

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία πραγματοποιήθηκε στο Ανώτερο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Δυτικής Ελλάδας στην Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας και συγκεκριμένα στο τμήμα της Νοσηλευτικής.

Στόχος της πτυχιακής μου εργασίας είναι η μελέτη της Μετατραυματικής αγχώδους διαταραχής, η οποία είναι μία από τις πιο συχνές αγχώδεις διαταραχές στην σημερινή εποχή.

Σε αυτό το σημείο, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την επιβλέπουσα καθηγήτρια Κα Σαμαρτζή Κυριακή, για την πολύτιμη βοήθεια της, τις συμβουλές της και τη στήριξή που μου παρείχε ώστε να ολοκληρωθεί η εργασία μου.

Επίσης, οφείλω ένα μεγάλο ευχαριστώ στην οικογένειά μου για την ηθική τους υποστήριξη και συμπαράσταση καθ' όλη την διάρκεια των σπουδών μου στο τμήμα της Νοσηλευτικής, καθώς επίσης και όλους όσους βοήθησαν στην εκπόνηση της πτυχιακής μου εργασίας.

Με ιδιαίτερη εκτίμηση,

Κωνσταντοπούλου Βαρβάρα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Κάθε άνθρωπος, σε κάποια στιγμή της ζωής του, θα έρθει αντιμέτωπος με μία τραυματική εμπειρία, που θα τον κάνει να νιώσει πως απειλείται η ζωή του. Υπάρχουν τραυματικές εμπειρίες που βιώνονται από τον κάθε άνθρωπο ξεχωριστά, όπως η σεξουαλική ή σωματική κακοποίηση, φυσικές καταστροφές ή κάποια απειλητική για την ζωή ασθένεια. Το τραύμα που βιώνει ο άνθρωπος δημιουργεί σημαντικές βλάβες στην ψυχική υγεία του και επιφέρει το μετατραυματικό άγχος.

Η ψυχική υγεία είναι εξίσου σημαντική με την σωματική υγεία για την συνολική ευεξία του ανθρώπου. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό υγείας η ψυχική υγεία ορίζεται ως «μία κατάσταση ευεξίας στην οποία το άτομο πραγματοποιεί τις δυνατότητές του. Μπορεί να αντιμετωπίσει τα κανονικά άγχη της ζωής, μπορεί να εργαστεί παραγωγικά και να είναι σε θέση να συνεισφέρει στην κοινότητά του.

(World Health Organization, 2001)

Μία από τις πιο συχνές αγχώδεις διαταραχές είναι η μετατραυματική αγχώδης διαταραχή (Post Traumatic Stress Disorder). Αναγνωρίστηκε από την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία (APA) το 1980 ως ψυχολογική και νοητική αναπηρία και προστέθηκε στο Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών. Ορίζεται ως μια ψυχολογική διαταραχή που μπορεί να αναπτυχθεί μετά από ένα τραυματικό συμβάν. Συνήθως, το τραυματικό συμβάν πρέπει να έχει συμβεί τουλάχιστον ένα μήνα πριν από την εμφάνιση των συμπτωμάτων του PTSD, αλλά τα συμπτώματα μπορεί να εμφανιστούν μέχρι και ένα έτος αργότερα από το συμβάν. Τα συγκεκριμένα συμπτώματα της μετατραυματικής διαταραχής περιλαμβάνουν: εφιάλτες, φόβο, ενοχή, αϋπνία, ευερεθιστότητα, θυμό, αυτοκτονία ή σκέψεις αυτοκτονίας, μειωμένη κοινωνική ζωή κλπ.

Στο πρώτο κεφάλαιο αναφέρονται οι έννοιες του άγχους και η συσχέτισή της με τις αγχώδεις διαταραχές. Ύστερα γίνεται μία κατηγοριοποίηση και αναφέρονται τα γενικά χαρακτηριστικά των διαταραχών άγχους. Στο τέλος του πρώτου κεφαλαίου γίνεται μία ιστορική αναδρομή του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου

Ψυχικών Διαταραχών (DSM-5), το οποίο αποτελέσετε σημαντικό υπόβαθρο για την κατανόηση των όρων όλων των ψυχικών διαταραχών.

Συνεχίζοντας στο δεύτερο κεφάλαιο, αναλύεται το θέμα της πτυχιακής που αφορά την Μετατραυματική Αγχώδη Διαταραχή (Post Traumatic Stress Disorder). Η διαταραχή οφείλεται σε τραυματικές εμπειρίες που ο άνθρωπος βιώνει σε κάποια στιγμή της ζωής του. Η διαταραχή εμφανίζει τόσο ψυχικά όσο και σωματικά συμπτώματα, τα οποία οδηγούν τον άνθρωπο στην κοινωνική απομόνωση και στη χρήση ναρκωτικών ουσιών/αλκοόλ. Επίσης, αναφέρονται οι ψυχοθεραπευτικές και οι φαρμακολογικές θεραπείες καθώς και εναλλακτικοί μέθοδοι θεραπείας.

Στο αμέσως επόμενο κεφάλαιο, αναλύεται ο ρόλος του νοσηλευτή ο οποίος θεωρείται ότι είναι κυρίαρχος στην αξιολόγηση και θεραπεία των ασθενών. Καταγράφονται μερικά κλινικά εργαλεία αξιολόγησης που χρησιμοποιούνται για να διαγνώσουν την διαταραχή πριν την παραπομπή των ασθενών στον θεράποντα ιατρό.

Τέλος, ήταν αδύνατον να μην αναφερθεί η επαγγελματική εξασθένηση των νοσηλευτών ύστερα από την διαρκή φροντίδα των ασθενών που πάσχουν από μετατραυματική διαταραχή. Αναπτύσσεται το σύνδρομο «δευτερογενούς μετατραυματικής αγχώδης διαταραχής».

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα πτυχιακή αναλύει μία από τις σημαντικότερες αγχώδης διαταραχές, η οποία ονομάζεται «Μετατραυματική Αγχώδης Διαταραχή». Η διαταραχή μετατραυματικού άγχους εμφανίζεται ύστερα από την έκθεση του ανθρώπου σε κάποια τραυματική εμπειρία κατά την διάρκεια της ζωής του. Οι φυσικές καταστροφές, η σωματική και συναισθηματική κακοποίηση, τα ατυχήματα, οι τρομοκρατικές επιθέσεις καθώς και οι χρόνιες ασθένειες θεωρούνται ως τραυματικά γεγονότα που πλήττουν τον άνθρωπο όχι μόνο ψυχολογικά αλλά και σωματικά. Παρόλα αυτά, δεν εμφανίζουν όλοι οι άνθρωποι μετατραυματική διαταραχή ύστερα από ένα τραυματικό γεγονός. Οι παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη της διαταραχής σε ένα άτομο αφορά το φύλο, το οικογενειακό ιστορικό, προηγούμενο ιστορικό ψυχικής διαταραχής, καθώς και την σοβαρότητα και ένταση του τραύματος. Τα συμπτώματα που εμφανίζονται είναι άγχος, εφιάλτες, αποφυγή ανθρώπων ή καταστάσεων που υπενθυμίζουν το τραύμα, ευερεθιστικότητα, απώλεια ενδιαφέροντος για δραστηριότητες και μειωμένη κοινωνική ζωή. Επίσης, η έναρξη της χρήσης ναρκωτικών ουσιών και αλκοόλ είναι συχνό φαινόμενο στους ασθενείς με μετατραυματική διαταραχή. Παρόλα αυτά, οι ψυχοθεραπευτικές και φαρμακολογικές θεραπείες δείχνουν ότι μειώνουν τα συμπτώματα της διαταραχής και βοηθούν τους ασθενείς να καλυτερεύσουν την ποιότητα ζωής τους. Σημαντικό ρόλο στην υγειονομική περίθαλψη των ασθενών διαδραματίζουν οι νοσηλευτές. Μέσα από την θεραπευτική σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ νοσηλευτή και ασθενή, ο ασθενής εκφράζει τα συναισθήματά του, τις ανησυχίες και τις σκέψεις του και ο νοσηλευτής ως δάσκαλος τον καθοδηγεί με σεβασμό στο καλύτερο δυνατό θεραπευτικό αποτέλεσμα.

ABSTRACT

The current thesis analyzes one of the most important anxiety disorders, which is known as "Posttraumatic Anxiety Disorder". Post traumatic anxiety disorder occurs after human's exposure to a case of traumatic experience during his/her lifetime. Natural disasters, physical and emotional abuse, accidents, terrorist attacks as well as chronic illnesses are considered as traumatic events that affect humans not only psychologically but also physically. However, post traumatic disorder doesn't occur to every single person after a traumatic event. The main risk factors for the development of this disorder are gender, family history, former medical history of mental disorder, as well as the severity and the intensity of the trauma. Symptoms that appear are anxiety, nightmares, avoiding people or conditions that remind the state in which the traumatic experience took place, irritability, loss of interest in activities, and reduced social life. Also, the beginning of drug and alcohol use is common among patients with post-traumatic disorder. However, psychotherapeutic and pharmacological treatments show that they reduce the symptoms of the disorder and help patients improve their quality of life. A very important and decisive role in patients' health care is held by the Nurses.

Through the therapeutic relationship that is developed between the nurse and the patient, the patient expresses his / her feelings, worries and thoughts and the nurse as a teacher-consultant leads with respect to the best possible therapeutic outcome.

Πίνακας περιεχομένων

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	5
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	7
ABSTRACT.....	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ^ο . ΑΓΧΩΔΕΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	15
1.1 ΑΓΧΩΔΗΣ ΝΕΥΡΩΣΗ ΓΕΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ.....	15
1.2 Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ	15
1.3 ΑΓΧΩΔΕΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ: ΓΕΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ.....	17
1.3.1 Γενικευμένη διαταραχή άγχους (GAD).....	17
1.3.2. Διαταραχή πανικού με αγοραφοβία.....	18
1.3.3. Κοινωνική φοβία	19
1.3.4. Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή.....	20
1.3.5. Ειδικές(συγκεκριμένες) φοβίες.....	20
1.3.6 Διαταραχή αποχωρισμού	21
1.3.7. Μετατραυματική αγχώδης διαταραχή	22
1.4 Η ΣΥΣΧΕΤΗΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ ΚΑΙ ΑΓΧΩΔΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ.....	22
1.5 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΑΙ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΟ ΕΓΧΕΙΡΙΔΙΟ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ.....	24
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ^ο . ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ (PTSD, POST TRAUMATIC STRESS DISORDER)	29
2.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ	29
2.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ	33
2.3 Η ΒΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ PTSD.....	35
2.3.1 Ενδοκρινικοί παράγοντες.....	35
2.3.2 Νευροχημικοί παράγοντες	36
2.3.3 Κύκλωμα εγκεφάλου	39
2.4 ΑΙΤΙΑ ΠΟΥ ΑΝΑΠΤΥΣΣΟΥΝ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ.....	40
2.4.1 Φυσικές καταστροφές.....	40
2.4.2 Τρομοκρατικές επιθέσεις	43
2.4.3 Σεξουαλική/σωματική κακοποίηση	43
2.4.4 Τραυματικός εγκεφαλικός τραυματισμός (Traumatic brain injury)	44
2.4.5 Παραμονή των ανθρώπων στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας(ΜΕΘ)	44
2.4.6 Οξείες ή χρόνιες ασθένειες.....	45
2.5. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΣΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ.....	48

2.6 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΟΥ PTSD ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ DSM-5	50
2.7 ΤΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ PTSD ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ DSM-5	51
2.8. ΜΕΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ	53
2.9 ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ PTSD	56
2.10 ΕΠΙΛΟΓΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ PTSD.....	59
2.10.1 Ψυχοθεραπείες επικεντρωμένες σε τραύματα για PTSD.....	59
2.10.2 Φαρμακευτική αγωγή	65
2.10.3 Σωματική δραστηριότητα και PTSD	72
2.10.4 Εναλλακτικές μορφές θεραπείας	73
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ^ο . ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ (PTSD) ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ.....	81
3.1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ.....	81
3.2 Η ΔΥΝΑΜΙΚΗ ΠΛΕΥΡΑ ΤΗΣ ΣΧΕΣΗΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΜΕ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ.	82
3.3 Η ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΜΕΤΑΞΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΗ	83
3.3.1 Τα χαρακτηριστικά της θεραπευτικής επικοινωνίας	84
3.4 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΑΡΧΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ PTSD (SCREENING)	90
3.4.1 Κλινικά εργαλεία για τη διάγνωση και αξιολόγηση της PTSD.....	90
3.5 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ.....	99
3.6 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	100
3.7. Προαγωγή της ποιότητας φροντίδας των ασθενών ψυχικής υγείας.....	101
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ^ο . ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ PTSD ΣΤΟΥΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ.....	105
4.1 Burnout («εξάντληση»)	105
4.2 Κόπωση της συμπόνιας	106
4.3 Δευτερογενές τραυματικό άγχος	106
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ^ο . ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ	109
1 ^ο ΚΛΙΝΙΚΟ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ.....	109
2 ^ο ΚΛΙΝΙΚΟ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ	111
ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΗΜΕΡΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	113
ΕΠΙΛΟΓΟΣ	115
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	117

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΑΓΧΩΔΕΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^Ο. ΑΓΧΩΔΕΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

1.1 ΑΓΧΩΔΗΣ ΝΕΥΡΩΣΗ ΓΕΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Στην δεκαετία του 1880, οι Αμερικάνοι γιατροί ανέπτυξαν ένα διαγνωστικό προφίλ για μία κατάσταση που πλήττει τις ηγετικές οικογένειες των Ηνωμένων Πολιτειών. Οι πιο μορφωμένοι, οι περισσότεροι καλλιεργημένοι Αμερικανοί υπέφεραν από μία νέα, σαφώς αμερικάνικη κατάσταση που καταστρέφει την υγεία τους. Είχαν ημικρανίες, κακή πέψη, κόπωση, κατάθλιψη, καθώς και πλήρη πνευματική κατάρρευση σε ανησυχητικούς ρυθμούς. Έπασχαν από νευρική εξάντληση η οποία ονομάστηκε «νευρασθένεια». (Neurasthenia & the Culture of Nervous Exhaustion: Introduction, University of Virginia)

Το κλινικό και διαγνωστικό προφίλ για νευρική εξάντληση (νευρασθένεια) περιγράφηκε για πρώτη φορά το 1881 από τον George Miller Beard, πρόωρο νευρολόγο και απόφοιτο του Κολλεγίου Ιατρών και Χειρουργών της Νέας Υόρκης. Ο Beard βασίζει τις ιδέες του σε μια θεωρία της «νευρικής ενέργειας», δηλαδή της υγείας και της ικανότητας του νευρικού συστήματος. Αν η ενέργεια αυτή εξαντληθεί ή καταστραφεί, το άτομο πέφτει σε νευρική εξάντληση και εμφανίζει εξασθενητικές καταστάσεις. (Neurasthenia & the Culture of Nervous Exhaustion: Introduction, University of Virginia)

1.2 Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ

Η λέξη άγχος προέρχεται από το λατινικό ουσιαστικό *angor* και το αντίστοιχο ρήμα *ango* που ερμηνεύεται ως σφίγγω, σκληραίνω (*constrict*). Μία συγγενής λέξη είναι ο όρος *angustus* που ερμηνεύεται ως στενός (*narrow*) (Crocq., 2015)

Αυτές οι λέξεις έχουν ινδοευρωπαϊκή ρίζα που έχει παράγει το “angst” στη σύγχρονη γερμανική (και σχετικές λέξεις στα ολλανδικά, δανικά, νορβηγικά και σουηδικά). Αυτή η ερμηνεία είναι συμβατή και με την αρχαία ελληνική απόδοση του όρου, όπου ο όρος άγχος (ή στρες) προέρχεται από το ρήμα ἄγχω, που στην αρχαία ελληνική γλώσσα σημαίνει σφίγγω ή πνίγω. Είναι ενδιαφέρον ότι η ίδια σχέση μεταξύ της

ιδέας της στενότητας και του άγχους πιστοποιείται και σε πηγές μιας αρχαϊκής μορφής της εβραϊκής γλώσσας η οποία καλείται Biblical Hebrew (και ως Classical Hebrew). (Crocq., 2015)

Στα γαλλικά, όπως και σε άλλες γλώσσες λατινικής προέλευσης, ο όρος «*anxiété*» (from the Latin *anxiētas*) συχνά διαφοροποιείται από τον όρο «*angoisse*», αγωνία, (from the Latin *angŭstĭa*). Μερικές φορές, οι δύο όροι θεωρούνται συνώνυμοι από ορισμένους συγγραφείς. Συχνότερα, δημιουργείται μια απόχρωση: το άγχος υποδηλώνει ένα ψυχολογικό συναίσθημα ενώ η αγωνία χαρακτηρίζει την σωματική εμπειρία. (Crocq., 2015)

Ο όρος «*anxiété*» περιγράφηκε περιλαμβάνοντας τις ψυχολογικές και γνωστικές πτυχές της ανησυχίας. Αντίθετα, ο όρος “*angoisse*” ορίστηκε ως η εμπειρία της σπαστικής συστολής ηθελήμενα ή ακούσια των μυϊκών ινών. (Crocq., 2015)

Υπάρχουν ενδείξεις ότι το άγχος εντοπίστηκε σαφώς ως μια ξεχωριστή αρνητική επίδραση και ως ξεχωριστή διαταραχή από τους ελληνορωμαϊκούς φιλοσόφους και τους γιατρούς. Επιπλέον, η αρχαία φιλοσοφία πρότεινε θεραπείες για άγχος που δεν απέχουν πολύ από τις σημερινές γνωστικές προσεγγίσεις. (Crocq., 2015)

Οι Έλληνες και οι Λατίνοι γιατροί και φιλόσοφοι διέκριναν το άγχος από άλλους τύπους αρνητικών επιπτώσεων και το αναγνώρισαν ως ιατρική διαταραχή. Οι αρχαίοι Επικουρικοί και Στωικοί φιλόσοφοι πρότειναν τεχνικές για να φτάσουν σε μια κατάσταση όπου ο νους του ανθρώπου θα είναι πλήρως απαλλαγμένος από άγχος, κάτι που θυμίζει τη σύγχρονη γνωστική ψυχολογία. Μεταξύ της κλασικής αρχαιότητας και του τέλους του 19ου αιώνα υπήρχε ένα μακρύ χρονικό διάστημα κατά το οποίο το άγχος δεν χαρακτηριζόταν ως ξεχωριστή ασθένεια. Ωστόσο, τυπικές περιπτώσεις διαταραχών άγχους εξακολουθούσαν να αναφέρονται, έστω και με διαφορετικά ονόματα. (Crocq., 2015)

Το 1621, ο Robert Burton περιέγραψε το άγχος στο έργο του “*The Anatomy of Melancholy*”. Ανέφερε ότι το άγχος προκαλεί στον άνθρωπο έντονες σωματικές επιδράσεις όπως τρέμουλο, εφιδρώσεις, αύξηση των παλμών της καρδιάς, ωχρότητα προσώπου, δύσπνοια και ένα αίσθημα συγκοπής. (Bandelow B., 2015)

Οι κρίσεις πανικού και η γενικευμένη διαταραχή άγχους εμφανίζονται στο έργο που δημοσίευσε ο Boissier de Sauvages τον 18ο αιώνα, αναφερόμενος στην νοσολογία αυτή με τον όρο “panophobias”. Ο Emil Kraepelin έδωσε μεγάλη προσοχή στην πιθανή παρουσία σοβαρού άγχους στη μανιοκαταθλιπτική νόσο, προλαμβάνοντας έτσι τον προσδιορισμό της «διάρκειας ανησυχίας» των διπολικών διαταραχών στο DSM-5. Μια σημαντική παράμετρος που πρέπει να λαμβάνεται υπόψη είναι ότι η έννοια των κοινών ιατρικών όρων, όπως η μελαγχολία, εξελίσσεται ανάλογα με τις τοποθεσίες και τις εποχές. (Crocq., 2015)

1.3 ΑΓΧΩΔΕΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ: ΓΕΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Οι διαταραχές άγχους είναι οι πιο διαδεδομένες συνθήκες ψυχικής υγείας. Παρόλο που τα ποσοστά εμφάνισής τους είναι χαμηλότερα από την κατάθλιψη, την διπολική διαταραχή και την σχιζοφρένεια, μπορεί να είναι εξίσου αναπηρικά για τον άνθρωπο. (Bystritsky A., et al., 2013)

Στην κατηγορία αυτή περιλαμβάνονται διαταραχές που σχετίζονται με έντονο συναίσθημα φόβου και άγχους και συνοδεύονται από ανάλογες συμπεριφορές που τα άτομα χρησιμοποιούν ως απάντηση στην ανησυχία που βιώνουν. Ο φόβος είναι η δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση που δημιουργείται απέναντι σε πραγματικό κίνδυνο ή απειλή. (Adolphs R., 2014)

Οι διαταραχές άγχους που περιλαμβάνονται στο Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών (5^η έκδοση) είναι η γενικευμένη διαταραχή άγχους, η διαταραχή πανικού με αγοραφοβία, ιδεοψυχαναγκαστική φοβία, κοινωνική φοβία, ειδικές φοβίες, διαταραχή αποχωρισμού, μετατραυματική αγχώδης διαταραχή. (Bandelow, et al., 2015)

1.3.1 Γενικευμένη διαταραχή άγχους (GAD)

Η γενικευμένη διαταραχή ανησυχίας (GAD) είναι μια συχνή και σοβαρή ασθένεια η οποία χαρακτηρίζεται από μία γενικευμένη διαταραχή (ένταση, ανησυχία, φόβος) στον τρόπο αντίληψης των διαφόρων απειλών και κινδύνων που αφορούν την υγεία και ασφάλεια τόσο του ίδιου του ατόμου όσο και των κοντινών του προσώπων. Το

ποσοστό επικράτησης κυμαίνεται από 4-6% στον γενικό πληθυσμό με αυξημένο ποσοστό εμφάνισης GAD στο γυναικείο φύλο. (Crocq M., 2017)

Σύμφωνα με το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών DSM-5 τα κριτήρια για την διάγνωση της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής είναι τα εξής (Crocq M., 2017):

- Υπερβολικό άγχος και ανησυχία, που εμφανίζονται για περισσότερο από έξι μήνες και σε έναν συγκεκριμένο αριθμό περιστάσεων ή δραστηριοτήτων.
- Το άτομο δυσκολεύεται να ελέγξει την ανησυχία του, η οποία επηρεάζει την λειτουργικότητα του στην καθημερινή και κοινωνική ζωή.
- Το άγχος και η ανησυχία συνοδεύονται με τα ακόλουθα σωματικά συμπτώματα: εύκολη κόπωση, μυϊκή ένταση, δυσφαγία, οπισθοστερνικό άλγος.
- Το άτομο αντιμετωπίζει δυσκολία συγκέντρωσης και διαταραχές στον ύπνο.

1.3.2. Διαταραχή πανικού με αγοραφοβία

Η διαταραχή πανικού είναι μία αγχώδης διαταραχή που χαρακτηρίζεται από την παρουσία επαναλαμβανόμενων απροσδόκητων κρίσεων πανικού και ανησυχίας για την επανεμφάνισή τους. Οι κρίσεις πανικού μπορούν να οριστούν ως μία απότομη αύξηση έντονου φόβου ή έντονης δυσφορίας που φτάνει σε αιχμή μέσα σε λίγα λεπτά. Παράλληλα εμφανίζονται σωματικά συμπτώματα όπως αυξημένος καρδιακός ρυθμός, δύσπνοια, εφίδρωση, ζάλη και μούδιασμα. Η ταχεία εμφάνιση αυτών των συμπτωμάτων συνοδεύεται συχνά από ψυχολογική δυσχέρεια όπως το αίσθημα της τρέλας, της απώλειας ελέγχου ή του θανάτου (Asmundson G., 2014)

Το άτομο που βιώνει διαταραχή πανικού αποφεύγει τις δραστηριότητες που περιλαμβάνουν φυσιολογική διέγερση, με την πεποίθηση ότι η διέγερση θα προκαλέσει ένα πλήρες επεισόδιο πανικού. Για παράδειγμα το άτομο μπορεί να αποφύγει την σωματική άσκηση, επειδή οι δραστηριότητες συχνά οδηγούν σε επιταχυνόμενο καρδιακό ρυθμό, εφίδρωση και δύσπνοια και να τα συσχετίσει με τα συμπτώματα της κρίσης πανικού. (Asmundson G., 2014)

Συχνά, η διαταραχή πανικού προκαλείται από την αγοραφοβία. Ως αγοραφοβία ορίζεται το έντονο άγχος για μέρη ή καταστάσεις από όπου η διαφυγή μπορεί να είναι

δύσκολη ή και αδύνατη. Για παράδειγμα, τα άτομα που βιώνουν αγοραφοβία αποφεύγουν να βρίσκονται μέσα στο πλήθος, μέσα στο λεωφορείο ή να αποφεύγουν να μένουν μόνοι μακριά από το σπίτι τους. Πιθανές αιτίες είναι η υπερπροστατευτική συμπεριφορά των γονέων, οι συνεχείς υπενθυμίσεις υποτιθέμενων ψυχολογικών ή σωματικών αδυναμιών και γενικά ένα κλίμα ανασφάλειας από χωρισμό.

(Asmundson G., 2014)

1.3.3. Κοινωνική φοβία

Η κοινωνική φοβία αναγνωρίστηκε επίσημα ως ξεχωριστή φοβική διαταραχή στα μέσα της δεκαετίας του 1960.

Ορίζεται ως ο υπερβολικός και επίμονος φόβος για κοινωνικές καταστάσεις, ο οποίος έχει δημιουργηθεί είτε μέσω ενός τραυματικού γεγονότος είτε μέσω μιας διαδικασίας μάθησης από ένα πρότυπο (γονέας). Το άγχος είναι τόσο έντονο που το άτομο προσπαθεί να αποφύγει τις κοινωνικές συναναστροφές, έχει λίγους φίλους και περιορισμένη κοινωνική ζωή. Το άτομο που βιώνει κοινωνική φοβία νιώθει συνεχώς πως είναι εκτεθειμένο στην παρατήρηση ή στον έλεγχο άλλων ανθρώπων. (Blote Anke W, 2010)

Η κοινωνική φοβία διακρίνεται σε δύο κατηγορίες :

- § Στην ειδική κοινωνική φοβία, στην οποία το άτομο φοβάται να κάνει συγκεκριμένα πράγματα (να ξεκινήσει μία συζήτηση, να φάει μπροστά σε άλλους κλπ.) επειδή νιώθει ότι τον παρατηρούν.
- § Στην γενικευμένη κοινωνική φοβία στην οποία το άτομο φοβάται την κριτική των άλλων ανθρώπων σε πολλές καθημερινές καταστάσεις. Μερικές φορές το άγχος είναι τόσο έντονο που οδηγεί σε κρίσεις πανικού. (Blote Anke W, 2010)

Εκτός από τα συμπτώματα φόβου και ταπείνωσης , τα άτομα νιώθουν μοναξιά, θλίψη, χαμηλή αυτοεκτίμηση, και έχουν αρνητική εικόνα για τον εαυτό τους καθώς θεωρούν ότι δεν διαθέτουν τις κοινωνικές δεξιότητες για να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά αυτές τις καταστάσεις. Συνοδά σωματικά συμπτώματα είναι το έντονο κοκκίνισμα του προσώπου, ταχυκαρδία, εφίδρωση, δυνατές κράμπες στο στομάχι, ναυτία, γρήγορη και ακανόνιστη αναπνοή. (Blote Anke W, 2010)

Εμφανίζεται σε όλες τις ηλικιακές ομάδες καθώς επίσης και το ποσοστό εμφάνισής του είναι ίδιο για το γυναικείο και το ανδρικό φύλο. (Crome E, at el., 2015)

1.3.4. Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή

Η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή είναι μία ψυχική νόσος που χαρακτηρίζεται από ιδεοληπτικές σκέψεις καθώς και ψυχαναγκαστική συμπεριφορά. (Coughtrey AE, at el.,2012)

Οι ιδεοληπτικές σκέψεις ορίζονται ως οι συνεχείς και επαναλαμβανόμενες ανεπιθύμητες σκέψεις, τις οποίες το άτομο νιώθει πως δεν μπορεί να τις αποβάλλει, ακόμα και αν φαίνονται κ στον ίδιο τον πάσχοντα περιέργες. Οι συνήθεις ιδεοληψίες είναι όταν το άτομο φοβάται ότι μπορεί να μολυνθεί από μικρόβια, όταν έχει έντονη ανάγκη για τάξη και συμμετρία μέσα στον χώρο του ή όταν φοβάται ότι θα χάσει τον έλεγχο των πράξεών του. (Coughtrey AE, at el.,2012)

Για να εξουδετερώσουν το άγχος που προκαλούν οι ιδεοληψίες, οι πάσχοντες επαναλαμβάνουν κάποιες πράξεις. Αυτές οι πράξεις ονομάζονται «καταναγκασμοί» και εξαρτώνται από το είδος της ιδεοληψίας. Συνήθεις τελετουργίες είναι η καθαριότητα, η επανάληψη φράσεων, ο επανέλεγχος και η τακτοποίηση. (Coughtrey AE, at el.,2012)

1.3.5. Ειδικές(συγκεκριμένες) φοβίες

Η συγκεκριμένη φοβία είναι μια διάγνωση στο DSM-5, η οποία εκχωρείται σε άτομα που υποφέρουν από έντονο φόβο ή άγχος όταν εκτίθενται σε συγκεκριμένα αντικείμενα ή καταστάσεις. Οι φοβίες ορίζονται ως ακραίοι ή παράλογοι φόβοι, συχνά επίμονοι, που υποχρεώνουν τους πάσχοντες να αποφύγουν το αντικείμενο ή την κατάσταση στην οποία συνδέεται ο φόβος τους. Μια συγκεκριμένη φοβία σχετίζεται με ένα συγκεκριμένο ερέθισμα που προκαλεί φόβο, άγχος ή αποφυγή και οδηγεί σε έντονη δυσφορία για τον πάσχοντα. Οι συγκεκριμένες φοβίες εμπίπτουν στην ομάδα ετερογενών διαταραχών, χωρίς ενιαία καθολική αιτία ή πρότυπο ανάπτυξης. Οι περισσότερες συγκεκριμένες φοβίες αναπτύσσονται κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας και της εφηβείας, παρόλο που η διαταραχή μπορεί να παρουσιαστεί σε οποιοδήποτε στάδιο, συχνά σε συνδυασμό με μια τραυματική

εμπειρία. Άλλοι παράγοντες που μπορεί να συνδέονται με την εμφάνιση συγκεκριμένης φοβίας είναι η γενετική προδιάθεση και η οικογενειακή επιρροή.

