



**ΣΧΟΛΗ:Ε.Υ.Π.**

**ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

## **ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

### **« Άγχος - Θεωρητικές και Νοσηλευτικές Προσεγγίσεις»**



**Σπουδάστρια :**

**Νίτσα Γουδέλη Βασιλεία**

**Υπεύθυνη εκπαιδευτικός:**

**Ε. Παπαγιαννοπούλου**

**ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2017**

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	3
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	4
➤ Ιστορική Αναδρομή.....	5
➤ Επιδημιολογία.....	6
Α Μέρος	
1. Άγχος-Θεωρητικές Προσεγγίσεις.....	7
2. Παθοφυσιολογία Άγχους.....	17
2.1 Αίτια Άγχους.....	18
2.2 Συμπτώματα άγχους.....	20
3. Πρόληψη.....	20
4. Θεραπευτικές προσεγγίσεις άγχους .....	23
Β Μέρος	
1. Εκτίμηση-Νοσηλευτική Παρέμβαση Νοσηλευτή.....	24
2. Ο Ρόλος του Νοσηλευτή στη Θεραπεία.....	26
3. Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση.....	28
Γ Μέρος	
Έρευνα.....	29
Βιβλιογραφία .....	46

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία θα μελετήσει το άγχος και όλα τα μέσα αντιμετώπισης του και θα παρουσιαστούν οι θεραπευτικές τους προσεγγίσεις. Ο νοσηλευτής διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στα άτομα με άγχος καθώς η συμβολή του στη θεραπεία και αποκατάσταση ενός ατόμου με αγχώδεις διαταραχές, είναι σπουδαία και μπορεί να τον βοηθήσει στην αντιμετώπισή τους.

Χρησιμοποιούμε τον όρο αγχώδεις καταστάσεις για να δηλώσουμε όλες τις μορφές νοσηρού άγχους, είτε νευρωτικό είναι αυτό είτε οτιδήποτε άλλο. Το άγχος αποτελεί συστατικό πολλών διαταραχών της συμπεριφοράς και των περισσότερων ψυχονευρώσεων. Αποτελεί το κύριο σύμπτωμα στις αγχώδεις νευρώσεις. Βρίσκουμε ακόμα το άγχος σαν αιτιακό παράγοντα σε υστερίες μετατροπής, σεξουαλικές διαστροφές και ψυχαναγκαστικές πράξεις. Δεν είναι παράλογο που πολλοί θεωρούν το άγχος σαν το κύριο παράγοντα στην ψυχοπαθολογία. Οι συνέπειες του άγχους είναι συχνά τραγικές, για αυτό πρέπει να τις αντιμετωπίσουμε με μεγάλη προσοχή, όχι μόνο για την κατανόηση των ψυχονευρώσεων, αλλά και για λόγους κοινωνικής ψυχιατρικής και θεραπείας της ανθρώπινης συμπεριφοράς γενικά.

Θα αναφερθούμε σε όλες τις καταστάσεις του άγχους, αλλά και τους υπόλοιπους αιτιατούς παράγοντες που μπορεί να οδηγήσουν σε αυτές, θα καταδείξουμε όλα τα είδη τους και τέλος θα παρουσιάσουμε όλες τις θεραπευτικές προσεγγίσεις. Τέλος θα αναφερθούμε στο ρόλο του νοσηλευτή στα άτομα με άγχος και θα καταδείξουμε τη σημαντικότητα της συμβολής του στη θεραπεία και αποκατάσταση ενός ατόμου με τις συγκεκριμένες αγχώδεις διαταραχές.

Για να γίνουν κατανοητές όλες οι νοσηλευτικές προσεγγίσεις, θα αναφερθούν τα αίτια του άγχους και θα τονιστούν οι επιστημονικές μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί για αυτό.

Τέλος, θα δοθούν οι τεχνικές αντιμετώπισης του άγχους καθώς και η διάγνωση και νοσηλευτική παρέμβαση για την αντιμετώπιση του άγχους.

**Λέξεις κλειδιά: άγχος, διαταραχή, νοσηλευτική παρέμβαση, νευρώσεις, συμπεριφορά,**

## SUMMARY

This diploma thesis will examine the anxiety and all the means of dealing with it and will present their therapeutic approaches. The nurse plays an important role in people with anxiety because his contribution to the treatment and restoration of a person with anxiety disorders is important and can help him to deal with them.

We use the term anxiety to declare all forms of noxious anxiety, whether neurotic is this or anything else. Anxiety is a component of many disorders of behavior and most psychoneurosis. It is the main symptom of anxious ribs. We still find anxiety as a causal factor in transformation lacerations, sexual perversions and compulsive acts. It is not unreasonable that many consider stress as the main factor in psychopathology. The consequences of anxiety are often tragic, so we need to treat them with great care, not only for the understanding of psychoanalysis, but also for reasons of social psychiatry and the treatment of human behavior in general.

We will refer to all the states of anxiety, as well as the other causal factors that can lead to them, we will show all their types and finally we will present all the therapeutic approaches. Finally, we will refer to the role of the nurse in stressful people and will demonstrate the importance of his contribution to the treatment and rehabilitation of a person with specific anxiety disorders.

In order to understand all the nursing approaches, the causes of anxiety will be mentioned and the scientific studies carried out for this will be highlighted. Lastly, we will deal with anxiety management techniques as well as diagnosis and nursing intervention to deal with anxiety.

Key words: anxiety, disorder, nursing intervention, neurosis, behavior

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το άγχος αποτελεί γενικευμένη αντίδραση μεγάλης διάρκειας προς μια άγνωστη αόριστη απειλή ή εσωτερική σύγκρουση την οποία το άτομο δεν μπορεί αποφύγει για το λόγο ότι δε γνωρίζει το ερέθισμα. Είναι ένα σύνθετο συναίσθημα χωρίς σαφή ή σημαντική για την ζωή απειλή, μία αμυντική ψυχική λειτουργία που επηρεάζεται από βιολογικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες (Αλεβίζος, 2008). Γενικότερα, το άγχος αποτελεί συναισθηματική αντίδραση που αφενός προειδοποιεί και προετοιμάζει τον οργανισμό για την αντιμετώπιση επερχόμενου κινδύνου αφετέρου εξασφαλίζει την ισορροπία με το περιβάλλον. Υπό συνθήκες το άγχος είναι ευεργετικό όπως πριν από εξετάσεις ή τη γυμναστική όποτε και δρα κινητοποιητικά. Ωστόσο, όταν το άγχος είναι έντονο ή παρατεταμένο χάνει τον προσαρμοστικό του ρόλο και προκαλεί σωματική και ψυχολογική παθολογική

συμπτωματολογία. Τότε το άγχος από κοινή ανθρώπινη εμπειρία γίνεται ψυχική διαταραχή και έχει μεγάλη ένταση, διάρκεια, ή προκαλεί μεγάλη δυσλειτουργία (Brown, 2009).

Το άγχος εμφανίζεται να επηρεάζει την αλληλεπίδραση του ατόμου με το εξωτερικό περιβάλλον. Όταν το 'εγώ' δέχεται την επίδραση του άγχους ενισχύει την εναρμόνιση των αναγκών του ατόμου με τις απαιτήσεις της κοινωνίας και οδηγεί σε κατάλληλη μορφή κοινωνικής προσαρμογής. Σε αυτή την περίπτωση, το άγχος έχει προστατευτικό ρόλο διότι ευνοεί ανώτερα επίπεδα οργάνωσης του 'εγώ' και καθιστά ικανό το άτομο να λειτουργήσει στο κοινωνικό περιβάλλον (Αλεβίζος, 2008). Αντιθέτως, όπως προείπαμε, όταν υπάρχει αύξηση της έντασης και της χρονικής διάρκειας του άγχους, τότε χάνεται ο προσαρμοστικός του χαρακτήρας και μετατρέπεται σε 'παθολογικό' άγχος. Ως παθολογικό άγχος ορίζεται η δυσανάλογη αντίδραση σε μια κατάσταση ή η αντίδραση που προέρχεται μέσα από συγκρούσεις που ανήκουν στο παρελθόν του ατόμου. Το παθολογικό άγχος περιλαμβάνει σωματικά και ψυχικά συμπτώματα. Τα κυριότερα σωματικά συμπτώματα είναι: η δύσπνοια, το αίσθημα πνιγμού ή κόμπου στο λαιμό, ο πόνος στο στήθος, το αίσθημα παλμών, η λιποθυμική τάση, η ξηροστομία, η ανορεξία, η ναυτία, ο ίλιγγος, η κόπωση, η αδυναμία, η ζάλη, οι εφιδρώσεις, η αϋπνία, η συχνουρία και η κεφαλαλγία τάσεως, η παράλυση ενώ τα κυριότερα ψυχικά συμπτώματα είναι η ανησυχία, η ανυπομονησία, το αίσθημα αορίστου φόβου, η νευρικότητα, η διάσπαση της προσοχής, η δυσκολία συγκέντρωσης, το αίσθημα μειωμένης αντιληπτικής ικανότητας, οι αρνητικές αντιδράσεις, η προσμονή αόριστης απειλής, η αδυναμία ανταπόκρισης στις καθημερινές δραστηριότητες, η συμπεριφορά αποφυγής και ο αυξημένος τόνος του αυτόνομου νευρικού συστήματος (Μοσχοβάκη, 2013).

## • ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Οι αρχαίοι Έλληνες και Λατίνοι γιατροί και φιλόσοφοι διέκριναν το άγχος από τις λοιπές μορφές αρνητικού θυμικού και το ταυτοποίησαν ως ιατρική διαταραχή. Οι επικουρικοί και στωικοί φιλόσοφοι πρότειναν τεχνικές για να επιτευχθεί η ψυχική κατάσταση οι οποίες συνιστούν πρόδρομους της σύγχρονης γνωστικής ψυχολογίας. Η πρώτη γραπτή απόδειξη δόθηκε από τον Ιπποκράτη όταν περιέγραψε την κατάσταση του Νικάνορα, ο οποίος αγχωνόταν όταν έβλεπε όλες τις κοπέλες που έπαιζαν αυλό. Όταν συμμετείχε σε ένα συμπόσιο, μόλις άκουγε την αυλήτρια να αρχίζει να παίζει, τότε αρρώσταινε, ενώ κατά τη διάρκεια της μέρας ο ίδιος ήχος δεν του προκαλούσε κανένα πρόβλημα. Οι αυλήτριες άρχιζαν να παίζουν όταν ξεκινούσε η οινοποσία. Οι αρχαίοι Έλληνες συσχέτιζαν τον αυλό με την

τρέλα, την μανία και την απώλεια αυτοκυριαρχίας αφού αποτελούσε το κατ' εξοχή μουσικό όργανο της Διονυσιακής λατρείας και τελετών ( Herbert, 1989).

## • ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Η ΓΑΔ (Γενικευμένη Αγχώδη Διαταραχή) είναι συχνότερη στις γυναίκες και υπολογίζεται ότι έχει επιπολασμό ζωής περίπου 5% (3% επιπολασμό έτους). Λίγοι από τους ασθενείς με ΓΑΔ αναζητούν ψυχιατρική θεραπεία. Πολλοί από αυτούς επισκέπτονται παθολόγους, καρδιολόγους ή πνευμονολόγους. Σε σύγκριση με τη διαταραχή πανικού και την κατάθλιψη η ΓΑΔ είναι σχετικά ήπια διαταραχή. Περίπου 10%-12% των αγχωδών ασθενών που επισκέπτονται ψυχιάτρους έχουν ΓΑΔ. Για όλες τις αγχώδεις διαταραχές παρατηρείται εύρος επικράτησης ενός μηνός από 2,5 % - 8,2 %. Επικράτηση έτους αρκετά υψηλή : 17,2 % και καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής φθάνει το 24,9 %. Σε όλες σχεδόν τις έρευνες, οι αγχώδεις διαταραχές αποτελούσαν τη συχνότερη ( στην Ελλάδα) ή τη δεύτερη σε συχνότητα ( μετά τις καταθλιπτικές διαταραχές ) ομάδα ψυχικών διαταραχών στο γενικό πληθυσμό. Η συχνότητα των διαταραχών αυτών στο γυναικείο φύλο είναι σημαντικά υψηλότερη απ' ότι στο ανδρικό, με μια αναλογία 2/1 έως και 3/1. Επίσης, συχνά έχει διαπιστωθεί συσχέτιση της συχνότητας των αγχωδών δ. με μεταβλητές όπως το εισόδημα (συχνότερες σε άτομα με χαμηλά εισοδήματα), η εκπαίδευση ( συχνότερες σε άτομα χαμηλού επιπέδου εκπαίδευσης) και η εργασία ( συχνότερες σε άνεργα άτομα). Εντούτοις, είναι εξαιρετικά δύσκολο στις διάφορες έρευνες να πιστοποιηθεί η κατεύθυνση της συσχέτισης αυτής, δηλαδή εάν οι κοινωνικές μεταβλητές προκαλούν τη διαταραχή, ή αν αντίθετα αυτές οφείλονται στα εμπόδια και περιορισμούς που θέτει η ψυχική διαταραχή στα άτομα που πάσχουν από αυτήν. Όσον αφορά την κατανομή τους στις διάφορες ηλικίες, δεν υπάρχουν σαφή δεδομένα. Είναι όμως γνωστό ότι η συχνότητά τους είναι πολύ μικρότερη στις ηλικίες άνω των 65 ετών. Έχει επίσης βρεθεί ότι ορισμένες ομάδες είναι ιδιαίτερα ευπαθείς στην ανάπτυξη τέτοιων διαταραχών, όπως είναι οι ασθενείς με χρόνιες σωματικές παθήσεις και τα άστεγα άτομα που ζουν στο περιθώριο, σε συνθήκες φτώχειας (Παπαδάκη, 2014).

## Α΄ ΜΕΡΟΣ

### 1. ΑΓΧΟΣ – ΘΕΩΡΗΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ

Ως άγχος ορίζεται 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. Το άγχος είναι μια κοινή αντίδραση που σε κάποιο βαθμό απαντάται στους περισσότερους ανθρώπους με τη μορφή της υπερβολικής αντίδρασης σε ήπια στρεσογόνα γεγονότα (Μάνος, 1997).

Τα σωματικά συμπτώματα, εκλαμβάνονται ως απειλή για την υγεία με αποτέλεσμα η όλη κατάσταση να αποτελεί φαύλο κύκλο καθώς η ανησυχία για την υγεία επιτείνει το άγχος, το οποίο συνεπάγεται περισσότερα σωματικά συμπτώματα. Επιπροσθέτως όταν το άγχος μετατρέπεται σε παθολογικό συνυπάρχει με κατάθλιψη, άλλες ψυχιατρικές και σωματικές καταστάσεις όπως γενικευμένη αγχώδη διαταραχή, φοβίες, εξαναγκαστική διαταραχή, μετατραυματική διαταραχή στο στρες, διαταραχή πανικού αλλά και κατάχρηση ουσιών. Όταν τα σωματικά συμπτώματα του άγχους εμφανίζονται επαναληπτικά και επίμονα και επηρεάζουν τις λειτουργικές δραστηριότητες του ατόμου χωρίς να υπάρχει κάποιο οργανικό υπόβαθρο το άγχος σωματοποιείται. Η διαταραχή σωματοποίησης, είναι μια χρόνια και υποτροπιάζουσα αγχώδης διαταραχή που αρχίζει συνήθως από την ηλικία των 30 ετών, με κύρια χαρακτηριστικά της τα πολλαπλά και συχνά μεταβαλλόμενα σωματικά ενοχλήματα που συνήθως υπάρχουν για αρκετά μεγάλο χρονικό διάστημα πριν ο άρρωστος ζητήσει βοήθεια από τον ψυχίατρο. Τα αίτια της διαταραχής παραμένουν αδιευκρίνιστα και η συχνότητα της στη διάρκεια της ζωής του ατόμου κυμαίνεται από 0,2-2% και επικρατεί περισσότερο στις γυναίκες. Τα συχνότερα σωματικά ενοχλήματα που βασανίζουν τον άρρωστο είναι ζάλη, κεφαλαλγία, αίσθημα προκάρδιων παλμών, δύσπνοια, εύκολη κόπωση, δυσπεψία, ερυγές, ναυτία, δυσκοιλιότητα, κνησμός, αιμωδίες (μούδιασμα), στα άκρα και αρκετά συχνά πόνοι ποικίλης εντόπισης (στήθος, άκρα, ράχη) (Αλεβίζος, 2008).

Συνοψίζοντας και κλείνοντας το κεφάλαιο αυτό, θα πρέπει να τονιστεί, πως άγχος επιφέρει φόβο. «Μπορούμε μόνο να αντιστεκόμαστε στο φόβο. Το θάρρος, η εμπιστοσύνη, η γνώση, η εξουσία, η ελπίδα, η μετριοφροσύνη, η πίστη και η αγάπη μας βοηθούν να δεχόμαστε την ύπαρξη του φόβου, να ερχόμαστε σε αντιπαράθεση με αυτόν και να τον ξεπερνάμε με κάθε τρόπο». Το άγχος πολλές φορές θεωρείται παρεμφερής έννοια με αυτή της κατάθλιψης, όπου η μία κατάσταση μοιάζει να πυροδοτεί την άλλη. Έτσι, χρειάζεται να βρούμε τρόπους να το διαχειριστούμε προς όφελός μας, ώστε να ζούμε μια ήρεμη και ικανοποιητική ζωή, ενώ ταυτόχρονα δεν θα πρέπει να ξεχνάμε ότι το άγχος είναι ένα από τα ανθρώπινα συναισθήματα και όπως κάθε άλλο συναίσθημα έχει τη χρησιμότητά του (Riemann, 1994:15)

Ο Κάρολος Δαρβίνος (1965) θεώρησε το άγχος σαν ένα θεμελιακό ανθρώπινο συναίσθημα. Η δυνατότητα του βιώματος του φόβου ήταν ένα έμφυτο χαρακτηριστικό τόσο των ανθρώπων όσο και των ζώων. Μέσα στο πλαίσιο της εξελικτικής του θεωρίας, η λειτουργία του άγχους είχε σκοπό να διεγείρει και να κινητοποιήσει τον οργανισμό, για να αντιμετωπίσει τους εξωτερικούς κινδύνους (Spielberger, 1982).

Η ένταση και η διάρκεια του άγχους είναι ανάλογη προς τον κίνδυνο και ο φόβος υποχωρεί όταν το άτομο αναλάβει δράση που οδηγεί σε φυγή ή αποφυγή. Ο φόβος περιλαμβάνει τόσο την υποκειμενική αίσθηση φόβου (ψυχολογική διάσταση) όσο και τις 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 της απειλής (Μάνος, 1988: 252).

