζουν τις προκαταλήψεις αυτές ώστε να ανιχνευτεί ο κίνδυνος και να διευκολύνουν την άμυνα τους (Zoellner et. al., 2020). Ταυτόχρονα, ως απάντηση στον κίνδυνο, προσαρμόζεται και ο φόβος, επιτρέποντας την αποφυγή της.

Η αποφυγή αποτελεί μία αμυντική απάντηση στην απειλή, αλλά όταν είναι υπερβολική παρεμβαίνει στην καθημερινότητα του ατόμου. Η διαταραχή περιλαμβάνει την προσπάθεια του ατόμου να αποφύγει συναισθήματα και σκέψεις γύρω από την τραυματική εμπειρία αλλά και καταστάσεις που θυμίζουν το τραύμα. Κάποιες προσπάθειες μπορεί να περιλαμβάνουν την απόσπαση της προσοχής και την καταστολή της σκέψης (Zoellner et. al, 2020). Αντικαταθλιπτικά, όπως τα

τρίκυκλα αντικαταθλιπτικά, η καρβαζεπίνη και οι β-αναστολείς είναι αποτελεσματικά στη θεραπεία τις συγκεκριμένης διαταραχής (Brown, 2010).

1.2.4.1 Διαγνωστικά κριτήρια DSM – IV – TR

- a. Έκθεση σε τραυματική κατάσταση που περιλαμβάνει αμφότερα:
 1. Βίωμα ή ως μάρτυρας σε γεγονός με πραγματικό θάνατο, σοβαρό τραυματισμό ή απειλή της σωματικής κατάστασης.
 2. Το άτομο το αντιμετωπίζει με φόβο, με την αίσθηση ότι δεν μπορεί να βοηθήσει ή να βοηθηθεί, και τρόμο.
- b. Τραυματική εμπειρία που συνδέεται με ένα ή περισσότερα από τα παρακάτω:
 1. Συνεχής υπενθυμίσεις του γεγονότος με εικόνες, σκέψεις.
 2. Συνεχή όνειρα του βιώματος.
 3. Αίσθημα ότι επαναλαμβάνεται κάπου το γεγονός αυτό.
 4. Ψυχολογική ενόχληση σε έκθεση καταστάσεων παραπλήσια του βιώματος.
 5. Σωματική αντίδραση σε γεγονότα που μοιάζουν με την τραυματική εμπειρία.
- c. Αποφυγή κάθε ερεθίσματος που συνδέεται με την εμπειρία του ατόμου με βάση τριών ή περισσότερων από τα παρακάτω:
 1. Αποφυγή σκέψεων και συζητήσεων πάνω σε αυτό το θέμα.
 2. Αποφυγή δραστηριοτήτων που ανακλούν το βίωμα.
 3. Ανίκανο το άτομο να θυμηθεί κάποια σημαντικά σημεία του τραύματος.
 4. Καθόλου ενδιαφέρον για δραστηριότητες.
 5. Αίσθημα αποξένωσης από άλλους.
 6. Αδύναμα συναισθήματα προς κάτι άλλο.
 7. Αίσθημα του να μην υπάρχει μέλλον για εκείνο.
- d. Συμπτώματα που δεν υπήρχαν πριν το τραύμα:
 1. Δυσκολία ύπνου
 2. Θυμός
 3. Δυσκολία συγκέντρωσης

4. Υπερεπαγρύπνησης
 5. Υπερβολική αντίδραση σε κάτι που μπορεί να το ξαφνιάσει
- e. Διάρκεια διαταραχής πάνω από ένα μήνα
 - f. Σημαντική ενόχληση σε άλλες πτυχές της ζωής του ατόμου.

(Kaplan, Sadock, 2012)

1.3 Φοβίες

Ο όρος φοβία προέρχεται από την ελληνική λέξη φόβος ενώ από την αρχαιότητα έχουν βρεθεί περιγραφές φοβικών διαταραχών. Οι φοβικές διαταραχές είναι οι πιο συχνές ψυχικές διαταραχές στις ΗΠΑ, και στην κορυφή τους οι ειδικές φοβίες. Δεν υπάρχει κάποια διαφορά ανάμεσα σε γυναίκες και άντρες μέχρι την εφηβεία όμως στις επόμενες ηλικίες υπερτερούν οι γυναίκες (Χριστοδούλου, 2002).

Η φοβία μπορεί να χαρακτηριστεί ως ένας επίμονος, αλλά παράλογος φόβος, για κάτι συγκεκριμένο, δραστηριότητα ή κατάσταση, και έχει σαν αποτέλεσμα μία αρκετά έντονη επιθυμία αποφυγής της κατάστασης αυτής. Συνήθως, όλα τα άτομα που βιώνουν κάποιο φόβο έρχονται αντιμέτωπα με τον πανικό μόλις έρθουν σε επαφή με αυτό που τους φοβίζει. Σε αντίθεση με τις αγχώδεις διαταραχές, άτομα με φοβίες έχουν επίγνωση του παράλογου φόβου, αλλά νιώθουν ότι δεν μπορούν να το σταματήσουν διότι ακόμη και η σκέψη πιθανής αντιμετώπισης με κάτι που τους φοβίζει τους προκαλεί άγχος (Videbeck, 2011). Μία προβολή υποσυνείδητης σύγκρουσης σε ένα εξωτερικό παράγοντα που σχετίζεται συμβολικά με τη σύγκρουση αυτή, διεγείρει το φόβο οπότε κάθε άτομο στις φοβίες φοβάται κάποιον εξωτερικό παράγοντα σε σχέση με κάτι άγνωστο εσωτερικά. Ένα φοβικό άτομο μπορεί να ελέγξει το πόσο έντονο μπορεί να είναι το άγχος που έχει, αποφεύγοντας ότι το περιτριγυρίζει. Για να διαγνωστεί μία φοβία χρειάζεται η υπερβολική αποφυγή της κατάστασης που προκαλεί άγχος σε σημείο που επηρεάζει σημαντικά την ζωή του ατόμου (Kneisl et al., 2009). Το DSM – IV – TR ταξινομεί τις φοβίες σε τρεις κύριους τύπους, την αγοραφοβία με ή χωρίς πανικό, την κοινωνική φοβία και τις ειδικές φοβίες (Brown, 2010).

Η θεραπεία των φοβικών διαταραχών ποικίλει με τις συνηθέστερες την φαρμακοθεραπεία, τη χρήση τρίκυκλων αντικαταθλιπτικών κυρίως, γνωσιακές και συμπεριφορικές θεραπείες όπως η απευαισθητοποίηση, αλλά και ο συνδυασμός αυτών των δύο (Χριστοδούλου, 2002)

1.3.1 Αίτια Φοβικών Διαταραχών

Τα αίτια ύπαρξης των φοβικών διαταραχών αποτελούν ένα μέρος του νευροσικού άγχους και χωρίζονται σε διάφορες θεωρίες:

- Γνωσιακή – συμπεριφορική προσέγγιση που διακρίνεται σε τέσσερα μοντέλα:
 - Την κλασική εξάρτηση όπου το άτομο δέχεται ένα ερέθισμα που μπορεί να το βλάψει και τότε δημιουργείται ένα αρχικό ουδέτερο ερέθισμα.
 - Ο φόβος του φόβου, που εννοεί την αίσθηση πανικού που φέρνει η αντίληψη του φόβου επηρεασμένο από έναν εξωτερικό παράγοντα.
 - Η καταστροφολογικού τύπου, όπου το άτομο δέχεται διάφορες σωματικές αισθήσεις που έχει καθημερινά ως επικίνδυνες και συμβάλλουν σημαντικά στη δημιουργία του πανικού και του φόβου αργότερα.
 - Αγχώδης υπερευαισθησία, όπου κάποιο άτομο μπορεί να χαρακτηρίζεται από μεγάλη ανγχώδη υπερευαισθησία έτσι ώστε να αναπτύσσει λάθος αντιλήψεις και να αντιδρά σε συνηθισμένες αντιδράσεις με πανικό.