Οι ειδικές φοβίες περιλαμβάνουν:

- Περιβαλλοντικές φοβίες όπως βαθιά νερά, ύψη και τα μικρόβια
- Φοβίες ζώων όπως φόβος για σκύλους, φίδια ή αράχνες
- Κατάσταση φοβίας όπως όταν πετούν σε αεροπλάνο ή επισκέπτονται τον οδοντίατρο
- Φυσικές φοβίες όπως στην θέα του αίματος ή των πυροβολισμών

Η συγκεκριμένη φοβία χαρακτηρίζεται από έναν βαθύ και επίμονο φόβο ενός αντικειμένου ή μιας κατάστασης, με αποτέλεσμα να εμφανίζονται τα συμπτώματα άγχους. Τα συμπτώματα μπορεί επίσης να προκύψουν από την πρόβλεψη της παρουσίας του ερεθίσματος. Τα συμπτώματα που εμφανίζονται είναι : αυξημένος καρδιακός ρυθμός, ζάλη, αστάθεια, ναυτία, εφιδρώσεις, τρόμος και δύσπνοια. Επιπλέον, κάποιος που πάσχει από μια συγκεκριμένη διαταραχή θα εμφανίσει επίσης συμπεριφορά αποφυγής, πράγμα που σημαίνει ότι λαμβάνουν μέτρα για να αποφύγουν να αντιμετωπίσουν το αντικείμενο ή την κατάσταση στο κέντρο της διαταραχής τους. (Specific Phobia DSM-5 300.29 (ICD-10-CM Multiple Codes), “Theravive” Mental Health Awareness and Therapist Network)

1.3.6 Διαταραχή αποχωρισμού

Η διαταραχή αποχωρισμού ορίζεται ως η υπερβολική ανησυχία και έντονος φόβος του παιδιού να απομακρυνθεί από την οικογένειά του. Όλα τα παιδιά και οι έφηβοι παρουσιάζουν κάποια ανησυχία, η οποία είναι μέρος της ανάπτυξής τους. Όταν όμως οι ανησυχίες γίνονται έντονες όσον αφορά τον διαχωρισμό από το σπίτι ή την οικογένεια, οδηγούν στην διαταραχή του αποχωρισμού. Οι αιτίες συνήθως οφείλονται σε βιολογικούς και οικογενειακούς παράγοντες. Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν διαταραχές ύπνου, υπερβολική προσκόλληση στους γονείς, υπερβολική ανησυχία για την ασφάλεια ενός μέλους της οικογένειας, επαναλαμβανόμενους εφιάλτες με θέμα διαχωρισμού, άρνηση για το σχολείο και για

δραστηριότητες. Ωστόσο, κάθε παιδί μπορεί να παρουσιάσει διαφορετικά συμπτώματα, για αυτό χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή στην αξιολόγηση για την ύπαρξη της διαταραχής. (Stanford Children's Health, Lucile Packard Children's hospital Stanford)

1.3.7. Μετατραυματική αγχώδης διαταραχή

Η μετατραυματική αγχώδης διαταραχή είναι μία χρόνια ψυχιατρική διαταραχή, η οποία χαρακτηρίζεται από συμπτώματα επανεμφάνισης, αποφυγής, αρνητικής διάθεσης και αυτόνομης υπερ-διέγερσης. Τα αίτια οφείλονται σε τραυματικές εμπειρίες που βιώνουν οι άνθρωποι σε οποιαδήποτε στιγμή της ζωής τους, όπως φυσικές καταστροφές, συναισθηματική ή σεξουαλική κακοποίηση, καθώς και ξαφνικές ασθένειες. Η διαταραχή αναπτύσσεται αναλυτικά στα επόμενα ακόλουθα κεφάλαια. (Horesh Denny et al, 2018)

1.4 Η ΣΥΣΧΕΤΗΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ ΚΑΙ ΑΓΧΩΔΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Όλοι οι άνθρωποι έρχονται σε επαφή με το άγχος στην ζωή τους. Το άγχος είναι ένα αίσθημα γενικής ανησυχίας, είναι μέρος του ενστίκτου της επιβίωσης του ανθρώπου. Διακρίνεται σε δύο κατηγορίες, το οξύ και το χρόνιο. (Bystritsky A.,at el., 2013)

Το οξύ άγχος προκαλείται από μία αλλαγή ή επικείμενη απώλεια που απειλεί την αίσθηση της ασφάλειας. Η αίσθηση της ασφάλειας είναι τόσο σημαντική για την ευημερία των ανθρώπων, όσο και η ανάγκη για οξυγόνο, φαγητό και νερό, όπως έχει πει ο θεωρητικός Abraham Maslow. Το χρόνιο άγχος είναι ένα χαρακτηριστικό της προσωπικότητας ενός ατόμου που υπάρχει για μεγάλο χρονικό διάστημα. (Bystritsky A.,at el., 2013)

Από την άλλη πλευρά, η αγχώδη διαταραχή είναι ένας όρος που χρησιμοποιείται για μία ομάδα διαταραχών που χαρακτηρίζονται από έντονο και επίμονο άγχος, οι οποίες προκαλούνται χωρίς να υπάρχει αληθινή απειλή. (Bystritsky A.,at el., 2013)

Το άγχος είναι σύντομο και με την πάροδο του χρόνου φεύγει, ενώ οι διαταραχές άγχους είναι διαρκείς, προκαλώντας καθημερινά ψυχοσωματικά προβλήματα.

Επομένως, η διαφορά μεταξύ άγχους και διαταραχής άγχους επικεντρώνεται κυρίως στον χρόνο και στην ένταση του τραύματος (Bystritsky A.,at el., 2013)

Ωστόσο, το άγχος παίζει σημαντικό ρόλο στην παθολογία των διαταραχών άγχους. Για παράδειγμα, η μετατραυματική αγχώδης διαταραχή είναι μια κατάσταση στην οποία το άγχος θεωρείται ο κύριος αιτιολογικός παράγοντας, ενώ σε διαταραχές άγχους όπως στην γενικευμένη διαταραχή άγχους, ο ρόλος του στρες είναι λιγότερο εμφανής. Παρόλα αυτά, οι ασθενείς με οποιαδήποτε διαταραχή άγχους συχνά εντοπίζουν την εμφάνιση της διαταραχής τους σε σχέση με ένα εντυπωσιακό αγχωτικό συμβάν ή σε ένα συνεχή επίμονο στρες. Είτε αιτία είτε συνέπεια, η αυξημένη αντιδραστικότητα του στρες μερικές φορές υποδηλώνει υποτροπές σε χρόνιες καταστάσεις άγχους. (Bystritsky A.,at el., 2013)

1.5 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΑΙ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΟ ΕΓΧΕΙΡΙΔΙΟ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Το διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών (DSM) χρησιμοποιείται από τους κλινικούς και τους ψυχιάτρους για την διάγνωση ψυχιατρικών ασθενειών. (Friedman M., U.S. Department of Veterans Affairs,2017.)

Η πρώτη έκδοση του εγχειριδίου (DSM-I) έγινε το 1952 από την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία ως μια προσπάθεια υιοθέτησης μιας κοινής γλώσσας μεταξύ των κλινικών και περιλάμβανε «ολική αντίδραση στρες». Αυτή η διάγνωση προτάθηκε για άτομα που ήταν φυσιολογικά αλλά είχαν συμπτώματα από τραυματικά γεγονότα όπως καταστροφή ή μάχη. Ένα πρόβλημα ήταν ότι αυτή η διάγνωση υποθέτει ότι οι αντιδράσεις στο τραύμα θα επιλυθούν σχετικά γρήγορα. Εάν τα συμπτώματα αυτά ήταν ακόμη παρόντα μετά από έξι μήνες, έπρεπε να γίνει μία άλλη διάγνωση. (Friedman M., U.S. Department of Veterans Affairs,2017.)

Παρά τις αυξανόμενες ενδείξεις ότι η έκθεση στο τραύμα σχετίζεται με ψυχιατρικά προβλήματα, η διάγνωση αυτή εξαλείφθηκε στη δεύτερη έκδοση του DSM (1968). Το DSM-II περιελάμβανε «αντίδραση προσαρμογής στην ενήλικη ζωή», η οποία ήταν σαφώς ανεπαρκής για να συλλάβει μια κατάσταση τύπου PTSD. Η διάγνωση αυτή περιορίστηκε σε τρία παραδείγματα τραυματισμών: ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη με σκέψεις αυτοκτονίας, φόβος που συνδέεται με στρατιωτική μάχη και σύνδρομο Ganser (που χαρακτηρίστηκε από εσφαλμένες απαντήσεις σε ερωτήσεις) σε φυλακισμένους που τιμωρούνται με θανατική ποινή. (Friedman M., U.S. Department of Veterans Affairs,2017.)

Το 1980, η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία πρόσθεσε το PTSD στο DSM-III, το οποίο προέκυψε από την έρευνα που αφορούσε την επιστροφή Βετεράνων Πολέμου του Βιετνάμ, επιζώντων του Ολοκαυτώματος, θυμάτων σεξουαλικών τραυμάτων και άλλων. Οι σχέσεις μεταξύ του τραυματισμού του πολέμου και της μεταπολεμικής πολιτικής ζωής καθιερώθηκαν. (Friedman M., U.S. Department of Veterans Affairs,2017.)

Τα κριτήρια DSM-III για την PTSD αναθεωρήθηκαν στις DSM-III-R (1987), DSM-IV (1994), DSM-IV-TR (2000) και DSM-5 (2013). Ένα σημαντικό εύρημα, το οποίο

δεν ήταν ξεκάθαρο στην αρχή, είναι ότι το PTSD είναι σχετικά κοινό. Πρόσφατα δεδομένα δείχνουν περίπου 4 στους 100 Αμερικανούς άνδρες (ή 4%) και 10 στις 100 αμερικανικές γυναίκες (ή 10%) θα διαγνωστούν με PTSD στη διάρκεια της ζωής τους. (Friedman M., U.S. Department of Veterans Affairs,2017,)

Μια σημαντική αλλαγή στο DSM-5, είναι ότι το PTSD δεν είναι πλέον μια Διαταραχή Άγχους. Το PTSD συνδέεται μερικές φορές με άλλες καταστάσεις διάθεσης (για παράδειγμα, κατάθλιψη) και με θυμωμένη ή απερίσκεπτη συμπεριφορά και όχι με άγχος. Έτσι, το PTSD βρίσκεται τώρα σε μια νέα κατηγορία, που σχετίζεται με τραύμα και άγχος που σχετίζονται με διαταραχές. Το PTSD περιλαμβάνει τέσσερις διαφορετικούς τύπους συμπτωμάτων: α)επανάληψη του τραυματικού γεγονότος, β)αποφυγή καταστάσεων που υπενθυμίζουν το τραύμα, γ)αρνητικές μεταβολές διάθεσης και δ)διέγερση και αντιδραστικότητα. Οι περισσότεροι άνθρωποι εμφανίζουν μερικά από αυτά τα συμπτώματα μετά από ένα τραυματικό συμβάν, οπότε δεν γίνεται διάγνωση του PTSD εκτός εάν και οι τέσσερις τύποι συμπτωμάτων διαρκούν τουλάχιστον ένα μήνα και προκαλούν σημαντική αγωνία ή προβλήματα καθημερινής λειτουργίας. (Stein D.J., et al.,2014)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ (PTSD, POST TRAUMATIC STRESS DISORDER)



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^Ο. ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ (PTSD, POST TRAUMATIC STRESS DISORDER)

2.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Πολύ πριν από την ανάπτυξη της σύγχρονης ψυχιατρικής, οι άνθρωποι και οι καταστάσεις που απεικονίζουν PTSD μπορεί να έχουν καταγραφεί σε πρώιμα έργα της λογοτεχνίας.

Στο επικό βιβλίο Gilgamesh , το παλαιότερο σημαντικό έργο της λογοτεχνίας (που χρονολογείται από το 2100 π.Χ.), ο κύριος Gilgamesh μάρτυρας του θανάτου του πιο κοντινού φίλου του Enkidu, βασανίζεται από το τραύμα του θανάτου του Enkidu και βιώνει επαναλαμβανόμενες και ενοχλητικές αναμνήσεις και εφιάλτες που σχετίζονται με την εκδήλωση.

Αργότερα, σε μια αναφορά του 490 π.Χ. για τη μάχη του Μαραθώνα, ο Έλληνας ιστορικός Ηρόδοτος περιγράφει πώς ένας Αθηναίος που ονομάστηκε Επίζηλος , όταν είδε τον σύντροφό του να σκοτώνεται στην μάχη, ξαφνικά χτυπήθηκε με τύφλωση. Αυτή η τύφλωση, φαίνεται ότι προκλήθηκε από τρόμο και όχι από φυσική πληγή και διήρκεσε για πολλά χρόνια.(Reisman M., 2016)

Άλλα αρχαία έργα, όπως αυτά του Ιπποκράτη , περιγράφουν στρατιώτες που βίωσαν φοβερά όνειρα μάχης. Παρόμοιοι επαναλαμβανόμενοι εφιάλτες εμφανίζονται επίσης στην ισλανδική λογοτεχνία, όπως ο *Gísli Soursson Saga*.

Στο ινδικό επικό ποίημα *Ramayana* , που πιθανότατα συνέβη γύρω στα 2.500 χρόνια πριν, ο δαίμονας Marrich εμφανίζει συμπτώματα που μοιάζουν με PTSD, συμπεριλαμβανομένης της υπερ-διέγερσης, αναζωπύρωσης τραύματος και συμπεριφοράς αποφυγής. (Sheth HC, et al., 2010)

Πριν από εκατοντάδες χρόνια, οι γιατροί έχουν περιγράψει μερικές ασθένειες που μοιάζουν με PTSD, ιδιαίτερα σε στρατιώτες που αντιμετώπισαν μάχες. Το 1688 ο όρος «νοσταλγία» προτάθηκε για πρώτη φορά από τον Johannes Hofer ως ισοδύναμο με τον γερμανικό όρο του ιατρού Heimweh. Αναφέρθηκε σε μια κατάσταση ηθικού πόνου που συνδέεται με τον αναγκαστικό διαχωρισμό από το οικογενειακό και το

κοινωνικό περιβάλλον. Την ίδια εποχή, οι γερμανοί, γάλλοι και ισπανοί γιατροί περιέγραφαν παρόμοιες ασθένειες στους στρατιωτικούς ασθενείς τους. (Fuentenebro DF., at el., 2014)

Το 1761, ο Αυστριακός γιατρός Josef Leopold Auenbrugger έγραψε για τη νοσταλγία σε τραυματίες στρατιώτες στο βιβλίο του *Inventum Novum*. Οι στρατιώτες, όπως ανέφερε, έγιναν αμέτρητοι και μοναχικοί και κανείς δεν μπορούσε να τους βοηθήσει να ξεφύγουν από την οργή τους. (Andreasen N., 2011)

Η νοσταλγία ήταν ένα φαινόμενο που παρατηρήθηκε σε ολόκληρη την Ευρώπη και η «ασθένεια» έφθασε στο αμερικανικό έδαφος κατά τον εμφύλιο πόλεμο των ΗΠΑ (1861-1865). Στην πραγματικότητα, η νοσταλγία έγινε μια κοινή ιατρική διάγνωση που εξαπλώθηκε σε όλα τα στρατόπεδα. Ορισμένοι στρατιωτικοί γιατροί εξέτασαν την ασθένεια ως ένδειξη αδυναμίας η οποία επηρέασε μόνο τους άνδρες με «αδύναμη βούληση». Η δημόσια γελοιοποίηση ήταν μερικές φορές η συνιστώμενη «θεραπεία» για νοσταλγία. (Andreasen N., 2011)

Μετά τον εμφύλιο πόλεμο, ο αμερικανός γιατρός Jacob Mendez Da Costa διαπίστωσε ότι πολλοί από τους στρατιώτες υπέφεραν από συγκεκριμένα σωματικά προβλήματα όπως αίσθημα παλμών, περιορισμένη αναπνοή και άλλα καρδιαγγειακά συμπτώματα, τα οποία όμως δεν σχετίζονταν με τραύματα. Αυτά τα συμπτώματα θεωρήθηκαν ότι προέκυψαν από υπερδιέγερση του νευρικού συστήματος της καρδιάς και η κατάσταση έγινε γνωστή ως «καρδιά στρατιώτη», «ευερέθιστη καρδιά» ή «σύνδρομο Da Costa». (Andreasen N., 2011)

Είναι ενδιαφέρον ότι τα συμπτώματα τύπου PTSD δεν περιορίζονταν στους στρατιώτες στη δεκαετία του 1800. Κατά τη διάρκεια της Βιομηχανικής Επανάστασης, οι σιδηροδρομικές μετακινήσεις έγιναν συχνότερες, όπως και τα σιδηροδρομικά ατυχήματα. Οι επιζώντες αυτών των ατυχημάτων εμφάνιζαν διάφορα ψυχολογικά συμπτώματα (άγχος, αϋπνία κλπ), τα οποία συλλογικά έγιναν γνωστά ως «σιδηροδρομική σπονδυλική στήλη» και «σιδηροδρομικός εγκέφαλος», διότι τα σιδηροδρομικά ατυχήματα προκαλούσαν μικροσκοπικές αλλοιώσεις στο κεντρικό νευρικό σύστημα. (PTSD and Shell Shock: history, 2017)

Ωστόσο, η πρώτη συστηματική συζήτηση της σχέσης μεταξύ φυσικού και ψυχολογικού άγχους χρονολογείται από τον Α΄ Παγκόσμιο Πόλεμο. Οι τεχνικές καταπολέμησης στον Α΄ Παγκόσμιο Πόλεμο εισήγαγαν νέους τύπους καταπονήσεων που δεν είχαν υπάρξει κατά τη διάρκεια προηγούμενων πολέμων. Οι στρατιώτες που ασχολούνται με τον πόλεμο των τάφρων ήταν σχετικά ακίνητοι και επομένως πιο ευάλωτοι. Επίσης, εκτέθηκαν χρονίως σε νέες και διεστραμμένες θανατηφόρες απειλές, όπως το δηλητηριώδες αέριο, η πυρκαγιά με πυροβόλα όπλα, οι επιθέσεις κονιάματος, τα ορυχεία και οι δεξαμενές. Τα θύματα ήταν καταστροφικά και τα ποσοστά θανάτων ήταν τρομακτικά. Οι άνδρες παρακολουθούσαν τους φίλους τους να πεθαίνουν δίπλα τους και αντιμετώπιζαν την πιθανότητα του δικού τους θανάτου σε καθημερινή βάση. Καθώς ο πόλεμος προχώρησε, το υψηλό ποσοστό ατυχημάτων ήταν υψηλό. Η Βρετανία και οι ηπειρωτικές ευρωπαϊκές χώρες χάνουν πολλά από μια ολόκληρη γενιά νέων ανδρών - μια κοινωνική απώλεια από την οποία θα ανέβαιναν αργά. (Andreasen N., 2011)

Σε αυτό το πλαίσιο βίαιου αιματοχυμένου και πανταχού παρόντος φόβου εμφανίστηκε ένας νέος και κάπως άγνωστος τύπος αναπηρίας που δεν είχε περιγραφεί σε προηγούμενους πολέμους: ένα σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από σύγχυση, εξασθένιση της μνήμης, κεφαλαλγία, δυσκολία συγκέντρωσης, τρόμο και ευαισθησία σε δυνατούς θορύβους. Αυτό θεωρήθηκε αρχικά ότι οφειλόταν σε έκθεση σε εκρήξεις, που οδήγησε σε εγκεφαλικές διαταραχές ("αναταραχές εγκεφάλου"), και η διαταραχή άρχισε να αναφέρεται ως "σοκ κέλυφος" ("shell shock"). (Andreasen N., 2011)

Μέχρι τα μέσα του πολέμου, ωστόσο, παρατηρήθηκε ότι ορισμένοι στρατιώτες που παρουσιάζουν συμπτώματα "σοκ κελύφους" δεν είχαν καμία ένδειξη έκθεσης σε εκρήξεις. Αυτό το αινιγματικό παράδοξο σύνδρομο που μοιάζει με διάβρωση χωρίς την ύπαρξη τεκμηριωμένων τραυμάτων στο κεφάλι, αμφισβήτησε τις επεξηγηματικές δυνάμεις της σύγχρονης ιατρικής. Τελικά αυτό το παράδοξο οδήγησε στην εισαγωγή μιας διάκρισης μεταξύ μιας νευρασθενικής / συναισθηματικής / "νευρικής" κατάστασης και μιας πιο φυσικής βάσης που προκαλείται από μια συγκεκριμένη έκρηξη. (Andreasen N., 2011)

Αυτή η συζήτηση ήταν παράλληλη με την άνοδο δύο ανταγωνιστικών παραδόσεων μέσα στη νευροψυχιατρική: βιολογικές και ψυχοδυναμικές εξηγήσεις για την ανάπτυξη διαταραχών. Στο πλαίσιο της βιολογικής παράδοσης, μια σημαντική προοπτική (ιδιαίτερα σχετική με την αιτιολογική συζήτηση και αξιοσημείωτη πρόγνωση των μελλοντικών εξελίξεων) παρουσιάστηκε από τον Selye, ο οποίος δημιούργησε τον όρο "stress" και υποθέτει ότι μεσολαβεί από τον άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης-επινεφριδίων. Περιέγραψε το Σύνδρομο Γενικής Προσαρμογής ως απάντηση στο άγχος και εξέτασε τις τραυματικές νευρώσεις ως συνέπεια της χρόνιας ή σοβαρής πίεση. Ο Walter Cannon πρότεινε επίσης μια σχετική φυσιολογική βάση για τις απαντήσεις φόβου στην περιγραφή του για το σύνδρομο «αγώνα ή πτήση». Μια δεύτερη σημαντική προοπτική προέκυψε από την ψυχοδυναμική παράδοση, η οποία ανέπτυξε ένα εκτενές επεξηγηματικό σύστημα που θα μπορούσε να ερμηνεύσει το ρόλο των ψυχολογικών παραγόντων στην παραγωγή συμπτωμάτων και στην ανάπτυξη τόσο υγιών όσο και ανθυγιεινών μηχανισμών αντιμετώπισης. (Andreasen N., 2011)

Καθώς ο Β Ύπατος Πόλεμος εμφανίστηκε στο μέλλον και στη συνέχεια συνέβη, η βρετανική πολιτική δημιούργησε αυστηρά κριτήρια για την αναγνώριση και ανάθεση δυσκολιών από σοκ / στρες / νευρασθένεια κελύφους. Μετά το τέλος του Β Παγκοσμίου Πολέμου, η αμερικανική ψυχιατρική αποφάσισε να δημιουργήσει μια τυποποιημένη ονοματολογία που θα χρησιμοποιούσαν όλοι οι ψυχίατροι. Η ώθηση ήρθε αρχικά από τη διοίκηση των βετεράνων, οι οποίοι επηρεάστηκαν από τον Β Ύπατος Πόλεμο. Στόχος ήταν να αναπτυχθεί μια κοινή γλώσσα μεταξύ των ψυχιάτρων ώστε να συζητούν την ψυχοπαθολογία, να κάνουν διαγνώσεις και να καθορίζουν την αναπηρία. Αυτό οδήγησε στη διαμόρφωση μιας διαγνωστικής κατηγορίας που ονομάζεται Ακαθάριστη Αντίδραση Στρες, η οποία εμφανίστηκε στο πρώτο *Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο (DSM-I)*, που δημοσιεύθηκε το 1952. Η περιγραφή του υπογράμμισε ότι η διαταραχή ήταν μια αντίδραση σε ένα μεγάλο ή ασυνήθιστο στρεσογόνο παράγοντα που οδηγεί σε έντονο φόβο σε μια φυσιολογική προσωπικότητα. Επίσης τονίστηκε ότι η διαταραχή ήταν παροδική και αναστρέψιμη και εάν τα συμπτώματα υπομείνουν, πρέπει να δοθεί μια άλλη διάγνωση. Έτσι, ο ορισμός επηρεάστηκε περισσότερο από τις ψυχοδυναμικές παραδόσεις που κυριάρχησαν εκείνη την εποχή από ότι από τα βιολογικά μοντέλα. (Andreasen N., 2011)

Στη συνέχεια η διάγνωση πήγε στη λήθη. Δεδομένου ότι ήταν στενά συνδεδεμένο με την ιστορία του πολέμου, παραλήφθηκε εντελώς από το *DSM-II*, που δημοσιεύθηκε το 1968, 23 χρόνια μετά τον τελευταίο Μεγάλο Πόλεμο και κατά τη διάρκεια μιας περιόδου σχετικής ειρήνης. (Andreasen N., 2011)

Όταν η ομάδα εργασίας *DSM-III* συναρμολογήθηκε στις αρχές της δεκαετίας του 1970, ένα από τα καθήκοντα που αντιμετώπισε ήταν να αποφασίσει εάν η διάγνωση της αντίδρασης μικτού στρες θα πρέπει να αποκατασταθεί στο «*DSM*νοσολογικό σύστημα». Ο πόλεμος του Βιετνάμ τελείωσε και ήταν πολύ δημοφιλής. Μια μικρή αλλά μαχητική υποομάδα των Βετεράνων του Βιετνάμ εξέκριναν παράπονα για την εισαγωγή της διάγνωσης που θα αναγνωρίζουν τις πιθανές συνέπειες που βιώνουν το στρες της μάχης, και ότι θα μπορούσε ίσως να παρέχει την αναπηρία και τη θεραπεία για την ψυχιατρική διαταραχή που προκαλείται από την καταπολέμηση του στρες. Η απάντηση στο αίτημα των βετεράνων ήταν προφανής: υπάρχει ένα καλά εδραιωμένο σύνδρομο, που ορίζεται από ένα χαρακτηριστικό σύνολο φυσιολογικών (αυτόνομων), γνωστικών και συναισθηματικών συμπτωμάτων, που συμβαίνει μετά την έκθεση σε σοβαρό σωματικό και συναισθηματικό στρες. Αυτό το σύνδρομο που ονομάστηκε «σύνδρομο μετά το Βιετνάμ» (όνομα που επέλεξαν οι ομάδες βετεράνων υπεράσπισης) μετονομάστηκε σε "Διαταραχή μετατραυματικού στρες". (Andreasen N., 2011)

Η διάγνωση του PTSD κατέστη διαθέσιμη με τη δημοσίευση του *DSM-III* το 1980 και απολάμβανε γρήγορα ευρεία χρήση, συχνά με τρόπους που δεν αναμενόταν. (Andreasen N., 2011)

2.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Στην σημερινή εποχή, όταν οι άνθρωποι σκέφτονται την PTSD, τείνουν να σκέφτονται τους στρατιωτικούς ή τους βετεράνους του πολέμου λόγω της μακράς ιστορίας και της συσχέτισης τους με τον πόλεμο. Στην πραγματικότητα, σύμφωνα με μια μελέτη που δημοσιεύθηκε το 2014, το 90% αφορά στρατιωτικούς βετεράνους. (Ewing, 2014). Το 1989 ιδρύθηκε το Εθνικό Κέντρο για την PTSD και επικεντρώθηκε κυρίως σε βετεράνους. Αρκετά χρόνια αργότερα, το 2010, το

Κογκρέσο κήρυξε την 27η Ιουνίου ως Εθνική Ημέρα Ευαισθητοποίησης του PTSD. Αυτή τη μέρα είναι μια ευκαιρία για όσους έχουν PTSD να έρθουν μαζί και να υποστηρίξουν ο ένας τον άλλον. Ακόμη, η εστίαση παρέμενε σχεδόν αποκλειστικά σε στρατιώτες, με ελάχιστη αναγνώριση αμάχων που θα μπορούσαν να αναπτύξουν PTSD εκτός της στρατιωτικής θητείας. Ακόμη και στο νομοσχέδιο που δημιούργησε την Ημέρα Ευαισθητοποίησης του PTSD, περιγράφει την PTSD ως μια «πληγή πολέμου» που βιώνουν όσοι βρίσκονται σε μάχη. (Ewing, 2014). (Cuquis Robledo C., 2015)

2.3 Η ΒΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ PTSD

Υπάρχουν διάφοροι παράγοντες που πρέπει να ληφθούν υπόψη για την εξέταση της αλληλεπίδρασης μεταξύ της δυσμενούς περιβαλλοντικής διέγερσης, των αντιδράσεων του στρες και της παθολογίας. Τα βασικά ευρήματα εξετάζονται από την έρευνα ενδοκρινολογίας, νευροχημείας και εγκεφαλικού κυκλώματος που διεξάγεται σε ασθενείς με διάγνωση PTSD. (Sherin J., et al., 2011)

2.3.1 Ενδοκρινικοί παράγοντες

Τα βασικά ενδοκρινικά χαρακτηριστικά του PTSD περιλαμβάνουν την μη φυσιολογική ρύθμιση της κορτιζόλης και των θυρεοειδικών ορμονών, αν και εκεί υπάρχει κάποια διαφωνία σχετικά με τα ευρήματα αυτά στη βιβλιογραφία. (Sherin J., et al., 2011)

Ο άξονας υποθαλάμου-υπόφυσης-επινεφριδίων (HPA)

Ο άξονας HPA αποτελείται από ενδοκρινικά υποθαλαμικά συστατικά, συμπεριλαμβανομένης της πρόσθιας υπόφυσης, καθώς και από ένα τελεστικό όργανο, τα επινεφρίδια. Κατά την έκθεση στο στρες, οι νευρώνες στον υποθαλαμικό παρακοιλιακό πυρήνα (PVN) εκκρίνουν την ορμόνη απελευθέρωσης κορτικοτροπίνης (CRH), η οποία διεγείρει την παραγωγή και απελευθέρωση της αδρενοκορτικοτροπίνης (ACTH). Το ACTH με τη σειρά του διεγείρει την απελευθέρωση γλυκοκορτικοειδών από τον φλοιό των επινεφριδίων. Τα γλυκοκορτικοειδή ρυθμίζουν τον μεταβολισμό καθώς και την ανοσολογική και εγκεφαλική λειτουργία, ενοποιώντας έτσι τη φυσιολογική και οργανική συμπεριφορά για τη διαχείριση των στρεσογόνων παραγόντων. (Sherin J., 2011)

Αν και οι παράγοντες άγχους ενεργοποιούν κατά κανόνα τον άξονα HPA, οι μελέτες σε βετεράνους μάχης με PTSD επιδεικνύουν μειώσεις στις συγκεντρώσεις κορτιζόλης, όπως ανιχνεύονται στα ούρα ή στο αίμα, σε σύγκριση με υγιείς ανθρώπους. Επιπλέον, μετρήθηκαν παρατεταμένες αυξήσεις των συγκεντρώσεων CRH στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό (CSF) ασθενών με PTSD. Ως εκ τούτου, οι αμβλυμένες ανταποκρίσεις ACTH στην διέγερση CRH εμπλέκουν ένα ρόλο για την κατώτερη ρύθμιση των υποδοχέων CRH της υπόφυσης σε ασθενείς με PTSD. Επιπλέον, ο μειωμένος όγκος του ιππόκαμπου, η κύρια περιοχή του εγκεφάλου που