Ο Herbert (1989) από την άλλη αναφέρει ότι ο φόβος είναι μια φυσιολογική αντίδραση σε γεγονότα που απειλούν την προσωπική ασφάλεια. Σε όλες τις περιπτώσεις των ερευνητών πάντως ο φόβος είναι ένα έντονο συναίσθημα που προκαλείται όταν το άτομο βρίσκεται σε μεγάλο κίνδυνο που κατά την γνώμη του δεν μπορεί να αντιμετωπίσει. Η ένταση και η διάρκεια του είναι ανάλογη με την αντίδραση του ατόμου (Herbert, 1989).

Σε αυτό το σημείο όμως πρέπει να διαχωρίσω με την έννοια του φόβου και του άγχους εστιάζοντας στις διαφορές και τις ομοιότητες που έχουν οι δυο αυτές έννοιες. Συγκεκριμένα, οι ομοιότητες μεταξύ άγχους – φόβου είναι ότι και στις δυο περιπτώσεις αυτό το συναίσθημα δημιουργείται όταν το άτομο αισθανθεί κίνδυνο ή δυσφορία για μια κατάσταση που πρέπει να αντιμετωπίσει. Ακόμα, προκαλούν στο άτομο τεταμένο φόβο, ανησυχία, επηρεάζουν αρνητικά την ψυχολογία και την ζωή του αφού αυξάνουν την ένταση όλων των συναισθημάτων που νιώθει εκείνη την στιγμή (Rachman, 1998).

Αυτή η κατάσταση είναι καθοριστική πολλές φορές αφού η αντίδραση του ατόμου καθορίζει την συμπεριφορά του στο μέλλον εξυψώνοντας ταυτόχρονα όλες τις αισθήσεις του σώματος του (Rachman, 1998). << Το άγχος και ο φόβος αποτελούν εγγενή χαρακτηριστικά του ανθρώπινου είδους, αναπόσπαστο στοιχείο της διαδικασίας κοινωνικοποίησης του ατόμου. Πρόκειται για αντιδράσεις προσαρμοστικού χαρακτήρα στην αντίληψη ή την αναμονή ακαθόριστου κινδύνου ή δυσάρεστου γεγονότος, οι οποίες προστατεύουν το άτομο, ρυθμίζουν τους κοινωνικούς δεσμούς και βελτιώνουν τις ευκαιρίες της καθημερινής ζωής >> (Beck & Emegny, 1985). Υπό αυτήν την οπτική γωνία ο φόβος και το άγχος συμπίπτουν σαν έννοιες και δεν θα έπρεπε να τις διαχωρίζουμε, μάλιστα πολλές περιπτώσεις ερευνητών συμφωνούν σε αυτό (Barlow & Durand, 2000). Ωστόσο υπάρχουν αρκετά στοιχεία που



διαφοροποιούν τις δύο συναισθηματικές καταστάσεις. Το άγχος είναι ένα δυσάρεστο συναίσθημα με μεγάλη ένταση του οποίου τα αίτια δεν είναι σαφή και το άτομο δεν μπορεί να προσδιορίσει από που αυτό πηγάζει τη χρονική στιγμή το βιώνει (Μάνος, 1988).

Ο φόβος από την άλλη έχει πιο περιορισμένη ένταση αφού το άτομο γνωρίζει την απειλή κι έχει μια πιο εξοικειωμένη σχέση, χαρακτηρίζεται κυρίως από την παρουσία και τη γνώση ενός εξωτερικού, αντικειμενικού, υπαρκτού, αληθινού κινδύνου, είναι κάτι το συγκεκριμένο, το φανερό, το γνωστό, σαν κάτι το προσωπικά και αναμφισβήτητα επικίνδυνο, ενώ αντίθετα, το άτομο σε περίπτωση άγχους έχει μια διάχυτη ανησυχία αφού η αιτία γι' αυτόν προκαλείται από άγνωστες και αβέβαιες απειλές, οι οποίες βρίσκονται κάπου κρυμμένες και παραμονεύουν. Η φοβία και ο φόβος είναι η εξωτερική παρουσία, ενώ το άγχος το υποκειμενικό δημιούργημα. (Rachman, 1998; Γαλανού, 1997).

Στην περίπτωση του άγχους η κατάσταση το άτομο δεν γνωρίζει πώς να αντιμετωπίσει την απειλή που δέχεται με αποτέλεσμα η ένταση και η αγωνία του να παρατείνεται και να διαρκεί περισσότερο (Rachman, 1998). Ο φόβος δηλαδή, αφορά μια προσωρινή αντίδραση σε ένα συγκεκριμένο κίνδυνο σε σχέση με το άγχος. Παράλληλα, το άτομο που αισθάνεται φόβο, επειδή είναι αντικειμενική η παρουσία ενός κινδύνου, αντιδρά με μία τάση αποφυγής ή μία τάση φυγής ή προετοιμάζεται για την επίθεση και τον αγώνα. (Παπαδόπουλος, 2005).

Αντίθετα το άτομο που βιώνει το άγχος επειδή δεν μπορεί να διευκρινίσει από που προέρχεται ο κίνδυνος νιώθει έρμαιο των συναισθημάτων του με αποτέλεσμα να αδρανοποιείται και να καθλώνεται όταν έρθει αντιμέτωπο με τον υποτιθέμενο κίνδυνο. (Γαλανού, 1997).

Σύμφωνα με τον Beck (1985) το άγχος διαχωρίζεται από το φόβο στη βάση του γεγονότος ότι το πρώτο είναι μια συναισθηματική κατάσταση, ενώ ο δεύτερος είναι μια γνωστική κατάσταση (Beck & Emegy, 1985).

Ο φόβος δηλαδή περιλαμβάνει την γνωστική εκτίμηση ενός απειλητικού ερεθίσματος, ενώ το άγχος αποτελεί την συναισθηματική αντίδραση σε αυτό (Rachman, 1998). Παρ' όλες αυτές τις ομοιότητες και τις διαφορές των δυο εννοιών, το άγχος και ο φόβος αντιμετωπίζονται από κοινού από τους θεωρητικούς, έχοντας παρόμοιες λειτουργίες και υπακούοντας σε παρόμοιους κανόνες (Eysenck, 1992).

Συνοψίζοντας, θα πρέπει να τονιστεί πως ο φόβος είναι το συναίσθημα της ανησυχίας που προκαλείται από την ύπαρξη του επικείμενου κινδύνου. Ή με άλλα λόγια, φόβος είναι η δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση, που δημιουργείται ως απάντηση σε εξωτερικό

πραγματικό κίνδυνο ή απειλή. Ο φόβος περιλαμβάνει τόσο υποκειμενική αίσθηση φόβου (ψυχολογική διάσταση) όσο και φυσιολογικές μεταβολές που είναι κυρίως επιτάχυνση τουκαρδιακού 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 μπορεί να είναι απαραίτητη ως απάντηση στην απειλή. Υπάρχουν διάφοροι φόβοι όπως της μοναξιάς, του θανάτου, της τρέλας. Το άτομο ή τους ξεπερνά και συμφιλιώνεται ή ενδίδει και ιταυτίζεται. Ο φόβος όταν ξεπερνιέται έχει δημιουργικές ιδιότητες. Αν δεν ξεπερνιέται, το άτομο γίνεται δέσμιος τους αλλά δεν διαταράσσονται οι νοητικές λειτουργίες. Ο φόβος είναι φυσιολογικό συναίσθημα και εκδηλώνεται όταν το άτομο αντιμετωπίζει πιεστικές καταστάσεις.

Στο κεφάλαιο αυτό παρουσιάζονται οι γενικές θεωρίες για την εξήγηση του άγχους οι οποίες σε γενικές γραμμές είναι οι εξής :

- Ψυχαναλυτική θεωρία: Η μη ικανοποίηση των σεξουαλικών ορμών του ατόμου, του δημιουργούν ένταση. Εν συνεχεία η απόθεση αυτής της ορμής αποτελεί τη βάση των νευρώσεων και του νευρωτικού άγχους. Σημαντικό σημείο της ψυχαναλυτικής θεωρίας αποτελεί η άποψη ότι η έναρξη της δημιουργίας άγχους ανάγεται στη γέννηση και η δημιουργία μηχανισμών άμυνας συνδέονται άμεσα με την αντιμετώπιση του άγχους (Freud 1926).

- Συμπεριφορική - μαθησιοκεντρική θεωρία: Για την δημιουργία του άγχους, η συγκεκριμένη θεωρία παρουσιάζει σημαντικό ρόλο στην προσδοκία. Οπότε όταν το άτομο δημιουργεί ένα δεσμό ανάμεσα σε ένα ουδέτερο και σε κάποιο ανεπιθύμητο ερέθισμά, στην πορεία του θα περιμένει τις συνέπειες από την εμφάνιση του ανεπιθύμητου ερεθίσματος. Τα παραπάνω συμβάλουν στην άποψη της συμπεριφορικής- μαθησιοκεντρικής θεωρίας ότι το άγχος αποτελεί μια συναισθηματική αντίδραση που μαθαίνεται με υποκατάσταση (Eysenck, 1992) .

- Κοινωνικοψυχολογική θεωρία: Τα αίτια δημιουργίας του άγχους στην παραπάνω θεωρία ξεκινούν και από το στενό και ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον του ατόμου.

- Βιολογική- φυσιολογική θεωρία: Η βιολογική - φυσιολογική θεωρία βασίζεται στο σύστημα του οργανισμού και στις επιπτώσεις που επιφέρει το άγχος σε αυτό. Η αύξηση της λειτουργίας των ενδοκρινών αδένων είναι επίπτωση του αυξημένου άγχους. Τα στάδια στα οποία οδηγείται ο οργανισμός είναι το στάδιο του συναγερμού, της αντίστασης και της εξάντλησης.

Ο Freud ήταν εκείνος, που πρώτος εισηγήθηκε τον κρίσιμο ρόλο, που παίζει το άγχος στο σχηματισμό νευρωτικών και ψυχοσωματικών καταστάσεων. Για εκείνον, το άγχος ήταν «το θεμελιακό φαινόμενο και το κεντρικό πρόβλημα της νεύρωσης». Κατέληξε στην άποψη, ότι η κατανόηση του άγχους ήταν «το πιο δύσκολο καθήκον, που τέθηκε μπροστά μας», ένα καθήκον, που η λύση του απαιτούσε «τη σύσταση των σωστών αφηρημένων ιδεών και την εφαρμογή τους στο ακατέργαστο υλικό των παρατηρήσεων» (Spielberger, 1982).

Το άγχος λειτουργεί ως «σήμα» ότι το Εγώ απειλείται (Freud, 1926), και γι' αυτό έχει τη δυνατότητα να θέσει σε λειτουργία τους μηχανισμούς άμυνας. Υπάρχουν διάφορα είδη άγχους. Ένα είδος είναι το ηθικό άγχος το οποίο δημιουργείται από τις απαιτήσεις του Υπερεγώ και τις παραβιάσεις των εσωτερικοποιημένων γονεϊκών αξιών. Παρόμοιο είναι το νευρωτικό άγχος, το οποίο προκαλείται από τις πραγματικές ή φανταστικές συγκρούσεις με τους γονείς (ή άλλες μορφές που ασκούν έλεγχο επί των παρορμήσεών μας). Το άγχος αυτό συνδέεται με τις εμπειρίες από σκληρούς ή αδιάφορους γονείς και το φόβο ότι δεν είναι δυνατό να ελεγχθούν οι εσωτερικές παρορμήσεις. Διαφορετικό είναι το άγχος που δημιουργείται από την επιδίωξη αντιτιθέμενων στόχων, και το οποίο έχει να κάνει με την αντίληψη της πραγματικότητας. Αυτό ονομάζεται άγχος της πραγματικότητας (Κωσταρίδου-Ευκλείδη, 1995).

Τα φαινομενολογικά μοντέλα και ειδικά οι ανθρωπιστικές / επικεντρωμένες στον πελάτη προσεγγίσεις και ο υπαρξισμός είναι κάτι περισσότερο από θεωρίες της προσωπικότητας και της ψυχολογικής προσαρμογής. Αυτά τα μοντέλα συχνά θεωρούνται φιλοσοφίες ζωής ή κατευθυντήριες αρχές, με βάση τις οποίες ζει ένας άνθρωπος τη ζωή του. Ο ανθρωπισμός και ο υπαρξισμός είναι φαινομενολογικές θεωρίες, με δεδομένο ότι σε αυτές η κεντρική έννοια είναι η προσωπική εμπειρία του ατόμου ή του πελάτη.

Τα φαινομενολογικά μοντέλα απορρίπτουν την αιτιοκρατική θεώρηση της ανθρώπινης φύσης. Η συμπεριφορά δεν λογίζεται ούτε ως προϊόν των ανεξέλεγκτων ασυνείδητων ενορμήσεων και βιολογικών ενστίκτων, ούτε ως αποτέλεσμα περιβαλλοντικών συνεξαρτήσεων ενίσχυσης. Το άτομο είναι υπεύθυνο να κάνει τις επιλογές του σχετικά με το πώς θα συμπεριφερθεί και θα βιώσει τον κόσμο. Η προσωποκεντρική θεωρία είναι ένα παράδειγμα αυτής της θεωρητικής προσέγγισης.

Σημαντική, ωστόσο είναι η προσωποκεντρική (ή πελατοκεντρική) θεωρία. Αυτό το θεωρητικό ρεύμα προέκυψε από την εξέλιξη της προσέγγισης του Carl Rogers (1942, 1951, 1961) για την ατομική ψυχοθεραπεία. Η πρωταρχική θέση της θεωρίας αυτής είναι ότι οι άνθρωποι έχουν την εγγενή ικανότητα να ενεργοποιούν το δυναμικό τους. Με δεδομένο ότι το δυναμικό κάθε ατόμου είναι μοναδικό, δίνεται πρωταρχική σημασία στην εμπειρία του και στις αντιλήψεις του για τη ζωή.

Ο εγγενής αυτοκαθορισμός είναι εμφανής κιόλας από τις πρώτες φάσεις της ανάπτυξης. Η έννοια του εαυτού, η αυτοαντίληψη, αναπτύσσεται όταν το άτομο διαφοροποιεί το φυσικό του εαυτό από το περιβάλλον. Μέσω της συνεχούς αλληλεπίδρασης με τους άλλους, ο κοινωνικός εαυτός αναπτύσσεται και συμβάλλει στη δημιουργία της έννοιας του εαυτού. Η έννοια του εαυτού αναφέρεται στην οργανωμένη και σταθερή εικόνα του εαυτού. Σε αντιστοιχία με την ανάπτυξη της έννοιας του εαυτού προκύπτει η ανάγκη για θετική εκτίμηση. Η ανάγκη για αυτήν μπορεί να ικανοποιηθεί μόνο όταν το άτομο νιώσει την αναγνώριση και την αποδοχή εκ μέρους των άλλων. Η αναγνώριση από μέρους των άλλων σημαντικών για το άτομο προσώπων συχνά γίνεται υπό όρους, αφού το πρόσωπο που την παρέχει αναμένει να καλύπτονται κάποιες προϋποθέσεις προτού προσφέρει την αναγνώριση αυτή. Αν δεν υπάρχουν περιορισμοί και η αναγνώριση προσφέρεται χωρίς όρους, το παιδί κατορθώνει να αντιμετωπίζει τον εαυτό του με θετικό τρόπο. Αυτό όμως συμβαίνει σπάνια. Τις περισσότερες φορές το παιδί βάζει σε κατώτερη μοίρα τις προσωπικές του αξίες προκειμένου να αποκτήσει την υπό όρους αναγνώριση, δημιουργώντας έτσι συνθήκες αυτοαξίας. Η αυτοαξία γίνεται στη συνέχεια ιδιαίτερα σημαντική, για να καλυφθούν οι απαιτήσεις που έθεσαν προηγουμένως τα πρόσωπα που προσφέρουν αναγνώριση.

Αν οι συνθήκες αξιότητας είναι υπερβολικά περιοριστικές, το άτομο αρνείται κάποιες πλευρές της εμπειρίας του και έτσι παρεμποδίζεται η αυτοπραγμάτωση. Στην περίπτωση που οι συνθήκες αξίας δεν είναι πολύ περιοριστικές και το πρόσωπο μπορεί να συνεχίσει να βιώνει την εμπειρία της δικής του αναγνώρισης και σεβασμού, το άτομο μπορεί να αναπτύξει μια ευέλικτη έννοια του εαυτού.

Αν οι νέες εμπειρίες έρχονται σε μεγάλη ασυμφωνία με την έννοια του εαυτού, η ισορροπία της έννοιας του εαυτού διαταράσσεται. Στην περίπτωση αυτή το αποτέλεσμα μπορεί να είναι η εκδήλωση άγχους ή η αποδιοργάνωση της δομής του εαυτού. Αν η εμπειρία και η έννοια του εαυτού διαφέρουν σε μεγάλο βαθμό, είναι πιθανό να εμφανιστεί αμυντική συμπεριφορά, όπως η εκλογίκευση, η φαντασίωση και η προβολή. Αυτό καταλήγει σε μια ανικανότητα αυτοπραγμάτωσης η οποία είναι βασισμένη στην υιοθέτηση των αξιών των άλλων, αντί να βασίζεται στην εγγενή διαδικασία αξιών (Καλαντζή-Αζίζι & Αναγνωστόπουλος, 1999).

Οι Hoehn-Saric και McLeod (1988) και ο Freeman (1990) περιγράφουν το άγχος ως μια παγκοσμίως γνωστή εμπειρία, η οποία λειτουργεί σα μηχανισμός προ-ειδοποίησης (ασφάλειας). Ο μηχανισμός αυτός εκπέμπει προειδοποιητικά σήματα σε καταστάσεις κινδύνου που έχουν σχέση με αβεβαιότητα, ενώ φαίνεται να δυσλειτουργεί σ' έναν αριθμό περιπτώσεων, όπως όταν:

- (α) το άγχος είναι υπερβολικά έντονο,
- (β) διαρκεί πέρα από την έκθεση σε κάποιο κίνδυνο,

(γ) παρουσιάζεται σε καταστάσεις οι οποίες αντικειμενικά δεν εμπεριέχουν κίνδυνο ή απειλή, ή

(δ) παρουσιάζεται χωρίς κανέναν ιδιαίτερο λόγο.