- Βιολογική προσέγγιση:

Κάποια φάρμακα, όπως το διοξείδιο του άνθρακα, μπορεί να προκαλέσουν κάποια κρίση πανικού, όπου η δυνατότητα αυτή συνηγορεί στο φοβικό άτομο με νευροβιολογικές δυσλειτουργίες.

(Χριστοδούλου, 2002)

1.3.2 Αγοραφοβία

Η αγοραφοβία χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση άγχους ,και έπειτα φόβου, που αναπτύσσει ένα άτομο όταν βρεθεί σε κάποιο μέρος ή κατάσταση όπου το να διαφύγει είναι δύσκολο ή καταλαβαίνει ότι δεν θα μπορεί να του προσφερθεί βοήθεια σε μία κρίση πανικού. Δηλαδή, αφορούν καταστάσεις όπου κάποιος είναι μακριά από το σπίτι του, μέσα στο πλήθος ή σε κάποιο μεταφορικό μέσο (Brown, 2010). Έτσι το άτομο φοβάται να βγει από το σπίτι γιατί ανησυχεί για τυχόν ανάπτυξη διαφόρων συμπτωμάτων όπως ζάλη, απώλεια ελέγχου, μεγάλου άγχους και δυσφορίας. Οι δραστηριότητες του ατόμου στη συνέχεια μειώνονται αφού η φοβία κυριαρχεί στη ζωή του (Kneisl et al., 2009).

Η αγοραφοβία συνήθως συνυπάρχει με την διαταραχή πανικού και τα περισσότερα άτομα που θέλουν βοήθεια από κάποιον πάσχουν και από τα δύο. Είναι συχνότερο στις γυναίκες από ότι στους άντρες, αλλά και στα δύο φύλα δεν σημαίνει ότι όσοι μένουν σπίτι πάσχουν και από τη συγκεκριμένη φοβία (Brown, 2010). Η έναρξη της ξεκινάει στη μέση της τρίτης δεκαετίας στη ζωή ενός ανθρώπου ενώ κάποια άτομα πιο σοβαρά διαταραγμένα μπορεί να υποφέρουν όλη τους στη ζωή σε σχέση με άλλα (Karlan, Sadock, 2012).

1.3.3 Κοινωνική Φοβία

Η κοινωνική φοβία χαρακτηρίζεται από έντονο φόβο καταστάσεων που ωθεί ένα άτομο να βρίσκεται και να ενεργεί μπροστά σε ένα κοινό, άγνωστο κυρίως (Brown, 2010). Δηλαδή, υπάρχει ένας τεράστιος φόβος στο ότι το άτομο αυτό θα ντροπιαστεί μπροστά σε τόσο κόσμο (Hogan, 2012). Η έκθεση σε μία κατάσταση, όπως η ομιλία μπροστά σε ένα τέτοιο κοινό, πυροδοτεί κατευθείαν αντίδραση άγχους, ενώ τα νεαρά άτομα καταλαβαίνουν ότι όντως αυτός ο φόβος είναι υπερβολικός αλλά συνεχίζουν να αποφεύγουν όποια κατάσταση τους φοβίζει (Brown, 2010). Η κοινωνική φοβία μπορεί είτε να έχει σχέση με μία κατάσταση ή με διάφορες παρόμοιες. Από την άλλη, η προσφορά βοήθειας από κάποιο γνωστό τους πρόσωπο μπορεί να δημιουργήσει μεγαλύτερο άγχος οπότε οι σχέσεις μεταξύ τους δυσχεραίνονται (Hogan, 2012). Ασθενείς με κάποια άλλη νόσο, όπως η σκλήρυνση

κατά πλάκας, φλεγμονώδη νόσο του εντέρου ή ρευματοειδή αρθρίτιδα, εμφανίζουν κάποια στιγμή στη ζωή τους κοινωνική φοβία. Συγκεκριμένα, άτομα με ρευματοειδή αρθρίτιδα έχουν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν κοινωνική φοβία σε σχέση με άτομα που πάσχουν από άλλες φλεγμονώδης ασθένειες (Reinhorn et. al, 2019).

Η κοινωνική φοβία θεωρείται η πιο κοινή φοβική διαταραχή στην εφηβική ηλικία. Οι νέοι στη συγκεκριμένη ηλικία αναπτύσσουν τη δική τους ταυτότητα και η παρουσία της κοινωνικής φοβίας έχει σημαντική επίδραση στο κομμάτι αυτό. Ίσως διακρίνονται ως ντροπαλοί από συνομήλικους τους αλλά στην πραγματικότητα καταβάλλονται από υπερβολικό άγχος κατά τη διάρκεια κοινωνικών καταστάσεων. Το άγχος δημιουργεί τεράστιο φόβο στο να τραβήξουν την προσοχή πάνω τους, κάτι που σαν αποτέλεσμα έχει την αποφυγή ομιλίας στο μάθημα ή μπροστά σε κάποιο κοινό, ακόμη και την ομιλία στο τηλέφωνο. Η κοινωνική φοβία σε σοβαρό επίπεδο οδηγεί νέους σε σημείο να μην μπορούν να απομακρυνθούν από το σπίτι τους (Kutcher, MacCarthy, 2011). Τέτοιοι νέοι, συνήθως, έχουν εσωτερικεύσει συμπεριφορές των γονέων τους που τους προκαλούν ντροπή, δεν τις δέχονται ή τους γελοιοποιούν με αποτέλεσμα να τους δημιουργήσουν αμηχανία και στη συνέχεια τα παρατηρούν σε άτομα στο υπόλοιπο περιβάλλον τους και αρχίζουν να τα αποφεύγουν (Gabbard, 2012).

Η διάγνωση της κοινωνικής φοβίας συνήθως γίνεται αφού το άτομο αυτό αναζητήσει βοήθεια για κάποιον άλλον λόγο (Gabbard, 2012). Η θεραπεία της κοινωνικής φοβίας με βενζοδιαζεπίνες, προπανόλη, και με τη συμπεριφορική θεραπεία βοηθούν στην μείωση του άγχους (Hogan, 2012).

1.3.3.1 Διαγνωστικά κριτήρια DSM – IV – TR

- a. Επίμονος φόβος για κοινωνικές καταστάσεις ή για ενέργεια μπροστά σε κοινό. Δηλαδή, φοβάται ότι θα ταπεινωθεί ή θα έρθει σε αμηχανία.
- b. Η έκθεση στη φοβική κατάσταση αυτή πάντα φέρνει αρκετό άγχος και μπορεί να προκαλέσει πανικό.
- c. Το άτομο ξέρει ότι ο φόβος είναι παράλογος.
- d. Αποφεύγονται οι φοβικές καταστάσεις.

- e. Το να αποφεύγει ένα άτομο ότι συνδέεται με τη φοβική του κατάσταση επηρεάζει τη λειτουργικότητα του στους περισσότερους τομείς της καθημερινότητας.
- f. Σε άτομα μέχρι δεκαοχτώ ετών διαρκεί τουλάχιστον έξι μήνες.
- g. Ο φόβος και το άγχος δεν έχουν σχέση με κάποια ουσία και δεν εξηγούνται καλύτερα με άλλη ψυχική διαταραχή.

(Kaplan, Sadock, 2012).

1.3.4 Ειδική φοβία

Οι ειδικές φοβίες ορίζονται ως ο υπερβολικός φόβος σε κάτι αρκετά συγκεκριμένο, ένα αντικείμενο ή μία κατάσταση, και τα άτομα αυτά εμφανίζουν κατευθείαν άγχος με πιθανό αποτέλεσμα μία κρίση πανικού (Brown, 2010). Πολλές από τις ειδικές φοβίες αρχίζουν στην παιδική ηλικία και όσες συνεχίζουν να επιμένουν και στην ενήλικη ζωή, σπάνια μένουν χωρίς θεραπεία. Η μέση εφηβεία είναι η μέγιστη ηλικία εμφάνισής της ενώ είναι συχνότερες στις γυναίκες. Δεν προκαλούν σημαντική διαταραχή άμα η κατάσταση που φοβίζεται ένα άτομο αντιμετωπίζεται σπάνια και είναι εύκολο να την αποφύγει (Kneisl et al., 2009).