αναστέλλει τον άξονα HPA, είναι ένα βασικό χαρακτηριστικό του PTSD. Συνολικά, αυτά τα νευροενδοκρινικά ευρήματα στο PTSD αντικατοπτρίζουν τη δυσλειτουργία του άξονα HPA σε στρεσογόνους παράγοντες. (Bailey CR., et al., 2013)

Καταληκτικά, οι προοπτικές μελέτες υποδηλώνουν ότι τα χαμηλά επίπεδα κορτιζόλης κατά τη στιγμή της έκθεσης σε ψυχολογικό τραύμα μπορούν να προβλέψουν την ανάπτυξη της PTSD. Επομένως, ο υποκορτισμός μπορεί να είναι ένας παράγοντας κινδύνου για αρνητικές αποκρίσεις στρες και προδιαθέτει σε μελλοντικό PTSD. (Sherin J., 2011)

Ο άξονας υποθαλάμου-υπόφυσης-θυρεοειδούς (HPT)

Ο άξονας HPT εμπλέκεται στη ρύθμιση των μεταβολικών έναντι αναβολικών καταστάσεων και άλλων ομοιοστατικών λειτουργιών, πράγμα που επιτυγχάνει ελέγχοντας το επίπεδο αίματος των ορμονών του θυρεοειδούς. Μέχρι σήμερα, δεν έχει πραγματοποιηθεί σημαντική ερευνητική προσπάθεια για τη σχέση μεταξύ του άξονα HPT και του PTSD. Ωστόσο, διεξήχθησαν μελέτες σε βετεράνους του Βιετνάμ με PTSD στους οποίους βρέθηκαν αυξημένα επίπεδα τόσο της τρι-ιωδοθυρονίνης (T3) όσο και της θυροξίνης (T4). Αξίζει να σημειωθεί ότι το επίπεδο της T3 σε αυτά τα άτομα ήταν δυσανάλογα αυξημένο σε σχέση με το T4, γεγονός που συνεπάγεται με αύξηση της διαδικασίας περιφερικού αποϊωδινισμού. Αυτά τα ευρήματα επαναλήφθηκαν ως επί το πλείστον σε μελέτη Βετεράνων του Β' Παγκοσμίου Πολέμου με πιο μακροχρόνιες διαγνώσεις PTSD. Σε αυτά τα άτομα, τα απομονωμένα επίπεδα T3 ήταν αυξημένα ενώ τα επίπεδα T4 ήταν φυσιολογικά. Από κοινού, αυτές οι μελέτες υποδηλώνουν ότι με την πάροδο του χρόνου η επίδραση του τραυματισμού σε επίπεδα T4 μπορεί να μειωθεί. Οι συγγραφείς προτείνουν ότι η αυξημένη T3 μπορεί να σχετίζεται με υποκειμενικό άγχος σε αυτά τα άτομα με PTSD. (Sinai C., et al., 2014)

2.3.2 Νευροχημικοί παράγοντες

Τα κύρια νευροχημικά χαρακτηριστικά του PTSD περιλαμβάνουν την ανώμαλη ρύθμιση της κατεχολαμίνης, της σεροτονίνης, του αμινοξέος, του πεπτιδίου και των νευροδιαβιβαστών οπιοειδών, τα οποία βρίσκονται στα κυκλώματα του εγκεφάλου

που ρυθμίζουν και ενσωματώνουν τις αντιδράσεις του στρες και του φόβου. (Sherin J., at el., 2011)

Κατεχολαμίνες

Η οικογένεια νευροδιαβιβαστών κατεχολαμινών, περιλαμβάνει την ντοπαμίνη που βρίσκεται κυρίως στα βασικά γάγγλια, την επινεφρίνη (ή αδρεναλίνη) η οποία παράγεται κυρίως από τον μυελό των επινεφριδίων και την νορεπινεφρίνη η οποία συναντάται στις νευρικές απολήξεις. Έχει αναφερθεί αυξημένη απέκκριση της ντοπαμίνης και του μεταβολίτη του στα ούρα των ασθενών με PTSD. Η νορεπινεφρίνη, είναι ένας από τους κύριους μεσολαβητές των αυτόνομων αντιδράσεων του στρες μέσω κεντρικών και περιφερικών μηχανισμών. Λόγω των πολλαπλών ρόλων της στην ρύθμιση της διέγερσης και των αυτόνομων αντιδράσεων στρες, καθώς και της προώθησης της κωδικοποίησης συναισθηματικών αναμνήσεων, η νορεπινεφρίνη αποτέλεσε κεντρικό στόχο πολλών μελετών που διερευνούν την παθοφυσιολογία του PTSD. Ένα βασικό χαρακτηριστικό των ασθενών με PTSD είναι η υπερδραστηριότητα του αυτόνομου συμπαθητικού κλάδου του αυτόνομου νευρικού συστήματος, όπως αποδεικνύεται από την αύξηση του καρδιακού ρυθμού, της αρτηριακής πίεσης, της αγωγιμότητας του δέρματος και άλλων ψυχοφυσιολογικών μέτρων. Συνεπώς, η αυξημένη απέκκριση ουσιών κατεχολαμινών και των μεταβολιτών τους στα ούρα, έχει τεκμηριωθεί σε βετεράνους μάχης, σε κακοποιημένες γυναίκες και παιδιά. Είναι ενδιαφέρον το γεγονός, ότι μελέτες έδειξαν πως η αυξημένη έκκριση καρδιακού ρυθμού και περιφερικής επινεφρίνης κατά την στιγμή της έκθεσης σε τραυματισμό προβλέπει την επακόλουθη ανάπτυξη του PTSD. (Highland KB., at el., 2015)

Σεροτονίνη(5HT)

Είναι ένας νευροδιαβιβαστής μονοαμίνης που συντίθενται από το αμινοξύ τρυπτοφάνη. Οι νευρώνες που περιέχουν σεροτονίνη προέρχονται από τους ραχιαίους πυρήνες της ραφής στο στέλεχος του εγκεφάλου και προεξέχουν σε πολλαπλές περιοχές του εμπρόσθιου εγκεφάλου, συμπεριλαμβανομένου του αμυγδαλώματος, του ιππόκαμπου, του υποθαλάμου και του προμετωπιαίου φλοιού. Η σεροτονίνη διαδραματίζει ιδιαίτερο ρόλο στην ρύθμιση του ύπνου, της όρεξης, της κινητικής λειτουργίας, της επιθετικότητας, της αναλγησίας και της νευροενδοκρινικής

λειτουργίας. Δεν αποτελεί έκπληξη λοιπόν το γεγονός ότι η σεροτονίνη συσχετίζεται με στρεσογόνες συμπεριφορές, συμπεριλαμβανομένης της επιθετικότητας, της κατάθλιψης και της αυτοκτονίας. (Grah M., at el., 2010).

Αν και οι μηχανισμοί δεν είναι απολύτως σαφείς, οι επιδράσεις της σεροτονίνης στις συναισθηματικές αντιδράσεις ποικίλουν ανάλογα με την ένταση του στρες, την περιοχή του εγκεφάλου και τον τύπο του υποδοχέα. (Grah M., at el., 2010).

Αμινοξέα

Το γ-αμινοβουτυρικό οξύ (GABA) είναι ο κύριος ανασταλτικός νευροδιαβιβαστής στο κεντρικό νευρικό σύστημα. Ο κύριος ρόλος της είναι η μείωση της νευρωτικής διεγέρσεως σε όλο το νευρικό σύστημα.

Στα αμινοξέα συμπεριλαμβάνεται και το γλουταμινικό οξύ το οποίο είναι ο κύριος διεγερτικός νευροδιαβιβαστής στον εγκέφαλο. Παίζει νευραλγικό ρόλο στην ανάπτυξη και είναι σημαντικό τόσο για την μάθηση όσο και για την μνήμη, γεγονός που συμβάλει κατά πάσα πιθανότητα και στην εδραίωση των μνημών του τραύματος του PTSD. Επιπλέον, η έκθεση σε στρεσογόνους παράγοντες και η απελευθέρωση γλυκοκορτικοειδών ενεργοποιεί την απελευθέρωση γλουταμινικού στον εγκέφαλο. Η υπερέκθεση των νευρώνων στο γλουταμινικό είναι γνωστό ότι μπορεί να συμβάλει στην απώλεια νευρώνων ή νευρωτικής ακεραιότητας στον υπόκαμπο και στον προμετωπιαίο φλοιό των ασθενών με PTSD. (Sherin J., at el., 2011)

Πεπτίδια

Το νευροπεπτίδιο Υ (NPY) είναι ένα νευροπεπτίδιο 36 αμινοξέων που εμπλέκεται σε διάφορες φυσιολογικές και ομοιοστατικές διεργασίες τόσο στο κεντρικό όσο και στο περιφερικό νευρικό σύστημα. Έχει ιδιότητες αγχολυτικής και ρυθμιστικής τάσης για αυτό μπορεί κάλλιστα να είναι προστατευτικό ενάντια στην ανάπτυξη της PTSD. Ως εκ τούτου, η έλλειψή του μπορεί να προωθήσει ανεπιθύμητες αντιδράσεις στρες και να συμβάλει στην ανάπτυξη της PTSD. Πράγματι έχει αναφερθεί, ότι οι ασθενείς με PTSD εμφανίζουν μειωμένες συγκεντρώσεις στο πλάσμα, σε σύγκριση με τους μάρτυρες. Τα ευρήματα αυτά υποδηλώνουν ότι η μειωμένη δραστηριότητα μπορεί να συνεισφέρει στη νοραδρενεργική υπερδραστηριότητα στην PTSD. (Sherin J., at el., 2011)

2.3.3 Κύκλωμα εγκεφάλου

Χαρακτηριστικές αλλαγές στη δομή και στην λειτουργία του εγκεφάλου έχουν εντοπιστεί σε ασθενείς με PTSD με την χρήση εγκεφαλικών μεθόδων. Οι περιοχές του εγκεφάλου που τροποποιούνται σε ασθενείς με PTSD περιλαμβάνουν τον ιππόκαμπο και την αμυγδαλή, όπως επίσης και τις φλοιώδεις περιοχές.

Ιππόκαμπος

Χαρακτηριστικό γνώρισμα του PTSD είναι ο μειωμένος όγκος του ιππόκαμπου. Ο ιππόκαμπος εμπλέκεται στον έλεγχο των αντιδράσεων σε στρεσογόνες καταστάσεις. Δεν αποτελεί έκπληξη το γεγονός ότι ο ιππόκαμπος είναι μία από τις πιο πλαστικές περιοχές του εγκεφάλου. Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, η παρατεταμένη έκθεση στο στρες και τα υψηλά επίπεδα γλυκοκορτικοειδών στα εργαστηριακά ζώα καταστρέφουν τον ιππόκαμπο, οδηγώντας σε μείωση της διακλάδωσης των δενδριτικών, απώλεια των δενδριτικών σπονδύλων και εξασθένιση της νευρογένεσης. Οι μικρές ποσότητες ιππόκαμπου συνδέονται με την σοβαρότητα των τραυμάτων και των διαταραχών μνήμης. Επομένως, η μείωση του όγκου του ιππόκαμπου στο PTSD μπορεί να αντικατοπτρίζει τις συσσωρευμένες τοξικές επιδράσεις της επαναλαμβανόμενης έκθεσης σε αυξημένα επίπεδα γλυκοκορτικοειδών ή αυξημένη ευαισθησία στο γλυκοκορτικοειδές, αν και πρόσφατες ενδείξεις υποδηλώνουν επίσης ότι μειωμένοι όγκοι ιππόκαμπου μπορεί να αποτελούν προϋπάρχον παράγοντα ευπάθειας για την ανάπτυξη της PTSD. (Mohlenhoff BS., 2014)

Αμυγδαλή

Είναι μία μετωπική δομή που εμπλέκεται στη συναισθηματική επεξεργασία και είναι κρίσιμη για την απόκτηση της απόκρισης του φόβου. Ο λειτουργικός ρόλος της αμυγδαλής στη διαμεσολάβηση τόσο των ανταποκρίσεων του στρες όσο και της συναισθηματικής μάθησης, ενέχει τον ρόλο της στην παθοφυσιολογία του PTSD. Αν και δεν υπάρχουν σαφείς ενδείξεις για δομικές μεταβολές της αμυγδαλής στο PTSD, οι λειτουργικές μελέτες απεικόνισης έχουν αποκαλύψει την υπερευαισθησία στο PTSD κατά την διάρκεια παρουσίας αγχωτικών σεναρίων ή και υπενθυμίσεων των τραυμάτων. Η αμυγδαλή φαίνεται επίσης να είναι ευαισθητοποιημένη στην

παρουσίαση υποσυνείδητων απειλητικών συμβόλων σε ασθενείς με PTSD. Δεδομένου ότι η αυξημένη αντιδραστικότητα αμυγδαλών έχει συνδεθεί με γενετικά χαρακτηριστικά που μετριάζουν τον κίνδυνο για PTSD, η αύξηση της αντιδραστικότητας των αμυγδαλών μπορεί να αποτελεί παράγοντα βιολογικού κινδύνου για την ανάπτυξη της PTSD. (Novakovic V., at el., 2011)

Φλοιός

Ο μεσαίος προμετωπιαίος φλοιός (PFC) περιλαμβάνει τον πρόσθιο φλοιό του κόλπου, τον υποκεφαλικό φλοιό και την μετωπική έλικα. Ο μεσαίος φλοιός ασκεί ανασταλτικό έλεγχο των αποκρίσεων του στρες και της συναισθηματικής αντιδραστικότητας. Οι ασθενείς με PTSD παρουσιάζουν μειωμένους όγκους μετωπιαίου φλοιού. (Sherin J., at el., 2011)

2.4 ΑΙΤΙΑ ΠΟΥ ΑΝΑΠΤΥΣΣΟΥΝ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Η μετατραυματική διαταραχή αναπτύσσεται όταν ένα άτομο βιώσει τραυματικά γεγονότα ως ακραίες εμπειρίες, οι οποίες συντρίβουν τις συνήθειες προσαρμοστικές για την ζωή λειτουργίες . Οι εμπειρίες που βιώνονται ως τραυματικές έχουν κάποια κοινά χαρακτηριστικά. Το άτομο βρίσκεται μπροστά σε ένα απρόβλεπτο, σοβαρό γεγονός, ανίκανο να αμυνθεί ή να δραπετεύσει (Βεντουράτου Δ. 2009)

Σημαντικά τραυματικά συμβάντα περιλαμβάνουν τις φυσικές καταστροφές, τρομοκρατικές επιθέσεις, σωματική κακοποίηση, ο τραυματικός εγκεφαλικός τραυματισμός, οι ασθένειες καθώς και η παραμονή των ασθενών στην μονάδα εντατικής θεραπείας. Τα αίτια που προκαλούν PTSD αναλύονται παρακάτω.

(Sareen J., 2014)

2.4.1 Φυσικές καταστροφές

Οι καταστροφές πλήττουν μεγάλο ποσοστό ανθρώπων σε όλο τον κόσμο. Οι εμπειρίες από καταστροφές έχουν συσχετιστεί με υψηλά ποσοστά επικράτησης ψυχικών προβλημάτων υγείας όπως άγχος, κατάθλιψη καθώς και μετατραυματικό στρες. (Bromet E.J., 2017)

Τυφώνες: Μία από τις πιο θανατηφόρες φυσικές καταστροφές ήταν ο τυφώνας Katrina, που έγινε το 2005 στις Ηνωμένες Πολιτείες και στοίχησε την ζωή σε 1.500 ανθρώπους. Πάνω από 160.000 παιδιά εκτοπίστηκαν από τα σπίτια τους και ήρθαν αντιμέτωπα με την αβεβαιότητα και την μετανάστευση (Abramson D., 2013)

Αποτέλεσμα ήταν να αναπτύξουν μετατραυματικό στρες, καθώς ένιωθαν ανίκανα να κινητοποιηθούν ανεξάρτητα, να προσαρμοστούν σε αγχωτικές καταστάσεις, να βρουν τροφή και στέγη, και να προστατευτούν από σωματική κακοποίηση. (McLaughlin K., 2011)

Πυρκαγιές: Το φθινόπωρο του 2003 οι πυρκαγιές που ξέσπασαν στην Νότια Καλιφόρνια κατέστρεψαν μια μεγάλη περιοχή και εκτιμάται ότι εκκενώθηκαν 100.000 άνθρωποι. Τα στοιχεία που συλλέχθηκαν από επιζώντες σε κοντινά κέντρα ανακούφισης από καταστροφές έδειξαν ότι πάνω από τα δύο τρίτα φοβήθηκαν για τη ζωή τους ή για το αγαπημένο τους πρόσωπο. Όταν αυτοί οι επιζώντες εξετάστηκαν τρεις μήνες αργότερα, το ένα τρίτο ανέπτυξε κατάθλιψη και σχεδόν το ένα τέταρτο ανέπτυξε PTSD. (Van Loey NE., at el., 2012).

Μια επιπλέον θανατηφόρα πυρκαγιά ήταν η πυρκαγιά στο σταθμό νυχτερινών κέντρων διασκέδασης που ξέσπασε στις 20 Φεβρουαρίου 2003 στο West Warwick, Rhode Island. Πυροτεχνικοί σπινθήρες ανάβουν εύφλεκτα γύρω από τη σκηνή, δημιουργώντας μια φλόγα που πυροδότησε τη λέσχη σε πέντε λεπτά. Από τους εκτιμώμενους 462 παρευρισκόμενους, πάνω από 200 τραυματίστηκαν και 100 πέθαναν. (Trinh NHT, at el., 2014)

Από τους 17 επιζώντες πυρκαγιάς με σωματικούς τραυματισμούς, το συναισθηματικό τραύμα που υπέστησαν ήταν το πιο κοινό θέμα που προέκυψε, είτε λόγω του τραύματος που προέρχεται άμεσα από την ίδια τη φωτιά, είτε από την αντιμετώπιση των σωματικών τους τραυματισμών. Επίσης, οι 24 επιζώντες που δεν είχαν υποστεί κάποια σωματική βλάβη, φαίνεται ότι εμφάνισαν μετατραυματική διαταραχή λόγω του φόβου και του άγχους που βίωσαν την ώρα της πυρκαγιάς. Πολλοί από αυτούς, περιέγραψαν συναισθήματα λύπης και ενοχής για το γεγονός ότι δεν μπορούσαν να βοηθήσουν τους άλλους να διαφύγουν, συμπεριλαμβανομένων και των αγαπημένων τους προσώπων, που τραυματίστηκαν ή χάθηκαν στην φωτιά.

(Trinh NHT, at el., 2014)

Σεισμοί: Οι σεισμοί είναι από τις πιο καταστροφικές φυσικές καταστροφές σε όλη την ανθρώπινη ιστορία. Οι σεισμοί είναι τραυματικά γεγονότα που προκαλούν σοβαρή ψυχολογική δυσφορία. Κατά συνέπεια, έχει αναφερθεί αυξημένος κίνδυνος για την ανάπτυξη διαταραχής μετατραυματικού στρες, κατάθλιψης και άγχους. (Farooqui M, at el., 2017)

Ένας από τους πιο καταστροφικούς σεισμούς σημειώθηκε στις 14 Απριλίου 2010, στην επαρχία Qinghai νοτιοδυτικά της Κίνας. Σύμφωνα με επίσημους διορισμούς, σκοτώθηκαν 2.698 άνθρωποι, 12.135 τραυματίστηκαν και πολλοί ακόμη αγνοούνται. Εκτός από τους θανάτους και τους σωματικούς τραυματισμούς, οι ισχυροί σεισμοί συχνά οδηγούν σε σοβαρά αποτελέσματα ψυχικής υγείας. (Zhang Z., at el, 2012)

Επιπλέον παράδειγμα αποτελεί ο σεισμός στο Νεπάλ (25 Απριλίου 2015) μεγέθους 7,8 ρίχτερ, ακολουθούμενος από αρκετούς μετασεισμούς. Σχεδόν 9.000 άνθρωποι σκοτώθηκαν και περισσότερα από 600.000 σπίτια καταστράφηκαν. Δεδομένης της υψηλής συχνότητας σεισμού και άλλων φυσικών κινδύνων στο Νεπάλ, η ετοιμότητα για την αντιμετώπιση καταστροφών είναι ζωτικής σημασίας. Τα συμπτώματα ψυχικής υγείας, συμπεριλαμβανομένων εκείνων που συνδέονται με την έκθεση σε προηγούμενες καταστροφές, ενδέχεται να επηρεάσουν την ικανότητα των ατόμων να είναι σε κατάσταση ετοιμότητας για παρόμοιες μελλοντικές καταστάσεις. Η αντιληπτή ετοιμότητα για μελλοντικές καταστροφές μπορεί με τη σειρά της να επηρεάσει την ψυχική υγεία. Το μετατραυματικό στρες, το άγχος, η κατάθλιψη και τα σωματικά συμπτώματα εντοπίζονται συνήθως σε κοινότητες που αντιμετωπίζουν τέτοιου είδους φυσικές καταστροφές. Οι κοινές μορφές κινδύνου περιλαμβάνουν φόβο, άγχος, θλίψη, θυμό, δυσκολίες ύπνου και αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας. Μερικοί από αυτούς που βιώνουν δυσφορία μπορεί να αγωνίζονται για χρόνια με συναφείς προκλήσεις, παρεμποδίζοντας την ικανότητά τους να εργάζονται και να εκπληρώνουν τις οικογενειακές ευθύνες. (Jha A., at el., 2017)

Επιπλέον, πολλοί άνθρωποι ύστερα από μία φυσική καταστροφή εμφανίζουν συμπτώματα λειτουργικής βλάβης, περιορίζοντας την ικανότητά τους να εκτελούν καθημερινές δραστηριότητες όπως και την ικανότητάς του για μελλοντική ετοιμότητα στην αντιμετώπιση καταστροφών. (Welton-Mitchell C., at el, 2018)

Η σχέση μεταξύ ετοιμότητας και ψυχικής υγείας μπορεί να είναι αμφίδρομη. Όπως η βελτίωση της ψυχικής υγείας μπορεί να ενθαρρύνει την αυξημένη ετοιμότητα, οι συμπεριφορές ετοιμότητας μπορεί με τη σειρά τους να επηρεάσουν θετικά την ψυχική υγεία. Η αίσθηση της επαρκούς προετοιμασίας μπορεί να αυξήσει την αποτελεσματικότητα και να μειώσει τα συναισθήματα του άγχους και της απελπισίας. Η κοινωνική συνοχή μπορεί να επηρεάσει τόσο την ψυχική υγεία όσο και την ετοιμότητα. (Welton-Mitchell C., at el, 2018)

2.4.2 Τρομοκρατικές επιθέσεις

Τα τραυματικά γεγονότα υποβαθμίζουν την ασφάλεια των ανθρώπων. Την τελευταία δεκαετία, τέτοιες επιθέσεις έχουν αυξηθεί και έχουν τεράστιο αντίκτυπο όσον αφορά την απώλεια ζωής. Για παράδειγμα, η τρομοκρατική επίθεση το πρωί της 11^{ης} Σεπτεμβρίου 2001 έχει αλλάξει την ζωή για πολλά άτομα, λόγω σωματικών βλαβών και απώλειας ζωής πολλών ανθρώπων. Διαπιστώθηκε ότι μεγάλο ποσοστό πληθυσμού εμφάνισε συμπτώματα μετατραυματικού στρες. (Neria Y., at el, 2011)

2.4.3 Σεξουαλική/σωματική κακοποίηση

Υπάρχουν σχετικά ισχυρές ενδείξεις ότι η σωματική και συναισθηματική κακοποίηση παιδιών συνδέεται με μεταγενέστερες μορφές αντικοινωνικής συμπεριφοράς, καθώς και με ανάπτυξη μετατραυματικής διαταραχής. Τα παιδιά που εκτίθενται σε κακοποίηση είναι πιθανόν να παρουσιάσουν βλάβη στην συναισθηματική έκφραση και επικοινωνία στην μετέπειτα ζωή τους. (Hebert M., at el, 2015)

Τα διαθέσιμα στοιχεία δείχνουν ότι οι γυναίκες και τα κορίτσια είναι πιο πιθανό να πέσουν θύματα σεξουαλικής κακοποίησης σε σύγκριση με τους άντρες. Το ιστορικό της σεξουαλικής κακοποίησης συνδέεται με δυσμενείς εμπειρίες. Τα κακοποιημένα άτομα αναφέρουν σωματικά συμπτώματα όπως κεφαλαλγία, καούρα, ακράτεια ούρων, κνησμό και οίδημα.

2.4.4 Τραυματικός εγκεφαλικός τραυματισμός (Traumatic brain injury)

Η διαταραχή του μετατραυματικού στρες και η τραυματική εγκεφαλική βλάβη συχνά συνυπάρχουν, επειδή οι εγκεφαλικοί τραυματισμοί συχνά υποφέρουν από τραυματικές εμπειρίες.

Ο τραυματικός εγκεφαλικός τραυματισμός (TBI) ορίζεται ως η βλάβη του εγκεφάλου η οποία προκαλείται από εξωτερικούς τραυματισμούς. Οι κυριότερες αιτίες είναι οι τραυματισμοί με πυροβόλα όπλα, τραυματισμοί με αυτοκίνητο και οι πτώσεις. Ο τραυματισμός του εγκεφάλου περιλαμβάνει το ενδοκράνιο αιμάτωμα, την ενδοκρανιακή υπέρταση, την διάσπαση των νευρικών ινών, τον υδροκέφαλο και την υπαραχνοειδή αιμορραγία. (MCKKE A., at el, 2015)

Η σοβαρότητα της TBI περιγράφεται συνήθως ως :

-ήπια TBI: συμπτώματα αποπροσανατολισμού και σύγχυσης για 30 λεπτά και λιγότερο, μετατραυματική αμνησία για λιγότερο από 24 ώρες.

-μέτρια TBI: συμπτώματα συνείδησης μεταξύ 30 λεπτών και 24 ωρών, μετατραυματική αμνησία 1-7 ημέρες.

-σοβαρή TBI: συμπτώματα απώλειας συνείδησης και μετατραυματική αμνησία, που συνήθως έχει ως αποτέλεσμα πιο σοβαρή νοητική λειτουργία.

Αυτές οι διαφορές στην σοβαρότητα του TBI είναι σημαντικές επειδή φαίνεται να αλληλεπιδρούν διαφορετικά με το PTSD.

2.4.5 Παραμονή των ανθρώπων στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας(MEΘ)

Η PTSD εμφανίζεται σε υψηλό ποσοστό σε ασθενείς που επιβιώνουν από μία κρίσιμη ασθένεια και παραμένουν στην MEΘ. Οι παράγοντες κινδύνου για το PTSD που σχετίζονται με την MEΘ είναι πολλοί και πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη προσοχή. Ένας σημαντικός παράγοντας είναι η προσωπικότητα του κάθε ασθενούς, η οποία μπορεί να επηρεάσει την πορεία των ψυχολογικών συμπτωμάτων κατά την διάρκεια αλλά και μετά την παραμονή του στην MEΘ. Οι ασθενείς με αισιόδοξη προσωπικότητα διαφέρουν από τους απαισιόδοξους ασθενείς στην αντιμετώπιση των σοβαρών ασθενειών, διότι έχουν λιγότερη ψυχολογική δυσκολία, επανέρχονται ταχύτερα στην καθημερινή τους ζωή και έχουν καλύτερη ποιότητα ζωής. Οι επιζώντες της MEΘ, οι οποίοι νιώθουν έντονο άγχος πριν την εισαγωγή τους στην MEΘ, μπορεί να

παρουσιάσουν ψυχολογική δυσφορία ακόμα και μετά από το εξιτήριό τους για μεγάλο χρονικό διάστημα. (Myhren H., at el, 2010)

Επιπλέον παράγοντας αποτελεί η χρήση φυσικών περιορισμών των ασθενών στην ΜΕΘ λόγω των επεισοδίων διέγερσής τους. Μερικοί ασθενείς είναι συγκρατημένοι με σκοπό την αποτροπή απομάκρυνσης συσκευών διατήρησης ζωής(όπως ενδοτραχειακοί σωλήνες) ή για πρόληψη πτώσεων. (Warlan H., at el, 2015)

Η ηλικία καθώς και το φύλο, έχουν αποδειχτεί ότι παίζουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη της PTSD στην ΜΕΘ. Ασθενείς ηλικίας κάτω των 65 ετών καθώς και το γυναικείο φύλο διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για PTSD σε σχέση με τους άντρες ή τους ηλικιωμένους ασθενείς. Παρόλα αυτά, οι παράγοντες που προδιαθέτουν τις γυναίκες σε μεγαλύτερο κίνδυνο για PTSD δεν είναι ακόμα πολύ καλά κατανοητοί. (Hatch R., at el., 2011)

2.4.6 Οξείες ή χρόνιες ασθένειες

Οι οξείες ή οι χρόνιες ασθένειες που απειλούν την ζωή κάθε ασθενούς, δημιουργούν τρομερό άγχος. Αυτές οι εμπειρίες μπορεί να οδηγήσουν σε μακροχρόνια νοσηρότητα στους επιζώντες κρίσιμης ασθένειας, συμπεριλαμβανομένης της κατάθλιψης, του άγχους και άλλων ψυχολογικών διαταραχών.

Έγκαυμα

Έγκαυματα σοβαρού βαθμού έχουν περιγραφεί ως μία εξαιρετικά απειλητική για την ζωή κατάσταση. Η ψυχολογική επίδραση των εγκαυμάτων και των συνεπειών τους, προκαλεί δυσλειτουργία τους ασθενούς . Οι εγκαυματίες εμφανίζουν σε μεγάλο ποσοστό κατάθλιψη, άγχος και παραλήρημα που σχετίζονται με την σωματική εμπειρία του πόνου. Η κοινωνική απόσυρση και η αρνητική εικόνα του σώματος λόγω των ορατών συνεπειών, είναι επιπλέον παράγοντες που αυξάνουν το άγχος. Επιπρόσθετα, οι εγκαυματίες φαίνεται να διατρέχουν μεγάλο κίνδυνο εμφάνισης συμπτωμάτων που σχετίζονται με την PTSD όπως αναβίωση του περιστατικού μέσω αρνητικών αναμνήσεων, αποφυγή υπενθυμίσεων του συμβάντος, επαναλαμβανόμενους εφιάλτες καθώς και διαταραχές ύπνου. (Sadeghi-Bazargani H., at el, 2011)

Επιπλέον παράγοντες που σχετίζονται με την εμφάνιση PTSD στους εγκαυματίες είναι η ηλικία και το φύλο. Η νεαρή ηλικία φαίνεται να σχετίζεται θετικά με την εμφάνιση της PTSD μετά από έγκαυμα, καθώς παίζει σημαντικό ρόλο η εικόνα του σώματος και της φυσικής εμφάνισης μεταξύ των νεότερων ηλικιών. Τέλος, φαίνεται να αναπτύσσεται περισσότερο στον ανδρικό πληθυσμό, λόγω υψηλότερης εμφάνισης κακώσεων στους άνδρες (Matos M., 2014).