Μετά τις θεωρίες των Lazarus (1984) και Bandura (1977), το γνωσιακό μοντέλο του Aaron Tim Beck (Beck & Emery, 1985) παρουσιάζεται ως ένα καλά επεξεργασμένο μοντέλο του κλινικού άγχους (Clark & Beck, 1988). Το μοντέλο αυτό υποστηρίζει ότι υφίσταται μια σχέση μεταξύ συναισθημάτων και σκέψης στις διαταραχές του άγχους, οι οποίες ορίζονται πρωταρχικά ως διαταραχές της σκέψης (Brown, 2009). Η έμφαση σ' αυτό το μοντέλο τοποθετείται στον τρόπο με τον οποίο ερμηνεύονται γεγονότα και καταστάσεις από τους ανθρώπους, παρά στα ίδια τα γεγονότα. Αυτές οι ερμηνείες δημιουργούν με τη σειρά τους έναν αριθμό αρνητικών συναισθημάτων (π.χ. άγχος, θυμό, θλίψη) που στην περίπτωση του κλινικού άγχους χαρακτηρίζονται από:

(α) μη ρεαλισμό,

(β) υπερεκτίμηση της πιθανότητας παρουσίασης και του βαθμού δριμύτητας των άσχημων καταστάσεων, και

(γ) υποεκτίμηση των υπάρχοντων τρόπων αντιμετώπισης των καταστάσεων ή των τρόπων επίλυσης (Clark & Beck, 1988).

Οι Clark και Beck (1988) παρουσιάζουν ένα πρόγραμμα άγχους (anxiety program) το οποίο τίθεται σε λειτουργία αυτόματα από τη στιγμή που μια κατάσταση εκλαμβάνεται ως επικίνδυνη. Το πρόγραμμα αυτό θεωρείται ως εξέλιξη ενός πρωτόγονου μηχανισμού του ανθρώπου που σκοπό έχει να τον προστατέψει από κινδύνους.

Έτσι παρατηρούνται οργανικές, συμπεριφοριστικές και γνωσιακές αλλαγές: (α) στο αυτόνομο νευρικό σύστημα (ΑΝΣ) με την προετοιμασία για φυγή ή επίθεση, (β) στην αναστολή της παρούσας συμπεριφοράς και στην αντικατάστασή της από κάποια άλλη η οποία είναι συνήθως λιγότερο αποτελεσματική, και

(γ) σε μια συνεχή εξέταση του περιβάλλοντος για άλλους κινδύνους ή απειλές.

Με την πάροδο του χρόνου, αυτή η συμπεριφορά αποκτά το νόημα του ότι οι γνωσιακές λειτουργίες δίνουν μεγαλύτερη έμφαση στην αντίληψη πληροφοριών για πιθανούς κινδύνους και αυτή η έμφαση συμβάλλει έτσι ώστε πληροφορίες που είναι αντίθετες με την ύπαρξη (ή πιθανή ύπαρξη κινδύνου) να μην παρατηρούνται ή να μη λαμβάνονται υπόψη. Οι Clark & Beck (1988) παρατηρούν ότι, στην πρωτόγονη εποχή, το πρόγραμμα άγχους θα βοηθούσε, όπως και στη σημερινή εποχή, στην προστασία του ατόμου από πραγματικούς κινδύνους. Ωστόσο, όταν ο κίνδυνος δεν είναι πραγματικός (δηλαδή δεν απειλεί τη ζωή του ατόμου) αλλά μια λανθασμένη ερμηνεία μιας κατάστασης ή κάποιας υπερβολικής εκτίμησης ως προς το μέγεθος του κινδύνου, το πρόγραμμα για την αντιμετώπιση του άγχους είναι ακατάλληλο. Επιπλέον, τα συμπτώματα του άγχους εκλαμβάνονται ως περαιτέρω απειλές, οδηγώντας σε μια σειρά από φαύλους κύκλους οι

οποίοι διατηρούν και ενισχύουν την ένταση του άγχους. Το γνωσιακό μοντέλο του άγχους από τους Blackburn και Davidson (1990) αποτελείται από τρία μέρη: το ερέθισμα (stimulus), τη μεσολάβηση (mediation) και την αντίδραση (response). Η μεσολάβηση μεταξύ ενός ερεθίσματος (που μπορεί να είναι μια κατάσταση, σκέψη, ανάμνηση κ.λπ.) και μιας αντίδρασης (άγχος, συμπτώματα ΑΝΣ κ.ά.) αντιπροσωπεύει το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης των εν ενεργεία γνωσιακών σχημάτων και διαδικασιών με τις αυτόματες σκέψεις.

Σύμφωνα με τους Blackburn & Davidson (1990) ο αρνητικός τρόπος με τον οποίο ένα άτομο αντιλαμβάνεται ή σκέφτεται για τον εαυτό του, τον κόσμο και το μέλλον ορίζει την αγχογενή γνωστική τριάδα (anxiogenic cognitive triad), βάσει της οποίας τα άτομα με άγχος θεωρούν:

- τον εαυτό τους ευάλωτο (στο άγχος, στην κατάθλιψη, παρουσιάζουν έλλειψη αυτοπεποίθησης, αποφυγή και αυξημένη εξάρτηση)
- τον κόσμο απειλητικό (συμπτώματα ΑΝΣ, ταραγμένος ύπνος, έλλειψη αυθορμητισμού και χαμηλή αυτοσυγκέντρωση) και
- το μέλλον απρόβλεπτο (συνεχής επαγρύπνηση).

Στη βιολογική προσέγγιση του Hans Selye (1950, 1956, 1975), το άγχος γίνεται αντιληπτό ως φυσιολογική αντίδραση του οργανισμού, η ένταση της οποίας εξαρτάται εξ ολοκλήρου από την ένταση των ερεθισμάτων (τόσο με την έννοια του υπερβολικού ερεθισμού όσο και με την έννοια της αισθητηριακής αποστέρησης). Εν προκειμένω το άγχος γίνεται αντιληπτό ως δύναμη ή δυνάμεις που υπάρχουν έξω από το άτομο και που ασκούν πίεση. Το άγχος εδώ βασίζεται στη μέτρηση της έντασης των εξωτερικών ερεθισμάτων, στην εκτίμηση του βαθμού πίεσης που ασκούν τα διάφορα γεγονότα της ζωής. Το μοντέλο αυτό μοιάζει με εκείνο που χρησιμοποιούν οι μηχανικοί για να περιγράψουν μια κατάσταση στην οποία μία δύναμη (φορτίο) δρα σε ένα φυσικό αντικείμενο προκαλώντας ένταση σε αυτό.

Σε μια τέτοια αντίληψη του άγχους δεν υπάρχει καθόλου χώρος για ατομικές διαφορές και ιδιαίτερα για την ιδιοσυγκρασία, καθότι το άγχος θεωρείται ή ορίζεται ως καθαρά εξωτερικός παράγοντας, ως κατάσταση που καθορίζεται εξ ολοκλήρου από την ένταση των εξωτερικών στρεσογόνων ερεθισμάτων ή συνθηκών (από το πόσο πιεστικές είναι για τον οργανισμό κάποιες καταστάσεις). Σε αυτή την προσέγγιση δεν έχει σημασία αν η κατάσταση είναι ευχάριστη ή δυσάρεστη. Το σημαντικό είναι η ένταση της απαίτησης για προσαρμογή στις συνθήκες του περιβάλλοντος.

Ο Selye ανέπτυξε το μοντέλο της αντίδρασης του ατόμου στα στρεσογόνα ερεθίσματα, γνωστό ως «Σύνδρομο Γενικής Προσαρμογής» (General Adaptation Syndrome-GAS), το οποίο αναγνωρίζει τρεις φάσεις αντίδρασης, και συγκεκριμένα:

- την αντίδραση συναγερμού
- το στάδιο αντίστασης

- το στάδιο εξάντλησης.

Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο, η πιο κοινή αντίδραση προσαρμογής του οργανισμού, όταν εκτίθεται σε μια απειλή, είναι η αντίδραση πάλης/φυγής. Ο οργανισμός προκειμένου να προσομοιαστεί για μια τέτοια αντίδραση τροποποιεί κάποιες φυσιολογικές λειτουργίες του, με στόχο να αυξήσει την ενέργεια που είναι διαθέσιμη για έκτακτες περιστάσεις. Εάν η αντίδραση πάλης ή φυγής του οργανισμού επιτευχθεί, ο οργανισμός ανακτά την ισορροπία του. Στην αντίθετη περίπτωση, ο οργανισμός δεν παραιτείται, αλλά συνεχίζει την προσπάθεια μέχρι να επιτύχει ή να εξαντληθεί (στάδιο αντίστασης). Στην περίπτωση που ο οργανισμός δεν καταφέρει να αντιμετωπίσει την απειλή, τότε εισέρχεται στο τρίτο στάδιο (το στάδιο της εξάντλησης) όπου είναι πλέον εμφανή τα σημάδια εξάντλησης του οργανισμού, λόγω της παρατεταμένης κατάστασης υπερδιέγερσης του (Αντωνίου, 2002).

Παρόμοιες προσεγγίσεις παρουσιάζονται από τους Elliot & Eisdorfer (1982), τον Weick (1970) και άλλους. Μερικοί μάλιστα μιλούν για την ύπαρξη αντικειμενικών, καθολικών στρεσογόνων παραγόντων (αναφερόμενοι στις τραυματικές, κρίσιμες ή ακραίες αλλαγές της ζωής, όπως είναι, για παράδειγμα, μια μεγάλη καταστροφή, ο πόλεμος, ο θάνατος, κ.λπ.) που προ- καλούν άγχος, ανεξάρτητα από την αντίληψη, την ηλικία, το φύλο, την κοινωνική κατάσταση ή τάξη, την εκπαίδευση κ.λπ. των ατόμων (Brown, 2009). Η προσέγγιση των κρίσιμων γεγονότων ζωής, αν και έχει εν μέρει τροποποιηθεί, δέχθηκε αρκετή κριτική, κυρίως λόγω των μονοδιάστατων αντικειμενικών της παραδοχών. Οι διάφορες κλίμακες κρίσιμων γεγονότων ζωής χαρακτηρίστηκαν ως απλοϊκές και μονοδιάστατες, με χαμηλούς δείκτες εγκυρότητας. Καμιά από αυτές, για παράδειγμα, δεν δίνει έγκυρα στοιχεία για την πρόβλεψη της ψυχοσωματικής κατάστασης του ατόμου στο μέλλον (Dohrenwend, 1974). Μερικοί από τους βασικότερους παράγοντες που θεωρείται ότι αγνοούνται εντελώς στην προσέγγιση των κρίσιμων γεγονότων ζωής είναι οι εξής:

1. Οι διαμεσολαβητικοί παράγοντες που σχετίζονται με την υποκειμενική αντίληψη (π.χ. ενός ατόμου με την νοητική καθυστέρηση), την προσωπικότητα και τις ατομικές διαφορές γενικότερα.
2. Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, όπως η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, η οικονομική κατάσταση, το επάγγελμα κ.ά.
3. Η αναδρομική επίδραση της μνήμης στις επαναληπτικές έρευνες (Monroe, 1982).
4. Οι αμφισημίες όσον αφορά το τι επιδρά σε τι (π.χ. δυσκολίες στην ξεκάθαρη διαφοροποίηση μεταξύ ενός στρεσογόνου γεγονότος ζωής και του παρατηρήσιμου υποτιθέμενου αποτελέσματός του. Για παράδειγμα, το διαζύγιο θεωρείται αιτιατός παράγοντας για την ανάπτυξη της κατάθλιψης, αλλά η κατάθλιψη σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να είναι παράγοντας που συμβάλλει στην επιδείνωση της κατάστασης όσον αφορά το διαζύγιο.

5. Οι παράγοντες που σχετίζονται με την κοινωνικοοικονομική διαστρωμάτωση και εθνικότητα (ταξικές και εθνικές διαφορές) όσον αφορά την επιλογή του δείγματος και την ανάλυση των δεδομένων (οι Dohrenwend & Dohrenwend (1969), για παράδειγμα, παρουσίασαν δεδομένα που υποστηρίζουν ότι υπάρχει κάποια σχέση μεταξύ της τάξης και της εθνικότητας των ατόμων και του τρόπου με τον οποίο βιώνουν τα κρίσιμα γεγονότα ζωής).

Μερικοί ερευνητές, ασκώντας κριτική στην προσέγγιση των κρίσιμων γεγονότων ζωής, εστίασαν την προσοχή τους στα καθημερινά στρεσογόνα μικρογεγονότα ζωής των ατόμων (daily hassles) και στις αλληλεπιδράσεις τους με τα πράγματα και τους άλλους (Lazarus, 1984). Η προσέγγιση των καθημερινών στρεσογόνων μικρογεγονότων, αν και αύξησε το βαθμό εγκυρότητας των χρησιμοποιούμενων κλιμάκων μέτρησης του στρες δεν έλυσε πολλά από τα προβλήματα που αναφέρθηκαν πιο πάνω (Αλεβίζος, 2008).

## **2. ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΑΓΧΟΥΣ**

Έχει διαπιστωθεί από επιστημονικές μελέτες πως, το έντονο άγχος επηρεάζει αρνητικά τη λειτουργία της καρδιάς και σχετίζεται με καρδιακά νοσήματα. Έχει αποδειχθεί ότι κατά τη στιγμή της συγκινησιακής φόρτισης εκκρίνονται αθρόα οι ορμόνες του στρες, οι ονομαζόμενες νευροορμόνες και ιδιαίτερα η αδρεναλίνη και η νοραδρεναλίνη. Οι ορμόνες αυτές, πέραν των πολλαπλών τους δράσεων, επιδρούν άμεσα στην καρδιά και προκαλούν θανατηφόρες αρρυθμίες, ακόμη και σε απόλυτα υγιή καρδιά. Αξιοσημείωτο επίσης είναι ότι οι αιφνίδιοι θάνατοι και τα εμφράγματα παρατηρούνται συχνότερα ορισμένες ώρες του εικοσιτετραώρου, οι οποίες δεν συνδέονται κατ' ανάγκη με την περίοδο της αυξημένης δραστηριότητας, αλλά ώρες μετά. Τότε δηλαδή που οι νευροορμόνες που κυκλοφορούν μέσα στο αίμα επιτελούν το καταστροφικό τους έργο (Stansfeld et al., 2002) .

Επιπροσθέτως, το άγχος έχει συσχετιστεί σε πολλές μελέτες με τον σακχαρώδη διαβήτη, καθώς τα αποτελέσματά του δεν είναι επιθυμητά. Το άγχος, προκαλεί στον οργανισμό την έκκριση ορμονών, οι οποίες κινητοποιούν τα αποθέματα ενέργειας του οργανισμού, με αποτέλεσμα να αυξάνεται η συγκέντρωση της γλυκόζης μέσα στο αίμα. Η μακροχρόνια καλύτερη ρύθμιση της γλυκόζης του αίματος που επιτυγχάνεται με θεραπευτικές τεχνικές εναντίον του στρες μπορεί να μειώσει ουσιαστικά τις αγγειακές επιπλοκές από τις οποίες κινδυνεύουν οι διαβητικοί ασθενείς. Συμπερασματικά θα τονίσουμε ότι οι διαβητικοί θα πρέπει να θυμούνται ότι όταν βιώνουν αγχώδεις καταστάσεις αυξάνονται τα επίπεδα γλυκόζης μέσα στο αίμα τους και επιδεινώνει το διαβήτη τους. Επιπλέον, αυξάνεται ο κίνδυνος για σοβαρές επιπλοκές που προκαλεί ο διαβήτης όπως η τυφλότητα, η



νεφρική ανεπάρκεια, τα αγγειακά κυκλοφορικά προβλήματα και οι ακρωτηριασμοί (Wellen & Hotamisligil, 2005)

Ακόμη, θα πρέπει να τονιστεί πως το άγχος πλήττει το ανοσοποιητικό σύστημα και μπορεί να προκαλέσει από μια απλή ταχυκαρδία μέχρι και καρκίνο. Το ανθρώπινο ανοσοποιητικό σύστημα είναι ένα πολύπλοκο δίκτυο από εξειδικευμένα κύτταρα, πρωτεΐνες, ιστούς και όργανα που έχει σαν αποστολή του την προστασία μας από τα κάθε είδους μικρόβια και μικροοργανισμούς και παίζει σημαντικό ρόλο στην καταστολή της ανάπτυξης καρκινικών κυττάρων. Όταν ο ανθρώπινος οργανισμός βρίσκεται σε κατάσταση στρες, εκκρίνονται χημικές ουσίες και ορμόνες (π.χ. νοραδρεναλίνη, αδρεναλίνη) οι οποίες σε αυξημένες ποσότητες επιδεινώνουν τη λειτουργία των οργάνων με συνέπεια την εκδήλωση διαφόρων παθήσεων. Το πρόβλημα όμως δε σταματά εδώ καθώς οι παθήσεις αυτές προκαλούν επιπλέον άγχος στον ασθενή, δημιουργώντας έτσι έναν φαύλο κύκλο και ενώ η αρχική οδός της εκδήλωσης των νόσων είναι ψυχοσωματική (άγχος) στη συνέχεια εκδηλώνεται άγχος που είναι σωματοψυχικό (Glaser, 2005).

## 2.1 ΑΙΤΙΑ ΑΓΧΟΥΣ

Το άγχος είναι ένα φυσιολογικό μέρος της καθημερινής μας ζωής και προκύπτει κάθε φορά που το σώμα και το μυαλό μας αντιμετωπίζουν απαιτήσεις οι οποίες υπερβαίνουν την ικανότητα μας να ανταποκριθούμε. Η διάγνωση του παθολογικού άγχους είναι σχετικά εύκολη, αλλά είναι συχνά δύσκολο να πιστοποιηθούν οι αιτίες του. Το παθολογικό άγχος μπορεί να διακριθεί σε πρωτογενές άγχος, όταν δεν έχει εμφανή αιτία και σε δευτερογενές άγχος, όταν προέρχεται από περιβαλλοντικό, σωματικό ή ψυχολογικό stress. Σε αυτές τις περιπτώσεις, η θεραπεία εστιάζεται στην αντιμετώπιση της αιτίας του άγχους. Το δευτερογενές άγχος μπορεί να προκαλείται από οργανικές διαταραχές (π.χ. άνοια), διαταραχές προσωπικότητας, διαταραχές από χρήση ουσιών και ψυχικές διαταραχές, όπως κατάθλιψη και σχιζοφρένεια (Αλεβίζος, 2008).