Η διάδοση της ειδική φοβίας είναι αρκετά μεγάλη και συνδέεται στενά με άλλες ψυχικές διαταραχές. Υπερτερεί στις γυναίκες από ότι στους άνδρες και σε άτομα που κατοικούν σε χώρες με υψηλό και μεσαίο οικονομικό εισόδημα. Η ειδική φοβία φαίνεται να προηγείται όποιας άλλης διαταραχής στις περισσότερες περιπτώσεις (Wardenaar, 2017). Οι φοβίες αυτές συνήθως επηρεάζουν τις καθημερινές δραστηριότητες των ατόμων και την ποιότητα ζωής. Και γι' αυτό η διάγνωση της γίνεται μόνο όταν προκαλεί υπερβολική δυσφορία στο άτομο ή το κάνει υπερβολικά δυσλειτουργικό. Άμα αφορούν αντικείμενα ή καταστάσεις που αποφεύγονται εύκολα τότε το άτομο δεν αναζητεί συνήθως βοήθεια, όμως φοβίες πάνω σε καθημερινές καταστάσεις μπορεί να δημιουργήσουν σοβαρή δυσφορία (Brown, 2010).

Οι ειδικές φοβίες ταυτοποιούνται με τους παρακάτω τύπους:

- a. Τύπος ζωοφοβίας

- b. Τύπος φυσικού περιβάλλοντος, όπως τα ύψη και το νερό
- c. Τύπος σχετικά με αίμα – τραύμα – ένωση
- d. Φόβος που προκαλείται από κλειστούς χώρους ή αεροπορικά ταξίδια (Kneisl et al., 2009)

Τέτοιες φοβίες συχνά συνυπάρχουν και με άλλες αγχώδεις διαταραχές. Αφού οι ενέσεις παραμένουν μέχρι και σήμερα από τις πιο κοινές ιατρικές και νοσηλευτικές διαδικασίες, όπως ακριβώς και ο φόβος προς αυτές. Η πλειοψηφία είναι τα παιδιά με τη μειοψηφία να είναι οι νέοι ενήλικες, αφού παρατηρήθηκε μείωση της φοβίας με την αύξηση της ηλικίας, ενώ στις γυναίκες ήταν πιο διαδεδομένη. Πολλοί αποφεύγουν τον εμβολιασμό της γρίπης για τον συγκεκριμένο λόγο, ενώ οι πιο κοινοί φόβοι είχαν να κάνουν με την φλεβοκέντηση και την αιμοληψία (McLenon, Rogers, 2019). Άτομα με φοβίες στις ενδοφλέβιες ενέσεις, συνήθως έχουν και κάποιο ιστορικό λιποθυμίας. Παρόλο που οι γυναίκες πάσχουν συχνότερα σε σχέση με τους άντρες, στα μέλη μιας οικογένειας είναι μεγάλη η πιθανότητα ανάπτυξης μίας ειδικής φοβίας (Brown, 2010).

1.3.4.1 Διαγνωστικά κριτήρια DSM – IV – TR

- a. Επίμονος και εκδηλωτικός φόβος, και ταυτοχρόνως παράλογος, που ελκύεται από κάτι ειδικό, αντικείμενο ή κατάσταση.
- b. Άμεση απάντηση άγχους σε έκθεση ενός φοβικού ερεθίσματος
- c. Το άτομο αναγνωρίζει τον παραλογισμό της φοβίας.
- d. Η κατάσταση που προκαλεί φόβο αποφεύγεται συνήθως και αν την υπομείνει τότε προκαλείται έντονη δυσφορία.
- e. Το άγχος, η αποφυγή αλλά και η έντονη δυσφορία που προκαλείται εμποδίζουν το καθημερινό πρόγραμμα του ατόμου.
- f. Σε άτομα μέχρι δεκαοχτώ ετών η διάρκεια της φοβίας είναι τουλάχιστον έξι μήνες.
- g. Η δυσφορία, το άγχος και η δυσλειτουργία του ατόμου δεν μπορεί να εξηγηθεί με κάποια άλλη ψυχική διαταραχή.

(Kaplan, Sadock, 2012).

1.4 Νοσηλευτές και Άγχος

Αναγνωρισμένα, η νοσηλευτική θεωρείται από τις πιο αγχωτικές εργασίες με αρκετά υψηλό επιπολασμό του άγχους και της εξάντλησης που οφείλεται σε αυτό. Υψηλά επίπεδα άγχους μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού καταλήγει στην ανάπτυξη ψυχικών διαταραχών, όπως οι αγχώδεις διαταραχές. Άμα οι επαγγελματίες υγείας αντιμετωπίζουν τέτοια θέματα, η ποιότητα της περίθαλψης που παρέχουν στους ασθενείς μειώνεται (Huang et. al, 2018).

Παρόλο που το άγχος πολλές φορές βοηθάει στην κινητοποίηση του οργανισμού, τα αυξημένα επίπεδα στους νοσηλευτές οδηγούν σε μεγαλύτερο κίνδυνο άγχους που να απαιτεί ιατρική περίθαλψη. Όμως, οι περισσότεροι νοσηλευτές δεν αναζητούν την κατάλληλη ιατρική βοήθεια και εμπόδιο σε αυτό φαίνεται να είναι το στίγμα όσον αφορά το τι σκέφτονται οι συνάδελφοι και οι εργοδότες τους, κάτι που θα μπορούσε να δημιουργήσει συνέπειες στην θετική εξέλιξη της σταδιοδρομίας τους. Ίδιες συμπεριφορές, από την άλλη, δείχνουν και οι φοιτητές νοσηλευτικής πιθανό εμπόδιο εκεί να είναι η ανησυχία για εμπιστευτικότητα ενός τέτοιου θέματος (Huang et. al, 2018).

2. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΕΣ ΣΤΟ ΑΓΧΟΣ, ΤΙΣ ΑΓΧΩΔΕΙΣ ΔΙΑΤΑΡΧΕΣ ΚΑΙ ΤΙΣ ΦΟΒΙΕΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ

2.1 Νοσηλευτικές Διεργασίες σε Συμπτώματα Άγχους

Συνήθως το άγχος ενός ατόμου ανακουφίζεται χωρίς ιατρική ή νοσηλευτική φροντίδα. Όμως, σε κάποιες περιπτώσεις ίσως να χρειαστεί παρέμβαση για την πρόληψη τραυματισμού άλλων ή του ίδιου του ατόμου (Dewit, 2009). Το νοσηλευτικό προσωπικό έρχεται συνεχώς σε επαφή με ανήσυχους ασθενείς, κυρίως στην προεγχειρητική φάση, στα τμήματα έκτακτης ανάγκης και στις μονάδες εντατικής θεραπείας. Αρχικά, χρειάζεται η αξιολόγηση του ατόμου που έρχεται σε επαφή ώστε να καθοριστεί το επίπεδο άγχους που επικρατεί και να ακολουθηθούν οι πιο αποτελεσματικές παρεμβάσεις (Videbeck, 2011). Κάποια δεδομένα από την αξιολόγηση του νοσηλευτή μπορεί να είναι μειωμένο εύρος προσοχής, ανησυχία, αίσθημα δυσφορίας, υπερκινητικότητα και μειωμένη ικανότητα επικοινωνίας (Videbeck, 2011).

Διεργασίες των νοσηλευτών και τρόποι αντιμετώπισης του άγχους σχετίζονται με διαδικασίες που τα ίδια τα άτομα κάνουν πράξη για να το διαχειριστούν και χρησιμοποιούνται με βάση την συναισθηματική κατάσταση και την πνευματική ικανότητα που έχουν (Hogan, 2012). Οπότε, προσπαθούν για μία αποτελεσματική διαχείριση του άγχους και όχι την ολοκληρωτική εξάλειψη του, άρα η διδασκαλία νέων τεχνικών διαχείρισης του είναι απαραίτητες (Videbeck, 2011). Έτσι οι διεργασίες μπορεί να είναι αποτελεσματικές ή μη αποτελεσματικές. Κάποιοι τρόποι αντιμετώπισης μπορεί να περιλαμβάνουν διαίτα, άσκηση, διαχείριση χρόνου, οπότε χρησιμοποιούνται ακριβώς για την αντιμετώπιση του άγχους (Hogan, 2012).