Καρκίνος

Ο καρκίνος είναι μία χρόνια απειλητική και στρεσογόνα πάθηση που αναγκάζει τους ανθρώπους να έρχονται αντιμέτωποι με την θνησιμότητά τους. Εξαιτίας της δυναμικής τραυματικής φύσης της διάγνωσης και της θεραπείας του καρκίνου, οι περισσότεροι ασθενείς θα εμφανίσουν συμπτώματα που σχετίζονται με την PTSD. (Cordova MJ., at el., 2017)

Οι ασθενείς με καρκίνο αντιμετωπίζουν πολλαπλούς παράγοντες άγχους, όπως πόνο, κόπωση, σημαντικές μεταβολές στο σώμα και σεξουαλικά προβλήματα. Επιπλέον, το πρώτο έτος μετά την διάγνωση του καρκίνου προκύπτουν έντονες ψυχολογικές και διαπροσωπικές προκλήσεις, οι οποίες επιδεινώνουν τις ψυχικές διαταραχές των ασθενών. (Yang Y., at el, 2016). Τα ψυχολογικά προβλήματα συνδέονται επίσης με τις αλλαγές στους κοινωνικούς ρόλους, την ανάγκη προσαρμογής σε μειωμένη λειτουργική κατάσταση και με τις υπαρξιακές ανησυχίες. (Mehnert A., at el, 2014)

Οι παράγοντες κινδύνου για PTSD που σχετίζονται με τον καρκίνο περιλαμβάνουν την νεαρή ηλικία, προχωρημένη ασθένεια, χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση, οδυνηρή εμπειρία θεραπείας και ιστορικό διαρκείας PTSD ή άλλων ψυχιατρικών καταστάσεων. (Cordova M., at el., 2017)

Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο

Ένα εγκεφαλικό επεισόδιο είναι ένα τραυματικό σωματικό και συναισθηματικό συμβάν και μπορεί να χρειαστεί χρόνος για έναν επιζώντα εγκεφαλικού επεισοδίου να προσαρμοστεί και να αντιμετωπίσει όλες τις αλλαγές που βιώνει. (Chen MH., at el., 2015)

Το εγκεφαλικό επεισόδιο είναι η κύρια αιτία σοβαρής και μακροχρόνιας αναπηρίας καθώς οι ασθενείς αντιμετωπίζουν μια σειρά από συνεχιζόμενα προβλήματα όπως αδυναμία ή παράλυση, προβλήματα ισορροπίας και συντονισμού, προβλήματα λόγου και γλώσσας (π.χ., αφασία), γνωστικά και ψυχολογικά προβλήματα και συναισθηματική αστάθεια. Τα συμπτώματα αυτά λοιπόν, δημιουργούν το αίσθημα της αγωνίας, του φόβου και της κατάθλιψης στους επιζήσαντες του εγκεφαλικού επεισοδίου, ειδικά το έτος που ακολουθεί το επεισόδιο. Έτσι, πέρα από την αντιμετώπιση των χρόνιων πιέσεων που μπορεί να προκύψει από τη συνεχιζόμενη αναπηρία, οι επιζώντες εγκεφαλικού επεισοδίου πρέπει επίσης να συμμορφωθούν με την ξαφνική, απροσδόκητη και απειλητική για τη ζωή φύση του συμβάντος εγκεφαλικού επεισοδίου. (Chen MH., at el., 2015)

Το PTSD δεν είναι απλώς μια διαταραχή των βετεράνων πολέμου και των επιζώντων σεξουαλικής επίθεσης, αλλά επηρεάζει έντονα τους επιζήσαντες του εγκεφαλικού επεισοδίου και άλλων δυνητικά τραυματικών οξέων καρδιαγγειακών επεισοδίων. Σύμφωνα με μια μελέτη με επικεφαλής ερευνητές από το Κολούμπια Πανεπιστημιακό Ιατρικό Κέντρο, ένας στους τέσσερις ανθρώπους που επιβιώνουν από ένα εγκεφαλικό επεισόδιο ή παροδικό ισχαιμικό επεισόδιο (ΤΙΑ) υποφέρουν από συμπτώματα PTSD εντός του πρώτου έτους μετά την επέλευση ενώ ένας στους εννέα πάσχει από χρόνια PTSD που εμφανίζεται μετά την παρέλευση του πρώτου έτους. Edmondson D., at el, 2013)

AIDS(ιός HIV)

Περίπου πάνω από 30 εκατομμύρια άνθρωποι ζουν σήμερα με τον ιό του HIV παγκοσμίως και η συχνότητα των διαταραχών που σχετίζεται με το άγχος, όπως η μετατραυματική διαταραχή άγχους, είναι αυξημένη στους ανθρώπους που ζουν με τον ιό HIV σε σύγκριση με εκείνους που ζουν χωρίς τον ιό. (Neigh Gr., at el., 2016).

Η σχέση μεταξύ του PTSD και του HIV μπορεί να διαμεσολαβείται από διάφορους παράγοντες, όπως η σεξουαλική κακοποίηση κατά την παιδική ηλικία, η κατάχρηση ουσιών και η κατάχρηση αλκοόλ. Όσοι έχουν βιώσει την παιδική σεξουαλική κακοποίηση διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξουν PTSD, ή συμμετοχή σε επόμενες σεξουαλικές συμπεριφορές κινδύνου του ιού HIV και στη μετάδοση του ιού HIV. Παρομοίως, έχει αποδειχθεί ότι οι ασθενείς με PTSD κάνουν λήψη ναρκωτικών

ουσιών, αυξάνουν τον κίνδυνο τόσο για την ανάπτυξη PTSD όσο και σε ένα φάσμα συμπεριφορών κινδύνου HIV, συμπεριλαμβανομένων σεξουαλική επαφή χωρίς προφύλαξη, σεξουαλικές πρακτικές που οδηγούν σε υψηλό κίνδυνο των σεξουαλικά μεταδιδόμενων λοιμώξεων κλπ. Τέλος, φαίνεται ότι οι χρήστε ναρκωτικών και οινόπνευματος που σχετίζονται με την PTSD εμπλέκονται σε μια σειρά από επικίνδυνες συμπεριφορές που μπορεί να μεταδώσουν τον ιό HIV. (El-Bassel N., et al., 2011)

2.5. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ

Τα άτομα που εκτίθενται σε ένα γεγονός που είτε απειλεί με σοβαρό τραυματισμό ή θάνατο, είτε είναι απλά μάρτυρας του γεγονότος, ανταποκρίνονται με διαφορετικούς τρόπους. Οι περισσότεροι θα βιώσουν ελάχιστες (δευτερόλεπτα) έως σύντομες (ώρες) βραχυπρόθεσμες (ημέρες / εβδομάδες) ανωμαλίες, ενώ ένας μικρότερος αριθμός θα υποφέρει από σημαντική ψυχοπαθολογία μακροχρόνια (διάρκεια ζωής) χρονικά πλαίσια. Εν ολίγοις, δεν αναπτύσσουν PTSD όλα τα άτομα που αντιμετωπίζουν δυνητικά καταστροφικά τραύματα. Το ερώτημα γιατί ορισμένα άτομα θα αναπτύξουν PTSD μετά από τραύμα, ενώ άλλα όχι, είναι υψίστης σημασίας. Επειδή η πλειοψηφία όσων βίωσαν την τραυματική εμπειρία δεν θα αναπτύξει το σύνδρομο αυτό, είναι κριτικής σημασίας ώστε να γίνουν κατανοητοί οι παράγοντες οι οποίοι είναι υπεύθυνοι για την εμφάνιση του συνδρόμου, καθώς επίσης και οι παράγοντες ανθεκτικότητας.

Συγκεκριμένα, οι γνωστοί παράγοντες που καθορίζουν την πιθανότητα ένα άτομο να αναπτύξει PTSD είναι

§ Προηγούμενο ιστορικό ψυχικού τραύματος : Η πρόωπη δυσάρεστη εμπειρία, συμπεριλαμβανομένου του προγεννητικού άγχους κατά την διάρκεια της παιδικής ηλικίας, έχει βαθιές και μακροχρόνιες επιδράσεις στην ανάπτυξη νευροβιολογικών συστημάτων. Για παράδειγμα, οι αντιξοότητες της παιδικής ηλικίας, όπως τα παιδιά με ιστορικό κακοποίησης, έχει αποδειχτεί ότι κινδυνεύουν να αναπτύξουν μελλοντική PTSD. (Shansky R., 2015)

- § **Το φύλο:** το γυναικείο φύλο είναι δύο φορές πιθανότερο, να αναπτύξει PTSD από τον ανδρικό πληθυσμό. Ωστόσο οι λόγοι αυτή της απόκλισης δεν έχουν ακόμη διερευνηθεί. Πιθανώς, να οφείλεται σε φυλοειδικό συνδυασμό γενετικών, ορμονικών παραγόντων και σε εμπειρίες ζωής. Επίσης, η αναπαραγωγική κατάσταση και ο κύκλος των ωοθηκών πρέπει να λαμβάνονται υπόψη σε μελέτες που αφορούν τις διαφορές των δύο φύλων όσον αφορά την ευαισθησία στην υγεία και την ασθένεια, στις φαρμακολογικές επιδράσεις και στις συμπεριφορές. (Shansky R., 2015)
- § **Οικογενειακό ιστορικό:** ένα θετικό οικογενειακό ιστορικό ψυχιατρικών διαταραχών είναι συνεπής παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη της PTSD. Έχει διαπιστωθεί ότι άσχημες συμπεριφορές γονικής μέριμνας (γονική ιδιοσυγκρασία) μεσολαβούν στην συσχέτιση μεταξύ της γονικής ψυχοπαθολογίας και της ανάπτυξης της ψυχοπαθολογίας στους απόγονους (Flory et al. 2012).
- § **Η σοβαρότητα του τραύματος:** συνήθως ένα τραυματικό γεγονός χαμηλού επιπέδου άγχους, όπως ένας χωρισμός ίσως να μην οδηγήσει σε ανάπτυξη PTSD , σε αντίθεση με σοβαρά τραυματικά γεγονότα όπως σεξουαλική επίθεση που τείνει να οδηγήσει σε χρόνια στρες. (Sareen J., 2014)
- § **Η έκταση της αντίδρασης στο συμβάν:** η αντίληψη είναι σημαντική και σχετίζεται με την προσωπικότητα του ανθρώπου. Για παράδειγμα, αν το άτομο αντιληφθεί το τραύμα ως σοβαρό, τότε το τραύμα είναι σοβαρό για αυτόν τον άνθρωπο. (Sareen J., 2014)
- § **Η φύση του τραύματος:** Η πιθανότητα για ανάπτυξη PTSD αυξάνεται όταν η τραυματική εμπειρία είναι ξαφνική, απρόσμενη και επαναλαμβανόμενη. Επίσης, σημαντικό ρόλο έχει η πρώιμη έναρξη του τραύματος, καθώς και το εάν το τραύμα είναι πολυδιάστατο (για παράδειγμα, ένας τυφώνας ακολουθείται από πλημμύρες, καταστροφή σπιτιών). (Sareen J., 2014)
- § **Το επίπεδο βοήθειας και υποστήριξης των θυμάτων που λαμβάνουν μετά την εκδήλωση.** (Sareen J., 2014)

2.6 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΟΥ PTSD ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ DSM-5

Το 2013, η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία αναθεώρησε τα διαγνωστικά κριτήρια PTSD στην πέμπτη έκδοση του *Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου Ψυχικών Διαταραχών* (DSM-5). Το PTSD περιλαμβάνεται σε μια νέα κατηγορία στις διαταραχές που σχετίζονται με τον τραυματισμό και τον άγχος DSM-5. Όλες οι συνθήκες που περιλαμβάνονται σε αυτήν την ταξινόμηση απαιτούν την έκθεση ως τραυματικό ή αγχωτικό συμβάν ως διαγνωστικό κριτήριο.

Τα συμπτώματα που απαιτούνται για την διάγνωση της PTSD είναι τα ακόλουθα (Bisson J. At el, 2015) :

1) Συμπτώματα εισβολής

- επαναλαμβανόμενες, ακούσιες και παρεμβατικές θλιβερές μνήμες
- επαναλαμβανόμενα θλιβερά όνειρα
- διασυνδετική αντίδραση (ενέργεια ή αίσθηση σαν να συμβεί επανειλημμένα)
- σημαντικές φυσιολογικές αντιδράσεις στα συναισθήματα

2) Αποφυγή

- αποφυγή ή προσπάθειες αποφυγής δυσάρεστων σκέψεων ή συναισθημάτων που σχετίζονται στενά με το τραύμα
- αποφυγή ή προσπάθειες αποφυγής εξωτερικών υπενθυμίσεων (άνθρωποι, μέρη, αντικείμενα, δραστηριότητες)

3) Αρνητικές μεταβολές στις γνωστικές και ψυχικές διαθέσεις

- αδυναμία
- ανθεκτικές και υπερμεταβολικές αρνητικές πεποιθήσεις ή προσδοκίες για τον εαυτό του ή τους άλλους (για παράδειγμα «είμαι κακός», «ο κόσμος είναι επικίνδυνος»)
- επίμονη, παραμορφωμένη γνώση για την αιτία και τις συνέπειες που οδηγούν στην αυτό-υπαιτιότητα
- αισθητά μειωμένο ενδιαφέρον ή συμμετοχή σε σημαντικές δραστηριότητες

- συναισθήματα απόσπασης
- συνεχιζόμενη ανικανότητα βίωσης θετικών συναισθημάτων

4) Μεταβολές της διέγερσης και της αντιδραστικότητας

- ερεθιστική συμπεριφορά και έντονες εκρήξεις θυμού
- ανυπόφορη ή αυτοκαταστροφική συμπεριφορά
- υπερεπαγρύπνηση
- υπερβολική απόκριση τρόμου
- διαταραχές ύπνου

2.7 ΤΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ PTSD ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ DSM-5

Τα διαγνωστικά κριτήρια για διαταραχή μετατραυματικού στρες στο Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο, Πέμπτη έκδοση (DSM-5) διαφέρει από την προηγούμενη έκδοση. Έχουν πιο σαφή ορισμό του τι περιλαμβάνει ένα τραυματικό γεγονός. Η διαταραχή του μετατραυματικού στρες δεν περιλαμβάνεται πλέον στο κεφάλαιο για τις διαταραχές άγχους, αλλά τώρα βρίσκεται σε ένα νέο κεφάλαιο «Τραύματα και διαταραχές που σχετίζονται με το στρες» (Wallace D., at el., 2015)

Τα κριτήρια των συμπτωμάτων PTSD που αναφέρονται στο DSM-5 είναι τα εξής (Pai A., at el., 2017):

Κριτήριο Α (απαιτείται στο σύνολο του): το άτομο εκτέθηκε σε απειλούμενο θάνατο, σε πραγματικό/απειλούμενο τραυματισμό ή σε πραγματική/απειλούμενη σεξουαλική κακοποίηση με τον εξής τρόπο:

- άμεση έκθεση
- μάρτυρας του τραυματικού γεγονότος
- εκμάθηση ότι κάποιο συγγενικό πρόσωπο εκτέθηκε σε ένα τραύμα
- Έμμεση έκθεση σε αποσπασματικές λεπτομέρειες του τραύματος, συνήθως κατά την άσκηση επαγγελματικών καθηκόντων(πχ ιατροί).

Κριτήριο Β (απαιτείται στο σύνολο του): το τραυματικό συμβάν επαναλαμβάνεται συνεχώς ως:

- εφιάλτες

- ανεπιθύμητες αναστατωτικές μνήμες
- αναδρομές
- συναισθηματική δυσφορία μετά από έκθεση σε τραυματικές υπενθυμίσεις
- φυσική αντιδραστικότητα μετά από έκθεση σε τραυματικές υπενθυμίσεις

Κριτήριο C (απαιτείται στο σύνολο του): αποφυγή ερεθισμάτων που σχετίζονται με το τραυματικό γεγονός, η οποία εκδηλώνεται με τον ακόλουθο τρόπο:

- αποφυγή δυσάρεστων σκέψεων ή συναισθημάτων που σχετίζονται με το τραύμα.
- αποφυγή εξωτερικών ερεθισμάτων που σχετίζονται με το τραυματικό γεγονός.

Κριτήριο D (δύο απαιτούμενα): αρνητικές σκέψεις ή συναισθήματα που ξεκίνησαν ή επιδεινώθηκαν μετά το τραύμα, και εκδηλώνονται με τον εξής τρόπο:

- υπερβολικά αρνητικές σκέψεις και υποθέσεις για τον εαυτό του
- υπερβολική ευθύνη του εαυτού ή άλλων για την πρόκληση τραύματος
- αδυναμία ανάκλησης βασικών χαρακτηριστικών του τραύματος
- αίσθημα απομόνωσης
- αρνητικές σκέψεις για το μέλλον
- μειωμένο ενδιαφέρον για δραστηριότητες
- αρνητική επίδραση

Κριτήριο E (δύο απαιτούμενα): έντονη διέγερση και η αντιδραστικότητα που σχετίζονται με το τραύμα, και ξεκίνησαν ή επιδεινώθηκαν μετά την τραυματική εμπειρία, με τον ακόλουθο τρόπο:

- διαταραχές ύπνου
- κίνδυνος ή καταστροφική συμπεριφορά
- ευερεθιστικότητα ή επιθετικότητα
- δυσκολία συγκέντρωσης
- αυξημένη αντίδραση τρόμου
- υπερεπαγρύπνηση

Κριτήριο F (απαιτείται στο σύνολο του): τα συμπτώματα διαρκούν περισσότερο από έναν μήνα.

Κριτήριο G (απαιτείται στο σύνολο του): τα συμπτώματα δημιουργούν δυσκολία ή λειτουργική βλάβη όπως σε κοινωνικές ή επαγγελματικές συναναστροφές.

Κριτήριο H (απαιτείται στο σύνολο του): τα συμπτώματα δεν οφείλονται σε φάρμακα, χρήση ουσιών ή άλλες ασθένειες.

-Δύο προδιαγραφές:

- I. Διασυνδεδεμένη προδιαγραφή: εκτός από την ικανοποίηση των κριτηρίων διάγνωσης, ένα άτομο αντιμετωπίζει υψηλά επίπεδα οποιουδήποτε από τα ακόλουθα σε αντίδραση σε ερεθίσματα που σχετίζονται με το τραύμα:
 - Αποπροσωποποίηση: εμπειρία να είναι εξωτερικός παρατηρητής ή να απομακρύνεται από τον εαυτό του (πχ το άτομο αισθάνεται να σαν μην συμβαίνει αυτό σε εκείνον).
 - Απελευθέρωση: εμπειρία της μη πραγματικότητας, της απόστασης ή της παραμόρφωσης (πχ το άτομο νιώθει ότι τα πράγματα δεν είναι πραγματικά).
- II. Καθυστερημένη προδιαγραφή: τα πλήρη διαγνωστικά κριτήρια δεν πληρούνται μέχρι τουλάχιστον έξι μήνες μετά το τραυματισμό, παρόλο που η εμφάνιση συμπτωμάτων μπορεί να συμβεί αμέσως.

(PTSD: National Central for PTSD, 2018, U.S. Department of Veterans Affairs)

2.8. ΜΕΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ

Μια πρόκληση για την ταξινόμηση του διαγνωστικού και στατιστικού εγχειριδίου (DSM) ήταν πάντοτε να εξετάσει τις αναπτυξιακές διαφορές στις εκφράσεις διαταραχών σε διαφορετικές ηλικιακές ομάδες. Έρευνες έχουν δείξει ότι άτομα διαφορετικών ηλικιών μπορούν να εκφράσουν κάπως διαφορετικά χαρακτηριστικά των ίδιων κριτηρίων. Επιπλέον, μπορεί να υπάρχουν αρκετές διαφορές στις εκφράσεις ορισμένων διαταραχών για να δικαιολογηθεί ένας υπότυπος σχετικός με την ηλικία της διαταραχής. Αυτό είναι σημαντικό να ληφθεί υπόψη ιδιαίτερα στην

Διαταραχή Μετατραυματικού Άγχους (PTSD) επειδή, παρόλο που τα PTSD έχουν αναφερθεί ευρέως σε παιδιά και εφήβους, τα κριτήρια αναπτύχθηκαν πριν από τη διεξαγωγή σημαντικών μελετών σε μικρά παιδιά. (Scheeringa MS., at el.,2012)

Η πέμπτη έκδοση του DSM (DSM-5) περιλαμβάνει ένα νέο αναπτυξιακό υποτύπο PTSD που ονομάζεται Διαταραχή Μετατραυματικού Άγχους σε παιδιά προσχολικής ηλικίας (παιδιά μέχρι 6 ετών). Ως πρώτος αναπτυξιακός υπότυπος υπάρχουσας διαταραχής, αντιπροσωπεύει ένα σημαντικό βήμα για την ταξινόμηση του DSM. Δεδομένου ότι ένα εναλλακτικό διαγνωστικό σύνολο κριτηρίων προτάθηκε αρχικά από τους Michael Scheeringa και Charles Zeanah , τα κριτήρια έχουν βελτιωθεί εμπειρικά και έχουν εγκριθεί από ειδική ομάδα εμπειρογνομόνων για την ψυχική υγεία των παιδιών στην πρώιμη παιδική ηλικία. . (Scheeringa MS., at el.,2012)

Τα μικρά παιδιά εκτίθενται σε πολλούς τύπους τραυματικών εμπειριών, θέτοντάς τους σε κίνδυνο για PTSD. Αυτά περιλαμβάνουν (Scheeringa M., at el., 2011):

- Κατάχρηση
- Μάρτυρες της διαπροσωπικής βίας
- Κακοποίηση (σωματική ή σεξουαλική)
- Ατυχήματα με αυτοκίνητα
- Εμπειρίες από φυσικές καταστροφές
- Συνθήκες πολέμου
- Εισαγωγικές ιατρικές διαδικασίες
- Φυσικές καταστροφές
- Παραμέληση

Ωστόσο, δεν αναπτύσσουν όλα τα παιδιά μετατραυματική διαταραχή. Παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν την πιθανότητα ενός τραυματικού γεγονότος να αναπτύξουν PTSD είναι η σοβαρότητα και η διάρκεια του τραύματος, προηγούμενο ιστορικό τραύματος, οι ικανότητες αντιμετώπισης του παιδιού και της οικογένειάς του και το ιστορικό ψυχικής υγείας της οικογένειας. (Scheeringa M., at el., 2011)

Η διάγνωση των κριτηρίων για το PTSD στην προσχολική ηλικία διαφέρει από την διάγνωση των μεγαλύτερων από 6 ετών ανθρώπων. Επειδή τα μικρά παιδιά έχουν

αναδυόμενες αφηρημένες ικανότητες γνωστικής και λεκτικής έκφρασης, η έρευνα έχει δείξει ότι τα κριτήρια πρέπει να είναι πιο αγκυροβολημένα από συμπεριφορά και ευαισθητα στην ανάπτυξη για την ανίχνευση της PTSD σε παιδιά προσχολικής ηλικίας. . (Scheeringa MS., at el.,2012)

Τα παιδιά με PTSD εμφανίζουν τρεις κατηγορίες συμπτωμάτων (Scheeringa MS., at el.,2012):

Κατηγορία 1^η Επανάληψη της τραυματικής εμπειρίας: Το παιδί εμφανίζει αναδρομές του γεγονότος σαν παραισθήσεις, έχει εφιάλτες και δεν μπορεί να σταματήσει να σκέφτεται το γεγονός.

Κατηγορία 2^η Αποφυγή: Το παιδί αποφεύγει οποιαδήποτε σκέψη, αντικείμενο ή κατάσταση που σχετίζεται με το τραυματικό γεγονός. Επίσης, μπερδεύει τα συναισθήματά του ή δυσκολεύεται να θυμηθεί τις λεπτομέρειες του γεγονότος.

Κατηγορία 3^η Αυξημένη διέγερση: Το παιδί αισθάνεται συνέχεια τρομοκρατημένο, εμφανίζει υπερβολικό θυμό, δυσκολεύεται στον ύπνο και αντιμετωπίζει δυσκολία συγκέντρωσης στις σχολικές εργασίες και στην καθημερινότητα του.

Η αξιολόγηση για το μετατραυματικό άγχος του παιδιού είναι πολύ σημαντική να γίνεται από τους ειδικούς. Περιλαμβάνει (Verlinden E., at el., 2015):

- την αξιολόγηση των τραυματικών εμπειριών
- αξιολόγηση συμπτωμάτων
- αξιολόγηση των δυνατοτήτων , των πηγών συναισθηματικής υποστήριξης του και ικανότητας ανθεκτικότητα του παιδιού
- διεξαγωγή συνεχόμενων αξιολογήσεων, καθώς τα συμπτώματα αλλάζουν όταν τα παιδιά μεγαλώνουν.

2.9 ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ PTSD

Το PTSD έχει σημαντικές επιπτώσεις στο άτομο και στην κοινωνία. Έχουν αναδυθεί στοιχεία που αποδεικνύουν ότι, μεταξύ των διαταραχών άγχους, η PTSD είναι μία από τις πιο έντονα συνδεδεμένες με αυτοκτονική συμπεριφορά, ακόμα και μετά την προσαρμογή σε άλλες ψυχικές διαταραχές.

Συννοσηρότητα με ψυχικές διαταραχές

Η συννοσηρότητα με ψυχικές διαταραχές είναι κοινή στην PTSD. Τα άτομα με PTSD μπορεί να αναπτύξουν περαιτέρω δευτεροπαθείς ψυχολογικές διαταραχές ως επιλοκές της διαταραχής, όπως διαταραχή πανικού και κατάθλιψη συμπεριλαμβανομένου του κινδύνου αυτοκτονίας. (Post LM., at el.,2016)

Χρήση ναρκωτικών ουσιών και αλκοόλ

Επιπλέον συνέπεια της PTSD είναι η χρήση ναρκωτικών ουσιών. Αν και υπάρχει υψηλός βαθμός συννοσηρότητας μεταξύ διαταραχής μετατραυματικού στρες (PTSD) και διαταραχών χρήσης ναρκωτικών, λίγα είναι γνωστά για τις αιτιώδεις σχέσεις μεταξύ PTSD, έκθεσης σε τραυματικά συμβάντα και διαταραχών χρήσης ναρκωτικών. Ωστόσο, η κατάχρηση ή η εξάρτηση από τα ναρκωτικά σε άτομα με PTSD μπορεί να είναι το αθέλητο αποτέλεσμα των προσπαθειών για τη φαρμακευτική αγωγή των συμπτωμάτων, αν και δεν μπορεί να αποκλειστεί η πιθανότητα κοινής ευπάθειας σε PTSD και διαταραχές χρήσης ναρκωτικών. (Sareen J., 2014)

Το PTSD, επίσης, έχει συσχετιστεί με την ξαφνική κατανάλωση αλκοόλ, η οποία οδηγεί σε παραβατικές συμπεριφορές οδήγησης, ποινικές παραβάσεις, καθώς και κοινωνικά και εργασιακά προβλήματα. (Sareen J., 2014)

Ανάπτυξη της άνοιας

Η μετατραυματική διαταραχή σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο άνοιας, ωστόσο οι μηχανισμοί είναι ελάχιστα κατανοητοί. Η πρόσφατη βιβλιογραφία προτείνει διάφορους πιθανούς μηχανισμούς με τους οποίους οι διαταραχές του ύπνου μπορεί να συνεισφέρουν αυξημένο κίνδυνο άνοιας που παρατηρείται στο PTSD. Τα

προβλήματα ύπνου οδηγούν σε κυτταρική βλάβη στις δομές του εγκεφάλου που είναι κρίσιμες για τη μάθηση και τη μνήμη. Επιπλέον, η έλλειψη ύπνου μπορεί να προκαλέσει τη συσσώρευση επιβλαβών αμυλοειδών πρωτεϊνών. Τέλος, ο ύπνος και η PTSD σχετίζονται με αυξημένη φλεγμονή, η οποία με τη σειρά της συνδέεται με άνοια, πιθανώς μέσω νευρικής τοξικότητας με μεσολάβηση κυτοκίνης και μειωμένης νευρογένεσης. (Mohlenhoff B., at el., 2017)

Επιπλέον, ο κακός ύπνος συνδέεται έντονα με τον κίνδυνο πολλαπλών τύπων άνοιας και η εξασθένηση του ύπνου είναι ένα εξαιρετικά κοινό σύμπτωμα του PTSD. Συνολικά, η βιβλιογραφία δείχνει ότι η σχέση διαταραχών του ύπνου με PTSD είναι αμφίδρομη και αυτή η κατάσταση μπορεί να οδηγήσει τον ασθενή σε κατάσταση άνοιας. Ένας πιθανός μηχανισμός με τον οποίο συμβαίνει αυτό θα μπορούσε να είναι η πρόκληση βλάβης στον ιππόκαμπο. (Koffel E., at el., 2016)

Ο ιππόκαμπος είναι ένας από τους λίγους χώρους στον εγκέφαλο που σχετίζονται με την νευρογένεση των ενηλίκων και είναι ένα βασικό συστατικό του κύκλου της μάθησης, της μνήμης και του φόβου. Η βλάβη στον ιππόκαμπο με οποιοδήποτε μηχανισμό θα μπορούσε να μειώσει το όριο στο οποίο τα γνωστικά ελλείμματα που προέρχονται από οποιοδήποτε μηχανισμό είναι κλινικά σημαντικά. Η χρόνια στέρηση ύπνου μπορεί επίσης να οδηγήσει σε αλλαγές στον ιππόκαμπο. Μελέτες απεικόνισης έχουν βρει μικρότερους όγκους ιππόκαμπου σε τρωκτικά που στερούνται ύπνου και σε ανθρώπους με αϋπνία ή περιβαλλοντικούς περιορισμούς ύπνου. Αν και οι ερευνητές δεν έχουν βρει καμία διαφορά στους όγκους του ιππόκαμπου στο PTSD των ασθενών, αρκετές πρόσφατες αναλύσεις ανέφεραν μειωμένο όγκο ιππόκαμπου. (Mohlenhoff B., at el., 2017)

Παχυσαρκία

Το PTSD έχει εντοπιστεί ως πιθανός παράγοντας κινδύνου για την παχυσαρκία, η οποία οδηγεί σε υψηλά ποσοστά δυσλιπιδαιμίας, διαβήτη, καρδιαγγειακής νόσου και υπέρτασης.