Πολύ συχνά, οι επαγγελματίες υγείας δεν ανιχνεύουν και κατά συνέπεια δεν αντιμετωπίζουν το άγχος που βιώνουν οι ασθενείς. Αρκετά συχνά τα άτομα που υποφέρουν από άγχος εκδηλώνουν ασαφή, μεταβαλλόμενα και πολλές φορές συγκεκριμένα συμπτώματα, τα οποία εσφαλμένα συνδέονται είτε με σωματικά νοσήματα είτε με άλλες ψυχικές διαταραχές. Τα συμπτώματα αυτά μπορεί να είναι χρόνια και να έχουν προκαλέσει μερική ή μόνιμη ανικανότητα στο άτομο ή να εκδηλώνονται ως μέρος μιας ξεχωριστής ψυχικής διαταραχής ή ακόμα να περιπλέκουν άλλες οργανικές ή μη καταστάσεις. Έτσι η καθιέρωση συγκεκριμένων διαγνωστικών κριτηρίων, όπως οριοθετούνταν στα δυο γνωστά ταξινομικά συστήματα (ICD-10 και DSM-IV), και η ανάπτυξη κλιμάκων για την όσο το δυνατόν πιο αντικειμενική εκτίμηση του άγχους, διευκολύνουν τις προσπάθειες των γιατρών να

τοποθετούν τα συμπτώματα της κάθε αγχώδους διαταραχής σε σαφή διαγνωστικά όρια (Αλεβίζος, 2008). Η λήψη ιστορικού και η ψυχιατρική αξιολόγηση του ασθενούς παρέχει πολύτιμες πληροφορίες. Για την αξιολόγηση του άγχους πρέπει να διερευνώνται οι εξής παράμετροι: α) οι βιολογικές αιτίες, β) οι ψυχιατρικές αιτίες, γ) οι ψυχολογικοί μηχανισμοί του ατόμου και δ) οι κοινωνικές αιτίες. Η συνέντευξη αποτελεί το θεμέλιο λίθο και η σημασία της ορθής αξιολόγησης είναι πολύ σημαντική. Ο άρρωστος πρέπει να μπορέσει μέσα στα περιορισμένα χρονικά πλαίσια της συνέντευξης να ικανοποιήσει τις ανάγκες του με το να αναφερθεί όπως αυτός επιθυμεί στο πρόβλημα του. Αρκετά συχνά η βασική αιτία της διαταραχής δεν είναι από τα πρώτα θέματα που θα συζητήσει ο άρρωστος με τον γιατρό του. Συνεπώς θα πρέπει να αποφεύγεται επιμελώς εκ μέρους του μια οργανικά προσανατολισμένη διαγνωστική προσέγγιση της διαταραχής, γιατί το άγχος θα πρέπει να αξιολογηθεί αντικειμενικά και αφού αποκλειστούν όλα τα πιθανά σωματικά νοσήματα που εκδηλώνουν παρόμοια συμπτωματολογία. Αν ο γιατρός πιστεύει ότι ο άρρωστος συνειδητά ή ασυνείδητα, αποκρύπτει πληροφορίες σχετικές με τη συμπτωματολογία του, τότε οφείλει να επιδιώξει μια νέα συνάντηση μαζί του, η οποία θα έχει ως στόχο να ενισχύσει τη μεταξύ τους σχέση και να βοηθήσει περισσότερο ουσιαστικά προς την κατεύθυνση της ορθής διάγνωσης και της αποτελεσματικής θεραπείας (Χατζημανώλης, 2008). Όσον αφορά τα βιολογικά αίτια, οι κυριότερες ασθένειες που μπορεί να προκαλέσουν ή να επιβαρύνουν συμπτώματα άγχους, αδρά ταξινομημένες είναι: τα νευρολογικά νοσήματα κατά 25%, οι ενδοκρινικές παθήσεις κατά 25%, τα καρδιαγγειακά νοσήματα κατά 12%, τα ανοσολογικά νοσήματα κατά 12%, τα λοιμώδη νοσήματα κατά 12%, όπως επίσης και άλλοι παράγοντες συμπεριλαμβανομένων και της λήψης φαρμακευτικής αγωγής κατά 14%. Όταν υπάρχει σωματική νόσος (π.χ. άσθμα) η ίδια η νόσος αλλά και η θεραπεία της μπορεί να πυροδοτήσουν άγχος. Οι συνηθέστερες οργανικές αιτίες άγχους είναι οι αρρυθμίες, οι παθήσεις του θυροειδούς, η κατάχρηση καφέ και τσιγάρων, τα υπογλυκαιμικά επεισόδια, όπως επίσης η λήψη φαρμακευτικής αγωγής (βενζοδιαπίνες) ή ουσιών (αλκοόλ, αμφεταμίνες, κοκαΐνη) (Χατζημανώλης, 2008).

Επόμενο βήμα για την τεκμηρίωση της διάγνωσης μιας αγχώδους διαταραχής, είναι ο αποκλεισμός άλλων ψυχιατρικών παθήσεων. Για παράδειγμα, στο 50% των ατόμων με κατάθλιψη συνυπάρχει αγχώδης διαταραχή. Επί εγκατεστημένης ψυχιατρικής διαταραχής, εξίσου σημαντική είναι η διερεύνηση της πιθανότητας το άγχος να αποτελεί εκδήλωση αποδιοργάνωσης λόγω της νοσηλείας στο νοσοκομείο. Η διάγνωση της ψυχιατρικής διαταραχής, της οποίας το άγχος αποτελεί σύμπτωμα συμβάλλει σημαντικά στην αποτελεσματική αντιμετώπισή του.

Μετά τη διερεύνηση των βιολογικών και ψυχιατρικών αιτιών, είναι σημαντικό να διερευνώνται οι εξής παράμετροι :

- α) το προσωπικό νόημα που αποδίδει ο ίδιος ο ασθενής στη νόσο,
- β) οι κοινωνικές αιτίες του άγχους και

γ) οι ψυχολογικοί μηχανισμοί (μηχανισμοί διαχείρισης και άμυνας) που κινητοποιούν τα άτομα προκειμένου να αντιμετωπίσουν το άγχος δηλαδή τις κοινωνικές, νοητικές, συναισθηματικές και συμπεριφορικές πρακτικές που ακολουθούν όταν βιώνουν απειλή (Αλεβίζος, 2008).

Ως μηχανισμοί διαχείρισης ορίζονται οι συνειδητές στρατηγικές που ακολουθούν τα άτομα για τον έλεγχο προβληματικών ή δυνητικά ζημιωγόνων καταστάσεων για την ψυχική ισορροπία ενώ ως μηχανισμοί άμυνας, ορίζονται οι μη συνειδητές στρατηγικές που εφαρμόζουν για την ανακούφιση δυσάρεστων συναισθημάτων τα οποία αποκτούν μια 'μη ελέγξιμη' κατάσταση. Οι μεν μηχανισμοί διαχείρισης αφορούν την προσαρμογή του οργανισμού στις εξωτερικές συνθήκες ενώ οι μηχανισμοί άμυνας αφορούν τον εσωτερικό ψυχικό κόσμο. Απώτερος σκοπός εαυτών των μηχανισμών είναι η επαναφορά της ομοιοστασίας (Αλεβίζος, 2008).

Υπάρχουν διάφορα γεγονότα και αλλαγές στην ζωή των ανθρώπων που μπορούν να τους προκαλέσουν άγχος. Τέτοια γεγονότα είναι σίγουρα τα δυσάρεστα (θάνατος οικείου προσώπου, διαζύγιο, δικαστική ποινή, ασθένεια ή τραυματισμός, ανεργία, δυσκολίες σχέσεων, σεξουαλικά προβλήματα, ασθένεια), αλλά και πολλά ουδέτερα ή ακόμα και τα ευχάριστα (γάμος, εγκυμοσύνη ή γέννηση παιδιού, καινούρια εργασία, προαγωγή, διακοπές, γιορτές, ιδιαιτέρως Χριστούγεννα). Το άγχος λόγω των παραποιήσεων της σκέψης πολύ συχνά εξελίσσεται σε μία τελείως φυσιολογική αντίδραση σε μια αγχογόνο κατάσταση πρόβλημα επειδή το άτομο εμπλέκεται σε ένα φαύλο κύκλο που διαιωνίζει την ψυχολογική πίεση. Οι ψυχολογικοί παράγοντες που συμβάλλουν στην διαμόρφωση του φαύλου κύκλου συνίστανται σε παραποιήσεις της σκέψης. Σαν γενικές συμβουλές αντιμετώπισης του άγχους με ή χωρίς την βοήθεια ψυχολόγου είναι χρήσιμο το άτομο να αποκτά μία καλή αυτογνωσία και ετοιμότητα στο να αντιμετωπίζει όσο γίνεται πιο ανώδυνα, ακόμα και εποικοδομητικά, τα αναπόφευκτα στρεσογόνα περιστατικά της ζωής.

Στην προσέγγιση του ασθενούς με άγχος πρέπει αρχικά να διερευνήσουμε το άγχος και αν υπάρχουν οργανικά, ψυχιατρικά ή κάποια άλλη αγχώδης διαταραχή. Η ηλικία >35 ετών, η απουσία ιστορικού αγχώδους διαταραχής, η απουσία ιστορικού μεγάλου άγχους ή φοβιών στην παιδική ηλικία, η απουσία αποφευκτικών συμπεριφορών, η απουσία σημαντικών γεγονότων ζωής που να πυροδοτούν τα αγχώδη συμπτώματα και η φτωχή ανταπόκριση σε φάρμακα που καταστέλλουν τις κρίσεις πανικού είναι παράγοντες που σχετίζονται με το οργανικό άγχος. Επίσης πρέπει να λάβουμε υπόψη μας την αλληλεπίδραση βιολογίας και περιβάλλοντος κατανοώντας ότι η ανταπόκριση του κάθε ατόμου στις μεταβολές της φυσιολογίας που συνδέονται με το άγχος και το φόβο και σχετίζεται με παρερμηνεία των σωματικών συμπτωμάτων ως επικίνδυνων και καταστροφικών με τη συστηματική γνωσιακή προκατάληψη υπέρ τα απειλής αποδίδεται στο εγγενές χαρακτηριστικό (trait) κάθε ατόμου.

## 2.2. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΑΓΧΟΥΣ

Στο παρόν κεφάλαιο, θα αναφερθούν τα συμπτώματα του άγχους. Αρχικά, θα πρέπει να τονιστεί ότι η έκφραση του άγχους μπορεί να πραγματοποιηθεί με πολλούς τρόπους. Παρακάτω είναι τα πιο συνήθη και ενδεικτικά συμπτώματα έντονου άγχους, τα οποία μπορεί να παρουσιαστούν μόνα τους ή σε συνδυασμό.

- Σωματικές Ενδείξεις: Πονοκέφαλοι, Μυϊκοί πόνοι, Ζαλάδες, Δυσκολία στην αναπνοή, Αϋπνία, Αλλεργίες, Πόνοι στο στομάχι, Απώλεια/αύξηση βάρους, Αύξηση αρτηριακής πίεσης.
- Συναισθηματικές Ενδείξεις: Ευερεθιστότητα, Κυκλοθυμία, Θυμός, Έλλειψη ελέγχου, Αντίδραση στην εποικοδομητική κριτική, Έλλειψη κινητοποίησης, Χαμηλή αυτοεκτίμηση. Ψυχολογικές Ενδείξεις: Δυσκολία στη λήψη αποφάσεων, Μειωμένη δημιουργικότητα, Αρνητικές σκέψεις, Ανησυχία, Εκνευρισμός, Κατάθλιψη.
- Ενδείξεις στη Συμπεριφορά: Έλλειψη χρόνου για ξεκούραση/αναψυχή, Πολλές ώρες εργασίας, Κακή διαχείριση χρόνου, Απομόνωση, Προβλήματα στις κοντινές σχέσεις. Υπερβολικός θυμός/Φυσική βία, Αφηρημάδα, Εξάρτηση από το τσιγάρο, τον καφέ, το αλκοόλ ή τα ηρεμιστικά.

Ο οργανισμός μας, με την «σοφία» που διακατέχεται σε αυτόν, έχει την δυνατότητα να μας δείξει πότε είμαστε αγχωμένοι. Η ακανόνιστη αναπνοή, το αίσθημα «φλογισμένου» προσώπου ή σφιγμένων μυών, όταν νοιώθουμε την ανάγκη να φωνάξουμε δυνατά ή να σπάσουμε κάτι, η ταχυκαρδία και το αίσθημα του κόμπου στον λαιμό είναι συμπτώματα. Ο έστω λίγος χρόνος χαλάρωσης όταν νοιώθουμε άγχος είναι τις περισσότερες φορές η λύση. Το να νοιώθουμε άγχος και να το εκφράζουμε διαφέρει από την άμεση δράση κάτω από το καθεστώς του άγχους. Ο διαχωρισμός αυτός θα χρειαστεί να γίνει κατανοητός και να μας συνοδεύει, γιατί μόνο με αυτόν τον τρόπο θα σταματήσουμε να φοβόμαστε το άγχος και θα μπορέσουμε να ωφεληθούμε από το «δώρο» της ύπαρξής του (Elahi & Aroorva, 2012).

## 3. ΠΡΟΛΗΨΗ – ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΑΓΧΟΥΣ

Η διατροφή διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση του άγχους. Η βιταμίνη Ε συμβάλλει στην μείωση του άγχους καθώς ρίχνει τα επίπεδα της κορτιζόλης στο αίμα. Το γεγονός αυτό αποδεικνύεται και από την έρευνα που έγινε το 2000 σε 10 αρουραίους. Σκοπός αυτής της έρευνας ήταν να διερευνήσει την επίδραση που είχε η βιταμίνη Ε στις αγχώδεις διαταραχές. Τοποθέτησαν τους αρουραίους σε κρύο δωμάτιο ακινητοποιημένους για 15 λεπτά την ημέρα, για 15 μέρες. Αρχικά, τα επίπεδα κορτιζόλης που εμφανίστηκαν στα ποντίκια ήταν πολύ αυξημένα, λόγω της αγχωτικής κατάστασης που βίωναν. Στη συνέχεια της έρευνας, τους χορηγήθηκε βιταμίνη Ε ενδομυϊκά σε δόση 30mg ανά κιλό βάρους σώματος ανά ημέρα, για 15 μέρες. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα επίπεδα

κορτιζόλης είχαν μειωθεί σημαντικά λόγω της βιταμίνης E η οποία λειτούργησε αγχολυτικά (Yargicoglu et.al., 2003). Η βιταμίνη E βρίσκεται στο ελαιόλαδο, το ηλιέλαιο, το σογιέλαιο, το καλαμποκέλαιο, το ψωμί, τα δημητριακά, τα αυγά, το κρέας, το συκώτι. Σε μικρότερη ποσότητα συναντάται σε φρούτα και λαχανικά όπως το αβοκάντο και τα πράσινα φυλλώδη λαχανικά (Μόρτογλου, 2007).

Το μαγνήσιο έχει αποδειχτεί ότι αποτελεί μια από τις αντιστρες ουσίες καθώς η έλλειψη του έχει ως αποτέλεσμα την εμφάνιση άγχους (Singewald et.al., 2004).

Επίσης ο ψευδάργυρος παίζει σημαντικό ρολό στο άγχος. Έχει παρατηρηθεί ότι όταν ο οργανισμός δεν λαμβάνει επαρκείς ποσότητες ψευδαργύρου δημιουργείται υπερτροφία των επινεφριδίων και εναπόθεση λίπους και χοληστερόλης σε αυτόν τον αδένα. Αυτή η υπερτροφία των επινεφριδίων οδηγεί σε δυσλειτουργία του άξονα HPA και αυξημένη έκκριση γλυκοκορτικοειδών. Επομένως είναι απαραίτητο να λαμβάνεται ψευδάργυρος σε καταστάσεις άγχους (Takeda et.al., 2007).

Επίσης η πλούσια σε υδατάνθρακες διατροφή είχε ως αποτέλεσμα τη μείωση της έκκρισης της κορτιζόλης σε σχέση με τη διατροφή πλούσια σε πρωτεΐνες που είχε σαν αποτέλεσμα την αύξηση της κορτιζόλης. Από την άλλη, η διατροφή δεν φάνηκε να επηρεάζει τα άτομα με ήπιες στρες.

Το μέλι θεωρείται μια πολύ καλή πηγή τροφής για την αντιμετώπιση του άγχους. Αποτελείται από ένα μείγμα απλών και συνθετών υδατανθράκων, βιταμινών, ιχνοστοιχείων, οξέων και ένζυμων. Έχει χαμηλό γλυκαιμικό δείκτη και αντιοξειδωτικές ιδιότητες. Όπως έχει ήδη αναφερθεί το στρες προκαλεί αύξηση των ελεύθερων ριζών και οξειδωτική καταστροφή που οδηγούν σε επιπλέον άγχος και ανησυχία. Επομένως, για τη καταπολέμηση του άγχους είναι η επιθυμητή η κατανάλωση μελιού (Cherulis, 2009).

Σε πολλές επιστημονικές έρευνες δηλώθηκε ότι με την συμπληρωματική χορήγηση τυροσίνης τόσο οι άνθρωποι όσο και τα ζώα μπορούν να ανταπεξέλθουν καλύτερα κατά τη διάρκεια στρεσογόνων καταστάσεων. Επίσης, η τυροσίνη αυξάνει την απόδοση και μειώνει τις δυσμενείς επιπτώσεις του άγχους (Lieberman, 2005).

Συμβουλές που μπορούν να μειώσουν το άγχος είναι οι εξής (Φωτιάδου et. al., 2002):

- Να αντιμετωπίσει το άγχος ως μια φυσιολογική αντίδραση σε στρεσογόνες καταστάσεις και να δώσει το δικαίωμα στον εαυτό του να αισθάνεται άγχος στις δύσκολες στιγμές.
- Να βλέπει τα λάθη του ως μια ευκαιρία να μάθει.

- Να συνειδητοποιήσει ότι οι περισσότερες αποφάσεις δεν είναι ούτε <<λανθασμένες>> ούτε <<σωστές>>.
- Να οργανώσει το χρόνο του.
- Να προετοιμάσει από την προηγούμενη μέρα τις δραστηριότητές που έχει να κάνει την επόμενη μέρα.
- Αντί να επικεντρώνει την προσοχή του στο τελικό αποτέλεσμα, να αναζητήσει την ευχαρίστηση στη διαδικασία του να <<κάνεις>> κάτι.
- Αν το άγχος του παραμένει, να ζητήσει επαγγελματική βοήθεια.

Τέλος, για την αντιμετώπιση του άγχους χορηγείται σε ορισμένες ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Σε αυτές τις περιπτώσεις χορηγούνται στον ασθενή αγχολυτικά, μυοχαλαρωτικά και ηρεμιστικών φάρμακα.

Όσο περισσότερο εκθέσει τον εαυτό του στον φοβόγνο παράγοντα τόσο περισσότερο θα τον συνηθίσει και θα νιώθει λιγότερο άγχος απέναντι σε αυτόν κάθε φορά που θα πρέπει να τον αντιμετωπίσει. Μόλις έχει κάνει ένα βήμα σε αρκετές διαφορετικές περιπτώσεις, χωρίς να αισθάνεται άγχος τότε είναι σε θέση να προχωρήσει στο επόμενο. Ακόμη, αν ένα βήμα φαίνεται δύσκολο τότε πρέπει να το χωρίσει σε άλλα μικρότερα βήματα. Ο φοβικός δεν πρέπει να βιαστεί. Πρέπει να βρει έναν ρυθμό που μπορεί να διαχειριστεί και που δεν του δημιουργεί άγχος. Σίγουρα θα νιώσει κάποια ανησυχία κατά τη διάρκεια να αντιμετωπίσει τους φόβους όμως το συναίσθημα είναι προσωρινό και θα εξασθενήσει.