Δύο είναι οι κύριες παρεμβάσεις στο άγχος, η έκθεση στο φοβικό αντικείμενο, δηλαδή την άμεση αντιμετώπιση του ασθενή με το φόβο του, σε συνθήκες πραγματικές ή σε ένα επίπεδο φαντασίας, ζητώντας από εκείνο την περιγραφή της κατάστασης που φοβάται. Η δεύτερη κύρια παρέμβαση είναι η γνωσιακή – συμπεριφορική θεραπεία, δηλαδή η συγκέντρωση των σκέψεων,

αυτόματων κυρίως, που κάνει ο ασθενής προσπαθώντας να αντιμετωπίσει τα γεγονότα της ζωής του. Με τη βοήθεια κάποιων μέσων, όπως ημερολόγιο, αντιμετωπίζει τις αλλαγές στο συναίσθημα και όσες αρνητικές σκέψεις ακολουθούν (Κούκια, 2018). Έτσι τα άτομα μαθαίνουν να αναγνωρίζουν τα λάθη στον τρόπο σκέψης τους με κάτι σύντομο και περιορισμένο χρονικά (Hogan, 2012).

Σαν στόχο οι παρεμβάσεις των νοσηλευτών έχουν την ενδυνάμωση του ατόμου να ανεχτεί ένα ήπιο επίπεδο άγχους, ώστε να το αντιμετωπίζει και να το επεξεργάζεται μαζί με τους παράγοντες έντασης. Γι' αυτό και ο νοσηλευτής πρέπει να αναγνωρίζει μαζί και το δικό του άγχος, να έχει μία ψυχραιμία, ώστε να δημιουργήσει ένα ήρεμο περιβάλλον με μειωμένους παράγοντες έντασης για να πραγματοποιηθεί μία σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ του ατόμου και του ίδιου του νοσηλευτή (Hogan, 2012). Οπότε κάποιες νοσηλευτικές διεργασίες στο να ελεγχθεί το άγχος του ατόμου μπορεί να είναι:

- Αναγνώριση επιπέδου άγχους και παράγοντα στρες.
- Αναγνώριση κάποιας συμπεριφοράς που μπορεί να συνδέεται με το άγχος.
- Ανίχνευση άλλων παραγόντων που μπορεί να επιδεινώνουν την κατάσταση εκείνη τη στιγμή.
- Παρατήρηση άλλων σωματικών συμπτωμάτων λόγω άγχους ή φόβου.
- Επισήμανση αντιδράσεων των συναισθημάτων και επικοινωνία με τον ασθενή ώστε να αναγνωρίσει από μόνος του τον παράγοντα έντασης.
- Παροχή βοήθειας στον ασθενή σε λανθασμένες αντιλήψεις και διδασκαλία του σε καινούργιες μεθόδους αντιμετώπισης.
- Θετική ανατροφοδότηση όταν ο ασθενής επιτυγχάνει στον έλεγχο του άγχους του.
- Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής αν είμαι αναγκαία.

Ανάλογα το επίπεδο άγχους που αναγνωρίζεται στον ασθενή μπορούν να γίνουν και συγκεκριμένες νοσηλευτικές παρεμβάσεις (Κούκια, 2018). Το ήπιο άγχος σε ασθενείς λειτουργεί σαν πλεονέκτημα (Videbeck, 2011). Σκοπός του νοσηλευτή σε αυτό το επίπεδο είναι η βοήθεια του ασθενή να φτάσει σε σημείο ανοχής του άγχους του (Dewit, 2009). Η διδασκαλία από το νοσηλευτή σε αυτό το σημείο

μπορεί να είναι αρκετά αποτελεσματική αφού το συγκεκριμένο επίπεδο άγχους επιτρέπει στον ασθενή να μπορεί να μαθαίνει και να λύνει προβλήματα όποτε παραμένει πρόθυμος για πληροφορίες (Videbeck, 2011). Κάποιες νοσηλευτικές παρεμβάσεις μπορεί είναι η μάθηση στη διαχείριση του άγχους και τεχνικές λύσης άλλων προβλημάτων (Κούκια, 2018). Σε μέτριο επίπεδο άγχους ο ασθενής έχει κάποια δυσκολία στη συγκέντρωση οπότε ο νοσηλευτής πρέπει να είναι σίγουρος ότι ο ασθενής καταλαβαίνει και ακολουθεί τις οδηγίες που του δίνονται. Σύντομες, κατανοητές και απλές προτάσεις είναι αποτελεσματικές παράλληλα με την παρατήρηση του νοσηλευτή για να διασφαλίσει ότι ο ασθενής καταλαβαίνει και λαμβάνει τις πληροφορίες (Videbeck, 2011). Η προσφορά βοήθειας στη λύση προβλημάτων, η χαλάρωση και η μάθηση των μηχανισμών άμυνας συνιστώνται, ώστε να προωθηθεί πιο εύκολα η έκφραση των συναισθημάτων του ατόμου (Κούκια, 2018).

Το άγχος, όμως, μπορεί να γίνει σοβαρό και ο ασθενής εκείνη την στιγμή δεν μπορεί να λάβει ή να ακολουθήσει οδηγίες. Αρχικός στόχος ενός νοσηλευτή είναι η μείωση του επιπέδου άγχους του ασθενή. Κάτι τέτοιο μπορεί να επιτευχθεί βοηθώντας το άτομο να πάρει βαθιές ανάσες και συζητώντας μαζί του με ήρεμη και χαλαρωτική φωνή (Videbeck, 2011). Σε επίπεδο πανικού, το τελευταίο επίπεδο άγχους, πρωταρχικός στόχος είναι η ασφάλεια του ασθενούς. Ο πανικός μπορεί να διαρκέσει από λίγα λεπτά έως και μισή ώρα. Μέσω της αρχική αξιολόγησης του ασθενούς μπορεί να αντιληφθούν παραισθήσεις και ανοργάνωτες διαδικασίες σκέψης. Η αντίληψη πιθανής βλάβης δεν υπάρχει οπότε η μεταφορά του σε ένα ήσυχο και μη διεγερτικό περιβάλλον ίσως βοηθήσει στην μείωση του άγχους, ενώ η παραμονή του νοσηλευτή με τον ασθενή χρειάζεται μέχρι να υποχωρήσει ο πανικός (Videbeck, 2011). Δηλαδή, η υποστήριξη του ατόμου και η συνεχής παρακολούθηση, η μείωση ερεθισμάτων από το περιβάλλον και η προσπάθεια χαλάρωσης με αναπνοές χρειάζονται για την αντιμετώπιση του επιπέδου του πανικού (Κούκια, 2018). Η εκπαίδευση αυτή του ατόμου είναι η πιο σημαντική παρέμβαση για όσους έχουν συμπτώματα άγχους ώστε να ελαττώσουν την οποιαδήποτε πρόληψη τυχόν καφεΐνης και νικοτίνης (Hogan, 2012).

2.2. Νοσηλευτικές Διεργασίες στις Αγχώδεις Διαταραχές

2.2.1 Νοσηλευτικές Διεργασίες στη Γενικευμένη Αγχώδη Διαταραχή

Η πιθανότητα αναζήτησης βοήθειας από επαγγελματίες είναι αρκετά μικρότερη στους ηλικιωμένους ενήλικες με την πλειοψηφία όσων ζητήσουν να έχουν θετική στάση απέναντι στους επαγγελματίες υγείας, στην αποδοχή της βοήθειας και ως προτιμότερη θεραπεία επιλέγουν την ψυχοθεραπεία με τους υπόλοιπους να επιλέγουν φαρμακοθεραπεία ή έναν συνδυασμό και των δύο (Gonçalves, Byrne, 2012).