Η φυσική δραστηριότητα και η διατροφή έχουν δείξει αποτελεσματικότητα ως στρατηγικές δευτερογενούς πρόληψης, προωθώντας την απώλεια / συντήρηση του βάρους και τον έλεγχο της γλυκόζης, εξασθενίζοντας τη λειτουργική παρακμή και βελτιώνοντας τα συμπτώματα της κατάστασης και του άγχους. Τα άτομα με PTSD ενδέχεται να είναι λιγότερο πιθανό να ασκηθούν και πιθανότερο να έχουν κακές

διατροφικές συνήθειες εξαιτίας του φόβου για συμπτώματα σωματικής διέγερσης (π.χ. αυξημένος καρδιακός ρυθμός, δυσκολία στην αναπνοή). Τα άτομα με PTSD συμμετέχουν επίσης σε άλλες ανθυγιεινές συμπεριφορές, όπως το κάπνισμα και η χρήση οινοπνεύματος, γεγονός που μπορεί να δυσκολέψει κάποιον με PTSD να ξεκινήσει ένα πρόγραμμα άσκησης ή να καταναλώσει μια ισορροπημένη διατροφή. Η χρήση τροφής για να αντιμετωπιστεί η αρνητική επίδραση και το άγχος μπορεί επίσης να εξηγήσει γιατί η PTSD σχετίζεται με την ανθυγιεινή διατροφή και το υπερβολικό βάρος / παχυσαρκία. Τέλος, η διαταραχή του ύπνου, ένα προεξέχον σύμπτωμα PTSD, αποτελεί εμπόδιο στη σωματική δραστηριότητα και υγιεινή διατροφή. (Hall K., at el., 2015)

Ωστόσο η συχνότητα εμφάνισης της παχυσαρκίας σε άτομα με PTSD, συμπεριλαμβανομένων των βετεράνων του πολέμου, των γυναικών και των παιδιών που εκτίθενται σε τραύμα, δεν οφείλεται αποκλειστικά σε ψυχοτρόπα φάρμακα, αλλά οι πραγματικοί παθοφυσιολογικοί μηχανισμοί δεν έχουν περιγραφεί πλήρως. Επιπλέον, μέχρι σήμερα δεν υπάρχουν μελέτες που να αποδεικνύουν ότι τα παχύσαρκα άτομα έχουν προδιάθεση να αναπτύσσουν PTSD σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό. (Chwastiak L., at el, 2010)

Υπέρταση

Το ψυχολογικό τραύμα και το άγχος, είναι παράγοντες κινδύνου για καρδιαγγειακή νόσο (CVD), με ποσοστά εμφάνισης υψηλότερα στις γυναίκες. (Sumner J.A., at el., 2015)

Έχει αποδειχτεί ότι το PTSD έχει άμεση σχέση με τον κίνδυνο ανάπτυξης υπέρτασης. Η κλινική βιβλιογραφία δείχνει ότι οι παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου και οι καρδιαγγειακές παθήσεις (CVD) είναι πιο συχνές μεταξύ των ατόμων με διαταραχή μετατραυματικού στρες. Η κατάθλιψη ενέχει επίσης κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου και συνυπεύεται συχνά με PTSD. (Burg M.M., at el.,2017)

Ωστόσο, δεν έχει διαπιστωθεί ακόμα από τους ερευνητές εάν η PTSD σχετίζεται με πρόσθετο κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου πέρα από τους κινδύνους που σχετίζονται με την συνυπάρχουσα κατάθλιψη. (Sumner J.A., at el., 2016)

2.10 ΕΠΙΛΟΓΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ PTSD

2.10.1 Ψυχοθεραπείες επικεντρωμένες σε τραύματα για PTSD

Μελέτες έχουν δείξει ότι η ψυχοθεραπεία μπορεί να παράγει πολλά οφέλη σε συμπτώματα PTSD, καθώς και ευημερία, γενική υγεία και λειτουργία. Οι ψυχοθεραπείες επικεντρωμένες σε τραύματα είναι ο πιο συνιστώμενος τύπος θεραπείας, καθώς η θεραπεία επικεντρώνεται στην μνήμη του τραυματικού γεγονότος. Επιπλέον, οι ψυχοθεραπείες που βασίζονται σε τραύματα χρησιμοποιούν διαφορετικές τεχνικές για να βοηθήσουν τον άνθρωπο να επεξεργαστεί την τραυματική του εμπειρία. Για παράδειγμα, μερικοί ψυχοθεραπευτές περιλαμβάνουν την οπτικοποίηση, την ομιλία ή τη σκέψη για την τραυματική μνήμη. Συγκεκριμένα, οι ψυχοθεραπείες που επικεντρώνονται σε τραύματα με τις ισχυρότερες ενδείξεις είναι η Γνωστική Θεραπεία Επεξεργασίας, η Παρατεταμένη Έκθεση και η απευαισθητοποίηση και η επανεπεξεργασία των οφθαλμικών κινήσεων

Η Γνωστική Θεραπεία Επεξεργασίας (Cognitive Processing Therapy)

Είναι μια γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία για διαταραχή μετατραυματικού στρες (PTSD) και συναφή προβλήματα. Οι γενικοί στόχοι της θεραπείας είναι να βελτιώσει τα συμπτώματα PTSD και τα συναφή συμπτώματα όπως κατάθλιψη, άγχος, ενοχή και ντροπή. Στόχος της είναι επίσης να βελτιώσει την καθημερινή ζωή των ασθενών με PTSD. Η θεραπεία αποτελείται από 12 ατομικές συνεδρίες θεραπείας (one-on-one). Κάθε συνεδρία διαρκεί 50-60 λεπτά. Εάν πραγματοποιηθεί σε μια ομάδα, οι 12 συνεδρίες θα διαρκέσουν 90 λεπτά η καθεμία. Σε αυτές τις συνεδρίες, ο ασθενής θα μάθει για τα συμπτώματα του PTSD και τους παράγοντες κινδύνου. Ο θεραπευτής βοηθάει τον ασθενή να προσδιορίσει και να διερευνήσει πώς τα τραύματα άλλαξαν τις σκέψεις και τις πεποιθήσεις του και πώς μερικοί από αυτούς τους τρόπους σκέψης μπορεί να τον κρατήσουν "κολλημένο" στα συμπτώματά του. Επιπλέον, η θεραπεία δεν περιλαμβάνει την επανεξέταση των λεπτομερειών των τραυμάτων. Ωστόσο, ο θεραπευτής ζητάει από τον ασθενή να γράψει για τις εμπειρίες του προκειμένου να καταλάβει πώς έχουν επηρεάσει τις σκέψεις, τα συναισθήματα και τις συμπεριφορές του. (Gallagher MW., at el.,2012)

Η Παρατεταμένη Έκθεση (Prolonged Exposure Therapy)

Είναι ένα πρόγραμμα θεραπείας έκθεσης που περιλαμβάνει τρία βασικά συστατικά:

- Έκθεση in vivo σε υπενθυμίσεις τραυμάτων, που συνήθως ολοκληρώνονται ως αναθέσεις μεταξύ των συνεδριών.
- Φανταστική έκθεση στη μνήμη του τραυματικού συμβάντος, που ολοκληρώθηκε κατά τη διάρκεια και μεταξύ των συνεδριών.
- Επεξεργασία φανταστικής έκθεσης. (Yoder M., at el., 2012)

Η θεραπεία αποτελείται από οκτώ έως 15 μεμονωμένες συνεδρίες 90 λεπτών που εκτελούνται μία ή δύο φορές την εβδομάδα.

Η θεραπεία αρχίζει με τον κλινικό ιατρό να παρέχει μια λογική για τη θεραπεία έκθεσης. Ο θεραπευτής εξηγεί ότι τα συμπτώματα της PTSD διατηρούνται με δύο παράγοντες: αποφυγή σκέψεων και συναισθημάτων που σχετίζονται με το τραύμα και αποφυγή των τραυματισμών. Η θεραπεία μεταβάλλει τις αρνητικές, παραμορφωμένες αντιλήψεις παρέχοντας ευκαιρίες για βιωματική μάθηση (δηλ. Έκθεση) που τις αποδυναμώνει. Επιπλέον, κατά τη διάρκεια της πρώτης συνεδρίασης, οι ασθενείς μαθαίνουν μια διαφραγματική τεχνική αναπνοής που μπορούν να χρησιμοποιήσουν για να μειώσουν την καθημερινή πίεση. (Foa EB, at el., 2018)

Η δεύτερη συνεδρία περιλαμβάνει μια συζήτηση για τις κοινές αντιδράσεις στο τραύμα, που παρέχει στους ασθενείς ένα πλαίσιο για την κατανόηση των συμπτωμάτων τους. Στη συνέχεια, ο κλινικός ιατρός εισάγει in vivo έκθεση, η οποία αναφέρεται στην αντιμετώπιση ανθρώπων και αντικειμένων που υπενθυμίζουν στον ασθενή το τραύμα. Ο κλινικός ιατρός και ο ασθενής συνεργάζονται για την κατασκευή ενός ιεραρχικού καταλόγου ασφαλών ή χαμηλού κινδύνου καταστάσεων που πρέπει να αποφεύγει ο ασθενής. Η in vivo έκθεση εκτελείται κατά στάδια, ξεκινώντας από καταστάσεις που προκαλούν μέτριο άγχος και προοδευτικά προχωρώντας σε πιο δύσκολες καταστάσεις. (Foa EB, at el., 2018)

Στη συνάντηση 3 ο κλινικός ιατρός παρέχει τη λογική της φαντασιακής έκθεσης, η οποία διεξάγεται από την περίοδο 3 μέχρι τη συνεδρία 10. Η φανταστική έκθεση περιλαμβάνει την ερώτηση του ασθενούς να αντιμετωπίσει τη μνήμη του τραύματός του με την επανεξέταση στη φαντασία του και τη λεπτομερή περιγραφή του δυνατά

για περίπου 30-45 λεπτά. Η φανταστική έκθεση ακολουθείται από 15-20 λεπτά «επεξεργασίας», όπου ο κλινικός γιατρός και ο ασθενής συζητούν σκέψεις και συναισθήματα για το τραύμα, με σκοπό ο ασθενής να αναπτύξει μια πιο ρεαλιστική και χρήσιμη προοπτική για το ίδιο το γεγονός και τα συναισθήματά του κατά τη διάρκεια του γεγονότος. Η επεξεργασία της φανταστικής έκθεσης επιτρέπει στους ασθενείς να αρθρώσουν και να ενσωματώσουν νέες πληροφορίες και ιδέες στη μνήμη τους. Οι ασθενείς έχουν την εντολή να ακούν μια ηχητική εγγραφή της φανταστικής έκθεσης κάθε μέρα ως οικιακή εργασία. (Foa EB, et al., 2018)

Οι υπόλοιπες συνεδρίες ακολουθούν μια τυποποιημένη ημερήσια διάταξη που ξεκινάει με την εξέταση της κατ'οίκον εργασίας, ακολουθούμενη από φανταστική έκθεση και επεξεργασία και τελειώνει με την ανάθεση ασκήσεων έκθεσης για την επόμενη εβδομάδα. Η τελική σύνοδος περιλαμβάνει την ανασκόπηση της προόδου, τη συζήτηση των διδαγμάτων και την πρόληψη υποτροπών (McLean et al., 2014)

Η απευαισθητοποίηση και η επανεπεξεργασία των οφθαλμικών κινήσεων (Eye Movement Desensitization Reprocessing)

Το EMDR υποστηρίζει ότι οι δυσλειτουργικές αποθηκευμένες, δηλαδή οι μη επεξεργασμένες, παρελθούσες εμπειρίες όταν «ενεργοποιούνται» προκαλούν στον ασθενή αντιδράσεις (όπως σκέψεις, συναισθήματα ή συμπεριφορές) στο παρόν όπως θα είχε την εποχή του τραύματος. Με μια λέξη, τα οδυνηρά γεγονότα θάβονται, αλλά «θάβονται ζωντανά» και συνεχίζουν να επηρεάζουν τη ζωή του ασθενούς μέχρι να απευθυνθεί στον θεράποντα ιατρό. Στην EMDR, αυτή η απευαισθητοποίηση επιτυγχάνεται μέσω ενός BLS του εγκεφάλου με δύο τρόπους: είτε μέσω οριζόντιων κινήσεων των ματιών (όπως στον ύπνο ταχείας κίνησης των ματιών) είτε εναλλασσόμενης διμερούς ακουστικής ή απτικής διέγερσης. Σε αυτή τη διαδικασία απευαισθητοποίησης, η οδυνηρή μνήμη δεν έχει διαγραφεί, αλλά συνδέεται με προσαρμοστικές πληροφορίες και δεξιότητες που ο ασθενής έχει αναπτύξει με τα χρόνια (ή έχει μάθει ως μέρος της θεραπείας), αλλά δεν έχει ακόμη ενσωματωθεί με τη δυσλειτουργία της αποθηκευμένης μνήμης. Αυτός είναι ο λόγος για τον οποίο κάποιος μπορεί να ξέρει ότι κάτι δεν ήταν δικό του σφάλμα, αλλά αισθάνεται ένοχος. Όταν η σύνδεση πραγματοποιείται μέσω BLS, η διαδικασία φυσικής επούλωσης αναλαμβάνει την επίδραση της επώδυνης και της αρνητικής εμπειρίας και

μετασχηματίζεται από τους προσαρμοστικούς πόρους που είναι αποθηκευμένοι σε άλλα δίκτυα μνήμης. (Karatzias et al., 2011).

Η επεξεργασία μνήμης αρχίζει με τον πελάτη να αναγνωρίζει διάφορες πτυχές της δυσάρεστης μνήμης (δηλαδή, εικόνα, αρνητική γνώση για τον εαυτό, συναισθήματα, σωματική δυσλειτουργία) και στη συνέχεια να εστιάζει σε αυτό ενώ παρακολουθεί το BLS για ένα «σετ» περίπου 30 δευτερολέπτων. Στη συνέχεια, ο πελάτης καλείται να αναφέρει τι έζησε για να παρακολουθήσει την εσωτερική του εμπειρία και να επαναπροσανατολίσει την εστίαση αν χρειαστεί. Η εσωτερική εμπειρία του πελάτη μπορεί να είναι συναισθηματική, γνωστική, σωματική, απεικονιστική ή οποιοσδήποτε συνδυασμός αυτών των τεσσάρων διαστάσεων εμπειρίας. Μπορεί μερικές φορές να συσχετιστεί με άλλες μνήμες. Η διαδικασία αυτή συνεχίζεται έως ότου οι εσωτερικές διαταραχές φτάσουν στο 0 στις κλίμακες υποκειμενικών μονάδων διαταραχής (SUD) (όπου 0 = καμία διαταραχή και 10 = χειρότερη πιθανή διαταραχή) και έως ότου οι προσαρμοστικές και θετικές πεποιθήσεις αξιολογούνται ως έγκυρες στην εγκυρότητα της γνώσης (VOC), (όπου 1 = εντελώς ψευδής και 7 = τελείως αληθής). Αυτές οι δύο αξιολογήσεις αντιστοιχούν σε δύο από τις εργασίες του εγκεφάλου σχετικά με την επώδυνη εμπειρία: εξουδετέρωση των αρνητικών αποτελεσμάτων (απευαισθητοποίηση) και κερδίζοντας νέα μαθήματα (επανεπεξεργασία). Κατά τη διάρκεια της επεξεργασίας, ο θεραπευτής κάνει πολύ λίγες προτάσεις, παρεμβαίνοντας μόνο όταν ο πελάτης δεν φαίνεται να προχωράει, με μια ελαφρά ανακατεύθυνση, μια σύντομη υποστηρικτική πρόταση, ώστε το ίδιο το θεραπευτικό σύστημα του πελάτη να μπορέσει για άλλη μια φορά να αναλάβει. (Karatzias et al., 2011).

Έχει ένα πρωτόκολλο οκτώ φάσεων. Η οκταφασική θεραπεία περιλαμβάνει τη φάση 1 (λήψη ιστορικού), φάση 2 (προετοιμασία, συμπεριλαμβανομένης της διαχείρισης των επιπτώσεων και της ψυχοεκπαίδευσης) και τη φάση 3 (αξιολόγηση των συστατικών της μνήμης που προκαλεί την καταπόνηση, συμπεριλαμβανομένης μιας εικόνας, μιας αυτοαναφερόμενης αρνητικής πίστης που σχετίζεται με τη μνήμη). Οι φάσεις 4 έως 6 περιλαμβάνουν τη χρήση μιας μορφής διμερούς διέγερσης, ενώ η προσοχή του ασθενή κατευθύνεται προς τα συστατικά της φάσης αξιολόγησης. (Karatzias et al., 2011).

Η φάση 7 είναι η φάση κλεισίματος και η φάση 8 είναι η φάση επαναξιολόγησης. Οι στόχοι για την επεξεργασία περιλαμβάνουν το αρχικό ευαισθητοποιητικό συμβάν και τις τρέχουσες εκκινήσεις και τα «πρότυπα» για κατάλληλη μελλοντική λειτουργία. Το διμερές ερέθισμα που χρησιμοποιήθηκε σε αυτή τη δοκιμή ήταν μια τυποποιημένη λυχνία με την επιλογή προστιθέμενου αφύσικου και ακουστικού ερέθισμα (Karatzias et al., 2011).

Πολυάριθμα ερευνητικά άρθρα έχουν αποδείξει την αποτελεσματικότητα του EMDR. Η Αμερικανική Ψυχολογική Εταιρεία, η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία, το Τμήμα Βετεράνων, η Διεθνής Εταιρεία Μελέτης Τραυματικού Άγχους και η Διεθνής Εταιρεία Μελέτης της Απομόνωσης έχουν επίσης αναγνωρίσει την EMDR ως έναν αποτελεσματικό τρόπο θεραπείας για το τραύμα και το μετατραυματικό στρες (PTSD).

Σύντομη Ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία (Brief Psychodynamic Psychotherapy)

Είναι μια τεκμηριωμένη θεραπευτική προσέγγιση που συνδυάζει και ενσωματώνει στοιχεία από την ψυχοδυναμική, τη γνωσιακή συμπεριφορά και την οδηγία για την ψυχοθεραπεία. Η ψυχοεκπαίδευση γίνεται από κοινού με τον ασθενή και τον σύντροφό του, οι οποίοι μοιράζονται την ακρόαση με την εξήγηση των συμπτωμάτων PTSD. Στην BEPP εισήχθησαν διάφορα πρόσθετα εργαλεία για να βοηθήσουν στην έκφραση ισχυρών συναισθημάτων. Ακριβώς όπως μια φωτογραφία ενός αποθανόντος αγαπημένου, ορισμένα αντικείμενα που συνδέονται με το τραύμα μπορούν να βοηθήσουν στην τόνωση των συναισθημάτων. Για παράδειγμα, τα ρούχα που φορούσε ο ασθενής κατά τη διάρκεια του βιασμού ή τα άρθρα εφημερίδων που εξακολουθούν να είναι κρυμμένα σε ένα ντουλάπι μπορεί να είναι πολύ χρήσιμα για την τόνωση των συναισθημάτων που αισθάνονται τώρα για το τραγικό παρελθόν. Οι ασθενείς ενθαρρύνονται να φέρουν αυτά τα αναμνηστικά στις συνεδρίες θεραπείας. Ένα άλλο ισχυρό εργαλείο είναι η εντολή να γράψουμε μια θυμωμένη επιστολή σε κάποιον ή σε έναν οργανισμό που λογικά ή παράλογα κατηγορείται για το τραυματικό περιστατικό. Δεν είναι μια επιστολή που στην πραγματικότητα θα σταλεί στην πραγματικότητα, αλλά για να βοηθήσει να βιώνει και να δέχεται αισθήματα οργής και θυμού που σχετίζονται με το τραύμα. Το γράμμα γράφεται στις ημέρες μεταξύ των συνεδριών και διαβάζεται δυνατά και συζητείται κατά τη διάρκεια των

περιόδων σύνδεσης. Η σύνταξη τέτοιων επιστολών συχνά βοηθά να αισθάνεστε ικανοποιημένοι εκφράζοντας τα δύσκολα συναισθήματα και να είστε σε θέση να το κάνετε. Παρόμοια με το CBT, το γράμμα βοηθά να ξανακερδίσει κάποιον αυτοσεβασμό. Οι άνθρωποι είναι συχνά πολύ θυμωμένοι ότι ήταν ανίσχυροι θύματα των άλλων. Η έκφραση του θυμού τους βοηθά να ξεπεράσουν την επαίσχυντη παθητικότητα τους.

Το τελικό συστατικό που έχει προστεθεί στο BEPP είναι η εφαρμογή ενός αποχαιρετιστηρίου τελετουργικού. Εδώ ελήφθη το σημαντικό έργο του Onno van der Hart (1985). Ο Van der Hart έγραψε τη διατριβή του για αποχαιρετιστήρια τελετουργίες, καθώς χρησιμοποιούνται, για παράδειγμα, στις κηδείες όπου δεν υπάρχει το σώμα του αποθανόντος. Αυτό συμβαίνει, για παράδειγμα, όταν ένας ψαράς πνίγηκε στη θάλασσα κατά τη διάρκεια κακοκαιρίας. Οι κάτοχοι του ψαρά χρησιμοποιούνται αντί του σώματος για να αποχαιρέτησουν τον αποθανόντα. Τα αναμνηστικά είναι ισχυρά για να βοηθήσουν τα ανήλικα μέλη της οικογένειας και τους φίλους να συνειδητοποιήσουν την απώλεια τους και να τονώσουν τα συναισθήματα. Στο BEPP, το αποχαιρετιστήριο τελετουργικό χρησιμοποιείται με τον ίδιο τρόπο. Ένας ασθενής καλείται να συλλάβει ένα σχέδιο για ένα αποχαιρετιστήριο τελετουργικό για να αφήσει το τραυματικό γεγονός πίσω, για να μην ξεχάσει αλλά για να μπορέσει να προχωρήσει στη ζωή. Ένας άνδρας που επέζησε από μια βομβιστική επίθεση στο μετρό του Λονδίνου έκαψε τις φωτογραφίες στις οποίες φωτογραφήθηκε, αφήνοντας τον σταθμό του σωλήνα με άλλους τραυματίες επιζώντες. Η αναμνηστική μνήμη σημαίνει επίσης την αποδοχή κάποιας επιθετικότητας στα στοιχεία που σχετίζονται με το τραύμα. Ο ασθενής συνιστάται να μοιραστεί το αποχαιρετιστήριο τελετουργικό με έναν σύντροφο. Μετά την καύση ή κάποια άλλη μορφή συμβολικής καταστροφής, καθαρισμού ή «αφήγησης», θα πρέπει να υπάρχει και ένα στοιχείο για τον εορτασμό του τερματισμού της θεραπείας. Γνωρίζουμε από τη λογοτεχνία των γεγονότων ότι τα τελετουργικά είναι σημαντικά εργαλεία για να ξεπεραστούν τα συναισθήματα και να συνεχιστεί η ζωή. Εδώ, το αποχαιρετιστήριο τελετουργικό είναι επίσης ένα μεταβατικό τελετουργικό για την επανένωση με τη ζωή και τους αγαπημένους. Για τον θεραπευτή, ένα αποχαιρετιστήριο τελετουργικό έχει έναν πρόσθετο σκοπό. Από την εμπειρία, γνωρίζουμε ότι ο ασθενής έχει συχνά μεγάλη εκτίμηση για τον θεραπευτή που είναι σε θέση να ακούει και να προσφέρει παρηγοριά και υποστήριξη. Αυτό δίνει μια

ισχυρή θετική μεταβίβαση, η οποία δεν σταματά εύκολα από τον θεραπευτή. Λαμβάνοντας αυτό υπόψη, το αποχαιρετιστήριο τελετουργικό είναι ένα χρήσιμο εργαλείο για τον θεραπευτή να τον απελευθερώσει ή από την τάση να συνεχίσει με τη θεραπεία. Ειδικά στο BEPP, ο τομέας της σημασίας φάσης δίνει μεγάλη ελευθερία να καταλήξει σε πολλά σημαντικά θέματα που πρέπει να συζητηθούν με τον ασθενή. Ο περιορισμός του BEPP σε συνεδρίες n16 και το αποχαιρετιστήριο τελετουργικό συμβάλλουν στον περιορισμό των περιττών επεκτάσεων της θεραπείας. (by Berthold P. R. Gersons & Ulrich Schnyder (2013) Learning from traumatic experiences with brief eclectic psychotherapy for PTSD, European Journal of Psychotraumatology)

2.10.2 Φαρμακευτική αγωγή

Η ψυχοθεραπεία με επίκεντρο τον τραύμα είναι η συνιστώμενη θεραπεία πρώτης γραμμής για την PTSD, αλλά η φαρμακοθεραπεία διαδραματίζει σημαντικό ρόλο για τους ασθενείς ως παρέμβαση λόγω της προτίμησης των ασθενών ή και της περιορισμένης διαθεσιμότητας ψυχοθεραπείας. Τα φάρμακα μπορούν να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στη μείωση των συμπτωμάτων του PTSD, γεγονός που μπορεί να βελτιώσει την εμπλοκή των ασθενών στη θεραπεία τους. Η αναγνώριση και η θεραπεία των συννοσηρότερων συνθηκών είναι επίσης καθοριστικής σημασίας για την επιτυχή φαρμακοθεραπεία. Η σωστή επιλογή φαρμάκων εξαρτάται από τη μοναδική κατάσταση και τις προτιμήσεις του ασθενούς. Σε όλες τις περιπτώσεις πρέπει να λαμβάνονται υπόψη οι προτιμήσεις των ασθενών, οι συνυπολογιστικές ιατρικές και ψυχιατρικές συνθήκες, τα αποδεικτικά στοιχεία για τη θεραπεία και τα αποτελέσματα, ώστε να ελαχιστοποιούνται οι παρενέργειες.

Η φαρμακευτική αγωγή μπορεί να χρησιμοποιηθεί όταν (Wallace D., et al., 2015):

- οι ασθενείς είναι απρόθυμοι ή δεν είναι σε θέση να συμμετέχουν στην ψυχοθεραπεία.
- Οι ασθενείς έχουν σοβαρή συνυπάρχουσα κατάσταση ή συναφή συμπτώματα, για παράδειγμα σοβαρή κατάθλιψη.
- Οι περιστάσεις των ασθενών δεν είναι επαρκώς σταθερές για να ξεκινήσουν ψυχοθεραπεία με επίκεντρο το τραύμα, για παράδειγμα όταν υπάρχει υψηλός κίνδυνος αυτοκτονίας.

- Η σοβαρότητα της δυσφορίας του ασθενούς δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί μόνο με ψυχολογικά μέσα
- Υπάρχει ιστορικό θετικής ανταπόκρισης στην φαρμακευτική αγωγή.

Πριν από την έναρξη της θεραπείας με φάρμακα, οι μηχανισμοί στους οποίους βασίζεται το ψυχικό και σωματικό άγχος πρέπει να εξηγούνται στον ασθενή. Συνιστάται να χρησιμοποιούνται φυλλάδια που εξηγούν τα τυπικά χαρακτηριστικά της κατάστασης του ασθενούς, τις επιλογές θεραπείας και τις ανεπιθύμητες ενέργειες του φαρμάκου. Η συμμόρφωση με τη φαρμακευτική αγωγή μπορεί να βελτιωθεί όταν τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα των φαρμάκων εξηγούνται προσεκτικά στον ασθενή, όπως η καθυστερημένη έναρξη του αποτελέσματος ή οι πιθανές παρενέργειες όπως η αρχική αστάθεια που σχετίζεται με τη θεραπεία με SSRI. Ένα αξιοσημείωτο φαινόμενο placebo, η αυθόρμητη ύφεση ή η τάση παλινδρόμησης στο μέσο είναι γνωστές εμπειρίες στη θεραπεία των διαταραχών άγχους. Δεν συνιστάται η χρήση θεραπειών που αποτυγχάνουν να δείξουν υπεροχή έναντι του εικονικού φαρμάκου. Τα εφέ εικονικού φαρμάκου είναι απρόβλεπτα στον ασθενή και μπορεί να εξασθενίσουν με το χρόνο. Επιπλέον, με τη χρήση ακυρωμένων θεραπειών, οι ασθενείς ενδέχεται να στερούνται διαθέσιμων αποτελεσματικών εναλλακτικών επιλογών. Μπορεί να προκύψουν σημαντικές δαπάνες για το γενικό σύστημα υγείας και για την κοινωνία με συνταγή θεραπείας χωρίς ελεγχόμενη απόδειξη αποτελεσματικότητας. (Wallace D., at el.,2015)

Οι άνθρωποι ανταποκρίνονται στο σοβαρό άγχος με πολλούς διαφορετικούς τρόπους. Ο γιατρός μπορεί να συστήσει φάρμακα για εμφανή συμπτώματα. Οι ελεγχόμενες μελέτες δεν έχουν δώσει σαφείς οδηγίες σχετικά με τα φάρμακα που είναι πιο χρήσιμα. Διάφορες κατηγορίες φαρμάκων συνήθως συνταγογραφούνται για τη θεραπεία της PTSD. Τα αντικαταθλιπτικά έχουν χρησιμοποιηθεί περισσότερο και μπορούν να παρέχουν κάποια ανακούφιση. (Wallace D., at el.,2015)

Ορισμένες από τις πιο συχνά χρησιμοποιούμενες κλάσεις φαρμάκων περιγράφονται παρακάτω:

Αντικαταθλιπτικά φάρμακα

Τα αντικαταθλιπτικά θεωρούνται πρώτης γραμμής φάρμακα σε ασθενείς με κατάθλιψη, με PTSD, καθώς και άλλες ψυχικές διαταραχές.

Η διάρκεια της θεραπείας εξαρτάται από την σοβαρότητα της ψυχικής νόσου, καθώς και από το ίδιο το άτομο. Σύμφωνα με το Βασιλικό Κολέγιο Ψυχιατρικής του Ηνωμένου Βασιλείου, έξι στα δέκα άτομα θα βιώσουν σημαντική βελτίωση μετά από 3 μήνες. Τα άτομα που κάνουν χρήση του φαρμάκου πρέπει να συνεχίσουν για τουλάχιστον 6 μήνες από τότε που αρχίζουν να αισθάνονται καλύτερα. Όσοι σταματούν πριν από 8 μήνες χρήσης μπορεί να παρατηρήσουν επιστροφή συμπτωμάτων. Όσοι έχουν υποστεί μία ή περισσότερες υποτροπές πρέπει να συνεχίσουν τη θεραπεία για τουλάχιστον 24 μήνες. Αυτοί που αντιμετωπίζουν τακτικά υποτροπιάζουσες υποτροπές μπορεί να χρειαστεί να χρησιμοποιήσουν το φάρμακο για αρκετά χρόνια. Ωστόσο, μια βιβλιογραφική ανασκόπηση που δημοσιεύθηκε το 2011 διαπίστωσε ότι η μακροχρόνια χρήση αντικαταθλιπτικών μπορεί να επιδεινώσει τα συμπτώματα σε μερικούς ανθρώπους, καθώς μπορεί να οδηγήσει σε βιοχημικές αλλαγές στο σώμα.