- Τεχνικές χαλάρωσης.

Το άγχος δημιουργεί κάποια σωματικά συμπτώματα όπως ταχυκαρδίες. Τα συμπτώματα αυτά μας τρομάζουν και ίσως ευθύνονται σε μεγάλο βαθμό που οι φοβίες που προκαλούνται είναι τόσο τρομακτικές. Όμως εάν το άτομο μάθει και εξασκηθεί στις τεχνικές χαλάρωσης, μπορεί να νιώθει πιο σίγουρο και θα καταφέρει να ηρεμεί πιο γρήγορα όταν θα έχει αυτά τα συμπτώματα. Τεχνικές χαλάρωσης όπως βαθιές αναπνοές, διαλογισμός και χαλάρωση των μυών είναι ισχυρά αντίδοτα στο άγχος. Το άτομο, με την συνεχή άσκηση μπορεί να ελέγξει το άγχος και τα συμπτώματα αυτά και θα είναι πιο εύκολο να τα αντιμετωπίσει. Μια απλή άσκηση χαλάρωσης είναι η βαθιά αναπνοή.

- Αποβολή αρνητικών σκέψεων.

Όταν κάποιος έχει άγχος, συνήθως έχει την τάση να την διογκώνει στο μυαλό του. Υπερεκτιμάει το κακό που νομίζει πως θα συμβεί. Για να καταφέρει να αντιμετωπίσει το άγχος λοιπόν, πρέπει να μάθει να αμφισβητεί τις αρνητικές σκέψεις, διότι όταν δεν το κάνει αυτό μειώνει την ικανότητά του να αντιμετωπίσει το άγχος. Στην περίπτωση που όλα αυτά

δεν πετύχουν, τότε ο πλέον αρμόδιος για την κατάσταση είναι ο ψυχίατρος ο οποίος θα χρησιμοποιήσει ψυχοθεραπευτικές τεχνικές σε συνδυασμό με φαρμακευτική αγωγή τα οποία μπορούν να βοηθήσουν στην αντιμετώπιση των φοβιών (Πολυζόπουλος, 2013).

#### **4. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΑΓΧΟΥΣ**

Στην αντιμετώπιση του άγχους πρέπει να ληφθεί υπόψιν ότι η πορεία της νόσου θα είναι χρόνια με εξάρσεις και υφέσεις. Οι φοβίες θα παρουσιάζουν σταθερότητα ή επιδείνωση και η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή βελτίωση με την πάροδο του χρόνου. Όταν υπάρχει συννοσηρότητα με κατάχρηση αλκοόλ και ουσιών, κατάθλιψη και διαταραχή προσωπικότητας η πρόγνωση είναι δυσμενής. Η θεραπεία των αγχώδων διαταραχών είναι ψυχοθεραπευτική ή/και φαρμακολογική.

Συμπτωματικά χρησιμοποιούνται αγχολυτικά φάρμακα για άμεση μείωση του άγχους (πχ σε ειδικές φοβίες ή σε κρίσεις πανικού) ή οι β αδρενεργικοί αναστολείς για μείωση των σωματικών εκδηλώσεων του άγχους (πχ στην κοινωνική φοβία). Θεραπευτικά χρησιμοποιούνται αντικαταθλιπτικά φάρμακα. Η διάρκεια της αγωγής ποικίλει ανάλογα με τα συμπτώματα και τη χρονιότητα της διαταραχής.

Οι ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις που χρησιμοποιούνται είναι πολλές πχ βραχεία ψυχοδυναμική, η συστημική ή η υποστηρικτική ψυχοθεραπεία. Η γνωσιακή – συμπεριφορική θεραπεία θεωρείται η θεραπεία εκλογής για τις αγχώδεις διαταραχές. Η γνωσιακή προσέγγιση επικεντρώνεται στην τροποποίηση των νοητικών εργασιών που προηγούνται των αγχώδων συμπτωμάτων. Η συμπεριφορική στον έλεγχο σωματικών συμπτωμάτων και την τροποποίηση συμπεριφορών συνδεδεμένων με τις αγχώδεις διαταραχές. Και οι δύο προσεγγίσεις (φαρμακευτική και ψυχοθεραπευτική) έχουν υψηλή αποτελεσματικότητα, ενώ ο συνδυασμός τους προσφέρει τα καλύτερα αποτελέσματα τόσο άμεσα όσο και μακροπρόθεσμα (μείωση υποτροπών).

## **Β΄ ΜΕΡΟΣ**

### **1. ΕΚΤΙΜΗΣΗ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΓΙΑ ΤΟ ΑΓΧΟΣ**

Ως δεξιότητες ορίζονται οι ακριβείς ενέργειες και οι πολύπλευρες γνώσεις, οι οποίες συνδυαζόμενες δρουν αποτελεσματικά και συντελούν στην ακριβή εκτέλεση και εφαρμογή των νοσηλευτικών σκοπών. Επίσης, δεξιότητες είναι οι συγκεκριμένες ικανότητες που απαιτούνται για να εκφράσει και να βελτιώσει στάσεις, απόψεις, συναισθήματα. Για την επίτευξη των στόχων της θεραπείας, ο νοσηλευτής πρέπει να αντιμετωπίζει τον ασθενή, καθώς και τις διάφορες καταστάσεις που προκύπτουν κάθε φορά με επιείκεια, ευγένεια, σταθερότητα, σοβαρότητα, συναισθηματική ουδετερότητα, φιλική διάθεση προσαρμοσμένη στις ανάγκες του αρρώστου, με σεβασμό και αποδοχή της προσωπικότητας του (Παπαγεωργίου, 1991). Οι στόχοι που πρέπει να θέτει κάθε επαγγελματίας υγείας που υποστηρίζει έναν ασθενή με αγχώδη διαταραχή είναι η ανάπτυξη μιας σχέσης εμπιστοσύνης με τον ασθενή, η κατανόηση των χαρακτηριστικών της αγχώδους διαταραχής, η εφαρμογή αποτελεσματικών στρατηγικών αντιμετώπισης του άγχους, η ενίσχυση των θετικών συμπεριφορών (συμμόρφωση στην ακολουθούμενη φαρμακευτική αγωγή, υιοθέτηση υγιεινών τρόπων ζωής), η ενίσχυση της αλληλεπίδρασης του ασθενούς με το κοινωνικό και υποστηρικτικό του δίκτυο, η αποτελεσματική συνεργασία με τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας, η επαγωγή τεχνικών αυτό-φροντίδας για τις οικογένειες και τα ίδια τα άτομα.

Κάθε άνθρωπος αισθάνεται την ανάγκη μιας στενής και ικανοποιητικής σχέσης με έναν άλλο άνθρωπο. τους, κάποιοι δυσκολεύονται πολύ ή αδυνατούν να σχηματίσουν τέτοιες σχέσεις. Άλλοι χάνουν την ικανότητα αυτή, λόγω ασθένειας ή τραυματισμού. Αλλά χωρίς αυτές τις σχέσεις είναι δύσκολο να εξακολουθούν να δρουν με ένα φυσιολογικό τρόπο μέσα στη κοινωνία, με αποτέλεσμα αυτά τα άτομα να μην μπορούν να φύγουν από το νοσοκομείο ή όταν φύγουν να παθαίνουν γρήγορα νευρικό κλονισμό και να γυρίζουν πίσω. Για να μάθει ο ασθενής πως θα δημιουργήσει τέτοιες σχέσεις, πρέπει να του δοθεί η ευκαιρία για αυτή την εμπειρία και να ενθαρρυνθεί σε αυτό. Αυτός είναι ο θεραπευτικός ρόλος του νοσηλευτή. Πολλοί νοσηλευτές τον εκτελούν οδηγούμενοι από το ένστικτο τους. Μερικοί το καταφέρνουν καλά, άλλοι πολύ άσχημα. Ο νοσηλευτής εκπληρώνει το ρόλο του δημιουργού ενός θεραπευτικού περιβάλλοντος, όταν δίνει στους ασθενείς ευκαιρίες να δοκιμάσουν την αποδοχή τους στις κοινωνικές του σχέσεις, όταν βοηθάει το άτομο ή τις ομάδες των ασθενών να προγραμματίσουν και να πάρουν μέρος σε δραστηριότητες και ψυχαγωγικές εκδηλώσεις του νοσοκομείου και του τμήματος. Ο νοσηλευτής επιβάλλεται να αναλάβει το ρόλο του συμβούλου, στην περίπτωση που οι ασθενείς χρειάζονται κάποιον να ακούσει με κατανόηση



και συμπάθεια τα προβλήματα που τους απασχολούν. Ο καθαρά διδακτικός ρόλος, ο ρόλος του δασκάλου, που οφείλει να παίζει ο νοσηλευτής μερικές φορές, βοηθάει ουσιαστικά τους ασθενείς να μάθουν να ζουν με περισσότερο κοινωνικά παραδεκτό τρόπο. Η ακρόαση είναι μια άλλη σπουδαία πλευρά πόσο μάλλον όταν ακούς τον ασθενή με συμπάθεια και με ένα θετικό και δυναμικό τρόπο, χωρίς όμως να δίνεις συμβουλές, να εκφέρεις γνώμη ή να κάνεις υποδείξεις. Αυτός ο τύπος της ακρόασης ενθαρρύνει τον ασθενή να σκέφτεται δια μέσου των προβλημάτων του και να αποφασίζει, πράγμα χρήσιμο για αυτόν. Τον βοηθάει να αποβάλλει το άγχος και την ένταση. Του δίνει τη βεβαιότητα ότι ο νοσηλευτής πραγματικά φροντίζει για αυτόν και αυτού του είδους η ακρόαση απαιτεί από μέρος του νοσηλευτή χρόνο και ψυχικές δυνάμεις. Αναλυτικότερα ο νοσηλευτής πρέπει :

1. Να διατηρεί την ηρεμία του.

Δεν πρέπει να εκνευρίζεται ή και να θυμώνει με τις απαιτήσεις ανήσυχων ασθενών, ιδίως αυτών που έχουν μια δραματική συμπεριφορά ή που ζητούν συνεχώς έναν γιατρό.

2. Να διαθέτει χρόνο.

Ο ασθενής πρέπει να αισθάνεται ότι ο νοσηλευτής θέλει να τον βοηθήσει πραγματικά. εν πρέπει να νοιώθει ότι θέλει να τελειώνει μαζί του, για να ασχοληθεί με άλλη δουλειά. Ο νοσηλευτής πρέπει να θυμάται ότι πολλά εξαρτώνται από αυτό το χρόνο που διαθέτει για τον ασθενή και ότι αν δεν τον χειρισθεί καλά μπορεί να ασθενής να γίνει χειρότερα από ότι ήταν, όταν μπήκε στο νοσοκομείο.

3. Να ακούει τον ασθενή.

Ο νοσηλευτής πρέπει να ενδιαφέρεται και να νοιώθει τον ασθενή, αλλά ταυτόχρονα να είναι αρκετά αποκομμένος από αυτόν, ώστε να μπορεί να σχηματίσει μια αντικειμενική γνώμη για όσα λέει ο ασθενής.

4. Να καθησυχάζει τον ασθενή.

Στην κανονική ψυχοθεραπεία αποφεύγεται η καθησύχαση, γιατί έχει τάση να ενθαρρύνει τον ασθενή σε νευρωτική συμπεριφορά, αλλά , όταν έχουμε μια οξεία κρίση είναι απαραίτητο να τον καθησυχάσουμε. Ο νοσηλευτής πρέπει να του εξηγήσει με απλά λόγια την αιτία των συμπτωμάτων του, ιδίως αν το άγχος προκαλεί στον ασθενή οργανικά συμπτώματα π.χ. ταχυπαλμία.

5. Να φροντίζει για απασχόληση του ασθενούς.

Αφού ακούσει και μιλήσει με τον ασθενή, μπορεί να καταφέρει να του βρει μια απασχόληση που θα τον βοηθήσει να ξεχάσει τα προβλήματα του.

6. Να ηρεμεί τον ασθενή.

Η παρακολούθηση του ασθενούς πρέπει να περιλαμβάνει μια εκτίμηση των καταστάσεων που δημιουργούν το άγχος και την αναστάτωση του ασθενούς καθώς και των καταστάσεων που ο ασθενής φαίνεται να είναι καλύτερα. Οι παρατηρήσεις αυτές ρίχνουν φως στους παράγοντες που προκαλούν την ασθένεια. Η σχέση νοσηλευτή-ασθενή μπορεί να

είναι πολύ μεγάλης σημασίας για τη θεραπεία του ασθενούς. Ο νοσηλευτής πρέπει να αποφεύγει να προκαλεί όλο και μεγαλύτερη εξάρτηση του ασθενούς από εκείνον, αλλά ταυτόχρονα δεν πρέπει να δίνει στον ασθενή την εντύπωση ότι τον απωθεί. Μια από τις σπουδαιότερες όψεις της νοσηλείας είναι να προγραμματίζεται η ημέρα του ασθενούς με τρόπο που να ανταποκρίνεται στις ανάγκες του (Αλεβίζος, 2008).

Πολλά από τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα των ασθενών μπορούν να αντιμετωπιστούν μέσα στη θεραπευτική σχέση νοσηλευτή-ασθενή χρησιμοποιώντας θεραπευτική επικοινωνία.

## **2. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Ο ρόλος του νοσηλευτή ψυχικής υγείας είναι πολύ σημαντικός καθώς αναλαμβάνει πολλούς ρόλους. Αρχικά συμβουλεύει και βοηθά με τις γνώσεις του τον άρρωστο, αποτελεί κλινικό συνεργάτη των ειδικών ή ακόμη και σύμβουλο ψυχικής υγείας για την οικογένεια. Αυτό το πετυχαίνει με την προθυμία του να ακούσει και να εξυπηρετήσει οποιονδήποτε του ζητήσει βοήθεια, με την ευγένια του, την συναισθηματική σταθερότητα του χαρακτήρα του με το θάρρος του και την υπομονή του.

Επιπρόσθετα, θα πρέπει να τονιστεί ότι βασικό μέλημα των νοσηλευτών είναι να προσφέρουν στον άρρωστο άνεση και ελευθερία να εκφράσει τα συναισθηματά του, τις επιθυμίες του και να αναπτύξει υγιείς τρόπους συμπεριφοράς. Αποτελούν το έμπυχο θεραπευτικό περιβάλλον της κλινικής ώστε ο άρρωστος να νιώσει προστασία, εμπιστοσύνη, αισθήματα αυτοεκτίμησης και αυτόκατανόηση. Στην ψυχιατρική κλινική του γενικού νοσοκομείου νοσηλεύονται άρρωστοι που παραπέμπονται από τις άλλες ειδικότητες είτε γιατί έχουν κάποιο ψυχικό πρόβλημα και παρουσιάζουν ένα πρόσθετο παθολογικό ή χειρουργικό σύμπτωμα, ή γιατί εκδήλωσαν συμπτώματα μετά από το στρές της αρρωστίας τους ή τέλος γιατί επέδρασαν διάφοροι βιοχημικοί παράγοντες (Κουτούπη, 1994).

Ο νοσηλευτής στα πλαίσια της ολοκληρωμένης φροντίδας του καλείται να αντιμετωπίσει και το σωματικό πρόβλημα. Για το λόγο αυτό πρέπει να κατέχει κάποιες τεχνικές και γνώσεις τις οποίες έχει αποκομίσει από τη σπουδή του και την κλινική εμπειρία της άσκησης της γενικής νοσηλευτικής (π.χ περιποίηση τραύματος, κατακλίσεως, τραχειοστομίας) (Παπαγεωργίου, 1991).

Βασική είναι και η συνεργασία με άλλους συναδέλφους ειδικούς και ψυχιάτρους. Κυρίως, η συνεργασία με τον ψυχίατρο πρέπει να είναι στενή σαν αμφίδρομη χημική αντίδραση. Οι παρατηρήσεις και οι ενέργειες του ενός και του άλλου πρέπει να έχουν ένα κοινό αποτέλεσμα: την γρήγορη αποκατάσταση του αρρώστου και την επανένταξη στην κοινωνία (π.χ εάν αναφερθεί στον γιατρό ότι ο άρρωστος ακολουθεί κάποιες ιεροτελεστίες κατά το πλυσισμό του ή το φαγητό του , ενδεχομένως να τροποποιηθεί η αρχική πιθανή

διάγνωση και η θεραπεία). Εάν αναφερθούν από την πλευρά των νοσηλευτών παρατηρήσεις για τυχόν παρενέργειες ή τοξικές επιδράσεις των φαρμάκων, η τροποποίηση της φαρμακευτικής αγωγής από τους γιατρούς θα αποβεί σωτηρία για τον άρρωστο.

Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας κατά την άσκηση του νοσηλευτικού του έργου πρέπει να τηρεί εχεμύθεια. Δεν δίνει καμία πληροφορία που έχει σχέση με τον άρρωστο, εάν δεν έχει την συγκαταθεσή του. Δεν εμπλέκει προσωπικά βιώματα. Δέχεται τα γεγονότα και τους ανθρώπους όπως είναι. Αναγνωρίζει το δικαίωμα στον άρρωστο να έχει τα δικά του πιστεύω, τις πεποιθήσεις και τις προτιμήσεις του. Ενημερώνει με πολύ λεπτότητα για τους κινδύνους μία σ πράξης ή μιας σχέσης, χωρίς να υποδεικνύει ή να αποτρέπει. Η συνεργασία με όλους γίνεται σε επίπεδο ενημέρωσης και όχι με την έννοια της υπόδειξης. Όταν όλα τα μέλοι της θεραπευτικής ομάδας λειτουργούν αρμονικά ο άρρωστος διαισθάνεται την αγάπη και το ενδιαφέρον του έμψυχου θεραπευτικού περιβάλλοντος και νιώθει ασφάλεια (Κουτούπη, 1994).

Είναι σημαντικό να τονιστεί, πως ο ψυχιατρικός νοσηλευτής πρέπει να διαθέτει τα κατάλληλα προσόντα, όπως:

1. Σεβασμός του ψυχικά αρρώστου.
2. Προστασία της αξιοπρέπειάς του.
3. Ικανότητα δημιουργίας θεραπευτικής σχέσης με τον άρρωστο.
4. Διάθεση να βοηθήσει τους αρρώστους με τη δημιουργία συνθηκών θεραπευτικού περιβάλλοντος.
5. Παραχώρηση χρόνου για να τους ακούσει προσεκτικά.
6. Αποδοχή και όχι κριτική στάση απέναντι στον άρρωστο.
7. Ενδιαφέρον, ευαισθησία, ευγένεια, εχεμύθεια.
8. Αίσθημα υπευθυνότητας.
9. Ψυχική υγεία.
10. Πίστη και αγάπη στο έργο του ψυχιατρικού νοσηλευτή.