Ο στόχος στα άτομα διαγνωσμένα με γενικευμένη αγχώδη διαταραχή είναι να καταλάβει τη σχέση των συναισθημάτων και των σκέψεων στις περιπτώσεις που εμφανίζεται άγχος ώστε να αναγνωρίσει τα πραγματικά προβλήματα που μπορεί να υπάρχουν και να δημιουργήσει νέες τεχνικές, προσαρμοστικές, για την αντιμετώπισή τους. Οπότε οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις στα άτομα αυτά είναι:

- Ένα ήρεμο περιβάλλον και ήπια επικοινωνία ώστε να διαβεβαιωθεί για την παρουσία του νοσηλευτή.
- Βοήθεια στην αναγνώριση των συναισθημάτων του.
- Βοήθεια στην ανακάλυψη των λόγων που υπάρχουν αυτά τα συναισθήματα.
- Ώθηση για περιγραφή γεγονότων που προκαλούν στρες και τη σύνδεση των σκέψεων με τα συναισθήματα του.
- Αναγνώριση προηγούμενων μηχανισμών άμυνας.
- Βοήθεια στους τρόπους αντιμετώπισης και εναλλακτικών λύσεων.

(Κούκια, 2018)

2.2.2 Νοσηλευτικές Διεργασίες στη Διαταραχή Πανικού

Σε μια επαφή με έναν ασθενή μπορεί να αναφερθούν αλλαγές στην ζωή του, σε κοινωνικό και επαγγελματικό επίπεδο, επειδή η έντονη ανησυχία για την επόμενη πιθανή κρίση που μπορεί να έχει παρακινεί το ίδιο το άτομο να αποφεύγει

καταστάσεις, ακόμη και πρόσωπα, που έχουν σχέση με προηγούμενες κρίσεις. Αν δεν μπορεί να αποφύγει την κατάσταση που προκαλεί την κρίση, τότε η αίσθηση αδυναμίας που νιώθει τον παρακινεί σε πιο περιοριστικά μέτρα, όπως παραίτηση από τη δουλειά του. Κάτι ακόμα που μπορεί να αναφερθεί από έναν ασθενή με διαταραχή πανικού είναι προβλήματα με τον ύπνο και το φαγητό. Στην προσπάθεια ανακούφισης του άγχους του ίσως παρουσιαστεί απώλεια όρεξης ή υπερβολικής κατανάλωσης φαγητού (Videbeck, 2011).

Κατά τη διάρκεια μίας κρίσης πανικού το άτομο έχει έντονους φόβους που συνδέονται με την σωματική του κατάσταση λόγω αδυναμία επικοινωνίας, οπότε η παρουσία του νοσηλευτή εκεί προσφέρει ασφάλεια (Hogan, 2012). Κάποιες νοσηλευτικές παρεμβάσεις στην κατάσταση του πανικού είναι:

- Μεταφορά σε ασφαλές περιβάλλον και διασφάλιση απορρήτου του ασθενούς σε πιθανή κρίση
- Ήρεμη παραμονή δίπλα στον ασθενή κατά τη διάρκεια μίας κρίσης πανικού
- Απλό λεξιλόγιο για την περιγραφή των διαδικασιών που ακολουθούν
- Ήρεμο περιβάλλον
- Χορήγηση φαρμακευτική αγωγής και όταν χαλαρώσει ο ασθενής διδάσκεται τρόπους αναγνώρισης του άγχους του και τεχνικών χαλάρωσης
- Απλές απαιτήσεις από τον ασθενή

Επίσης, υπάρχει το αίσθημα απώλειας ελέγχου οπότε οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε μια τέτοια κατάσταση είναι:

- Συζήτηση με τον ασθενή για να μάθει ο νοσηλευτής τι καταστάσεις προκαλούν άγχος και ύστερα κρίση πανικού
- Επεξήγηση της ασθένειας δείχνοντας τα σωματικά συμπτώματα
- Βοήθεια στην αναγνώριση των συναισθημάτων πριν την κρίση
- Σταδιακή ευθύνη του ασθενή σε δραστηριότητες
- Βοήθεια στο να θέσει στόχους

(Κούκια, 2018), (Videbeck, 2011)

2.2.3 Νοσηλευτικές Διεργασίες στην Ψυχαναγκαστική καταναγκαστική διαταραχή (Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή – ΙΨΔ)

Η αναζήτηση βοήθειας συμβαίνει όταν οι καταναγκασμοί του ατόμου γίνονται υπερβολικοί, ενώ όταν γίνονται ανυπόφοροι τον οδηγούν σε νοσηλεία. Κατά τη διάρκεια μίας επαφής με ασθενή με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, οι νοσηλευτές αξιολογούν την εμφάνιση και την συμπεριφορά του. Συνήθως παρατηρείται ανησυχία και αμηχανία, κάτι που δεν καθιστά εύκολο την περιγραφή των συμπτωμάτων από τους ίδιους, ενώ μπορεί να φαίνεται και λυπημένος (Videbeck, 2011). Επίσης, εξετάζεται η αυτό-φροντίδα και πως επηρεάζεται από την διαταραχή αφού, όπως και με άλλες αγχώδεις διαταραχές, ίσως αναφερθούν προβλήματα ύπνου. Η εκτέλεση των καταναγκασμών χρειάζεται χρόνο, οπότε ο χρόνος του ύπνου πιθανόν να μειωθεί (Videbeck, 2011).

Σημαντικό στη διαχείριση του άγχους που προκαλείται από τη διαταραχή είναι η παροχή ενθάρρυνσης και υποστήριξης στον ασθενή. Ενθάρρυνση προς την έκφραση των συναισθημάτων και συμπεριφορών. Οι περισσότεροι ασθενείς καταβάλουν μεγάλη προσπάθεια να κρύψουν τέτοιες συμπεριφορές, οπότε μέσα από τη συζήτηση με τους νοσηλευτές, την έκφραση των σκέψεων μαζί τους, ίσως ανακουφιστούν (Videbeck, 2011). Οι ψυχαναγκασμοί του ατόμου πρέπει να επιτρέπονται με όρια λόγω ότι η βίαιη διακοπή τους μπορεί να δημιουργήσει πανικό. Οπότε νοσηλευτικές παρεμβάσεις μπορούν να είναι:

- Καθορισμό των καταστάσεων προς τον ασθενή που του δημιουργούν οι ψυχαναγκασμοί.
- Ενθάρρυνση έκφρασης και περιγραφής σκέψεων, συναισθημάτων συμπεριφορών, υποστηρίζοντας τον να καταλάβει το νόημα που έχουν.
- Μείωση χρόνου εκτέλεσης των συμπεριφορών που ο ασθενής νιώθει αναγκασμένος να πραγματοποιεί.
- Διδασκαλία ελέγχου του άγχους όπως με τεχνικές χαλάρωσης.
- Ενθάρρυνση στην συμμετοχή δραστηριοτήτων.
- Βοήθεια στην ολοκλήρωση της καθημερινής ρουτίνας του ασθενούς με συγκεκριμένο χρονικό όριο.

(Κούκια, 2018), (Videbeck, 2011)

Η εκτέλεση των ρόλων του ατόμου από την άλλη είναι από τα πρώτα βήματα για την αλλαγή του ατόμου. Όμως, δεν είναι πάντα επιτυχημένες, οπότε κάποιες νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε μία τέτοια κατάσταση είναι:

- Καθορισμό ρόλων του ατόμου στην οικογένεια πριν την εκδήλωση της διαταραχής.
- Ενθάρρυνση στο να συμμετέχει η οικογένεια ενώ ο ίδιος ο νοσηλευτής να υποστηρίζει θετικά τις αλλαγές του ατόμου.