Τα αντικαταθλιπτικά μπορούν να χωριστούν στους εξής κύριους τύπους:

A. SSRIs και SNRIs

Οι Εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRIs) και νορεπινεφρίνης (SNRIs) είναι η νέα γενιά αντικαταθλιπτικών φαρμάκων (η εμφάνισή τους έγινε το 1980). Η αποτελεσματικότητα, η ασφάλεια και η καλή ανοχή τα έχουν καταστήσει φάρμακα πρώτης επιλογής μεταξύ των αντικαταθλιπτικών. (Lancaster CL, at el., 2016)

Έχουν ευρεία επίδραση στα συμπτώματα της PTSD, συμπεριλαμβανομένων των βελτιώσεων στα συμπτώματα επανεμφάνισης, αποφυγής, μούδιασμα και υπερδιέγερσης και σχετικές βελτιώσεις ποιότητας ζωής που συνδέονται με τις μειώσεις των συμπτωμάτων. (Lancaster CL, at el., 2016)

Η Σεροτονίνη και η Νορεπινεφρίνη (NE) ανήκουν στην οικογένεια των μονοαμινών και είναι δύο νευροδιαβιβαστές του εγκεφάλου που διαδραματίζουν βασικό ρόλο στη σταθεροποίηση της διάθεσης. (Lancaster CL, at el., 2016)

Οι SSRIs εμποδίζουν την επαναπρόσληψη ή την απορρόφηση της σεροτονίνης στον εγκέφαλο. Αυτό διευκολύνει τα κύτταρα του εγκεφάλου να λαμβάνουν και να στέλνουν μηνύματα, με αποτέλεσμα καλύτερες και πιο σταθερές διαθέσεις. Ονομάζονται "επιλεκτικοί" επειδή φαίνεται ότι επηρεάζουν κυρίως τη σεροτονίνη και όχι τους άλλους νευροδιαβιβαστές. Ενώ τα SNRI αυξάνουν τα επίπεδα σεροτονίνης και νορεπινεφρίνης. (Lancaster CL, at el., 2016)

Παραδείγματα SNRIs αποτελούν ντουλοξετίνη (Cymbalta), βενλαφαξίνη (Efexor) και δεσβενφαξίνη (Pristiq), ενώ για SSRIs είναι η σερτραλίνη (Zoloft), παροξετίνη (Seroxat), φλουοξετίνη (Ladose) (Lancaster CL, at el., 2016)

Η αντικαταθλιπτική δράση εμφανίζεται τουλάχιστον δύο εβδομάδες μετά την έναρξη της θεραπείας και το μέγιστο θεραπευτικό αποτέλεσμα εμφανίζεται ως και δώδεκα εβδομάδες αργότερα (Lancaster CL, at el., 2016)

Ωστόσο, δεν παραλείπονται και οι παρενέργειες που μπορεί να προκύψουν ύστερα από την λήψη των συγκεκριμένων φαρμάκων όπως είναι ξηροστομία, ναυτία και έμετος, γαστρεντερικά προβλήματα, σεξουαλική δυσλειτουργία, υπογλυκαιμία, υπονατριαιμία, απώλεια βάρους, αϋπνία, κεφαλαλγίες και εφιδρώσεις. (Lancaster CL, at el., 2016)

Έχει παρατηρηθεί ότι άτομα που χρησιμοποιούν SSRIs και SNRIs, και ιδιαίτερα εκείνα κάτω από την ηλικία των 18 ετών, είναι πιθανό να εμφανίζουν σκέψεις αυτοκτονικές σκέψεις, ύστερα από την λήψη των αντικαταθλιπτικών. Για αυτό τον λόγο, όλα τα αντικαταθλιπτικά φέρουν μια προειδοποίηση μαύρου κουτιού, όπως απαιτείται από την Υπηρεσία Τροφίμων και Φαρμάκων (FDA). (Lancaster CL, at el., 2016)

B. Τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά

Τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά (TCAs) ονομάζονται έτσι λόγω της χημικής δομής τους (τρεις δακτύλιοι που ενώνονται μεταξύ τους και μία πλάγια

αλυσίδα). Χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία της κατάθλιψης, της ινομυαλγίας, ορισμένων αγχώδων διαταραχών και μπορούν να βοηθήσουν στον έλεγχο του χρόνιου πόνου. Ωστόσο η χρήση τους είναι πλέον περιορισμένη εξαιτίας των πολλαπλών παρενεργειών σε σύγκριση με τα υπόλοιπα αντικαταθλιπτικά φάρμακα. Επίσης, αντενδείκνυται σε ηλικιωμένα και ευπαθή άτομα, καθώς και σε ασθενείς με ιστορικό καρδιακών προβλημάτων. Πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στην δοσολογία, καθώς η υπερβολική δόση μπορεί να οδηγήσει σε θάνατο. (Lancaster CL, at el., 2016)

Στα παραδείγματα περιλαμβάνονται η αμιτριπτυλίνη (Elavil), η αμοξαπίνη-κλομιπραμίνη (Anafranil), η δεσιπραμίνη (Norpramin), η δοξεπίνη (Sinequan), η μιπραμίνη (Tofranil), η νοτριπτυλίνη (Pamelor), η protriptyline (Vivactil) και η τριμιπραμίνη (Surmontil). (Lancaster CL, at el., 2016)

Ανεπιθύμητες ενέργειες περιλαμβάνουν επιληπτικές κρίσεις, αϋπνία, αρρυθμία ή ακανόνιστος καρδιακός παλμός, υπέρταση, εξάνθημα, ναυτία και έμετος, κοιλιακές κράμπες, απώλεια βάρους, δυσκοιλιότητα, κατακράτηση ούρων, αυξημένη πίεση στο μάτι και σεξουαλική δυσλειτουργία. (Lancaster CL, at el., 2016)

Γ. Οι αναστολείς μονοαμινοξειδάσης (MAOI)

Αυτός ο τύπος αντικαταθλιπτικού συνήθως συνταγογραφήθηκε πριν από την εισαγωγή των SSRIs και των SNRIs. Αναστέλλει τη δράση της οξειδάσης μονοαμίνης, ενός ενζύμου του εγκεφάλου. Η οξειδάση της μονοαμίνης βοηθά στη διάσπαση των νευροδιαβιβαστών, όπως η σεροτονίνη. Θεωρητικά, αυτό οδηγεί σε πιο σταθεροποιημένες διαθέσεις και λιγότερο άγχος. (Lancaster CL, at el., 2016)

Οι γιατροί χρησιμοποιούν τώρα τους MAOI, εάν οι SSRIs δεν έχουν λειτουργήσει. Οι MAOI χρησιμοποιούνται γενικά για περιπτώσεις όπου άλλα αντικαταθλιπτικά δεν έχουν λειτουργήσει επειδή οι MAOI αλληλεπιδρούν με διάφορα άλλα φάρμακα και μερικά τρόφιμα. (Lancaster CL, at el., 2016)

Παραδείγματα MAOI περιλαμβάνουν φαινελζίνη (Nardil), τρανικυπρομίνη (Parnate), ισοκαρβοξαζίδιο (Marplan) και σελεγιλίνη (Eldepryl).

Οι ανεπιθύμητες ενέργειες περιλαμβάνουν θολή όραση, εξάνθημα, επιληπτικές κρίσεις, οίδημα, απώλεια βάρους ή αύξηση βάρους, σεξουαλική δυσλειτουργία, αϋπνία και υπνηλία, κεφαλαλγίες, αρρυθμία ή ακανόνιστο καρδιακό ρυθμό, υπέρταση ή υψηλή αρτηριακή πίεση. (Lancaster CL, et al., 2016)

Δ. Σεροτονινεργικά αντικαταθλιπτικά (NaSSA)

Αυτή η κατηγορία αντικαταθλιπτικών χρησιμοποιείται για τη θεραπεία των διαταραχών άγχους, ορισμένων διαταραχών της προσωπικότητας και της κατάθλιψης. (Nordqvist C., 2018, medical news today)

Το μοναδικό μέχρι στιγμής φάρμακο αυτής της κατηγορίας είναι η μιρταζαπίνη (Remeron). Συνδυάζει αντισταμινική, νοραδρενεργική και σεροτονινεργική δράση. Η μορταζαπίνη εκτός από την βελτίωση της ψυχοπαθολογίας, δρα και στα βασικά συμπτώματα της κατάθλιψης και του άγχους, όπως αϋπνία, ανορεξία ή απώλεια βάρους.

Πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες περιλαμβάνουν δυσκοιλιότητα, ξηροστομία, αύξηση βάρους, υπνηλία και καταστολή, θολή όραση, ζάλη. Οι πιο σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες περιλαμβάνουν επιληπτικές κρίσεις, μείωση λευκοκυττάρων, λιποθυμία και αλλεργικές αντιδράσεις. (Nordqvist C., 2018, medical news today)

Αγχολυτικά φάρμακα

Οι βενζοδιαζεπίνες είναι μια οικογένεια φαρμάκων που δουλεύουν καλά στη θεραπεία του άγχους, συμπεριλαμβανομένων των συμπτωμάτων της PTSD.

Τα φάρμακα που περιλαμβάνονται είναι η διαζεπάμη (Stedon), η αλπραζολάμη (Xanax), η κλοναζεπάμη (Clonotril) και η λοραζεπάμη (Tavor).

Αυτά τα φάρμακα φέρνουν γρήγορα την ανακούφιση από τα συμπτώματα άγχους, αλλά υπάρχει η ανησυχία ότι μπορούν να οδηγήσουν σε εξάρτηση από τα ναρκωτικά. Ευτυχώς, τουλάχιστον σε μια μακροπρόθεσμη μελέτη, βετεράνοι με PTSD δεν ανέπτυξαν ασυνήθιστα προβλήματα με τη χρήση βενζοδιαζεπινών. Ως εναλλακτική λύση, οι γιατροί μπορούν να συνταγογραφήσουν το φάρμακο κατά της άγχους buspirone (Bespar). Η μπουσπιρόνη διαρκεί περισσότερο από ό, τι οι βενζοδιαζεπίνες, αλλά μπορεί να είναι πιο ασφαλής για μακροχρόνια χρήση σε

ορισμένους ασθενείς. Επίσης, πρέπει να δίνεται προσοχή σε ασθενείς με ιστορικό καρδιακών προβλημάτων, καθώς η λήψη της μπορεί να οδηγήσει σε καρδιαγγειακή καταστολή. (Harvard Health Publishing, 2012)

Σταθεροποιητές διάθεσης

Αυτά τα φάρμακα χρησιμοποιούνται επίσης για τη θεραπεία προβλημάτων διάθεσης. Μερικές φορές χρησιμοποιούνται μεμονωμένα και μερικές φορές χρησιμοποιούνται σε συνδυασμό με αντικαταθλιπτικά ή αντνεοπλασματικά φάρμακα. Παραδείγματα είναι το βαλπροϊκό οξύ (Depakine) και το λίθιο (Milithin). (Harvard Health Publishing, 2012)

Αδρενεργικοί αναστολείς

Αυτοί εμπίπτουν σε δύο ομάδες, τους α-αδρενεργικούς αγωνιστές, για παράδειγμα κλονιδίνη (Catapresan) και β-αναστολείς όπως προπρανολόλη (Inderal) και μετοπρολόλη (Lopresor). Αυτά τα φάρμακα μεταβάλλουν τα νευρικά μονοπάτια που προκαλούν τα φυσικά συμπτώματα του άγχους, όπως ο τρόμος ή ο γρήγορος καρδιακός παλμός. Αν και θεωρητικά τέτοια φάρμακα μπορεί να εμποδίσουν τα συμπτώματα της PTSD, οι ελεγχόμενες μελέτες δεν έχουν ακόμη αποδείξει ότι είναι αποτελεσματικές στην πρόληψη της διαταραχής. (Harvard Health Publishing, 2012)

Εμπόδια στην αποτελεσματική φαρμακευτική αγωγή για την PTSD

Ωστόσο, είναι ορθό να σημειωθεί ότι υπάρχουν αρκετά κοινά εμπόδια στην αποτελεσματική φαρμακευτική αγωγή για την PTSD όπως,

- Φόβος για πιθανές παρενέργειες φαρμάκων, συμπεριλαμβανομένων των σεξουαλικών παρενεργειών.
- Ψυχολογικό στίγμα ότι η λήψη φαρμακευτικής αγωγής είναι μία αδυναμία.
- Φόβος για την ανάπτυξη εθισμού στα φάρμακα.
- «Αυτό-φαρμακευτική» με αλκοόλ ή φάρμακα μαζί με τα συνταγογραφούμενα φάρμακα.
- Φόβος για μη σωστή τήρηση λήψης φαρμάκων(δοσολογία, ώρα)
- Έλλειψη παρακολούθησης από τον πάροχο υγειονομικής περίθαλψης.

Συγκεκριμένα, τα άτομα που λαμβάνουν θεραπεία πρέπει να βρίσκονται σε συνεχή διάλογο με τον συνταγογραφούμενο γιατρό τους. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες πρέπει να εξετάζονται και να συζητούνται, σταθμίζοντας τους κινδύνους και τα οφέλη της συνεχούς θεραπείας με φάρμακα. Η εκπαίδευση των ασθενών σχετικά με παρενέργειες, τις απαραίτητες δοσολογίες, την διάρκεια της θεραπείας και την προσκόλληση μπορεί να βελτιώσει τα αποτελέσματα των φαρμάκων. Οι απλές παρεμβάσεις όπως η πρόσληψη υποστήριξης της οικογένειας/φροντιστή, μπορούν να προχωρήσουν σε μεγάλο βαθμό στη βελτίωση της προσκόλλησης. (Department of Veterans Affairs, 2017)

2.10.3 Σωματική δραστηριότητα και PTSD

Η σωματική δραστηριότητα έχει αποδειχθεί ότι μειώνει το άγχος και βελτιώνει την συνολική ψυχική υγεία. Παρόλα αυτά είναι λιγότερο γνωστές οι επιδράσεις της στην PTSD. (Holger Cramer, at el, 2018)

Η γιόγκα χρησιμοποιείται όλο και περισσότερο ως θεραπευτική αγωγή και φαίνεται να βελτιώνει τι ψυχιατρικές καταστάσεις όπως και το PTSD. (Holger Cramer, at el, 2018)

Η γιόγκα είναι ένα ολοκληρωμένο σύστημα πρακτικών που ενσωματώνουν φυσικές στάσεις, ασκήσεις αναπνοής και τεχνικές διαλογισμού, οι οποίες έχουν αποδειχθεί ότι σχετίζονται με αλλαγές στην λειτουργία του αυτόνομου νευρικού συστήματος, την μυϊκή δύναμη, την αρτηριακή πίεση, τον καρδιακό ρυθμό, την αναπνοή, την έκκριση κορτιζόλης και γενικότερα όλων των κατεχολαμίνικων ορμονών. Οι φυσικές στάσεις της γιόγκα δίνουν έμφαση στην ευλυγισία και ευκινησία . Επιπλέον, δίνεται προσοχή στις αισθητικές εμπειρίες του ατόμου μέσω της αναπνοής καθώς και στις σωματικές αισθήσεις. Η αυξημένη συνείδηση του σώματος που ενθαρρύνεται από τη γιόγκα μπορεί να βοηθήσει για την αντίληψη των φυσιολογικών πτυχών των σωματικών αισθήσεων (π.χ., η ένταση του σώματος, ο γρήγορος καρδιακός παλμός και η μικρή, ρηχή ανάσα) και να παρέχει πληροφορίες για το εσωτερικό περιβάλλον. Η πτυχή της νοοτροπίας της γιόγκα είναι ότι προάγει τη ρύθμιση των συναισθημάτων απλά και μόνο παρατηρώντας τον φόβο, σε αντίθεση με την αποφυγή του. (Holger Cramer, at el, 2018)

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής (καταχωρήθηκε στο ClinicalTrials.gov), η οποία ξεκίνησε το 2008 μέχρι το 2011, συμμετείχαν 101 γυναίκες, ηλικίας 18-58 ετών που παρουσίαζαν ψυχολογικό τραύμα και συμπτώματα PTSD για τουλάχιστον 3 χρόνια. Οι συμμετέχοντες, ύστερα από αξιολόγηση ότι πάσχουν από PTSD προσφέρθηκαν να παρακολουθήσουν μαθήματα γιόγκα 10 εβδομάδων χωρίς χρέωση. Οι συμμετέχοντες τυχαία ανατέθηκαν σε μια τάξη γιόγκα με θέμα την εκπαίδευση για την υγεία των γυναικών, με κάθε τάξη να διαρκεί 1 ώρα κάθε εβδομάδα για 10 εβδομάδες. Η μελέτη έδειξε ότι ένα εβδομαδιαίο πρόγραμμα γιόγκα σε σύγκριση με την υποστηρικτική θεραπεία μπορεί σημαντικά να επιφέρει μείωση της συμπτωματολογίας του PTSD σε γυναίκες με χρόνιες παθήσεις οι οποίες μέχρι τώρα ήταν ανθεκτικές στη θεραπεία PTSD. (Van Der Kolk BA, et al, 2014)

Ο προσδιορισμός των συμπληρωματικών θεραπειών για το PTSD είναι σημαντικός επειδή πολλά άτομα με χρόνια PTSD, παρουσιάζουν ανοχή στις συνήθεις θεραπείες καθώς επίσης, οι μη συμβατικές θεραπείες PTSD δεν είναι διαθέσιμες σε πολλούς ασθενείς. Οι τρέχουσες θεραπείες για PTSD διαμορφώνονται από τις υπάρχουσες γνωστικές αντιλήψεις και φαρμακολογικά μοντέλα, σε αντίθεση με την σωματική ρύθμιση. Η ευαισθητοποίηση του σώματος έχει αποδειχθεί ότι είναι κύριος παράγοντας για τη ρύθμιση της συνείδησης και των συναισθημάτων. Απώλεια λοιπόν της σωματικής συνειδητοποίησης, πιστεύεται ότι διαδραματίζει ένα σημαντικό ρόλο στην εμμένουσα παθολογία των συμπτωμάτων του PTSD, που έχει αποδειχθεί ότι περιλαμβάνει μεταβολές στη φυσική αυτογνωσία και αλλαγές στις νευρικές δομές που καταγράφουν σωματικές καταστάσεις. (Van Der Kolk BA, et al, 2014)

2.10.4 Εναλλακτικές μορφές θεραπείας

Μουσικοθεραπεία

Η μουσική αναγνωρίζεται όλο και περισσότερο διεθνώς ως μια παρέμβαση που πρέπει να χρησιμοποιείται με τους κλινικούς πληθυσμούς. Στις Ηνωμένες Πολιτείες, η δημιουργία του Εθνικού Συνδέσμου Μουσικοθεραπείας και του Συμβουλίου Πιστοποίησης Μουσικοθεραπευτών οδήγησε στην τυποποίηση και την εμφάνιση διαπιστευμένων προγραμμάτων μουσικοθεραπείας στις αρχές της δεκαετίας του 1950. Η μουσικοθεραπεία διαδίδεται σήμερα σε διάφορες περιοχές, συμπεριλαμβανομένων των νοσοκομείων, των κέντρων νεολαίας, των σχολείων και των φυλακών (American Music Therapy Association, AMTA). Η μουσικοθεραπεία

πρέπει να ασκείται από αναγνωρισμένους μουσικούς θεραπευτές και μπορεί να χρησιμεύσει ως συμπληρωματικό θεραπευτικό πρόγραμμα. Οι πάροχοι ψυχικής υγείας πρέπει να παραπέμπουν τους πελάτες σε μουσικοθεραπευτές εάν θέλουν να ενσωματώσουν τη θεραπεία μουσικής στη θεραπεία. Ο θεραπευτής στη συνέχεια διαμορφώνει ένα θεραπευτικό πρόγραμμα που μπορεί να περιλαμβάνει μουσικό αυτοσχεδιασμό, ασκήσεις ακρόασης, τραγούδι, μουσική, παίζοντας ένα όργανο και μια συζήτηση των συναισθημάτων που μεταφέρονται μέσα από ένα κομμάτι μουσικής που ακούγεται από τον ασθενή. (Landis-Shack N., at el., 2017)

Η μουσικοθεραπεία μπορεί να προσφέρει μια πιο προσιτή και λιγότερο στιγμισμένη θεραπευτική επιλογή για τη θεραπεία μετατραυματικού στρες. Έντονη απόδειξη ότι η μουσικοθεραπεία μειώνει το άγχος κλινικούς πληθυσμούς όπως σε άτομα με κατάθλιψη (Erkkilä J., at el., 2011), σε ασθενείς με Αλτσχάιμερ και υποδηλώνει ότι μπορεί να έχει τη δυνατότητα βελτίωσης κλινικών και λειτουργικών αποτελεσμάτων και ενίσχυσης της ανθεκτικότητας μεταξύ ατόμων που αγωνίζονται με μετατραυματικό στρες. Πράγματι, η μουσική αποδεικνύεται ότι μειώνει τη συναισθηματική δυσφορία, ενθαρρύνει την κοινωνική σύνδεση και βελτίωση της συνολικής ευημερίας. (Landis- Shack N., at el., 2017)

Η ομαδική μουσικοθεραπεία βοηθάει τα άτομα που βιώνουν μετατραυματικό άγχος να συνδεθούν με άλλους και να μειώσουν την αποσύνδεση και την απομόνωση. Μεταξύ των πληθυσμών χαμηλών εισοδημάτων της νεολαίας, όπου τα κοινωνικά ή συναισθηματικά προβλήματα που συνδέονται με το χρόνιο και το τραυματικό άγχος είναι κοινά, η ομαδική παραγωγή μουσικής χρησιμεύει ως μη λεκτική δραστηριότητα που μπορεί να οδηγήσει σε σημαντικές βελτιώσεις στην κοινωνική και συναισθηματική υγεία. Επιπλέον, ασθενείς με PTSD που ολοκλήρωσαν τη μουσικοθεραπεία ανέφεραν περισσότερα συναισθήματα συνδετικότητας και συμπάθειας, σημειώνοντας ότι ένοιωθαν πιο κοντά με τα μέλη της κοινότητάς τους, τα οποία είχαν προηγουμένως αποφύγει. (Landis- Shack N., at el., 2017)

Η μουσικοθεραπεία μπορεί να θεωρηθεί ως επέμβαση ενίσχυσης της ανθεκτικότητας, καθώς μπορεί να βοηθήσει άτομα που έχουν εκτεθεί σε τραύματα να αξιοποιήσουν την ικανότητά τους να ανακτούν στοιχεία της κανονικότητας στη ζωή τους μετά από μεγάλες αντιξοότητες.

Η ανθεκτικότητα σχετίζεται με την μετατραυματική ανάπτυξη (δηλαδή, την εμπειρία της θετικής αλλαγής μετά τη διατήρηση ενός τραυματικού γεγονότος) και καλλιεργείται μέσω διαδικασιών που μειώνουν το στρες και το φόβο, αυξάνουν την αυτοπεποίθηση και ενισχύουν την κοινωνική στήριξη. Οι μηχανισμοί αυτοί αντιμετωπίζονται επίσης από τη μουσικοθεραπεία (Thomas J.L., at el., 2010)

Η μουσική έχει αποδειχθεί ότι μειώνει τα επίπεδα κορτιζόλης και υποκειμενικές αναφορές στρες. (Chanda M.L., at el., 2013)

Τόσο η μουσικοθεραπεία όσο και οι παρεμβάσεις βελτίωσης της ανθεκτικότητας (π.χ. νοημοσύνη, θετική γνωστική επανεκτίμηση, και χρησιμοποιούν τους ίδιους μηχανισμούς για ανάκαμψη, υποδηλώνοντας σημαντικούς δεσμούς μεταξύ θεραπειών που θα μπορούσαν να υποστηρίξουν την αποτελεσματικότητα της μουσικοθεραπείας για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της PTSD. (Landis-Shack N., at el., 2017)

Ψυχοθεραπείες με βάση την χαλάρωση

Οι ψυχοθεραπείες με βάση τη χαλάρωση είναι ένας άλλος τύπος ψυχοθεραπείας για την PTSD. Μία από τις συχνότερα διερευνηθείσες θεραπείες με βάση τη χαλάρωση για PTSD είναι η Κατάρτιση Εμβολιασμού Στρες (SIT). Το μοντέλο θεραπείας βασίζεται στην αντίληψη του Lazarus & Folkman για το άγχος που προκύπτει από τις αντιληπτές απαιτήσεις κατάστασης, οι οποίες υπερτερούν των αντιληπτών πόρων για την κάλυψη των αναγκών. Σε αυτό το μοντέλο, η PTSD και άλλες διαταραχές άγχους διατηρούνται από τις συνεχιζόμενες αντιλήψεις για τις καταστάσεις ζήτησης που αντισταθμίζουν τους διαθέσιμους πόρους αντιμετώπισης. Ο πρωταρχικός στόχος στο SIT είναι να αυξήσει την αίσθηση του ασθενούς για κυριότητα πάνω στο άγχος του και να "εμβολιάσει" τους ασθενείς ενάντια σε μελλοντικά επεισόδια διαχυτικού στρες. Συνεπώς, η θεραπεία επικεντρώνεται κυρίως στην κατάρτιση δεξιοτήτων σε μια τεράστια σειρά στρατηγικών διαχείρισης άγχους, όπως η επανεκπαίδευση της αναπνοής, η χαλάρωση των μυών, η διακοπή της αρνητικής σκέψης και η αναδιάρθρωση / πρόκληση των δυσπροσαρμοστικών γνωστικών προσεγγίσεων. (Lancaster C.L., at el., 2016)

Επίσης, οι δεξιότητες χαλάρωσης εκπαιδεύονται και ασκούνται χρησιμοποιώντας τεχνικές όπως η πρόβα συμπεριφοράς και η απεικόνιση, η μοντελοποίηση και ο

ρόλος των παικτών. Καθώς η θεραπεία εξελίσσεται, ασκούνται στρατηγικές διαχείρισης του άγχους στο πλαίσιο περιστατικών που προκαλούν όλο και περισσότερες προκλήσεις και ανησυχία, συμπεριλαμβανομένων των κλιμακωτών in vivo / situational εκθέσεων. Ο έλεγχος της χρήσης δεξιοτήτων διαχείρισης άγχους σε αγχωτικές καταστάσεις θεωρείται ότι παράγει "εμβολιασμό" ενάντια σε μελλοντικά προβλήματα. Σε κλινικές δοκιμές για θεραπεία PTSD, το SIT ξεπερνά την κατάσταση αναμονής και υποστηρίζει την παροχή συμβουλών. Ωστόσο, τα στοιχεία δείχνουν ότι η PE είναι ανώτερη τόσο από το SIT όσο και από το SIT σε συνδυασμό με την έκθεση. Η μειωμένη αποτελεσματικότητα του PE + SIT σε σύγκριση με το PE θα μπορούσε να οφείλεται στη μειωμένη δοσολογία θεραπευτικής έκθεσης σε φοβισμένες καταστάσεις στη συνδυασμένη θεραπεία ή ίσως να οφείλεται σε φαινόμενο "νεροχύτη κουζίνας" (δηλαδή, γρήγορη εκπαίδευση σε πάρα πολλές στρατηγικές αντί να επικεντρώνεται στην κυριαρχία μίας στρατηγικής). (Lancaster C.L., et al., 2016)

Αρωματοθεραπεία

Αρωματοθεραπεία είναι η χρήση αρωμάτων για τις θεραπευτικές τους ιδιότητες. Η τεκμηριωμένη χρήση αιθέριων ελαίων πηγαίνει πίσω στην αιγυπτιακή εποχή, όπου τα βότανα καίγονται σε πλατείες για να καθαρίζουν τον αέρα. Το αιθέριο έλαιο λεμονιού, για παράδειγμα, μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την ανύψωση της ήπιας κατάθλιψης. Η αρωματοθεραπεία είναι μια φυσική, λιγότερο επεμβατική θεραπεία για χρόνιες ασθένειες. Σε σύγκριση με τα περισσότερα φαρμακευτικά προϊόντα, η αρωματοθεραπεία είναι συνήθως λιγότερο δαπανηρή και πιο προσιτή. Πολλοί άνθρωποι με PTSD βελτιώνονται με την πάροδο του χρόνου, αλλά περίπου 1 στα 3 αντιμετωπίζουν την PTSD ως επαναλαμβανόμενη πρόκληση. Η χρήση αρωματοθεραπείας έχει πολλά πλεονεκτήματα σε αυτές τις περιπτώσεις. Εάν χρησιμοποιούνται σωστά, έχουν ελάχιστες ή και καθόλου ανεπιθύμητες ενέργειες όταν χρησιμοποιούνται με την πάροδο του χρόνου. Η αρωματοθεραπεία είναι επίσης μια υγιεινή εναλλακτική λύση για όσους αντιτίθενται στη μακροχρόνια χρήση συνταγογραφούμενων φαρμάκων και τα αιθέρια έλαια, όταν αραιώνονται και εφαρμόζονται στο δέρμα (ή εισπνεόμενα), μπορούν να απορροφηθούν στην κυκλοφορία του αίματος για σχεδόν άμεσα αποτελέσματα. Τα αιθέρια έλαια αποστάζονται απευθείας από τα φυτά. Ο όρος "βασικό" εφαρμόζεται σε αυτά τα

έλαια επειδή περιέχουν το αρωματικό μέρος του φυτού. Ο εμπειρογνώμονας για την αρωματοθεραπεία, Dorene Petersen, Πρόεδρος του Australasian College of Sciences, δήλωσε ότι το κατάστημα κολλεγίων του μεταφέρει βιολογικά πιστοποιημένα έλαια επειδή "είναι σημαντικό να έχουμε τα διαθέσιμα ελαιοτριβεία υψηλής ποιότητας. Τα αιθέρια έλαια εξάγονται από τα φυτά, τα οποία απορροφούν τις τοξίνες στο περιβάλλον τους. Τα πιστοποιημένα οργανικά αιθέρια έλαια είναι απαλλαγμένα από προσμείξεις και παρασιτοκτόνα. ένα καθαρότερο πετρέλαιο σημαίνει μεγαλύτερα οφέλη για την υγεία ». Όταν αντιμετωπίζουμε χρόνιες προκλήσεις όπως η PTSD, είναι σημαντική μια συνεπής ρουτίνα. Η συνιστώμενη λύση είναι ένας συνδυασμός πρωτοκόλλων ευεξίας όπως η ολιστική διατροφή και η αρωματοθεραπεία. Μια ισορροπημένη διατροφή με φυσικά τρόφιμα είναι το μεγαλύτερο εργαλείο για να διατηρήσουμε υγιείς σωματικές και ψυχολογικές λειτουργίες. Όταν προστίθενται τακτικά στη διατροφή, φυτά αρωματικών φυτών που περιέχουν αιθέρια έλαια θα ενισχύσουν, μεταξύ άλλων, την ανοσία, την κυκλοφορία και το μεταβολισμό. Για παράδειγμα, το χαμομήλι, το οποίο έχει βρεθεί ότι καταπραΰνει τα χαμηλά επίπεδα στρες και κατάθλιψης, μπορεί να γίνει τσάι και το γεράνι, το οποίο συνήθως χρησιμοποιείται για τη σταθεροποίηση των συναισθημάτων, μπορεί να αντικαταστήσει τη βανίλια σε συνταγές ψησίματος. Επιπλέον, τα αδιάλυτα αιθέρια έλαια μπορούν γρήγορα να διαχέονται στον αέρα στο δωμάτιο. Συστήνεται από τους ειδικούς, ο ψεκασμός μερικών σταγόνων στο χώρο του δωματίου ή στο μαξιλάρι, ιδίως πριν τον ύπνο. (Aromatherapy can help ptsd, American college of healthcare, Kate Harmon, 2009)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ (PTSD) ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο. ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ (PTSD) ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Παραδοσιακά η θεραπεία του άγχους πραγματοποιείται από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας μέσα στους οποίους περιλαμβάνονται και νοσηλευτές. Παρόλα αυτά δεν υπάρχει ένα σύνολο κατευθυντήριων γραμμών για τον καθορισμό συγκεκριμένων νοσηλευτικών παρεμβάσεων οι οποίες αποτελούν θεμελιώδες τμήμα της παροχής φροντίδας σε ασθενείς με ψυχικές διαταραχές.