Οι διαστάσεις του νοσηλευτικού ρόλου είναι οι εξής:

1. Παροχή ολοκληρωμένης νοσηλευτικής φροντίδας στους ψυχικά αρρώστους και συνεργασία με τις οικογένειές τους.
2. Εφαρμογή ψυχοθεραπείας (αν έχει εξειδίκευση γι' αυτή).
3. Άσκηση κοινοτικής νοσηλευτικής ψυχικής υγείας με σκοπό την πρόληψη αλλά και την παρακολούθηση των ψυχικά αρρώστων στην κοινότητα.
4. Αγωγή σωματικής και ψυχικής υγείας.

5. Συνεργασία με τη θεραπευτική ομάδα και το υπόλοιπο προσωπικό.
6. Συμμετοχή σε ομάδες εργασίας για τη μελέτη και εφαρμογή αλλαγών στις υπηρεσίες υγείας.
7. Έρευνα σε θέματα ψυχικής υγείας.

Συμβολή στην εκπαίδευση φοιτητών νοσηλευτικής και ιατρικής στην κλινική ψυχιατρική νοσηλευτική (Παπαγεωργίου, 1991).

### **3.ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ**

Στην Κοινωνική Ψυχιατρική ο ψυχικά άρρωστος εξετάζεται όχι μόνο ως άτομο αλλά και ως μέλος της οικογένειας και της κοινωνίας που ανήκει.

Η Κοινωνική Ψυχιατρική μελετά τη συμμετοχή των κοινωνικών παραγόντων στη δημιουργία και την εκδήλωση των ψυχικών νοσημάτων. Το αντικείμενό της είναι το άτομο (υγιές ή παθολογικό), η οικογένειά του και οι ομάδες ατόμων με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά ( π.χ. ευάλωτοι πληθυσμοί ) (Μαδιανός Μ. et al.,1983).

Οι ρόλοι του Νοσηλευτή Κοινωνικής Ψυχιατρικής ως μέλους της ομάδας ψυχικής υγείας είναι:

α) Κοινωνικός ρόλος: ο Νοσηλευτής Κοινωνικής Ψυχιατρικής αναπτύσσει κοινωνικές σχέσεις (ασθενείς-οικογένεια-κοινότητα) διευκολύνοντας το έργο όλης της θεραπευτικής ομάδας.

β) Θεραπευτικός ρόλος: ο ρόλος του Νοσηλευτή Κοινωνικής Ψυχιατρικής είναι σημαντικός στην αντιμετώπιση του ψυχικά αρρώστου, με την υποστήριξη και καθοδήγηση του κατά την εφαρμογή της θεραπευτικής αγωγής (Παπαγεωργίου Γ., 1991).

# Γ' ΜΕΡΟΣ

## EPEYNA

**Steinman, S.A., Teachman, B.A. (2014) *Reaching new heights: comparing interpretation bias modification to exposure therapy for extreme height fear. Journal Consult Clin Psychol, 82(3), 404-17.***

Abstract

### OBJECTIVE:

Cognitive models of anxiety disorders posit that biases in interpretation maintain, and potentially cause, anxiety. This study tested whether it is possible to decrease height fear symptoms through cognitive bias modification for interpretations (CBM-I). Additionally, the clinical utility of CBM-I was tested by comparing it to an already established treatment: exposure therapy.

### METHOD:

Extremely height fearful individuals (N = 110) participated in the study. Acrophobic symptoms were measured before and after 2 sessions of CBM-I and were compared to the standard treatment for acrophobia (exposure therapy), a combination of CBM-I and exposure therapy, and a Control condition.

### RESULTS:

In line with hypotheses, participants in the 3 active conditions showed greater response to treatment than the Control condition in symptoms, and behavioral avoidance on a height stressor, with few differences between the active conditions.

### CONCLUSIONS:

Overall, findings suggest that different pathways to fear reduction (exposure vs. shifting interpretations) can lead to similar reductions in height fear. This study provides the first evidence that directly shifting cognitive processing, even with no therapist involvement, can reduce symptoms as effectively as the gold standard, therapist-directed exposure therapy.

## Μετάφραση

### ΣΚΟΠΟΣ:

Τα γνωστικά μοντέλα των διαταραχών άγχους βασίζονται στο γεγονός ότι οι προκαταλήψεις στην ερμηνεία του φαινομένου διατηρούν, και ενδεχομένως προκαλούν, άγχος. Αυτή η μελέτη εξέτασε κατά πόσο είναι δυνατό να μειωθούν τα συμπτώματα υψοφοβίας μέσω της τροποποίησης της γνωστικής προκατάληψης για ερμηνείες (CBM-I). Επιπροσθέτως, η κλινική χρησιμότητα του CBM-I δοκιμάστηκε και συγκρίθηκε με μια ήδη καθιερωμένη θεραπευτική αγωγή.

### ΜΕΘΟΔΟΣ:

Σε μελέτη συμμετείχαν εξαιρετικά φοβισμένα άτομα (N = 110). Τα συμπτώματα υψοφοβίας μετρήθηκαν πριν και μετά από 2 συνεδρίες CBM-I και συγκρίθηκαν με την τυπική θεραπεία υψοφοβίας (θεραπευτική αγωγή), ένα συνδυασμό CBM-I και θεραπευτικής αγωγής, και μιας κατάστασης ελέγχου.

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:

Σύμφωνα με τις υποθέσεις, οι συμμετέχοντες στις 3 ενεργές καταστάσεις έδειξαν μεγαλύτερη ανταπόκριση στη θεραπεία από ότι στα συμπτώματα και την αποφυγή συμπεριφοράς όταν τέθηκαν σε παράγοντα πίεσης ύψους, με λίγες διαφορές ανάλογες των συνθηκών.

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:

Συνολικά, τα ευρήματα υποδηλώνουν ότι διαφορετικές οδούς για τη μείωση του φόβου (έκθεση έναντι μεταβαλλόμενων ερμηνειών) μπορούν να οδηγήσουν σε μείωση της υψοφοβίας. Αυτή η μελέτη παρέχει την πρώτη απόδειξη ότι ακόμη και χωρίς τη συμμετοχή θεραπειών, μπορούν να μειωθούν τα συμπτώματα τόσο αποτελεσματικά όσο και με την θεραπευτική αγωγή.

**Coelho C.M., Wallis G. (2010) *Deconstructing acrophobia: physiological and psychological precursors to developing a fear of heights*. *Depress Anxiety*, 27(9), 864-70.**

Abstract

### BACKGROUND:

Acrophobia is one of the most prevalent phobias, affecting as many as 1 in 20 individuals. Of course, heights often evoke fear in the general population too, and this suggests that

acrophobia might actually represent the hypersensitive manifestation of an everyday, rational fear. In this study, we assessed the role of sensory and cognitive variables in acrophobia.

#### METHODS:

Forty-five participants (Mean age 25.07 years, 71% female) were assessed using a booklet with self-reports as well as several behavioral measures. The data analysis consisted in multivariate linear regression using fear of heights as the outcome variable.

#### RESULTS:

Trait anxiety was not related with fear of heights, suggesting that this higher order vulnerability factor is not necessary for explaining this particular specific phobia in a large number of individuals.

#### CONCLUSION:

The findings reveal that fear of heights is an expression of a largely sensory phenomena, which can produce strong feelings of discomfort and fear in the otherwise calm individuals. We propose a theory that embraces all these factors and provides new insight into the etiology and treatment of this prevalent and debilitating fear.

Μετάφραση: Αναλύοντας την έννοια της υσοφοβίας: φυσιολογικοί και ψυχολογικοί πρόδρομοι για την ανάπτυξη υσοφοβίας.

#### Εισαγωγή:

Η υσοφοβία είναι μία από τις πιο διαδεδομένες φοβίες, επηρεάζοντας μέχρι 1 στους 20 ανθρώπους. Φυσικά, τα ύψη συχνά προκαλούν φόβο και στον γενικό πληθυσμό και αυτό υποδηλώνει ότι η υσοφοβία μπορεί στην πραγματικότητα να αντιπροσωπεύει την υπερευαίσθητη εκδήλωση ενός καθημερινού, ορθολογικού φόβου. Σε αυτή τη μελέτη, έγινε αξιολόγηση του ρόλου των αισθητήριων και γνωστικών μεταβλητών στην υσοφοβία.

#### ΜΕΘΟΔΟΙ:

Σαράντα πέντε συμμετέχοντες (Μέση ηλικία 25,07 ετών, 71% γυναίκες) αξιολογήθηκαν συμπληρώνοντας ένα φυλλάδιο με αυτο-αναφορές καθώς και διάφορα μέτρα συμπεριφοράς. Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση χρησιμοποιώντας την υσοφοβία ως μεταβλητή.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:

Το άγχος της συμπεριφοράς, δεν σχετίζεται με την υψοφοβία, γεγονός που υποδηλώνει ότι αυτός ο παράγοντας, δεν είναι απαραίτητος για την εξήγηση αυτής της συγκεκριμένης φοβίας σε μεγάλο αριθμό ατόμων.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:

Τα ευρήματα αποκαλύπτουν ότι η υψοφοβία είναι μια έκφραση ενός αισθητήριου φαινομένου, το οποίο μπορεί να προκαλέσει έντονα αισθήματα δυσφορίας και φόβου σε διαφορετικά, ήρεμα άτομα. Προτείνεται μια θεωρία που συμπεριλαμβάνει όλους αυτούς τους παράγοντες και να παρέχει μια νέα εικόνα για την αιτιολογία και τη θεραπεία αυτού του φόβου.

**Levy, F., Leboucher, P., Rautureau, G., Jouvent, R. (2016) *E-virtual reality exposure therapy in acrophobia: A pilot study. J Telemed Telecare, 22(4), 215-20.***

#### Abstract

Virtual reality therapy is already used for anxiety disorders as an alternative exposure. To our knowledge, however, no one has yet proposed using remote virtual reality (e-virtual reality). The aim of the present study was to assess e-virtual reality in an acrophobic population. Six individuals with acrophobia each underwent six sessions (two sessions per week) of virtual reality exposure therapy. The first three were remote sessions, while the last three were traditional sessions in the physical presence of the therapist. Anxiety (visual analog scale, heart rate), presence, technical difficulties were measured. In order to control the conditions in which these measures were made, all the sessions were conducted in hospital. None of the participants dropped out. The remote sessions were well accepted. None of the participants verbalized reluctance. No major technical problems were reported. None of the sessions were cancelled or interrupted because of software incidents. Measures (anxiety, presence, therapeutic alliance) were comparable across the two conditions. e-Virtual reality can therefore be used to treat acrophobic disorders. However, control studies are needed to assess online feasibility, therapeutic effects and the mechanisms behind online presence.

Μετάφραση: Θεραπεία μέσω εικονικής πραγματικότητας: Μια πιλοτική μελέτη.

#### Περίληψη

Η θεραπεία εικονικής πραγματικότητας χρησιμοποιείται ήδη για διαταραχές άγχους ως εναλλακτική θεραπεία. Ωστόσο, από όσα γνωρίζουμε, κανείς δεν έχει προτείνει την χρήση της ηλεκτρονικής (εξ αποστάσεως) εικονικής πραγματικότητας μέχρι σήμερα. Σκοπός της



παρούσας μελέτης ήταν η αξιολόγηση της ηλεκτρονικής εικονικής πραγματικότητας σε άτομα με υσφοβία. Έξι άτομα με υσφοβία υποβλήθηκαν σε έξι συνεδρίες (δύο συνεδρίες εβδομαδιαίως) θεραπείας έκθεσης στην εικονική πραγματικότητα. Τα πρώτα τρία ήταν ηλεκτρονικές (εξ αποστάσεως) συνεδρίες, ενώ οι τελευταίες τρεις ήταν παραδοσιακές συνεδρίες δηλαδή με τη φυσική παρουσία του θεραπευτή. Εξετάστηκαν, το άγχος (οπτική αναλογική κλίμακα, καρδιακός ρυθμός), παρουσία, τεχνικές δυσκολίες. Προκειμένου να ελεγχθούν οι συνθήκες υπό τις οποίες έγιναν τα μέτρα αυτά, όλες οι συνεδρίες διεξήχθησαν στο νοσοκομείο. Κανένας από τους συμμετέχοντες δεν αποχώρησε. Οι εξ αποστάσεως συνεδρίες έγιναν αποδεκτές. Κανένας από τους συμμετέχοντες δεν δήλωσε απροθυμία. Δεν αναφέρθηκαν σημαντικά τεχνικά προβλήματα. Καμία από τις συνεδρίες δεν ακυρώθηκε ή δεν διακόπτεται λόγω συμβάντων λογισμικού. Τα μέτρα όπως το άγχος ήταν συγκρίσιμα μεταξύ των δύο συνθηκών. Επομένως, η εικονική πραγματικότητα μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη θεραπεία υσφοβικών διαταραχών. Ωστόσο, απαιτούνται μελέτες ελέγχου για την αξιολόγηση της για το κατά πόσο είναι εφικτό να γίνονται θεραπείες εξ αποστάσεως μέσω διαδικτύου.

**Baker, A., Mystkowski, J., Culver, N., Yi, R., Mortazavi, A., Craske, M.G. (2010) *Does habituation matter? Emotional processing theory and exposure therapy for acrophobia. Behav Res Ther. , 48(11), 1139-43.***

Abstract

Clinically, there is wide subscription to emotional processing theory (EPT) as a model of therapeutic effectiveness of exposure therapy: EPT purports that exposure is maximal when (1) fear is activated (IFA), (2) fear subsides within sessions (WSH), and (3) fear subsides between sessions (BSH). This study examined these assumptions, using in vivo exposure therapy for 44 students scoring high on acrophobia measures. Results indicated that no EPT variables were consistently predictive of treatment outcome. No support was found for IFA or WSH; measures of BSH were predictive of short-term change, but these effects were attenuated at follow-up. Furthermore, EPT variables were not predictive of each other as previously hypothesized, indicating the variables are not functionally related.

Μετάφραση: Θεωρία συναισθηματικής επεξεργασίας και θεραπευτική αγωγή για την υσφοβία

Περίληψη

Κλινικά, υπάρχει ευρεία συνδρομή στη θεωρία της συναισθηματικής επεξεργασίας (EPT) ως μοντέλο θεραπευτικής αποτελεσματικότητας της θεραπευτικής αγωγής. Η EPT υποστηρίζει ότι η έκθεση είναι μέγιστη όταν ο φόβος ενεργοποιείται (IFA) (WSH), και όταν ο φόβος υποχωρεί (BSH). Η μελέτη αυτή εξέτασε αυτές τις υποθέσεις, χρησιμοποιώντας in vivo θεραπευτική αγωγή για 44 μαθητές που σημείωσαν υψηλό φόβο υψοφοβίας. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι καμία μεταβλητή EPT δεν ήταν σταθερά προβλέψιμη για το αποτέλεσμα της θεραπείας. Δεν βρέθηκε υποστήριξη για την IFA ή την WSH. Τα μέτρα της BSH ήταν προβλέψιμα για βραχυπρόθεσμη αλλαγή, αλλά τα αποτελέσματα αυτά μετριάστηκαν κατά την παρακολούθηση. Επιπλέον, οι μεταβλητές EPT δεν ήταν προβλέψιμες μεταξύ τους, υποδεικνύοντας ότι οι μεταβλητές δεν σχετίζονται λειτουργικά.

**Gallagher, S., Trigg, D. (2016) *Agency and Anxiety: Delusions of Control and Loss of Control in Schizophrenia and Agoraphobia*. Front Hum Neurosci., 10, 459.**

Abstract

We review the distinction between sense of agency and sense of ownership, and then explore these concepts, and their reflective attributions, in schizophrenic symptoms and agoraphobia. We show how the underlying dynamics of these experiences are different across these disorders. We argue that these concepts are complex and cannot be reduced to neural mechanisms, but involve embodied and situated processes that include the physical and social environments. We conclude by arguing that the subjective and intersubjective dimensions of agency and ownership cannot be considered in isolation from one another, but instead form an interdependent pairing.

Μετάφραση: Αντίληψη και άγχος: Παραληρήματα ελέγχου και απώλεια ελέγχου στη σχιζοφρένεια και την αγοραφοβία.

Περίληψη

Εξετάζουμε τη διάκριση ανάμεσα στην αντίληψη και την αίσθηση της κτητικότητας και στη συνέχεια διερευνάμε αυτές τις έννοιες και πώς αντανακλούν στα σχιζοφρενικά συμπτώματα και την αγοραφοβία. Δείχνουμε πώς η υποκείμενη δυναμική αυτών των εμπειριών είναι διαφορετική σε αυτές τις διαταραχές. Υποστηρίζουμε ότι αυτές οι έννοιες είναι σύνθετες και δεν μπορούν να περιοριστούν σε νευρικούς μηχανισμούς, αλλά περιλαμβάνουν ενσωματωμένες και τοποθετημένες διαδικασίες που περιλαμβάνουν το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον. Καταλήγουμε υποστηρίζοντας ότι οι υποκειμενικές και διαστρεπτικές διαστάσεις της αντίληψης και της κτητικότητας δεν μπορούν να εξεταστούν μεμονωμένα, αλλά είναι εξαρτώμενες μεταξύ τους.

**Kapfhammer, H.P., Fitz, W., Huppert, D., Grill, E., Brandt, T. (2016) *Visual height intolerance and acrophobia: distressing partners for life. J. Neurol.*, 263(10), 1946-53.**

Abstract

The course of illness, the degree of social impairment, and the rate of help-seeking behavior was evaluated in a sample of individuals with visual height intolerance (vHI) and acrophobia. On the basis of a previously described epidemiological sample representative of the German general population, 574 individuals with vHI were identified, 128 fulfilled the DSM-5 diagnostic criteria of acrophobia. Two thirds were in the category "persistent/worse", whereas only one third was in the category "improved/remitted". Subjects with acrophobia showed significantly more traumatic triggers of onset, more signs of generalization to other height stimuli, higher rates of increasing intensity of symptom load and greater overall negative impact on the quality of life than those with pure vHI. An unfavorable course of illness in pure vHI was predicted by major depression, agoraphobia, social phobia, posttraumatic stress, initial traumatic trigger, and female sex; an unfavorable course in acrophobia was predicted by major depression, chronic fatigue, panic attacks, initial traumatic trigger, social phobia, other specific phobic fears, and female sex. The consequences of therapeutic interventions if complied with at all were quite modest. In adults pure vHI and even more so acrophobia are by no means only transitionally distressing states. In contrast to their occurrence in children they are more often persisting and disabling conditions. Both the utilization of and adequacy of treatment of these illnesses pose major challenges within primary and secondary neurological and psychiatric medical care.