(Κούκια, 2018)

2.2.4. Νοσηλευτικές Διεργασίες στη Διαταραχή Στρες μετά από Ψυχοτραυματική Εμπειρία

Περιλαμβάνουν τα εξής:

- Ακριβής καταγραφή του γεγονότος
- Αξιολόγηση των συναισθημάτων του θρήνου και της ντροπής
- Ήρεμο περιβάλλον
- Ενθάρρυνση του ατόμου για συζήτηση του τραύματος ώστε να εκφράσει τα συναισθήματά του.
- Ενθάρρυνση εφαρμογής τρόπων αντιμετώπισης
- Εκπαίδευση του ατόμου σε νέες τεχνικές
- Ενδυνάμωση του ατόμου για να ξεκινήσει ξανά παλιές δραστηριότητες

(Hogan, 2012)

2.3 Νοσηλευτικές Διεργασίες στις Φοβίες

Σαν στόχο ο νοσηλευτής έχει την ελάττωση της έντασης του φόβου ενώ είναι παρών το φοβικό αντικείμενο ώστε να λειτουργεί αυτόνομα. Οπότε νοσηλευτικές παρεμβάσεις πάνω στο κομμάτι των φοβικών διαταραχών είναι:

- Ανακάλυψη τύπου φοβίας.

- Καθορισμός κάθε χαρακτηριστικού της φοβίας, το πότε εμφανίστηκε, κάθε σκέψη του ατόμου πάνω σε αυτό και τις συνέπειες έχουν προκληθεί.
- Αποδοχή της φοβίας από το άτομο.
- Διαβεβαίωση ασφάλειας ατόμου.
- Ανάλυση της αντίληψης που έχει το άτομο πάνω στη φοβία.
- Σε συνεργασία με τον ίδιο γίνεται η επιλογή των τρόπων αντιμετώπισης.
- Έκθεση φοβικού αντικειμένου για τη δοκιμασία των υγιεινών συμπεριφορών.

(Κούκια, 2018).

Το άτομο, επίσης, μπορεί να απομονωθεί από την κοινωνία λόγω της δυσφορίας που του προκαλείται οπότε κάποιες νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε αυτό είναι:

- Συχνές αλλά σύντομες επαφές μαζί του.
- Ενθάρρυνση στη συμμετοχή του σε δραστηριότητες.
- Θετική ανατροφοδότηση στις προσπάθειες που κάνει.
- Διδασκαλία αναγνώρισης των συμπτωμάτων άγχους του.

(Κούκια, 2018)

2.4 Τρόποι αντιμετώπισης του άγχους και των φοβιών

Για τη σωστή αντιμετώπιση του άγχους και των φοβιών χρειάζεται και η διαφορική διάγνωση τους. Είναι απολύτως απαραίτητη αφού το άγχος αποτελεί ένα από τα κυριότερα συμπτώματα και για άλλες ψυχικές ή σωματικές διαταραχές (Ströhle, Gensichen, Domschke, 2018). Ασθενείς με φλεγμονώδη νόσο του εντέρου έχουν αυξημένο άγχος και φόβο και ζητούν την ψυχοκοινωνική υποστήριξη εκτός από την οργανική και συναισθηματική (Larsson, Löf, Nordin, 2017).

Για τη θεραπεία τέτοιων διαταραχών χρησιμοποιείται κάποιες φορές η ψυχοθεραπεία. Μέσω της ψυχοθεραπείας αρκετές φορές οι προσαρμοστικές άμυνες του ατόμου ενθαρρύνονται και μέσω του θεραπευτή ενισχύεται ο έλεγχος της πραγματικότητας που έχει το άτομο αυτό (Kaplan, Sadock, 2011). Μία

διαφορετική παρέμβαση που έγινε και είχε θετικά αποτέλεσμα ήταν η χρήση της μουσικής κατά την περιεγχειρητική περίοδο. Τα αποτελέσματα έδειξαν μείωση του άγχους και του πόνου στη μετεγχειρητική περίοδο μετά από τις παρεμβάσεις στη μουσική και κατά τη διάρκεια της γενικής αναισθησίας μείωσαν σημαντικά τον πόνο (Kühlmann, et. al, 2018). Οι αγχώδεις διαταραχές και οι φοβίες γενικά αντιμετωπίζονται με τον δικό τους τρόπο, η γνωστική – συμπεριφορική θεραπεία, όμως, έχει την καλύτερη τεκμηριωμένη αποτελεσματικότητα οπότε χρησιμοποιείται συχνά (Ströhle, Gensichen, Domschke, 2018).

Η γνωστική- συμπεριφορική θεραπεία είναι αρκετά χρήσιμη στην θεραπεία των διαταραχών άγχους και κυρίως των φοβιών, με αποτελεσματικότερη τεχνική τη θεραπεία έκθεσης. Οι ασθενείς εισάγονται στο ερέθισμα που τους προκαλεί άγχος ή φόβο και μαθαίνουν να το διαχειρίζονται. Μέσω της έκθεσης τα άτομα φαντάζονται ή αντιμετωπίζουν σε άμεσο χρόνο τα ερεθίσματα που τους προκαλούν το άγχος και το φόβο. Οι ασθενείς, μόνοι τους ή με βοήθεια του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, αντιμετωπίζουν καταστάσεις αρχικά από τα ερεθίσματα που τους φοβίζουν λιγότερο έως αυτά που τους φοβίζουν περισσότερο (Gelder, Lope – Ibor, Andreassen, 2008). Δηλαδή, γίνεται μία κατάταξη στα ερεθίσματα που προκαλούν το λιγότερο έως τον περισσότερο φόβο. Έτσι, το άτομο συμμετέχει στην έκθεση αυτή σταδιακά μεταβαίνοντας σε κάθε κατάσταση μόνο όταν η προηγούμενη δεν παράγει κάποιο φόβο σε σημείο που να δυσαρεστεί τον ασθενή (Mandich, Fields, 2020).

3. ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

3.1 Εισαγωγή – Περίληψη

Η συγκεκριμένη μελέτη στοχεύει στην προσέγγιση και κατανόηση των συναισθημάτων άγχους νεαρής κοπέλας με διαταραχή άγχους, σε σχέση με την εργασία της, τον φόρτο που περιέχει και άλλα παρεμφερή, που εμποδίζουν την κοπέλα να συνεχίσει να εργάζεται. Η εξέταση τη συγκεκριμένης περίπτωσης πραγματοποιείται μέσω του οικογενειακού, φιλικού, αλλά και του εργασιακού κύκλου της.

Η Μαρία προσήλθε στα επείγοντα συνοδευόμενη από τον εργοδότη της λόγω «ανεξέλεγκτης υστερίας» με αφορμή ένα μικρό λάθος που συνέβη στη βάρδια της στη δουλειά. Η ασθενής αντέδρασε έντονα μετά από κάποιο λάθος, με υπερβολικό άγχος και δυσφορία προκαλώντας την ανησυχία του εργοδότη της. Ο ίδιος ανέφερε ότι η Μαρία βρισκόταν στη δεύτερη της μέρα στη δουλειά και τα πήγαινε καλά, όμως η ίδια εξήγησε με δάκρυα στα μάτια ότι «νιώθει ανίκανη και η λύση είναι να παραιτηθεί».

3.2 Παρουσίαση – Ανάλυση Περίπτωσης

Σύμφωνα με το ιστορικό της Μαρίας, καθώς και μέσω πληροφοριών που δόθηκαν από την οικογένεια της με την άφιξη τους στο νοσοκομείο, το υπερβολικό άγχος κατά τη διάρκεια της εργασίας της διακατέχει την ασθενή από την πρώτη της εμπειρία σε δουλειά πριν λίγα χρόνια.

Συγκεκριμένα:

- Σε ηλικία 17 ετών ξεκίνησε να βοηθάει στο οπωροπωλείο του πατέρα της στη γειτονιά τους ως πωλήτρια. Τις πρώτες μέρες εργασίας της εκεί κάποιοι πελάτες έκαναν παράπονα τόσο στην ίδια, όσο και στον πατέρα της, για λάθος ρέστα προκαλώντας έντονο άγχος στην Μαρία κατά τις επαφές της με επόμενους πελάτες.