Η προσφορά του νοσηλευτή στη λήψη αποφάσεων μέσω της άμεσης επαφής, της αξιολόγησης και της παρακολούθησης των ασθενών αποτελεί πολύ σημαντικό κομμάτι του ρόλου σε περιπτώσεις ατόμων με μετατραυματική αγχώδη διαταραχή (PTSD).

Ο ρόλος των νοσηλευτών στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης κατά την διάρκεια ή και μετά από ένα τραυματικό γεγονός είναι κάτι περισσότερο από ένα κλινικό ρόλο φροντίδας. Αυτή η κατανόηση θα πρέπει να εφαρμοστεί στην ανάπτυξη εκπαιδευτικών προγραμμάτων, ικανοτήτων και πολιτικών, με ιδιαίτερη έμφαση στην επικέντρωση της εκπαίδευσης πιθανών καταστροφικών σεναρίων που ενσωματώνουν στοιχεία συντονισμού, επίλυσης προβλημάτων και ψυχοκοινωνικής περίθαλψης σε εθνικό πλαίσιο. Επιπλέον, αυτή η εκπαίδευση ευαισθητοποίησης θα πρέπει να χρησιμοποιείται για την ενημέρωση των νοσηλευτών σχετικά με την πραγματικότητα της εργασίας σε περιβάλλοντα καταστροφών. (Ranse J., at el., 2012)

3.1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Το Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτικής (International Council of Nurses – ICN) αποδίδει περιεκτικά στον ορισμό της νοσηλευτικής τον πολυδιάστατο ρόλο του νοσηλευτή. «Η Νοσηλευτική είναι η επιστήμη υγείας η οποία αποτελεί αναπόσπαστο μέρος του συστήματος υγείας. Ενσωματώνει την προαγωγή της υγείας, την πρόληψη της αρρώστιας και τη νοσηλευτική φροντίδα των αρρώστων, των αναπήρων και των ατόμων στο τελικό στάδιο της ζωής τους ως βιοψυχοκοινωνικών ανθρωπίνων υπάρξεων όλων των ηλικιών, σε όλες τις δομές και τα επίπεδα φροντίδας (πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια, τριτοβάθμια φροντίδα, κέντρο υγείας, κοινότητα, σπίτι, χώρος εργασίας, σχολείο). Οι νοσηλευτικές πράξεις και παρεμβάσεις

απευθύνονται στο άτομο, την οικογένεια και το κοινωνικό σύνολο, με έκδηλα ή επικείμενα προβλήματα υγείας. Η νοσηλευτική υπηρεσία εκτείνεται από την προαγωγή και αποκατάσταση της υγείας μέχρι τη νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου και έως τη συμμετοχή σε προγράμματα βελτίωσης της υγείας του πληθυσμού. Επίσης, έχει την πρωταρχική ευθύνη για την ποιότητα της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας στους πολίτες». Η συνηγορία, η προαγωγή ενός ασφαλούς περιβάλλοντος, η έρευνα, η συμμετοχή στη διαμόρφωση πολιτικών υγείας, η διαχείριση συστημάτων υγείας και η εκπαίδευση των ασθενών αποτελούν καίριους ρόλους των νοσηλευτών.

Η φροντίδα Νοσηλευτικής Ψυχικής Υγείας είναι πολυδιάστατη και προσφέρεται με εξειδικευμένες παρεμβάσεις ώστε να καλύψει τις ανάγκες των ασθενών που βιώνουν κάποια ψυχική διαταραχή. Οι κυριότερες παρεμβάσεις είναι :

- Η παροχή νοσηλευτικής φροντίδας με στόχο την γρήγορη ανάρρωση και τον περιορισμό των επιπτώσεων της ψυχικής υγείας.
- Η εκπαίδευση του ασθενούς και της οικογένειας για την διαχείριση των συμπτωμάτων της ψυχικής ασθένειας, καθώς και της λήψης της φαρμακευτικής αγωγής.
- Η εκπαίδευση του ασθενούς και της οικογένειας για την αντιμετώπιση των προβλημάτων που προκύπτουν από την εμφάνιση μιας χρόνιας νόσου, αλλά και να αναπτύξουν εναλλακτικούς τρόπους διαβίωσης με στόχο την αναβάθμιση της ποιότητας ζωής του.
- Η συνεργασία και η οικοδόμηση σχέσεων με τους κοινοτικούς φορείς για την προώθηση των δραστηριοτήτων με στόχο την προαγωγή της ψυχικής υγείας.

3.2 Η ΔΥΝΑΜΙΚΗ ΠΛΕΥΡΑ ΤΗΣ ΣΧΕΣΗΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΜΕ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ.

Το ψυχολογικό τραύμα μπορεί να δυσχεράνει την σχέση νοσηλευτή- ασθενή μέσω διαφόρων παραγόντων. Αυτοί οι παράγοντες περιλαμβάνουν είτε περιπτώσεις όπου οι νοσηλευτές μπορούν να δημιουργήσουν ή να επαναφέρουν κάποιο ψυχολογικό τραύμα, είτε περιπτώσεις όπου ο νοσηλευτής μπορεί άμεσα ή έμμεσα να επηρεαστεί σε αρνητικό βαθμό από τον ασθενή. Έτσι λοιπόν το ψυχολογικό τραύμα και η θεραπεία του αποτελεί μια δυναμική σχέση, η οποία καταλήγει σε αρκετές

περιπτώσεις να ξεπεράσει το απλό μοντέλο σχέσης νοσηλευτή-ασθενή. Με την έννοια δυναμική σχέση εννοείται «η κατάσταση η οποία απαιτεί συνεχώς αναπροσαρμογή της συμπεριφοράς και της προσέγγισης από την πλευρά του νοσηλευτή, ανάλογα με τις ιδιαιτερότητες και τον τρόπο αντίδρασης του ασθενούς». Είναι σημαντικό οι νοσηλευτές να είναι ενήμεροι για τον κίνδυνο ξανατραυματισμένου του ασθενούς και να είναι προσεκτικοί για τυχόν συμπεριφορές που μπορούν να πυροδοτήσουν και να επαναφέρουν τραυματικές εμπειρίες στον ασθενή. (Stokes Y., at el, 2017)

Το ψυχολογικό τραύμα μπορεί να επηρεάσει τους νοσηλευτές και αυτό μπορεί να συμβεί με δύο διαφορετικούς τρόπους: έναν άμεσο τρόπο όπου ο ασθενής μπορεί να πλήξει τον νοσηλευτή μέσω των πράξεων του, και έναν έμμεσο, όπου οι νοσηλευτές επηρεάζονται και βιώνουν ψυχικά τον πόνο του ασθενή, μέσω της ακρόασης των γεγονότων. Όπως χαρακτηριστικά έχουν αναφέρει κάποιοι από τους πλέον έμπειρους νοσηλευτές που έχουν αντιμετωπίσει επί χρόνια περιστατικά ψυχικής υγείας, προσπαθούν να υψώνουν τον δικό τους προστατευτικό τοίχο ώστε να μην αισθάνονται συνδεδεμένοι με τον ασθενή και την οικογένεια του, και με αυτό τον τρόπο νιώθουν λιγότερο ευάλωτοι. Προκειμένου να προστατέψουν τους εαυτούς τους, αναπτύσσουν συγκεκριμένες στρατηγικές προστασίας τις οποίες εφαρμόζουν στην πράξη. Το βασικό “εργαλείο” που χρησιμοποιούν οι νοσηλευτές στην δουλειά τους είναι ο ίδιος ο εαυτός τους, οπότε νιώθουν την ανάγκη να αναπτύξουν στρατηγικές ώστε να προστατέψουν αυτό το “εργαλείο”. Οι στρατηγικές αυτές βασίζονται πρωτίστως στην αναγνώριση από τους ίδιους τους νοσηλευτές των δυνάμεων και των αδυναμιών τους και γενικότερα στην βέλτιστη αντίληψη του εαυτού τους. (Stokes Y., at el, 2017)

3.3 Η ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΜΕΤΑΞΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΗ

Η νοσηλευτική ως επιστήμη της υγειονομικής περίθαλψης εστιάζεται στην εξυπηρέτηση των αναγκών του ανθρώπου. Η πρακτική της απαιτεί όχι μόνο επιστημονικές γνώσεις, αλλά και διαπροσωπικές, πνευματικές και τεχνικές ικανότητες και δεξιότητες. Αυτό σημαίνει μια σύνθεση της γνώσης, της κλινικής εργασίας και της διαπροσωπικής επικοινωνίας. Η επικοινωνία αποτελεί ζωτικό στοιχείο της νοσηλευτικής σε όλους τους τομείς δραστηριότητας και σε όλες τις

παρεμβάσεις της όπως στην πρόληψη, στην θεραπεία, στην αποκατάσταση, στην εκπαίδευση και στην προαγωγή της υγείας. (Kourkouta L., at el.,2014)

Ως επικοινωνία ορίζεται η «ανταλλαγή πληροφοριών, σκέψεων και συναισθημάτων μεταξύ των ανθρώπων που χρησιμοποιούν ομιλία ή άλλα μέσα». Πρόκειται για μια αμφίδρομη διαδικασία. Ο ασθενής μεταφέρει τους φόβους, τις ανησυχίες και τις απορίες του στον νοσηλευτή. Ο νοσηλευτής παράλληλα λαμβάνει τις πληροφορίες και με τη σειρά του μεταδίδει άλλες πληροφορίες στον ασθενή ως προς τη φύση της νόσου, τη θεραπεία και το σχέδιο αποκατάστασης για την προαγωγή της υγείας. (Kourkouta L., at el.,2014)

Η επικοινωνία έχει κεντρική θέση στην ζωή του ανθρώπου και πρέπει να λαμβάνεται υπόψη σε όλα τα θέματα υγείας και κυρίως της ψυχικής υγείας. (Kourkouta L., at el.,2014)

3.3.1 Τα χαρακτηριστικά της θεραπευτικής επικοινωνίας

Η Hildegard Peplau, μία από τους κορυφαίους νοσηλευτές και θεωρητικούς του κόσμου, γνωστή ως «νοσοκόμα του αιώνα», περιέγραψε πρώτη την σχέση του νοσηλευτή με τον ασθενή το 1952. (Popa-Velea O., at el.,2014)

Η έννοια της θεραπευτικής επικοινωνίας αναφέρεται στην διαδικασία κατά την οποία ο νοσηλευτής επηρεάζει συνειδητά έναν ασθενή ή τον βοηθά στην καλύτερη κατανόηση μέσω λεκτικής ή μη λεκτικής επικοινωνίας. Η θεραπευτική επικοινωνία περιλαμβάνει την χρήση συγκεκριμένων στρατηγικών που ενθαρρύνουν τον ασθενή να εκφράζει συναισθήματα και ιδέες, και που μεταδίδουν την αποδοχή και τον σεβασμό. Η επικοινωνία είναι το μέσο που ξεκινά, επεξεργάζεται και τελειώνει τη σχέση του νοσηλευτή με τον ασθενή.

Θεραπευτική σχέση νοσηλευτή-ασθενούς

Σύμφωνα με την θεραπεία της Peplau, η νοσηλευτική ορίζεται ως «μία θεραπευτική διαδικασία μεταξύ του νοσηλευτή και των ασθενών». Η Peplau υποστήριξε ότι οι σχέσεις μεταξύ νοσηλευτή και ασθενή πρέπει να περάσουν από τέσσερις φάσεις για να είναι επιτυχείς. (Hagerty T.A., at el., 2017)

Οι τέσσερις φάσεις της θεραπευτικής σχέσης είναι οι εξής:

1. Ο πρώτος ρόλος κατά τη διάρκεια της *φάσης προσανατολισμού* είναι αυτός του «ξένου». Αρχικά, οι νοσηλευτές πρέπει να χαιρετήσουν τους ασθενείς με σεβασμό και θετικό ενδιαφέρον όπως αρμόζει να γίνεται στην πρώτη συνάντηση με έναν άνθρωπο. Οι ασθενείς και ο νοσηλευτής περνούν γρήγορα σε αυτή τη φάση και ο νοσηλευτής πρέπει να συνεχίσει να εμφανίζει ευγένεια και σεβασμό σε όλες τις τρεις φάσεις. Οι ασθενείς συνειδητοποιούν ότι χρειάζονται βοήθεια και προσπαθούν να προσαρμοστούν στις τρέχουσες (και συχνά νέες) εμπειρίες τους.
2. Η επόμενη φάση είναι η *φάση εργασίας* κατά την οποία ο νοσηλευτής αξιολογεί τους ασθενείς κατά τη διάρκεια της διδασκαλίας και όταν συμβάλλουν στο θεραπευτικό σχέδιο περίθαλψης. Ο ρόλος του νοσηλευτή γίνεται πιο οικείος στους ασθενείς, οι οποίοι αρχίζουν να δέχονται τον νοσηλευτή ως εκπαιδευτή υγείας και σύμβουλο. Επίσης, ο νοσηλευτής ασκεί «ακουστική ακρόαση» για να διευκολύνει την αυξημένη ευαισθητοποίηση των ασθενών σχετικά με τα συναισθήματά τους.
3. Στην *φάση εκμετάλλευσης*, ο ασθενής χρησιμοποιεί όλες τις υπηρεσίες υγείας που του προσφέρονται για να αντιμετωπίσει το πρόβλημα που βιώνει.
4. Η τελική φάση είναι η *φάση τερματισμού*, η οποία συνηθέστερα θεωρείται ως σχεδιασμός απαλλαγής. Ο ασθενής δεν χρειάζεται πια τις επαγγελματικές υπηρεσίες, παύει να είναι ένα εξαρτώμενο άτομο και αισθάνεται δυνατός και αυτόνομος. Οι νοσηλευτές διδάσκουν στους ασθενείς τη διαχείριση των συμπτωμάτων και την ανάρρωση στο σπίτι, και σηματοδοτείται το τέλος της θεραπευτικής σχέσης μεταξύ νοσηλευτή και ασθενούς.

Θεραπευτική Επικοινωνία και Δεξιότητες Νοσηλευτή

Ο νοσηλευτής θα πρέπει να γνωρίζει το ρόλο του στη θεραπευτική σχέση που αναπτύσσει με τον ασθενή με αγχώδεις διαταραχές. Οι πρωτογενείς ρόλοι του νοσηλευτή είναι οι εξής, σύμφωνα με την Peplau (Hagerty T., at el, 2017):

Ο ξένος : ο νοσηλευτής προσφέρει την ίδια θετική αποδοχή, τον σεβασμό και το θετικό ενδιαφέρον που θα προσέφερε σε οποιονδήποτε άλλο άνθρωπο που συναντάει για πρώτη φορά.

Το άτομο με τους πόρους: ο νοσηλευτής προσπαθεί να δώσει απαντήσεις στα ερωτήματα των ασθενών σχετικά με την πορεία της νόσου και την θεραπεία.

Ο δάσκαλος: ο νοσηλευτής επιχειρεί να ενημερώσει και να εκπαιδεύσει τον ασθενή για την διαταραχή του και θεραπεία που πρόκειται να ακολουθήσει.

Ο ηγέτης: ο νοσηλευτής προσφέρει στον ασθενή την κατάλληλη κατεύθυνση μέσω της συνεργασίας και προσπαθεί να εκπληρώσει τις ανάγκες του ασθενή.

Ο αναπληρωτής: ο νοσηλευτής βοηθάει τον ασθενή να εντοπίσει ομοιότητες και διαφορές μεταξύ τους, γεγονός που βοηθάει στην στον προσδιορισμό της εξάρτησης ή της ανεξαρτησίας του ασθενή.

Ο σύμβουλος : ο νοσηλευτής συμβουλεύει τον ασθενή πριν την έναρξη αλλά και καθ'όλη την διάρκεια της θεραπείας του για πιθανόν επιπλοκές ή για προβλήματα που αντιμετωπίζει ο ασθενής.

Με βάση τα ανωτέρω αναφερόμενα χαρακτηριστικά, για να επιτευχθεί μία θεραπευτική επικοινωνία πρέπει ο νοσηλευτής να κατέχει ορισμένες δεξιότητες (Fong Ha G., at el, 2010).

Ενσυναίσθηση

Η ενσυναίσθηση ορίζεται ως «η ικανότητα κατανόησης των συναισθημάτων των ανθρώπων, η οποία περιλαμβάνει τη συναισθηματική, γνωστική, επικοινωνιακή και ηθική διάσταση». (Kahriman I., at el., 2016)

Είναι ένας κεντρικός παράγοντας σε μια θεραπευτική σχέση, καθώς δίνει τη δυνατότητα στον νοσηλευτή να παραμείνει αντικειμενικός, ενώ ταυτόχρονα ακούει ενεργά την ανησυχία του ασθενούς και παρέχει μια εμφατική ανταπόκριση στον ασθενή. Η ενσυναίσθηση επιτρέπει στον νοσηλευτή να συμμετέχει στον κόσμο του ασθενούς, τον βοηθά στη διαδικασία φροντίδας και διευκολύνει τον ασθενή να γνωστοποιήσει την ψυχική του κατάσταση. Επίσης, η ενσυναίσθηση έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση της ικανοποίησης των ασθενών και τη μείωση των επιπέδων άγχους, ενώ παράλληλα χρησιμεύει και ως αποκατάσταση σε πιθανά ψυχολογικά και υγειονομικά προβλήματα που υπάρχουν μεταξύ των νοσηλευτών. (Kahriman I., at el., 2016)

Κατάλληλη γνώση

Η κατάλληλη γνώση και η ικανότητα αναγνώρισης των συναισθημάτων θεωρούνται κρίσιμες πτυχές της σχέσης μεταξύ νοσηλευτή και ασθενή. Ο νοσηλευτής πρέπει να παρέχει στους ασθενείς στρατηγικές ώστε να μπορούν να εντοπίζουν, να κατανοούν και να διαχειρίζονται τα συναισθήματά τους. (Salzmann-Erikson M., at el., 2017)

Εμπιστοσύνη

Η δημιουργία εμπιστοσύνης χρησιμεύει ως θεμέλιο της διαπροσωπικής σχέσης μεταξύ νοσηλευτή και ασθενή και είναι ζωτικής σημασίας καθώς μειώνει το άγχος του ασθενούς και του επιτρέπει να αποκτήσει ένα αίσθημα ελέγχου. Χωρίς εμπιστοσύνη δεν είναι δυνατόν να ικανοποιηθούν οι ανάγκες των ασθενών. Η εμπιστοσύνη αναπτύσσεται όταν ο ασθενής είναι σίγουρος στον νοσηλευτή και όταν η παρουσία του μεταφέρει ακεραιότητα και αξιοπιστία. Επιπλέον, η εμπιστοσύνη αναπτύσσεται όταν ο ασθενής πιστεύει ότι ο νοσηλευτής θα είναι συνεπής με τα λόγια και τις ενέργειές του και μπορεί να επικαλεστεί για να κάνει ό, τι λέει. Ορισμένες συμπεριφορές που ο νοσηλευτής μπορεί να παρουσιάσει για να βοηθήσει στην οικοδόμηση της εμπιστοσύνης του ασθενή συμπεριλαμβάνει τη φροντίδα, το ενδιαφέρον, την κατανόηση, τη συνέπεια, την ειλικρίνεια, την τήρηση υποσχέσεων και την ακρόαση του πελάτη. Μια φροντίδα θεραπευτικής σχέσης του νοσηλευτή-ασθενή καθιστά δυνατή την ανάπτυξη εμπιστοσύνης ώστε ο ασθενής να μπορεί να δεχτεί την βοήθεια που του προσφέρεται. Η εμπιστοσύνη διαβρώνεται όταν ένας πελάτης βλέπει ασυνέπεια μεταξύ των πράξεων και των υποσχέσεων του νοσηλευτή. Οι ασυνεπείς ή ασυμβίβαστες συμπεριφορές περιλαμβάνουν τη λήψη προφορικών δεσμεύσεων και τη μη τήρηση αυτών. (Salzmann-Erikson M., et al., 2017)

Από την άλλη μεριά, και οι ίδιοι οι νοσηλευτές αντιμετωπίζουν προβλήματα για την ανάπτυξη της εμπιστοσύνης. Η συνεργασία με ασθενείς με ψυχιατρικά προβλήματα, οι οποίοι αντιμετωπίζουν μερικά από τα συμπτώματα της διαταραχής, όπως η παράνοια, η χαμηλή αυτοεκτίμηση και άγχος, μπορεί να κάνουν δύσκολη την εμπιστοσύνη. Για παράδειγμα, ένας πελάτης με κατάθλιψη έχει λίγη ψυχική ενέργεια για να ακούσει ή να κατανοήσει τι λέει ο νοσηλευτής. Ομοίως, ένας πελάτης με διαταραχή πανικού μπορεί να είναι πολύ ανήσυχος ώστε να μην μπορεί να επικεντρωθεί στην επικοινωνία με τον νοσηλευτή. Παρόλο που οι ασθενείς με ψυχικές διαταραχές συχνά δίνουν ασυμβίβαστα μηνύματα εξαιτίας της ασθένειάς τους, ο νοσηλευτής πρέπει να συνεχίσει να παρέχει συνεπή και συναφή μηνύματα, για να διατηρήσει αυτή την θεραπευτική σχέση μεταξύ τους. (Salzmann-Erikson M., et al., 2017)

Θετική άποψη

Ο νοσηλευτής που εκτιμά τον ασθενή ως έναν μοναδικό άνθρωπο, μπορεί να τον σεβαστεί ανεξάρτητα από τη συμπεριφορά, το υπόβαθρο ή τον τρόπο ζωής του. Αυτή η άνευ όρων αμετακίνητη στάση είναι γνωστή ως «θετική άποψη» και συνεπάγεται με τον σεβασμό. Η κλήση του ασθενή με το όνομά του, η ξόδευση του χρόνου μαζί του, η ανοιχτή ακρόαση και απάντηση είναι μέτρα με τα οποία ο νοσηλευτής εκτελεί σεβασμό και θετική στάση στον ασθενή του.

Επιπλέον, ο νοσηλευτής εκφράζει θετική στάση λαμβάνοντας υπόψη τις ιδέες και τις προτιμήσεις του ασθενή κατά τον προγραμματισμό περίθαλψης. Με τον τρόπο αυτό, πιστεύει ότι ο ασθενής έχει τη δυνατότητα να κάνει θετικές και ουσιαστικές συνεισφορές στο δικό του σχέδιο περίθαλψης. Ο νοσηλευτής χρησιμοποιεί τεχνικές μη λεκτικής και λεκτικής επικοινωνίας για να κάνει τον ασθενή ενήμερο ότι λαμβάνει αυτή την προσοχή. Οι μη λεκτικές τεχνικές που δημιουργούν μια ατμόσφαιρα παρουσίας περιλαμβάνουν κλίση προς τον ασθενή, διατήρηση επαφής με τα μάτια, χαλάρωση, κατοχή βραχιόνων στα πλάγια, και ενδιαφέρουσα αλλά ουδέτερη στάση. Η προφορική παρακολούθηση σημαίνει ότι ο νοσηλευτής αποφεύγει να κοινοποιεί εκτιμήσεις αξίας σχετικά με τη συμπεριφορά του ασθενούς. Για παράδειγμα, αν σε μία συζήτηση μεταξύ τους, ο ασθενής πει, «ήμουν τόσο τρελός, φώναζα και ούρλιαζα στη μητέρα μου για μια ώρα». Ο νοσηλευτής πρέπει να προσέξει πώς θα απαντήσει. Αν ο νοσηλευτής απαντήσει «ήταν πολύ λάθος αυτό, πώς το κάνατε?» δείχνει ότι ο ασθενής ήταν " λάθος " ή " κακός ". Μια καλύτερη απάντηση θα ήταν " Τι συνέβη τότε; ή Πρέπει να έχετε πραγματικά αναστατωθεί ". Ο νοσηλευτής λοιπόν πρέπει να διατηρεί προσοχή στον πελάτη και να αποφεύγει την επικοινωνία αρνητικών απόψεων ή εκτιμήσεων σχετικά με τη συμπεριφορά του. (Sheila L, 2013)

Ενεργητική ακρόαση

Η ενεργητική ακρόαση αποτελεί βασικό παράγοντα για την ανάπτυξη της θεραπευτικής επικοινωνίας μεταξύ νοσηλευτή και ασθενή. Ο νοσηλευτής ως ακροατής πρέπει να διατηρεί την βλεμματική επαφή, ώστε ο ασθενής να αντιλαμβάνεται ότι διατηρεί την προσοχή του. Είναι σημαντικό να μην διακόπτεται η συζήτηση και ο ασθενής να εκφράζει απερίσπαστα τους προβληματισμούς και τα θέματα που τον απασχολούν. Ταυτόχρονα ο νοσηλευτής πρέπει να παρατηρεί τόσο τα σωματικά όσο και τα ψυχικά σημάδια. Επιπλέον, είναι σκόπιμο ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας να επαναλαμβάνει τα λεγόμενα του ασθενή, καθώς αυτό μπορεί να

λειτουργήσει καθησυχαστικά για τον ασθενή. Τόσο ο ασθενής όσο και ο νοσηλευτής θα πρέπει κατά την διάρκεια της θεραπευτικής αυτής επαφής να ενσωματώνουν σκέψεις και εμπειρίες των διαπροσωπικών σχέσεων. Σε αυτή την περίπτωση όμως, θα πρέπει ο νοσηλευτής να είναι απαλλαγμένος από προκαταλήψεις οι οποίες μπορεί να επικαλύψουν ή και να διαστρεβλώσουν την αντικειμενικότητα που οφείλει να έχει η σχέση νοσηλευτή και ασθενή. Τέλος, η ενεργητική ακρόαση δημιουργεί κλίμα επούλωσης των ψυχικών διαταραχών, ενώ παράλληλα μειώνει το άγχος, καθώς ο ασθενής εκφράζει τα συναισθήματα που βιώνει. Έτσι, επιτρέπει στον νοσηλευτή να σχεδιάσει μαζί με τον ασθενή του, το πλάνο φροντίδας του και να θέσουν ρεαλιστικούς στόχους. (Jahromi V.K., at el.,2016)

3.4 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΑΡΧΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ PTSD (SCREENING)

Η αξιολόγηση των ασθενών είναι η διαδικασία με την οποία εξετάζονται οι άνθρωποι για την ύπαρξη ή μη κάποιας διαταραχής. Η εξέταση δεν προορίζεται για να αντικαταστήσει τις διαγνώσεις του θεράποντα ιατρού, αλλά για να χρησιμοποιηθεί ως εργαλείο για να καθοριστεί η περαιτέρω αξιολόγηση από τον θεράποντα, εάν απαιτείται. Επομένως, πολύ σημαντική θεωρείται ότι είναι η συμβολή του νοσηλευτή στην αρχική αξιολόγηση των ασθενών σε χώρους πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης όπου υπάρχει μεγάλη πιθανότητα εμφάνισης PTSD. Για παράδειγμα, σε μονάδες εντατικής θεραπείας, σε στρατιωτικά νοσοκομεία κλπ. (Jang Y., at el, 2016)

Για το σκοπό αυτό έχουν αναπτυχθεί μία σειρά από κλινικά εργαλεία τα οποία και θα αναφερθούν στη συνέχεια.

3.4.1 Κλινικά εργαλεία για τη διάγνωση και αξιολόγηση της PTSD

A. Primary Care PTSD Screen for DSM-5 (PC-PTSD-5)

Η αρχική αξιολόγηση για την PTSD σε περιβάλλον πρωτοβάθμιας περίθαλψης για το DSM-5 (PC-PTSD-5) περιλαμβάνει 5 βασικά σημεία. (Prins A., at el., 2016)

Συγκεκριμένα, η αξιολόγηση ξεκινά με ένα ερώτημα - στοιχείο που έχει σχεδιαστεί για να εκτιμήσει εάν ο ερωτώμενος είχε οποιαδήποτε έκθεση σε κάποιο τραυματικό γεγονός. Εάν ένας ερωτώμενος αρνείται την έκθεση, ο έλεγχος PC-PTSD-5 ολοκληρώνεται με βαθμολογία 0 και η αξιολόγηση σταματά εδώ. (Prins A., at el., 2016)

Ωστόσο, εάν απαντήσει θετικά και υποδεικνύει ένα ιστορικό τραύματος κατά τη διάρκεια της ζωής του – τότε η διαδικασία προχωρά με πέντε επιπρόσθετες ερωτήσεις οι οποίες απαντώνται με ναι ή όχι και αφορούν στον τρόπο με τον οποίο έχει επηρεαστεί από αυτό το τραύμα τους τελευταίους μήνες. (Prins A., at el., 2016)

Στην περίπτωση κατά την οποία ο ερωτώμενος απαντήσει "ναι" σε 3 από τις 5 ερωτήσεις σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο τα τραυματικά συμβάντα τον επηρέασαν τον τελευταίο μήνα, η αξιολόγηση είναι θετική και σημαίνει πιθανή ανάπτυξη - εμφάνιση PTSD. (Prins A., at el., 2016)

Τα άτομα που παρουσιάζονται θετικά, θα πρέπει να εξετάζονται με πλήρη αξιολόγηση για τα κριτήρια της διάγνωσης PTSD, η οποία περιλαμβάνει μεγαλύτερη κλίμακα ανίχνευσης της PTSD (Richardson L., at el, 2010)

Τα βήματα – ερωτήματα σε περιβάλλον πρωτοβάθμιας περίθαλψης για το DSM-5 (PC-PTSD-5) αναφέρονται στον Πίνακα που ακολουθεί (Prins A., at el., 2016).

Η αξιολόγηση PTSD πρωτοβάθμιας περίθαλψης για το DSM-5 (PC-PTSD-5)

Μερικές φορές πράγματα συμβαίνουν σε ανθρώπους που είναι ασυνήθιστα ή ιδιαίτερα τρομοκρατικά, φρικτά ή τραυματικά. Για παράδειγμα:

- σοβαρό ατύχημα ή πυρκαγιά
- σεξουαλική επίθεση
- σεισμός ή πλημμύρα
- πόλεμος
- μάρτυρας κάποιου θανάτου ή τραυματισμού

Έχετε βιώσει κάποιο τέτοιο γεγονός;

Εάν “Όχι” η Αξιολόγηση = 0. Παρακαλώ σταματήστε εδώ.