Μετάφραση: Οπτική έλλειψη αντοχής και υψοφοβία: συναισθηματικοί παράγοντες για τη ζωή.

Περίληψη

Η πορεία της ασθένειας, ο βαθμός της κοινωνικής δυσλειτουργίας και το ποσοστό της συμπεριφοράς που αναζητούσε βοήθεια αξιολογήθηκαν σε ένα δείγμα ατόμων με οπτική ανοχή στο ύψος (vHI) και υψοφοβία. Με βάση ένα προηγουμένως περιγραφόμενο επιδημιολογικό δείγμα αντιπροσωπευτικό του γερμανικού γενικού πληθυσμού, εντοπίστηκαν 574 άτομα με vHI, 128 πληρούσαν τα διαγνωστικά κριτήρια της υψοφοβίας DSM-5. Τα δύο τρίτα κατατάχθηκαν στην κατηγορία "επίμονα / χειρότερα" περιστατικά, ενώ μόνο το ένα τρίτο στην κατηγορία "βελτιώθηκε / απομακρύνθηκε". Τα άτομα με υψοφοβία εμφάνισαν σημαντικά περισσότερες τραυματικές αιτίες εμφάνισης, περισσότερες ενδείξεις γενίκευσης

σε άλλα ερεθίσματα ύψους, υψηλότερα ποσοστά αύξησης συμπτωμάτων και μεγαλύτερες συνολικές αρνητικές επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής σε σύγκριση με εκείνους που είχαν οπτική αντοχή στο ύψος (vHI) . Μια δυσμενή πορεία ασθένειας είχε ως συνέπεια κατάθλιψη, αγοραφοβία, κοινωνική φοβία, μετατραυματικό στρες, αρχική τραυματική διέγερση και στο θηλυκό φύλο, μία δυσμενή πορεία υποφοβίας η οποία οδηγεί σε κατάθλιψη, χρόνια κόπωση, κρίσεις πανικού, αρχική τραυματική διέγερση, κοινωνική φοβία, άλλοι φόβοι. Οι συνέπειες των θεραπευτικών παρεμβάσεων, ήταν μέτριες. Στους ενήλικες η vHI και η υποφοβία δεν σχετίζεται με καταθλιπτική συμπεριφορά. Σε αντίθεση με την εμφάνισή τους στα παιδιά, οι διαταραχές και δυσκολίες αποτελούν συχνότερο φαινόμενο. Τόσο η χρήση όσο και η επάρκεια της θεραπείας αυτών των ασθενειών αποτελούν μείζονα προβλήματα στην πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια νευρολογική και ψυχιατρική ιατρική περίθαλψη.

**Levitan, M.N., Simoes, P., Sardinha, A.G., Nardi, A.E. (2016) *Agoraphobia Related to Unassertiveness in Panic Disorder*. J Nerv Ment Dis., 204(5), 396-9.**

Abstract

Despite developments in panic disorder (PD) research, a significant percentage of patients do not benefit from conventional treatments. Interpersonal factors have been identified as potential predictors of treatment failures. We aimed to evaluate assertiveness in a sample of patients with PD and its implications for treatment. Forty-six symptomatic patients with PD and 46 college students responded to assessment scales regarding clinical data. Seventy-five percent of the patients had a secondary diagnosis of agoraphobia. We found that the PD group was characterized as nonassertive and slightly less assertive than control subjects. Furthermore, the deficit in the level of assertiveness correlated with the severity of the PD. The diagnosis of agoraphobia was correlated with unassertiveness ( $p < 0.05$ ). Agoraphobia predisposes individuals to dependency and insecurity about their ability to overcome anxiogenic situations. These data demonstrate the importance of managing assertiveness in patients with PD accompanied by agoraphobia.

Περίληψη

Παρά τις εξελίξεις στην έρευνα για τις διαταραχές πανικού (PD), ένα σημαντικό ποσοστό των ασθενών δεν επωφελούνται από τις συμβατικές θεραπείες. Οι διαπροσωπικοί παράγοντες έχουν εντοπιστεί ως δυνητικοί παράγοντες πρόβλεψης αποτυχιών της θεραπείας. Σκοπός μας ήταν, να αξιολογήσουμε την αξιοπιστία σε ένα δείγμα ασθενών με PD και τις επιπτώσεις τους στη θεραπεία. Σαράντα έξι ασθενείς με PD και 46 φοιτητές απάντησαν σε κλίμακες

αξιολόγησης όσον αφορά τα κλινικά δεδομένα. Το εβδομήντα πέντε τοις εκατό των ασθενών είχαν δευτερογενή διάγνωση αγοραφοβίας. Διαπιστώσαμε ότι η ομάδα PD χαρακτηρίστηκε ως μη ευαίσθητη και ελαφρώς λιγότερο ισχυρή από τα άτομα αναφοράς. Επιπλέον, το έλλειμμα στο επίπεδο της αξιοπιστίας συσχετίζεται με τη σοβαρότητα του PD. Η διάγνωση της αγοραφοβίας συσχετίστηκε με ανικανότητα ( $p < 0,05$ ). Η αγοραφοβία προδιαθέτει τα άτομα σε εξάρτηση και ανασφάλεια ως προς την ικανότητά τους να ξεπεράσουν τις αγχογενείς καταστάσεις. Αυτά τα δεδομένα καταδεικνύουν τη σημασία της διαχείρισης της αυτοπεποίθησης σε ασθενείς με PD που συνοδεύονται από αγοραφοβία.

**Yates, S. (2015) *Agoraphobia and Melancholia: Thoughts on Milrod's "Emptiness in Agoraphobia Patients"*.**

Abstract

Milrod (2007) identifies persistent emptiness in agoraphobic patients whose symptoms of anxiety and avoidance have remitted. To this important identification, a number of critical considerations may be raised regarding the meanings of emptiness in the psychoanalytic clinic. Milrod's admonishment to distinguish between an emptiness that indicates a deficit in the structure and stability of self-representation, and an emptiness that is strictly defensive, is a case in point. While much of the literature supports an interpretation of emptiness as a defense against overwhelming rage, these patients' assertions and experiences of emptiness can be better explained by the presence of traumatic, unmourned losses. Several explanations are offered as to why agoraphobic patients, in particular, defend unconsciously against mourning.

Μετάφραση: Αγοραφοβία και μελαγχολία: Σκέψεις του Milrod για ασθενείς με αγοραφοβία και αίσθημα έλλειψης».

Περίληψη

Ο Milrod (2007) εντοπίζει επίμονα αισθήματα κενού (έλλειψης) σε αγοραφοβικούς ασθενείς των οποίων τα συμπτώματα άγχους και αποφυγής έχουν διαταραχθεί. Σε αυτή τη σημαντική ταύτιση, μπορούν να προβληθούν ορισμένες κρίσιμες σκέψεις σχετικά με τις έννοιες που αφορούν το κενό (έλλειψη) που αισθάνονται στην ψυχαναλυτική κλινική. Η συμβουλή του Milrod να διακρίνει ένα κενό που δείχνει ένα έλλειμμα στη δομή και τη σταθερότητα της αυτό-εκπροσώπησης, και ένα κενό (έλλειψη) που είναι αυστηρά αμυντικό. Ενώ μεγάλο μέρος της βιβλιογραφίας υποστηρίζει μια ερμηνεία της αίσθησης του κενού (έλλειψης) ως μια υπεράσπιση ενάντια στη συντριπτική οργή, οι ισχυρισμοί αυτών των ασθενών και οι εμπειρίες του κενού (έλλειψης) μπορούν να εξηγηθούν καλύτερα από την ύπαρξη

τραυματικών, απρόβλεπτων απωλειών. Προσφέρονται αρκετές εξηγήσεις σχετικά με το γιατί οι αγοραφοβικοί ασθενείς, ειδικότερα, υπερασπίζονται ασυνείδητα το πένθος.

**Pitti, C.T., Peñate, W., de la Fuente J., Bethencourt, J.M., Roca-Sánchez, M.J., Acosta, L., Villaverde, M.L., Gracia, R. (2015) *The combined use of virtual reality exposure in the treatment of agoraphobia*. Actas Esp Psiquiatr., 43(4), 133-141.**

Abstract

#### INTRODUCTION:

This study compares the differential efficacy of three groups of treatments for agoraphobia: paroxetine combined with cognitive-behavioral therapy, paroxetine combined with cognitive-behavioral therapy and virtual reality exposure, and a group with only paroxetine.

#### METHODOLOGY:

99 patients with agoraphobia were finally selected. Both combined treatment groups received 11 sessions of cognitive-behavioral therapy, and one of the groups was also exposed to 4 sessions of virtual reality treatment. Treatments were applied in individual sessions once a week for 3 months.

#### RESULTS:

The three treatment groups showed statistically significant improvements. In some measures, combined treatment groups showed greater improvements. The virtual reality exposure group showed greater improvement confronting phobic stimuli.

#### CONCLUSIONS:

Treatments combining psychopharmacological and psychological therapy showed greater efficacy. Although the use of new technologies led to greater improvement, treatment adherence problems still remain.

Μετάφραση: Η συνδυασμένη χρήση της έκθεσης σε εικονική πραγματικότητα στη θεραπεία της αγοραφοβίας.

Περίληψη

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ:

Αυτή η μελέτη συγκρίνει τη διαφορετική αποτελεσματικότητα τριών ομάδων θεραπείας για την αγοραφοβία: την χρήση παροξετίνης σε συνδυασμό με τη θεραπεία γνωστικής

συμπεριφοράς, την χρήση παροξετίνη σε συνδυασμό με τη θεραπεία γνωσιακής συμπεριφοράς και την έκθεση στην εικονική πραγματικότητα και μια ομάδα με μόνο με χρήση παροξετίνης.

#### ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ:

99 ασθενείς επιλέχθηκαν με αγοραφοβία. Και οι δύο συνδυασμένες ομάδες θεραπείας έλαβαν 11 συνεδρίες θεραπείας νοητικής συμπεριφοράς και μία από τις ομάδες εκτέθηκε επίσης σε 4 συνεδρίες θεραπείας εικονικής πραγματικότητας. Οι θεραπείες εφαρμόστηκαν σε μεμονωμένες συνεδρίες μία φορά την εβδομάδα για 3 μήνες.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:

Οι τρεις ομάδες θεραπείας έδειξαν στατιστικά σημαντικές βελτιώσεις. Σε μερικές μετρήσεις, οι συνδυασμένες ομάδες θεραπείας παρουσίασαν μεγαλύτερες βελτιώσεις. Η ομάδα έκθεσης στην εικονική πραγματικότητα έδειξε μεγαλύτερη βελτίωση σε σχέση με τα ερεθίσματα φόβου.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:

Οι θεραπείες που συνδυάζουν ψυχοφαρμακολογική και ψυχολογική θεραπεία έδειξαν μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα. Παρόλο που η χρήση των νέων τεχνολογιών οδήγησε σε μεγαλύτερη βελτίωση, εξακολουθούν να υπάρχουν προβλήματα.

**Gomez, R., Watson, S.D. (2017) *Confirmatory Factor Analysis of the Combined Social Phobia Scale and Social Interaction Anxiety Scale: Support for a Bifactor Model. Front Psychol., 8, 70.***

#### Abstract

For the Social Phobia Scale (SPS) and the Social Interaction Anxiety Scale (SIAS) together, this study examined support for a bifactor model, and also the internal consistency reliability and external validity of the factors in this model. Participants (N = 526) were adults from the general community who completed the SPS and SIAS. Confirmatory factor analysis (CFA) of their ratings indicated good support for the bifactor model. The general factor explained most of the common variance in the SPS and SIAS, and demonstrated good model-based internal consistency reliability (omega hierarchical) and a strong association with fear of negative evaluation and extraversion. The practical implications of the findings for the utilization of the SPS and SIAS, and the theoretical and clinical implications for social anxiety are discussed.

Μετάφραση: Ανάλυση επιβεβαιωτικού παράγοντα της κλίμακας συνδυασμού κοινωνικής φοβίας και κλίμακας ανησυχίας κοινωνικής αλληλεπίδρασης: Υποστήριξη μοντέλου Bifactor.

### Περίληψη

Για τη κλίμακα κοινωνικής φοβίας (SPS) και τη κλίμακα ανησυχίας κοινωνικής αλληλεπίδρασης (SIAS), η μελέτη εξέτασε την υποστήριξη ενός μοντέλου, του bifactor, καθώς και την αξιοπιστία της εσωτερικής συνοχής και την εξωτερική εγκυρότητα των παραγόντων αυτού του μοντέλου. Οι συμμετέχοντες (N = 526) ήταν ενήλικες από τη γενική κοινότητα που ολοκλήρωσαν το SPS και το SIAS. Η ανάλυση των επιβεβαιωτικών παραγόντων (CFA) των αξιολογήσεών τους έδειξε καλή στήριξη για το μοντέλο bifactor. Τα τρία θετικά διατυπωμένα αντικείμενα είχαν αμελητέες επιβαρύνσεις στον γενικό παράγοντα. Ο γενικός παράγοντας εξήγησε το μεγαλύτερο μέρος της κοινής διακύμανσης στο SPS και το SIAS και κατέδειξε καλή αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής (omega hierarchical) και ισχυρή συνάφεια με το φόβο αρνητικής αξιολόγησης και εξωστρέφειας. Αναλύονται οι πρακτικές συνέπειες των ευρημάτων για τη χρήση του SPS και του SIAS και οι θεωρητικές και κλινικές επιπτώσεις για το κοινωνικό άγχος.

**Miloyan, B., Eaton, W.W. (2016) Blood-injection-injury phobia in older adults. *Int Psychogeriatr.*, 28(6), 897-902.**

### Abstract

#### BACKGROUND:

This study aims to (i) estimate the prevalence of blood-injection-injury phobia (BIIP) diagnosed as present at any time during the life prior to the interview, with or without another Specific Phobia diagnosed as present during the 12 months prior to the interview, (ii) characterize types and frequencies of co-occurring fears, (iii) evaluate the association with chronic medical conditions and lifetime psychiatric comorbidity, and (iv) explore medical service use associations in a nationally representative sample of older adults.

#### METHODS:

A sample of 8,205 older adults, aged 65 years or older, was derived from Wave 1 of the National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC).

#### RESULTS:

The weighted lifetime prevalence of BIIP with and without 12-month Specific Phobia was 0.6% (95% CI: 0.4-0.8) and 4.2% (95% CI: 3.7-4.8), respectively, and these two groups



ranked similarly in terms of sociodemographic, health, and psychiatric characteristics. BIPP most frequently co-occurred with other lifetime fears, and was positively associated with hypertension and lifetime history of anxiety and personality disorders after controlling for sociodemographic and psychiatric confounders.

#### CONCLUSIONS:

Our findings suggest that lifetime BIPP may bear mental and physical health significance in older adults.

Μετάφραση: Φοβία αίματος-ένεσης-τραυματισμού σε ηλικιωμένους.

#### Περίληψη

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ:

Η μελέτη αυτή στοχεύει (i) στην εκτίμηση της φοβίας του τραυματισμού με έγχυση αίματος (BIPP) που διαγνώστηκε οποιαδήποτε στιγμή κατά τη διάρκεια της ζωής του ηλικιωμένου και πριν από τη συνέντευξη, με ή χωρίς άλλη Ειδική Φοβία που διαγνώστηκε κατά τους προηγούμενους 12 μήνες πριν από τη συνέντευξη, (ii) αξιολόγηση της συσχέτισης με χρόνιες ιατρικές παθήσεις και ψυχιατρική συν νοσηρότητα καθ' όλη τη διάρκεια ζωής του ηλικιωμένου και (iv) διερεύνηση χρήσης ιατρικών υπηρεσιών σε ένα αντιπροσωπευτικό, σε εθνικό επίπεδο δείγμα ηλικιωμένων.

#### ΜΕΘΟΔΟΙ:

Ένα δείγμα 8.205 μεγαλύτερων ενηλίκων, ηλικίας 65 ετών και άνω, προήλθε από την Εθνική Επιδημιολογική Έρευνα για το Αλκοόλ και τις Σχετικές Συνθήκες (National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions - NESARC).

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:

Η εκτίμηση της BIPP με και χωρίς δωδεκάμηνη Ειδική Φοβία ήταν 0,6% (95% CI: 0,4-0,8) και 4,2% (95% CI: 3,7-4,8), αντίστοιχα, και αυτές οι δύο ομάδες κατατάχτηκαν παρομοίως ανάλογα με τα κοινωνικοδημογραφικά, υγειονομικά και ψυχιατρικά χαρακτηριστικά. Η εκτίμηση της BIPP συνυπήρξε συχνότερα με άλλους φόβους της ζωής και συνδέθηκε θετικά με την υπέρταση και το ιστορικό διαταραχών του άγχους και των διαταραχών της προσωπικότητας μετά από έλεγχο για κοινωνικοδημογραφικούς και ψυχιατρικούς παράγοντες.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:

Τα ευρήματά μας υποδεικνύουν ότι η διάρκεια ζωής της ΒΗΠ μπορεί να έχει ψυχική και σωματική σημασία για την υγεία των ηλικιωμένων.

**Hillermann, T., Breitenstein, C., Soll, C. (2015) Case report: patient with needle phobia for caesarean section. *Anesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther.*,50(6), 388-91.**

### Abstract

In a 20-year old parturient general anesthesia is induced by inhalation and without venous access because of severe needle phobia. This article discusses risks associated with inhalational induction of anesthesia in this special situation. It deals with needle phobia, an anxiety disorder belonging to the group of blood-injury-injection phobia. This psychic illness can cause severe problems for the anaesthetic management in acute or in elective situations.

Μετάφραση: Ασθενής με φοβία βελόνας κατά την καισαρική τομή

### Περίληψη

Σε ασθενή ηλικίας 20 ετών, η γενική αναισθησία προκλήθηκε από εισπνοή και όχι ενδοφλέβια εξαιτίας σοβαρής φοβίας της βελόνας. Αυτό το άρθρο ασχολείται με τους κινδύνους που σχετίζονται με την εισπνοή της αναισθησίας σε αυτή την ειδική κατάσταση. Ασχολείται με τη φοβία των βελόνων, μια διαταραχή άγχους που ανήκει στην ομάδα της φοβίας εγχύσεως αίματος-τραυματισμού. Αυτή η ψυχική ασθένεια μπορεί να προκαλέσει σοβαρά προβλήματα στη διαχείριση της αναισθησίας σε οξείες ή σε εκλεκτικές καταστάσεις.