Έκτοτε, σταμάτησε να βοηθάει τον πατέρα της και αρνήθηκε να βοηθήσει ξανά ή να εργαστεί αλλού έως ότου περάσει στο πανεπιστήμιο, πιστεύοντας ότι η πίεση των εξετάσεων είναι το αίτιο άγχους της με αποτέλεσμα τα λάθη που συνέβησαν. Χωρίς πίεση η οικογένεια της δέχτηκε την απόφαση της και δεν ανέφεραν ξανά στην ίδια να βοηθήσει, παρόλο που της εξήγησαν ότι τα πήγαινε πολύ καλά και ήταν απλά οι πρώτες μέρες στη δουλειά.

- Σε ηλικία 20 ετών ως φοιτήτρια αποφάσισε να προσπαθήσει ξανά να εργαστεί ώστε να είναι οικονομικά ανεξάρτητη από τους γονείς της οπότε έκανε ένα δοκιμαστικό σε μία καφετέρια. Τις ώρες αιχμής, όμως, πραγματοποιήθηκαν λάθη σε παραγγελίες κοντινών τραπεζιών με αποτέλεσμα να πανικοβληθεί και να προκληθεί υπερβολικό άγχος, δυσφορία και ταχυκαρδία στην προσπάθεια της να διορθώσει τα λάθη της υπό την επίβλεψη του αφεντικού της, αφού με τον τρόπο αυτόν υπήρχε καθυστέρηση και στις υπόλοιπες παραγγελίες. Όπως η ίδια ανέφερε ένιωθε τότε ανίκανη, ήθελε να κλειστεί στο μπάνιο να μην την βλέπουν και δεν ήθελε να βρεθεί ξανά στην ίδια θέση οπότε δεν δέχτηκε να συνεχίσει στο επόμενο δοκιμαστικό που της πρότειναν.

Για έναν χρόνο, η Μαρία δεν ήθελε να εργαστεί ή να στείλει έστω κάποιο βιογραφικό σε οποιαδήποτε εργασία, παρόλο που είχε έξοδα ως φοιτήτρια. Προσπάθησαν οι φίλοι της, με πληροφορίες που έδωσε η ίδια, να την βοηθήσουν με προτάσεις εργασίας μαζί τους ώστε να νιώθει άνετα και να μην νιώθει μόνη της, αφού θα εργαζόταν με άτομα που γνωρίζει, αλλά η σκέψη πιθανού λάθους ξανά σε εργασία της προκαλούσε αρκετό άγχος.

Το άγχος είναι μεταδοτικό και εξαπλώνεται μεταξύ των ανθρώπων αφού κανένας δεν είναι άνοσος έναντι τέτοιων συναισθημάτων. Όμως, με ψυχραιμία αντιμετωπίστηκε το πρόβλημα από την οικογένεια και τους φίλους της και προσπάθησαν να βοηθήσουν τη Μαρία, όπως και τις συνέπειες που δημιουργούσε το άγχος και ο φόβος της μέσα από ενέργειες:

- Δεν ανάγκασαν το παιδί τους να βοηθήσει ξανά στο οπωροπωλείο που είχαν.
- Οι φίλοι της είχαν πάει μαζί με τη Μαρία στο δοκιμαστικό στην καφετέρια ώστε να γνωρίζει κάποια πρόσωπα κατά τη διάρκεια της εργασίας της και να νιώθει πιο άνετα.
- Καμία υποβάθμιση του άγχους ή του φόβου της από την οικογένεια της και τους φίλους της.

Όμως, ένα λάθος στη νέα της εργασία προκάλεσε τη δημιουργία ανεξέλεγκτου άγχους για μία ακόμη φορά, οπότε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών ο εφημερεύων ιατρός προσπάθησε με ήρεμη και επιβεβαιωτική στάση να ηρεμίσει την ασθενή ώστε να ληφθεί σωστά το πλήρες ιστορικό της και στη συνέχεια να κατευθυνθεί προς την καλύτερη θεραπεία για εκείνη.

3.3 Ψυχολογικό υπόβαθρο των συναισθημάτων άγχους

Από την πρώτη της επαφή με την εργασία, τα λάθη και τα παράπονα των πελατών, η Μαρία μείωσε την κοινωνική αλληλεπίδραση με άλλα άτομα. Μέσα από την ανάπτυξη του άγχους της στην ηλικία των 17 ετών, γεγονός που εμπόδισε την ωρίμανση της ψυχικά, αναπτύχθηκε η αναποτελεσματική εκπλήρωση των εργασιακών καθηκόντων που είχε σε κάθε εργασία μέχρι τώρα.

Η αιτιολογία που έδωσε η ίδια για την αρχική ανάπτυξη του άγχους ως την πίεση των εξετάσεων για στην εισαγωγή της στο πανεπιστήμιο, εμπόδισε την ίδια και την οικογένεια της να αναρωτηθούν για την κρίση που συνέβη και την άρνηση της να βοηθήσει ξανά.

Η μειωμένη κοινωνική αλληλεπίδραση ως αποτέλεσμα του ανεπτυγμένου άγχους δυσκόλεψε τη Μαρία να δημιουργήσει φιλίες τις πρώτες εβδομάδες στο πανεπιστήμιο αφού η αλληλεπίδραση της αρχικά με τόσα άτομα προκαλούσε κάποια δυσφορία.

Ωστόσο, οι φιλίες που ανέπτυξε την βοήθησαν στο να προσπαθήσει ξανά να εργαστεί. Η ανάπτυξη της κοινωνικής αλληλεπίδραση μέσω των φίλων στη σχολή, καθώς και παρότρυνση των ίδιων μέσα από τις δικές τους δουλειές προκάλεσαν το θάρρος της Μαρίας να πάει σε ένα δοκιμαστικό.

Όμως, τα λάθη που έκανε σε ώρα αιχμής μπροστά στον υπεύθυνο που την επίβλεπε προκαλώντας τον πανικό και την διαφυγή της στο μπάνιο δημιούργησε τον προβληματισμό των φίλων και της οικογένειας έπειτα. Η στάση τους απέναντι της ήταν υποστηρικτική, αποφεύγοντας να εκφράσουν κάθε άγχος που δημιουργούσε η δική τους εργασία και έδειχναν κατανόηση στις αποφάσεις της ώστε κάποια νέα αγχώδη κατάσταση ή νέος φόβος να μην εισέλθει στον ψυχισμό της Μαρίας.

Η στάση του στενού οικογενειακού και φιλικού κύκλου όπως και η ανησυχία του εργοδότη της στη νέα της εργασία ώστε να την μεταφέρει στο τμήμα επειγόντων περιστατικών βοηθάει στην ανάπτυξη της προσωπικότητας της Μαρίας. Η συνεχής άρνηση της όπως και το πρόσφατο επεισόδιο δείχνουν ότι δεν έχει