**Bamgbade, O.A. (2007) Severe needle phobia in the perianesthesia setting. *J Perianesth Nurs.*, 22(5), 322-9.**

### Abstract

Needle phobia is a peculiar type of specific phobia, with unique clinical features, that may be encountered in some surgical patients. It may present a serious acute problem to the perianesthesia care team and requires careful psychological and/or pharmacological management. This article provides a clinical report and detailed discussion of severe needle phobia in the perianesthesia setting.

Μετάφραση: Σοβαρή φοβία των βελόνων κατά την αναισθησία.

## Περίληψη

Η φοβία της βελόνας είναι ένας ιδιαίτερος τύπος συγκεκριμένης φοβίας, με μοναδικά κλινικά χαρακτηριστικά, που μπορεί να συναντηθούν σε μερικούς ασθενείς που πρέπει να κάνουν χειρουργικές επεμβάσεις. Μπορεί να παρουσιάσει ένα σοβαρό οξύ πρόβλημα στην ομάδα φροντίδας της αναισθησίας και απαιτεί προσεκτική ψυχολογική και / ή φαρμακολογική διαχείριση. Αυτό το άρθρο παρέχει μια κλινική αναφορά και λεπτομερή συζήτηση σχετικά με τη σοβαρή φοβία των βελόνων κατά την αναισθησία.

**Nir, Y., Paz, A., Sabo, E., Potasman, I. (2003) *Fear of injections in young adults: prevalence and associations. Am J Trop Med Hyg., 68(3), 341-344.***

## Abstract

Fear of injections may interfere with receipt of vaccines. The frequency, associations, and precipitators of fear-provoking factors of 400 travelers visiting a travel health clinic were evaluated. The median age of this group was 25, 7% were medical staff members, and 2.8% were regular injectors (insulin). Eighty-five (21.7%; 95% confidence interval, 17.3-25.6%) of the travelers indicated that they were afraid of injections, and in 8.2%, the fear was unreasonably intense. Multivariate analysis revealed that watching other people being vaccinated, fear of pain, needle size, and a history of fainting were highly and independently associated with injection phobia. The sensitivity, specificity, and discrimination accuracy of this model were 79.5%, 78.0%, and 78.3%, respectively. Injection phobia and a bad past vaccination experience were significantly associated with fainting. Fear of injections was common in this cohort and was highly associated with past fainting after vaccination.

Μετάφραση: Φοβία των νέων ενηλίκων προς τις ενέσεις

## Περίληψη

Ο φόβος των ενέσεων μπορεί να επηρεάσει τη λήψη εμβολίων. Η συχνότητα, οι συσχετισμοί και οι παράγοντες που προκάλεσαν φόβο σε 400 ταξιδιώτες που επισκέπτονταν μια κλινική υγείας, αξιολογήθηκαν. Η μέση ηλικία αυτής της ομάδας ήταν 25, 7% ήταν μέλη του ιατρικού προσωπικού και 2,8% ήταν κάναν χρήση ένεσης με ινσουλίνη. Οι ογδόντα πέντε (21,7%, διάστημα εμπιστοσύνης 95%, 17,3-25,6%) των ταξιδιωτών ανέφεραν ότι φοβούνται τις ενέσεις και στο 8,2% ότι ο φόβος ήταν υπερβολικά έντονος. Η πολυπαραγοντική ανάλυση αποκάλυψε ότι η παρακολούθηση άλλων εμβολιασμένων ατόμων, ο φόβος για πόνο, το μέγεθος της βελόνας και το ιστορικό λιποθυμίας ήταν εξαιρετικά και ανεξάρτητα συνδεδεμένα με τη φοβία αυτή. Η ακρίβεια ευαισθησίας, εξειδίκευσης και διάκρισης αυτού του μοντέλου ήταν 79,5%, 78,0% και 78,3% αντίστοιχα. Η φοβία της ένεσης και η κακή

εμπειρία του παρελθόντος εμβολιασμού σχετίζονταν σημαντικά με τη λιποθυμία. Ο φόβος των ενέσεων ήταν συνηθισμένος σε αυτήν την ομάδα και συσχετίστηκε σε μεγάλο βαθμό με τις προηγούμενες λιποθυμίες μετά τον εμβολιασμό.

**Vlok-Barnard, M., Stein D.J. (2017) *Trypophobia: an investigation of clinical features.*  
Rev Bras Psiquiatr.**

Abstract

OBJECTIVE:

Trypophobia refers to the fear of, or aversion to, clusters of holes. We assessed clinical features of trypophobia and investigated whether it most resembled a specific phobia or obsessive-compulsive disorder.

METHODS:

An online survey was conducted to gather information on sociodemographic variables, course and duration, severity, associated features, comorbid psychiatric diagnoses, and levels of psychological distress and impairment in individuals with trypophobia. The survey also explored whether such individuals experienced more fear or disgust, and whether symptoms showed more resemblance to a specific phobia or to obsessive-compulsive disorder. Associations of symptom severity and duration with degree of impairment were investigated.

RESULTS:

One hundred and ninety-five individuals completed the questionnaire. Symptoms were chronic and persistent. The most common associated comorbidities were major depressive disorder and generalized anxiety disorder. Trypophobia was associated with significant psychological distress and impairment. The majority of individuals experienced disgust rather than fear when confronted with clusters of holes, but were more likely to meet DSM-5 criteria for specific phobia than for obsessive-compulsive disorder. Symptom severity and duration were associated with functional impairment.

CONCLUSIONS:

Given that individuals with trypophobia suffer clinically significant morbidity and comorbidity, this condition deserves further attention from clinicians and researchers.

Μετάφραση: Trypophobia: έρευνα κλινικών χαρακτηριστικών.

Περίληψη

## ΣΚΟΠΟΣ:

Η τρυποφοβία αναφέρεται στον φόβο, την αποστροφή που νιώθουν ορισμένα άτομα στη θέα τρυπών. Αξιολογήσαμε τα κλινικά χαρακτηριστικά της τρυποφοβίας και διερευνήσαμε αν μοιάζει περισσότερο με μια συγκεκριμένη φοβία ή με μια ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή.

## ΜΕΘΟΔΟΙ:

Διεξήχθη μια ηλεκτρονική έρευνα για τη συλλογή πληροφοριών σχετικά με τις κοινωνικοδημογραφικές μεταβλητές, την πορεία και τη διάρκεια, τη σοβαρότητα, τα συναφή χαρακτηριστικά, τις συν νοσηρές ψυχιατρικές διαγνώσεις και τα επίπεδα ψυχολογικής δυσφορίας και βλάβης σε άτομα με τρυποφοβία. Διερευνήθηκε, επίσης, εάν τα άτομα αυτά, αντιμετώπισαν περισσότερο φόβο ή αηδία και εάν τα συμπτώματα που παρουσίασαν, έμοιαζαν περισσότερο με μια συγκεκριμένη φοβία ή με μία ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή. Αναλύθηκαν οι συσχετίσεις της σοβαρότητας και της διάρκειας του συμπτώματος με βαθμό εξασθένησης.

## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:

Εκατόν ενενήντα πέντε άτομα συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο. Τα συμπτώματα ήταν χρόνια και επίμονα. Οι πιο συνηθισμένοι συσχετισμοί ήταν η μεγάλη καταθλιπτική διαταραχή και η γενικευμένη διαταραχή άγχους. Η τρυποφοβία συνδέεται με σημαντική ψυχολογική δυσχέρεια και εξασθένηση. Η πλειοψηφία των ατόμων εξέφρασε αηδία και όχι φόβο όταν αντίκριζε τρύπες, αλλά πιο πιθανό ήταν να ικανοποιηθούν τα κριτήρια DSM-5 για μία συγκεκριμένη φοβία παρά για μία ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή. Η σοβαρότητα και η διάρκεια του συμπτώματος σχετίζονταν με λειτουργική ανεπάρκεια.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ :

Δεδομένου ότι τα άτομα με τρυποφοβία πάσχουν από κλινικά σημαντική νοσηρότητα και συν νοσηρότητα, η κατάσταση αυτή απαιτεί μεγαλύτερη προσοχή από κλινικούς ειδικούς και ερευνητές.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αλεβίζος, Β. (2008) Άγχος. *Βήτα: Ιατρικές και κοινωνικές διαστάσεις*.
- Αντωνίου, Σ. (2002) Πηγές εργασιακού στρες. *Αθήνα: Ελληνικό Ινστιτούτο Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας*.
- Baker, A., Mystkowski, J., Culver, N., Yi, R., Mortazavi, A., Craske, M.G. (2010) Does habituation matter? Emotional processing theory and exposure therapy for acrophobia. *Behav Res Ther.*, **48**(11), 1139-43.
- Bamgbade, O.A. (2007) Severe needle phobia in the perianesthesia setting. *J Perianesth Nurs.*, **22**(5), 322-9.
- Bandura, A. (1977) Social learning theory. *NJ: Prentice-Hall*.
- Barlow, D.H., Durand, N. (2000) Ψυχολογία και Παθολογική Συμπεριφορά: Μία σύνθετη Βιοψυχολογική Προσέγγιση. *Αθήνα: ΕΛΛΗΝ*.
- Beck, A. T., Emeg, G. (1985) Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective. *New York: Basic Books*.
- Beck, A.T., Rush, A.J. (1985) A cognitive Model of anxiety formation and anxiety resolution. Special issue: stress and anxiety. *Issues in Mental Health Nursing*, **7**, 349-365.
- Brown, G. K., Newman, C. F., Charlesworth, S., Crits-Cristoph P. (2009) An open clinical trial of cognitive therapy for borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*.
- Γαλάνη, Ε., Σπανού, Ι., Χατζηδρόσου, Δ. (2015). Ανάγκες και προβλήματα των ατόμων με νοητική υστέρηση. Το παράδειγμα του σωματείου «ΡΟΔΑΥΓΗ» στο Ηράκλειο. *Ηράκλειο Κρήτης: Πτυχιακή Εργασία*.
- Chepulis, L.M., Starke, N.J., Waas, J.R., Molan, P.C.(2009). The effects of long-term honey, sucrose or sugar-free diets on memory and anxiety in rats. *Physiol. & Behav.*, **97** (3-4), 359-368.
- Clark, D. A., Beck, A. T., Alford, B. A. (1988) Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression. *New York: Wiley*.
- Coelho C.M., Wallis G. (2010) Deconstructing acrophobia: physiological and psychological precursors to developing a fear of heights. *Depress Anxiety*, **27**(9), 864-70.
- Γαλανού, Γ.Γ. (1997) Εφαρμοσμένη ψυχολογία: το άγχος στο σημερινό κόσμο. *5η Έκδοση. Αθήνα: Μπουκομάνη*.

- Dohrenwend, B.P., Dohrenwend, B.P (1974) Problems in defining and sampling the relevant population of stressful life events. *Stressful life events. New York: Wiley.*
- Elahi, Apoorva (2012) A detail study on Length of Service and Role Stress of Banking Sector in Lucknow Region. *Journal of Management Sciences.*
- Eysenck, M.W. (1992) The cognitive perspective. *Hove: Lawrence Erlbaum Associates Ltd.*
- Fontana, D. (1990) Άγχος και η αντιμετώπιση του. *Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.*
- Freeman, A. (1990) Clinical applications of cognitive therapy. *New York: Plenum Press.*
- Φροϋντ, Α. (1978) Το εγώ και οι μηχανισμοί άμυνας. *Αθήνα: Καστανιώτη.*
- Φωτιάδου, Α., Χριστονάκης, Α., Αλεξανδρή, Ν., Κωνσταντοπούλου Α. (2002) Σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου και ψυχικές διαταραχές. *Εγκέφαλος- αρχεία νευρολογίας και ψυχιατρικής*, **39**(1).
- Gallagher, S., Trigg, D. (2016) Agency and Anxiety: Delusions of Control and Loss of Control in Schizophrenia and Agoraphobia. *Front Hum Neurosci.*, **10**, 459.
- Glaser, R., Kiecolt-Glaser, J. (2005) Stress-induced immune dysfunction: implications for health. *Nature Reviews Immunology*, **5**, 243-251.
- Gomez, R., Watson, S.D. (2017) Confirmatory Factor Analysis of the Combined Social Phobia Scale and Social Interaction Anxiety Scale: Support for a Bifactor Model. *Front Psychol.*, **8**, 70.
- Herbert, M. (1989) Ψυχολογικά προβλήματα της παιδικής ηλικίας: πλήρης οδηγός για όλους τους ενδιαφερόμενους. 1<sup>ος</sup> τόμος, *Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.*
- Hillermann, T., Breitenstein, C., Soll, C. (2015) Case report: patient with needle phobia for caesarean section. *Anesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther.*, **50**(6), 388-91.
- Hulme, D. (2005) The anxiety disorders charity. *National Phobics Society, Annual Report 2004/2005.*
- Ιεροδιακόνου, Χ. (1988) Κοινωνική ψυχιατρική. Δ' μέρος. *Θεσσαλονίκη: Μαστορίδη.*
- Kapfhammer, H.P., Fitz, W., Huppert, D., Grill, E., Brandt, T. (2016) Visual height intolerance and acrophobia: distressing partners for life. *J. Neurol.*, **263**(10), 1946-53.
- Καλαντζή – Αζίζι, Α., Ζαφειροπούλου, Μ. (2004) Προσαρμογή στο σχολείο: Πρόληψη και αντιμετώπιση δυσκολιών.
- Κουτούπη, Σ. (1994) Ο ρόλος του νοσηλευτή σε ψυχιατρική κλινική. *Αθήνα: Μαστορίδη.*
- Κωσταρίδου – Ευκλείδη, Α. (1995) Ψυχολογία κινήτρων. *Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.*

- Lazarus, R. (1984) Stress, Appraisal, and Coping. *Springer Publishing Company*.
- Levitan, M.N., Simoes, P., Sardinha, A.G., Nardi, A.E. (2016) Agoraphobia Related to Unassertiveness in Panic Disorder. *J Nerv Ment Dis.*, **204**(5), 396-9.
- Levy, F., Leboucher, P., Rautureau, G., Jouvent, R. (2016) E-virtual reality exposure therapy in acrophobia: A pilot study. *J Telemed Telecare*, **22**(4), 215-220.
- Lieberman, H.R., Yeghiayan, S.K., Maher, T.J. (2005) A low-protein diet alters rat behavior and neurotransmission in normothermic and hyperthermic environments. *Brain Res. Bull.*, **66**(2), 149-154.
- Miloyan, B., Eaton, W.W. (2016) Blood-injection-injury phobia in older adults. *Int Psychogeriatr.*, **28**(6), 897-902.
- Μαδιανός, Μ. et al. (1983) Κοινωνική και κοινοτική ψυχιατρική. Αθήνα.
- Μάνος, Ν. (1988) Βασικά στοιχεία ψυχιατρικής. *Θεσσαλονίκη: University Studio Press*.
- Μαρίνος, Γ. (1992) Το άγχος, οι νευρώσεις και η θεραπεία τους. Αθήνα.
- Μόρτογλου, Τ., Μόρτογλου, Κ. (2007) Διατροφή και καρδιαγγειακά νοσήματα. 5η έκδοση. *Αθήνα: Γιαλλέλη*.
- Μοσχοβάκη, Α. (2013) Άγχος: Σωματικά συμπτώματα που προκαλούνται από αγχώδεις διαταραχές: <http://www.iatrikanea.gr/2013/3765/#ixzz4ZVyAptNd>.
- Nir, Y., Paz, A., Sabo, E., Potasman, I. (2003) Fear of injections in young adults: prevalence and associations. *Am J Trop Med Hyg.*, **68**(3), 341-344.
- Pitti, C.T., Peñate, W., de la Fuente J., Bethencourt, J.M., Roca-Sánchez, M.J., Acosta, L., Villaverde, M.L., Gracia, R. (2015) The combined use of virtual reality exposure in the treatment of agoraphobia. *Actas Esp Psiquiatr.*, **43**(4), 133-141.
- Παπαγεωργίου, Γ. (1991) Σημειώσεις ψυχιατρικής. *Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης*.
- Παπαδόπουλος, Γ.Ν. (2005) Λεξικό Ψυχολογίας. *Αθήνα: Σύγχρονη Ψυχιατρική*.
- Παπαδάκη, Α. (2013) Άγχος και Εφηβεία. Διαθέσιμο στο: <https://www.slideshare.net/4lykkerk/b3-201314>
- Πολυζόπουλος, Ε. (2013) Απλές τεχνικές για να αντιμετωπίσουμε τις φοβίες και τους φόβους μας. *Iatropedia*, 21 Φεβρουαρίου. Διαθέσιμο στο: <http://www.iatropedia.gr/articles/read/3693>
- Rachman, S. (1998) Anxiety: Sussex. *Psychology Press Ltd*.
- Singewald, N., Sinner, C., Hetzenauer, A., Sartori, S.B., Murck, H. (2004) Magnesium-deficient diet alters depression- and anxiety-related behavior in mice— influence of desipramine and Hypericum perforatum extract. *Neuropharm*, **47**(8), 1189-1197.



- Spielberger, C. (1982) Ο κύκλος της ζωής: Άγχος - Στρες και πώς να το αντιμετωπίσουμε, Μετάφραση: Κωστόπουλος, Ι. *Αθήνα: Ψυχογιός.*
- Steinman, S.A., Teachman, B.A. (2014) Reaching new heights: comparing interpretation bias modification to exposure therapy for extreme height fear. *Journal Consult Clin Psychol*, **82**(3), 404-417.
- Susan, C.W. (2001). Βασικές Αρχές και Δεξιότητες της Νοσηλευτικής Φροντίδας. Μεταφρασμένο από Σακοράφας, Γ., Ποζιόπουλος, Χ., Νικολακέας, Σ. *Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος.*
- Stansfeld, S.A., Marmot, M.G. (2002) Stress and the heart: Psychosocial pathways to coronary heart disease. *Williston: BMJ Books Stress and the heart: Psychosocial pathways to coronary heart disease.*
- Takeda, A., Tamano, H., Kan, F., Itoh, H., Oku, N. (2007) Anxiety-like behavior of young rats after 2-week zinc deprivation. *Behav. Brain Res.*, **177**(1), 1-6.
- Vlok-Barnard, M., Stein D.J. (2017) Trypophobia: an investigation of clinical features. *Rev Bras Psiquiatr.*
- Yargicoglu, P., Yaras, N., Agar A., Gumulu S., Bilmen S., Ozkaya, G. (2003) The effect of vitamin E on stress-induced changes in visual evoked potentials in rats exposed to different experimental stress models. *Acta Opthalm. Scandinavica.*, **81**, 181-189.
- Yates, S. (2015) Agoraphobia and Melancholia: Thoughts on Milrod's "Emptiness in Agoraphobia Patients".
- Wellen, K., Hotamisligil, G. (2005) Inflammation, stress, and diabetes. *American Society for Clinical Investigation*, 1558-8238