προσπαθήσει να αντιμετωπίσει το άγχος αλλά να το αποφεύγει. Οπότε, ως πρώτο βήμα στην περίπτωση της Μαρίας αποτελεί η αποδοχή των συναισθημάτων άγχους από την ίδια. Η αποδοχή τους σε συνδυασμό με τη θεραπεία που χρειάζεται και την υποστήριξη των δικών της ανθρώπων γύρω επιτρέπει στην ίδια να κατορθώσει και να δημιουργήσει τη δυνατότητα ελέγχου των συναισθημάτων άγχους, την εμπιστοσύνη στον εαυτό της και την ψυχική της ωρίμανση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Η ανάπτυξη του άγχους και του φόβου, όσο και η εκδήλωσή τους σε μία κατάσταση, άγνωστη κυρίως, μία ασθένεια ή έναν άλλον κίνδυνο, είναι μία απολύτως φυσιολογική αντίδραση που έχει ένα άτομο και κάτι τέτοιο το ωθεί θετικά, τις περισσότερες φορές, ώστε να δραστηριοποιηθεί και να λύσει οποιοδήποτε πρόβλημα που υπάρχει. Κάποια άτομα δεν μπορούν να αντιμετωπίσουν τέτοιες καταστάσεις, αφού το άγχος που αναπτύχθηκε ήταν υπερβολικό και παράλογο προς τη συγκεκριμένη κατάσταση, με αποτέλεσμα να δυσλειτουργούν ακόμη και στις υπόλοιπες υποχρεώσεις και δραστηριότητες της ζωής τους. Έτσι αναπτύσσονται οι αγχώδεις διαταραχές και οι φοβίες. Μέσα από την βιβλιογραφία υπάρχουν αρκετές διαταραχές που σχετίζονται με το άγχος ενός ανθρώπου, ενώ οι φοβίες που σχετίζονται με τον χώρο του νοσοκομείου συγκαταλέγονται στις ειδικές φοβίες και πιο συγκεκριμένα στις φοβίες του αίματος – τραύματος – ένεσης.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. **Κούκια, Ε.** 2018. *Αρχές ψυχιατρικής νοσηλευτικής – Νοσηλευτική ψυχικής υγείας*. Κύπρος: Broken Hill publishers LTD.
2. **Μητρούση, Σ. και συν.** 2013. Θεωρίες άγχους: Μια κριτική ανασκόπηση. *Ελληνικό περιοδικό της νοσηλευτικής επιστήμης*. 6 (1), σελ. 21 – 27. [Internet]. Διαθέσιμο από: http://journal-ene.gr/wp-content/uploads/2013/11/theories_agchous_kritiki_anaskopisi.pdf [Έγινε πρόσβαση στις 10 Ιανουαρίου 2020].
3. **Χριστοδούλου, Γ. Ν. και συν.,** 2002. *Ψυχιατρική*. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Βήτα.
4. **Aust, H., Eberhart, L., Sturm, T., Schuster, M., Nestoriuc, Y., Brehm, F., & Rüschi, D.** (2018). A cross-sectional study on preoperative anxiety in adults. *Journal of Psychosomatic Research*, 111, 133–139.
5. **Baldwin, K. M., & Spears, M. J.** (2019). Improving the Patient Experience and Decreasing Patient Anxiety With Nursing Bedside Report. *Clinical nurse specialist CNS*, 33(2), 82–89.
6. **Bonevski, D. & Naumovska, A.** (2018). Trauma and Anxiety Disorders throughout lifespan: Fear and anxiety from normality to disorder. *Psychiatra Danubina*, 30(6), 384–389.
7. **Brown, E.** 2010. *Η νοσηλευτική στην ψυχική υγεία*. Αθήνα: Εκδόσεις Πασχαλίδη.
8. **Chen, M. H. & Tsai, S. J.** (2016). Treatment-resistant panic disorder: clinical significance, concept and management. *Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry*, 70, 219–226.
9. **De Mula-Fuentes, B., Quintana, M., Rimbau, J., Martínez-Mejías, A., Úriz, M. S., Rivera-Pérez, C. & Garolera, M.** (2018). Anxiety, hospital fears and conduct and behavioral alterations during pediatric hospitalization. *Actas espanolas de psiquiatria*, 46(2), 42–5
10. **Dewit C. Susan** (2009). *Παθολογική – Χειρουργική Νοσηλευτική: Έννοιες και Πρακτική*. Νικοσία, Κύπρος: Broken Hill Publishers.

11. **Gabbard O. Glen** (2012). *Η ψυχοδυναμική Ψυχιατρική: στην Κλινική Πράξη*. Αθήνα: ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις.
12. **Gelder, G. Michael, Lopez- Ibor, J. Juan & Andreasen Nancy** (2008). *Oxford Σύγχρονη Ψυχιατρική, Τόμος II*.
13. **Gonçalves, D. C. & Byrne, G. J.** (2012). Interventions for generalized anxiety disorder in older adults: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(1), 1–11.
14. **Greenslade, J. H., Hawkins, T., Parsonage, W. & Cullen, L.** (2017). Panic Disorder in Patients Presenting to the Emergency Department With Chest Pain: Prevalence and Presenting Symptoms. *Heart, lung & circulation*, 26(12), 1310–1316.
15. **Hatch, R., Young, D., Barber, V., Griffiths, J., Harrison, D. A. & Watkinson, P.** (2018). Anxiety, Depression and Post Traumatic Stress Disorder after critical illness: a UK-wide prospective cohort study. *Critical care (London, England)*, 22(1), 310.
16. **Hogan, M. A.**, 2012. *Νοσηλευτική ψυχικής υγείας: Ανασκοπήσεις & αιτιολογήσεις*. Αθήνα: Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη.
17. **Huang, C. L.-C., Wu, M.-P., Ho, C.-H., & Wang, J.-J.** (2018). Risksoftreatedanxiety, depression, andinsomniaamongnurses: Anationwide longitudinal cohort study. *PLOS ONE*, 13(9)
18. **Kaplan, H. I. & Sadock, B. J.**, 2012. *Εγχειρίδιο κλινικής ψυχιατρικής*. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας.
19. **Kneisl, C. R., Wilson, H. S. & Trigoboff E.**, 2009. *Σύγχρονη νοσηλευτική ψυχικής υγείας*. Αθήνα: Ίων εκδόσεις Έλλην.
20. **Kühlmann, A., de Rooij, A., Kroese, L. F., van Dijk, M., Hunink, M. & Jeekel, J.** (2018). Meta-analysis evaluating music interventions for anxiety and pain in surgery. *The British journal of surgery*, 105(7), 773–783.
21. **Kutcher, S. & MacCarthy, D.**, 2011. *Identification, Diagnosis & Treatment of Adolescent Anxiety Disorders, A Package For First Contact Health Porviders*. British Columbia Medical Association.

22. **Larsson, K., Löf, L. & Nordin, K.** (2017). Stress, coping and support needs of patients with ulcerative colitis or Crohn's disease: a qualitative descriptive study. *Journal of clinical nursing*, 26(5-6), 648–657
23. **Lijster, J. M., Dierckx, B., Utens, E. M., Verhulst, F. C., Zieldorff, C., Dieleman, G. C. & Legerstee, J. S.** (2017). The Age of Onset of Anxiety Disorders. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 62(4), 237–246.
24. **Mandich D. & Fields S.** (2020). A practical guide to the management of phobias. *The Journal of family practice*, 69 (1), 33-36
25. **McLenon, J. & Rogers, M.** (2019). The fear of needles: A systematic review and meta-analysis. *Journal of advanced nursing*, 75(1), 30–42.
26. **Meier, S. M. & Deckert, J.** (2019). Genetics of Anxiety Disorders. *Current psychiatry reports*, 21(3), 16.
27. **Rana, D. & Upton, D.**, 2010. *Η ψυχολογία στη νοσηλευτική επιστήμη*. Αθήνα: Εκδόσεις Πασχαλίδη.
28. **Reinhorn, I. M., Bernstein, C. N., Graff, L. A., Patten, S. B., Sareen, J., Fisk, J. D., Marrie, R. A.** (2019). Social phobia in immune-mediated inflammatory diseases. *Journal of Psychosomatic Research*
29. **Remes, O., Wainwright, N., Surtees, P., Lafortune, L., Khaw, K. T., & Brayne, C.** (2018). Generalised anxiety disorder and hospital admissions: findings from a large, population cohort study. *BMJ open*, 8(10)
30. **Scrandis, D. A.** (2019). Anxiety disorders in adolescents. *The Nurse Practitioner*, 44(8), 12–14.
31. **Ströhle, A., Gensichen, J. & Domschke, K.** (2018). Diagnostik und Therapie von Angsterkrankungen. *Deutsches Ärzteblatt Online*.
32. **Videbeck L. Sheila**, 2011. *Psychiatric - Mental Health Nursing*. WolterKluwer, LippincottWilliams&Wilkins.
33. **Wardenaar, K. J., Lim, C. C. W., Al-Hamzawi, A. O., Alonso, J., Andrade, L. H., Benjet, C., de Jonge, P.** (2017). The cross-national epidemiology of specific phobia in the World Mental Health Surveys. *Psychological Medicine*, 47(10), 1744–1760

34. Zoellner, L. A., Ojalehto, H. J., Rosencrans, P., Walker, R. W., Garcia, N. M., Sheikh, I. S. & Bedard-Gilligan, M. A. (2020). *Anxiety and fear in PTSD ☆. Emotion in Posttraumatic Stress Disorder, 43–63.*