Εάν “Ναι” απαντήστε στις παρακάτω ερωτήσεις.

Τον περασμένο μήνα...

1) Είχατε εφιάλτες σχετικά με το τραύμα ή σκεφτήκατε για το τραύμα, ενώ δεν θέλατε;

ΝΑΙ ΟΧΙ

2) Προσπαθήσατε σκληρά να μην σκεφτείτε τα γεγονότα ή κάνατε πολύ μεγάλη προσπάθεια για να αποφύγετε καταστάσεις που σας υπενθυμίζουν το τραύμα;

ΝΑΙ ΟΧΙ

3) Είστε συνεχώς σε κατάσταση άμυνας ή τρομάζετε εύκολα;

ΝΑΙ ΟΧΙ

4) Νιώσατε “μουδιασμένος” ή απομονωθήκατε από ανθρώπους, δραστηριότητες ή το οικογενειακό σας περιβάλλον;

ΝΑΙ ΟΧΙ

5) Αισθανθήκατε ένοχος ή ανίκανος να σταματήσετε να κατηγορείτε τον εαυτό σας ή άλλους για γεγονότα ή προβλήματα που οφείλονται το τραύμα;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Ο νοσηλευτής, μετά την ολοκλήρωση του ερωτηματολογίου από τον ασθενή, μπορεί να συνεχίσει με τη διεξαγωγή κάποιων διερευνητικών ερωτήσεων (PTSD:National Center for PTSD):

- I. «Παρατηρώ από τις απαντήσεις σας στο ερωτηματολόγιο, ότι έχετε κάποια συμπτώματα άγχους. Πολλοί άνθρωποι στην ζωή τους, έχουν βιώσει κάποια τραυματική εμπειρία όπως σωματική ή σεξουαλική κακοποίηση, ατύχημα, τρομοκρατικές επιθέσεις, η οποία συχνά οδηγεί στα είδη των συμπτωμάτων που έχετε. Είχατε ποτέ τέτοια εμπειρία; »
- II. «Στο ερωτηματολόγιο σας διαβάζω ότι έχετε εφιάλτες και πολλές φορές προσπαθείτε να αποφύγετε την σκέψη του τραυματικού γεγονότος. Μπορείτε να μου δώσετε ένα παράδειγμα ενός εφιάλτη που έχετε δει τον τελευταίο καιρό; »
- III. «Οι αρνητικές σκέψεις και τα συμπτώματα που βιώνεται πιστεύεται ότι σας έχουν επηρεάσει στο εργασιακό περιβάλλον ή στην επίτευξη των δραστηριοτήτων σας Μπορείτε να μου πείτε με ποιον τρόπο; »
- IV. «Μπορείτε να μου πείτε αν υπάρχει κάποια απειλητική ή επικίνδυνη κατάσταση η οποία συνεχίζει να υπάρχει στην ζωή σας; »

Από τις απαντήσεις που θα δώσει ο ασθενής, ο νοσηλευτής θα διακρίνει αν υπάρχουν σημεία ύπαρξης μετατραυματικής διαταραχής και αν ο ασθενής χρειάζεται άμεση παραπομπή στον θεράποντα ιατρό.

B. Brief Trauma Questionnaire (Σύντομο ερωτηματολόγιο αυτοελέγχου)

Το BTQ είναι ένα σύντομο ερωτηματολόγιο αυτοελέγχου ύστερα από την σύντομη συνέντευξη τραυμάτων. Θεωρείται ως έγκυρη κλίμακα αξιολόγησης για τον έλεγχο της μετατραυματικής διαταραχής. Αυτό το ερωτηματολόγιο αναφοράς 10 ερωτημάτων απευθύνεται στο A κριτήριο του DSM-5, το οποίο επικεντρώνεται στην «έκθεση σε πραγματικό ή απειλούμενο θάνατο, τραυματισμό ή σεξουαλική κακοποίηση» (Boscarino Ja., at el., 2011). Ο ερωτώμενος απαντά στις 10 ερωτήσεις με «Ναι» ή «Όχι». Η συνολική αξιολόγηση γίνεται με την συνολική βαθμολογία, η οποία όταν είναι υψηλότερη από 5 υποδεικνύει την πιθανότητα εμφάνισης PTSD. (Boscarino Ja., at el., 2011). Το ερωτηματολόγιο είναι το παρακάτω:

Οι ακόλουθες ερωτήσεις αφορούν γεγονότα τα οποία είναι εξαιρετικά αγχωτικά ή ενοχλητικά σχεδόν για όλους τους ανθρώπους. Απαντήστε με ένα Ναι ή Όχι για να αναφέρετε τι συμβαίνει σε εσάς. Εάν απαντήσετε Ναι σε κάποιο συμβάν, προχωρήστε σε επόμενες ερωτήσεις που αναφέρονται στην δεξιά πλευρά της σελίδας, για το εάν η ζωή σας βρέθηκε σε κίνδυνο ή εάν τραυματιστήκατε.

Αν για κάποιο συμβάν απαντήσετε Όχι, προχωρήστε σε επόμενη ερώτηση.

ΓΕΓΟΝΟΣ	ΑΥΤΟ ΤΟ ΓΕΓΟΝΟΣ ΣΥΝΕΒΗ ΣΕ ΕΣΑΣ	ΑΝ ΤΟ ΣΥΜΒΑΝ ΣΥΝΕΒΗ, ΒΡΕΘΗΚΑΤΕ ΣΕ ΚΙΝΔΥΝΟ Ή ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΤΗΚΑΤΕ	ΤΟ ΣΥΜΒΑΝ ΉΤΑΝ ΣΟΒΑΡΟ
Έχετε υπηρετήσει σε μία ζώνη πολέμου ή σε σχετικές επαγγελματικές θέσεις που σας εκθέτουν σε απώλειες;	ΝΑΙ ΌΧΙ	ΝΑΙ ΌΧΙ	ΝΑΙ ΌΧΙ
Έχετε ποτέ ατύχημα με το αυτοκίνητο ή κάποιο εργατικό ατύχημα;	ΝΑΙ ΌΧΙ	ΝΑΙ ΌΧΙ	ΝΑΙ ΌΧΙ

Έχετε ποτέ βρεθεί σε κάποια μεγάλη φυσική καταστροφή (σεισμός, πυρκαγιά) ;	ΝΑΙ ΌΧΙ	ΝΑΙ ΌΧΙ	ΝΑΙ ΌΧΙ
Πάσχετε από κάποια απειλητική για την ζωή ασθένεια όπως καρκίνος, AIDS;	ΝΑΙ ΌΧΙ	ΝΑΙ ΌΧΙ	ΝΑΙ ΌΧΙ
Έχετε κακοποιηθεί στην παιδική σας ηλικία (πριν τα 18) ;	ΝΑΙ ΌΧΙ	ΝΑΙ ΌΧΙ	ΝΑΙ ΌΧΙ
Αν στην ερωτήσει 5, απαντήσατε ναι, η κακοποίηση έγινε από κάποιο συγγενικό πρόσωπο ή φίλο;	ΝΑΙ ΌΧΙ	ΝΑΙ ΌΧΙ	ΝΑΙ ΌΧΙ
Είχατε ποτέ κάποια σωματική κακοποίηση ή παρενόχληση;	ΝΑΙ ΌΧΙ	ΝΑΙ ΌΧΙ	ΝΑΙ ΌΧΙ
Έχετε βρεθεί σε κάποια κατάσταση κατά την οποία φοβηθήκατε για τραυματισμό ή θάνατο;	ΝΑΙ ΌΧΙ	ΝΑΙ ΌΧΙ	ΝΑΙ ΌΧΙ
Υπάρχει κάποιο κοντινό πρόσωπο, που βίωσε ένα τραυματικό γεγονός;	ΝΑΙ ΌΧΙ	ΝΑΙ ΌΧΙ	ΝΑΙ ΌΧΙ
Ήσασταν ποτέ μάρτυρες σε ένα τραυματικό γεγονός που τραυματίστηκε ή πέθανε κάποιος;	ΝΑΙ ΌΧΙ	ΝΑΙ ΌΧΙ	ΝΑΙ ΌΧΙ

(<https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/te-measures/brief-trauma-questionnaire-btq.asp>)

C. The child PTSD Symptom Scale (CPSS)

Είναι ένα ερωτηματολόγιο για παιδιά, τα οποία έχουν εκτεθεί σε ένα περιστατικό που τα αναστάτωσε. Παρακάτω είναι μία λίστα με προβλήματα που εμφανίζουν ύστερα από μία τραυματική εμπειρία.

<p>Διαβάστε προσεκτικά τις ερωτήσεις και κυκλώστε έναν από τους αριθμούς που εμφανίζονται δίπλα από κάθε ερώτηση. Ο αριθμός περιγράφει πόσο συχνό είναι το πρόβλημα τις τελευταίες δύο εβδομάδες.</p> <p>0=Καθόλου</p> <p>1=Μία φορά την εβδομάδα</p> <p>2=Δύο έως τέσσερις φορές την εβδομάδα</p> <p>3=Πέντε φορές και περισσότερο την εβδομάδα</p>				
ΜΕΡΟΣ 1 ^ο				
Έχετε ενοχλητικές σκέψεις ή εικόνες σχετικά με το τραυματικό γεγονός;	0	1	2	3
Έχετε εφιάλτες;	0	1	2	3
Νιώθετε σαν να ξανά συμβαίνει το ίδιο τραυματικό γεγονός, όταν βλέπετε μία εικόνα;	0	1	2	3

Νιώθετε αναστάτωση και φόβο όταν ακούτε για το τραυματικό γεγονός;	0	1	2	3
Έχετε σωματικά συμπτώματα όταν θυμάστε το γεγονός(ιδρώτας, ταχυκαρδία) ;	0	1	2	3
Προσπαθείτε να μην σκέφτεστε και να μην μιλάτε για το γεγονός;	0	1	2	3
Προσπαθείτε να αποφύγετε ανθρώπους, δραστηριότητες ή μέρη που σας το υπενθυμίζουν γεγονός;	0	1	2	3
Δυσκολεύεστε να θυμηθείτε ένα σημαντικό μέρος του γεγονότος;	0	1	2	3
Έχετε λιγότερο ενδιαφέρον για δραστηριότητες που κάνατε στο παρελθόν;	0	1	2	3
Έχετε απομακρυνθεί από τα κοντινά σας πρόσωπα;	0	1	2	3
Έχετε έντονα συναισθήματα;	0	1	2	3

Νιώθετε ότι τα μελλοντικά σας σχέδια δεν θα πραγματοποιηθούν;	0	1	2	3
Έχετε διαταραχές ύπνου ή δυσκολεύεστε να κοιμηθείτε;	0	1	2	3
Αισθάνεστε ευερεθιστικότητα ή εκρήξεις θυμού;	0	1	2	3
Έχετε διαταραχές στην συγκέντρωση;	0	1	2	3
Νιώθετε ότι κάτι σας απειλεί συνέχεια και είστε ιδιαίτερα προσεκτικοί;	0	1	2	3
Φοβάστε όταν κάποιος περπατάει πίσω σας στον δρόμο;	0	1	2	3
ΜΕΡΟΣ 2^ο				
Τα προβλήματα που αναφέρατε στο 1 ^ο πρώτο μέρος, έχουν επηρεάσει τον τρόπο που συμπεριφέρεστε στους παρακάτω τομείς της ζωής σας κατά την διάρκεια των 2 τελευταίων εβδομάδων;				
Στην προσευχή σας	YES		NO	

Δουλειές ή υποχρεώσεις στο σπίτι	YES	NO
Δραστηριότητες και διασκέδαση	YES	NO
Σχολικές εργασίες	YES	NO
Ευτυχία στην ζωή σας	YES	NO

3.5 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Η εκπαίδευση των ασθενών αποτελεί βασικό συστατικό της παρεχόμενης περίθαλψης από τους επαγγελματίες υγείας, ιδίως τους νοσηλευτές. (Farahani M., at el., 2013)

Η εκπαίδευση ορίζεται ως «η διαδικασία απόκτησης γνώσεων και δεξιοτήτων που μπορούν να οδηγήσουν σε αλλαγές στην ανθρώπινη συμπεριφορά, οι οποίες είναι απαραίτητες για τη διατήρηση ή τη βελτίωση της υγείας».

Πρόσφατα, το ενδιαφέρον των επιστημών υγείας επικεντρώθηκε στο σχεδιασμό και την αποτελεσματικότητα των μεμονωμένων εκπαιδευτικών προγραμμάτων. Η ιδέα ενός αποτελεσματικού εκπαιδευτικού προγράμματος είναι η αλλαγή της συμπεριφοράς του ασθενούς προς τον αυτοέλεγχο, την ενεργότερη συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων, την ανάπτυξη της αυτο-φροντίδας, την αξιολόγηση των προσωπικών παραγόντων κινδύνου, την υλοποίηση ρεαλιστικών στόχων και προσδοκιών και γενικότερα την αποτελεσματική διαχείριση της υγείας και της ποιότητας ζωής τους. Ο σχεδιασμός ενός εκπαιδευτικού προγράμματος πρέπει επίσης να επικεντρώνεται στις ατομικές ανάγκες κάθε ασθενούς (προσέγγιση με επίκεντρο τον ασθενή). Η διαδικασία μάθησης, και ειδικότερα ο τρόπος και η διάρκεια, διαφέρουν μεταξύ των ατόμων και εξαρτώνται από τη στάση, τις προσωπικές πεποιθήσεις, τους στόχους και την ικανότητα των ασθενών να κατανοήσουν.

Η εκπαίδευση των ασθενών βελτιώνει την αυτοεξυπηρέτηση τους και επομένως την αυτό-αποτελεσματικότητά τους. Η αυτό-αποτελεσματικότητα είναι η πίστη του ανθρώπου στην ικανότητα που διαθέτει να επιτελέσει τα καθήκοντά του (την φαρμακευτική του αγωγή ή της θεραπείας που πρέπει να κάνει), καθώς και να φέρει εις πέρας συγκεκριμένες καταστάσεις. Η αίσθηση της αυτό-αποτελεσματικότητας που νιώθει ένας άνθρωπος αποτελεί σημαντικό παράγοντα στον τρόπο που θα προσεγγίσει τους στόχους του και τα καθήκοντά του που αφορούν την υγεία του. (Paterick T., at el, 2017)

Επιπλέον οι επαγγελματίες υγείας δεν πρέπει να διαβιβάζουν παθητικά τη γνώση, αλλά πρέπει να ενθαρρύνουν την ενεργό συμμετοχή των ασθενών. Τέλος, η αποτελεσματικότητα ενός εκπαιδευτικού προγράμματος παρέμβασης δεν είναι μόνο η συνάφεια της αποκτηθείσας γνώσης, αλλά και το εάν και κατά πόσο διατηρείται η

γνώση με την πάροδο του χρόνου. Ως εκ τούτου, για τη μακροπρόθεσμη διασφάλιση και διατήρηση των ωφελειών του εκπαιδευτικού προγράμματος, η τελευταία πρέπει να είναι συνεχής. Η συνεχής εκπαίδευση συνδέεται με σημαντική μείωση της θνησιμότητας, της νοσηρότητας, των επανειλημμένων νοσηλειών και των δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη. (Polikandrioti M., at el., 2011)

“Each patient carries his own doctor inside him (Κάθε ασθενής φέρει τον δικό του γιατρό μέσα του)” –Norman Cousins, Anatomy of an illness-

3.6 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Η κοινοτική νοσηλευτική ορίζεται ως «η σύνθεση της άσκησης της νοσηλευτικής και της άσκησης της δημόσιας υγείας, που έχει επίκεντρο τα άτομα, τις οικογένειες ή τις ομάδες και συμβάλλει στην καλή υγεία του πληθυσμού στο σύνολό του. Η προαγωγή και διατήρηση της υγείας, η αγωγή υγείας, η διαχείριση της ασθένειας, ο συντονισμός και η συνέχεια της φροντίδας πραγματώνονται μέσω της ολιστικής προσέγγισης» (Thormicroft G., at el., 2016).

Στοχεύει στην προαγωγή, προάσπιση και φροντίδα υγείας των ατόμων σε όλη τη διάρκεια της ζωής τους μέσα από την αναγνώριση της διαφορετικότητάς τους, τη σύναψη θεραπευτικών σχέσεων και την ανάπτυξη συνεργασιών . Στρατηγικοί στόχοι της κοινοτικής νοσηλευτικής είναι (Thormicroft G., at el, 2016):

- Η προαγωγή, η προστασία και η διατήρηση υγιούς περιβάλλοντος.
- η προστασία, η διατήρηση και η πρόληψη της αρρώστιας και του τραυματισμού.
- Ο σεβασμός της διαφορετικότητας των ατόμων/ασθενών και των φροντιστών τους.
- Η καθοδήγηση των ατόμων και η ενίσχυση των ικανοτήτων τους για την επίτευξη της πολυδιάστατης προσέγγισης της προαγωγής της υγείας.
- Η παροχή τεκμηριωμένης φροντίδας στην κοινότητα, στο σπίτι, στο σχολείο, σε υπηρεσίες της κοινότητας, στο χώρο εργασίας.
- Η συνεργασία και ο συντονισμός με διαφορετικούς συνεργάτες, επιστήμονες και σε διαφορετικούς τομείς (εκπαίδευση, τοπική αυτοδιοίκηση κ.ά.).

- Η εργασία με υψηλά επίπεδα αυτονομίας, η οποία συμβάλλει στον προσδιορισμό των καθοριστικών για την υγεία παραγόντων και επηρεάζει θετικά άτομα και κοινότητες.

3.7. Προαγωγή της ποιότητας φροντίδας των ασθενών ψυχικής υγείας

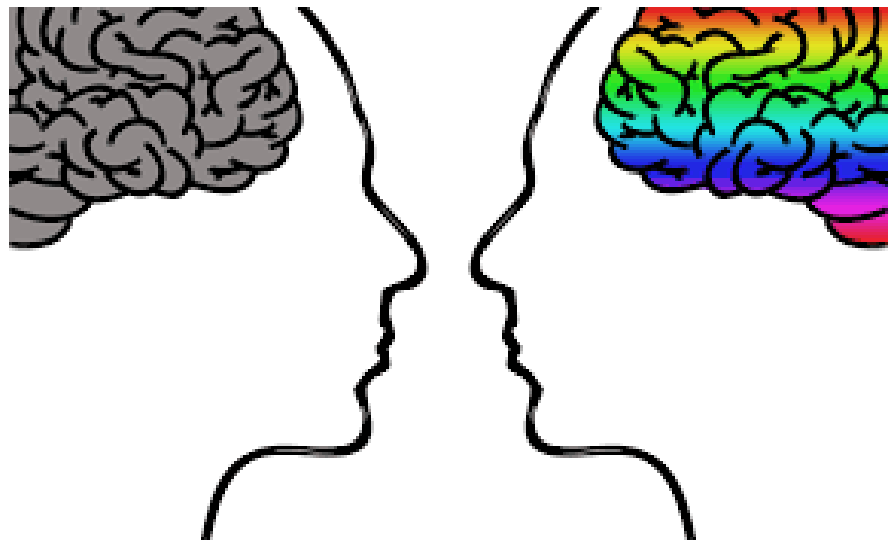
Οι ψυχικές διαταραχές είναι κοινές για όλους τους ανθρώπους, ωστόσο η ποιότητα της περίθαλψης για τις συγκεκριμένες διαταραχές δεν έχει αυξηθεί σε ικανοποιητικό βαθμό. Τα άτομα που πάσχουν από κάποια ψυχική διαταραχή αντιμετωπίζουν αυξημένα ποσοστά συννοσηρότητας, πρόωρης θνησιμότητας, και μειωμένη ποιότητα ζωής. Επομένως, οι υπεύθυνοι της υγειονομικής περίθαλψης, και κυρίως οι νοσηλευτές έχουν την ηθική και νομική υποχρέωση να εξασφαλίζουν την υψηλή ποιότητα φροντίδας στους ασθενείς και να στοχεύουν στην βελτίωση της φροντίδας. (Parand A., et al., 2014)

Ο κάθε άνθρωπος αναζητάει την ποιοτική υγειονομική περίθαλψη, η οποία αποτελεί ανθρώπινο δικαίωμα. Η έννοια της ποιότητας της υγείας έχει οριστεί από πολλούς στο παρελθόν. Ο Lohr όρισε ότι η ποιότητα είναι «ο βαθμός στον οποίο οι υπηρεσίες της υγειονομικής περίθαλψης έχουν ως στόχο να αυξήσουν την πιθανότητα επιθυμητών αποτελεσμάτων στους ασθενείς μέσω των επαγγελματικών τους γνώσεων». Λίγο χρόνια αργότερα, ο Schuster το 1998 όρισε την υγειονομική ποιότητα ως «η παροχή κατάλληλων υπηρεσιών στους ασθενείς, η καλή επικοινωνία μεταξύ των ασθενών και των ανθρώπων του υγειονομικού τομέα, καθώς επίσης και η από κοινού λήψη αποφάσεων». Επίσης, ο Leebon (2003) πίστευε ότι η ποιότητα στην υγειονομική περίθαλψη είναι «όταν οι επαγγελματίες υγείας κάνουν συνεχείς βελτιώσεις, στοχεύουν στο καλύτερο κλινικό αποτελέσματα, ικανοποιούν όλους τους ασθενείς και να διατηρούν υγιείς οικονομικές επιδόσεις». (Mosadeghrad. A., 2012)

Ο νοσηλευτής για να επιτύχει την καλύτερη ποιότητα υγείας, πρέπει να προάγει τον σεβασμό της ανθρώπινης αξιοπρέπειας. Η ανθρώπινη αξιοπρέπεια σύμφωνα με τον Walsh είναι το δικαίωμα του ανθρώπου να επιλέγει και να διατηρεί τον έλεγχο των παροχών της υγειονομικής περίθαλψης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ (PTSD) ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΣΤΟΥΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο. ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ PTSD ΣΤΟΥΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ

Η νοσηλευτική έχει αναγνωριστεί ως μία εργασία υψηλού στρες, με πιθανότητα αρνητικών ψυχολογικών επιπτώσεων. Η επανειλημμένη έκθεση στις τραυματικές βλάβες των ασθενών που βρίσκονται σε περιβάλλον υψηλού στρες αυξάνει τον κίνδυνο των νοσηλευτών για ανάπτυξη του συνδρόμου ‘συναισθηματικής εξουθένωσης’ (burnout), κόπωσης από συμπόνια, και δευτερογενούς τραυματικής πίεσης. Το νοσηλευτικό τραύμα συμπεριλαμβάνει τη φροντίδα ενός ασθενούς με τραυματικές εμπειρίες μέσω ολόκληρης της συνεχούς φροντίδας. Για να είναι συναισθηματικά παρόντες οι νοσηλευτές απαιτούν ανοιχτό πνεύμα και ικανότητα κατανόησης του ψυχικού κόσμου του ασθενή. Εάν οι νοσηλευτές δεν φροντίζουν την δική τους ψυχοκοινωνική φροντίδα, δεν έχουν την δυνατότητα να προσφέρουν στον ασθενή.

Παρόλο που οι νοσηλευτές διδάσκονται να μην εμπλέκονται συναισθηματικά με τον ασθενή, πολλές φορές είναι δύσκολο να μην σχηματιστούν σχέσεις μεταξύ νοσηλευτών και ασθενών.

4.1 Burnout («εξάντληση»)

Ο όρος «εξάντληση» εισήχθη από τον Freudenberger το 1974, ορίζοντας ότι είναι μία κατάσταση σωματικής και ψυχικής εξάντλησης (Lahana Eleni, at el, 2017)

Συγκεκριμένα, το σύνδρομο Burnout ορίζεται ως «το μακροχρόνιο άγχος εργασίας που συνδέεται με την συναισθηματική πίεση, τον φόρτο εργασίας, την οξύτητα του ασθενούς, τους μηχανισμούς αντιμετώπισης και τα έτη εμπειρίας του νοσηλευτή» (Ribeiro Vivian F, at al, 2014). Ένας βασικός παράγοντας που είναι υπαίτιος για την ανάπτυξη του συνδρόμου εξάντλησης στον νοσηλευτή είναι η νοσοκομειακή υπηρεσία στην οποία εργάζεται καθώς και ο τύπος των ασθενών που θεραπεύει. Για παράδειγμα, ένας νοσηλευτής που εργάζεται στην μονάδα εντατικής θεραπείας ή στην ογκολογία είναι πολύ πιθανό να αναπτύξει «συναισθηματική εξάντληση» σε σχέση με έναν νοσηλευτή που δουλεύει σε έναν άλλον τομέα.

Οι νοσηλευτές που αναπτύσσουν το σύνδρομο Burnout αναφέρουν συμπτώματα όπως συναισθηματική εξάντληση, αποπροσωποποίηση των ασθενών, αρνητική στάση απέναντι στους ασθενείς και μειωμένα συναισθήματα προσωπικών και εργασιακών επιτευγμάτων (Mudallal Rola H, et al, 2017).

Έχει παρατηρηθεί ότι οι συνέπειες του συνδρόμου επηρεάζουν την ψυχολογική υγεία του νοσηλευτή, καθώς και την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Τα επίπεδα δυσαρέσκειας που δημιουργούνται οδηγούν σε απουσίες των νοσηλευτών από τα εργασιακά τους καθήκοντα και σε συνεχόμενες αναρρωτικές άδειες (Monsalve-Reyes Carolina et al, 2018).

4.2 Κόπωση της συμπόνιας

Η κόπωση της συμπόνιας (CF) ορίζεται ως απώλεια της ικανότητας του νοσηλευτή να προάγει τους ασθενείς. Εκείνοι που βιώνουν CF μπορεί να μην είναι σε θέση να φροντίσουν επαρκώς τους ασθενείς τους. Ωστόσο, υπάρχουν κενά στην βιβλιογραφία σχετικά με το πώς και το γιατί συμβαίνει το CF σε νοσηλευτές.

4.3 Δευτερογενές τραυματικό άγχος

Το δευτερογενές τραυματικό άγχος (STS) είναι η ανάπτυξη διαταραχής μετατραυματικού στρες (PTSD) στους εργαζόμενους στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης και συμπεριλαμβάνει συμπεριφορές και συναισθήματα που εμφανίζονται ως αποτέλεσμα της έκθεσης σε τραύμα άλλου ανθρώπου. Οι νοσηλευτές με δευτερογενές τραυματικό άγχος εμφανίζουν συμπτώματα παρόμοια με το PTSD, όπως ευερεθιστικότητα, αδυναμία συγκέντρωσης, θυμό, παρεμβατικές ή υποτροπιάζουσες ενοχλητικές σκέψεις και διαταραχές ύπνου. (Hinderer Katherine A, et al, 2014)

Ωστόσο, η διάρκεια και ο βαθμός της λειτουργικής εξασθένησης των νοσηλευτών με δευτερογενές τραυματικό άγχος, δεν έχει ακόμα καθοριστεί. (Elwood LS, et al 2011)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ**1ο ΚΛΙΝΙΚΟ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ**

Γυναίκα 30 ετών έχει υποστεί σεξουαλική κακοποίηση στον χώρο της εργασίας της από τον προϊστάμενο της. Τα λόγια της είναι «Ο προϊστάμενός μου έκανε συνέχεια σεξουαλικά αστεία για τις γυναίκες που δουλεύουν στην εταιρεία. Όλοι οι υπάλληλοι προσπαθούσαμε να τον αγνοούμε και απλά χαμογελάγαμε για να μην θυμώσει. Μέσα στα καθήκοντα μου ήταν να του παραδίδω έγγραφα της δουλειάς στο γραφείο του καθημερινά. Κάθε φορά που πήγαινα στο γραφείο του με έπιανε ταχυκαρδία και δύσπνοια και ήλπιζα να βρισκόταν κάποιος εκεί, ώστε να μην είμαστε μόνοι. Ένα βράδυ μου ζήτησε να καθίσω παραπάνω στην εταιρεία ισχυρίζοντας πως η δουλειά έχει μείνει πίσω και απειλούσε με απολύσεις. Παρόλο που δεν ήθελα να μείνω στην εταιρεία ως αργά το βράδυ, τελικά δεν μπόρεσα να αρνηθώ, γιατί είχα ανάγκη την δουλειά. Με φώναξε στο γραφείο του για να του πάω τα έγγραφα. Όμως εκείνος είχε άλλα σχέδια. Με πλησίασε και άρχισε να με κακοποιεί σεξουαλικά. Προσπαθούσα να τον απωθήσω και του φώναζα να μην το κάνει. Εκείνος όμως δεν σταμάταγε. Ένιωθα αβοήθητη. Από εκείνο το βράδυ δεν μπόρεσα να ξανά πάω στην εταιρεία. Παραιτήθηκα. Έμενα για πολύ καιρό κλεισμένη στο σπίτι, δεν ήθελα να βλέπω κανέναν άνθρωπο και ιδιαίτερα τους άντρες. Ένιωθα έντονο θυμό για όλους, αλλά και ενοχή που δεν μπόρεσα να προστατέψω τον εαυτό μου. Τα βράδια πεταγόμουν από τον φόβο και ένιωθα μία διαρκή αναστάτωση. Ήμουν συνεχώς σε επιφυλακή και η κοινωνική μου ζωή μειώθηκε, αφού δεν είχα όρεξη για καμία δραστηριότητα που συνήθιζα να κάνω. Μετά από πολύ καιρό, προσπαθώ να το ξεπεράσω. Συμμετέχω σε μία ομάδα αλληλοϋποστήριξης γυναικών που υπέστη βιασμό. Προσπαθώ να ενταχθώ ξανά στην κοινωνική μου ζωή και τις καθημερινές μου υποχρεώσεις.»

ΠΙΝΑΚΑΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ- Παράδειγμα 1

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	Σεξουαλική κακοποίηση στον χώρο εργασίας Διαταραχές ύπνου Αίσθημα φόβου, θυμού, ενοχής Μειωμένο ενδιαφέρον για δραστηριότητες
ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	Έλεγχος των συναισθημάτων Βελτίωση της ποιότητας του ύπνου Προτροπή του ασθενούς να εξωτερικεύει τα συναισθήματά του Πραγματοποίηση γυναικολογικών εξετάσεων Ψυχολογική υποστήριξη από θεραπευτές
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	Εφαρμογή κατάλληλων μέσων για βελτίωση του ύπνου Ενθάρρυνση του ατόμου να ασχοληθεί με δραστηριότητες όπως χορός, γυμναστική, καλλιτεχνικά. Προγραμματισμός ψυχοθεραπειών με τον θεράποντα ιατρό
ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	Το άτομο λαμβάνει αγωγή ύστερα από ιατρική οδηγία Το άτομο πηγαίνει σε δραστηριότητες που τον γεμίζουν δύναμη και αισιοδοξία Το άτομο πηγαίνει εντατικά στις ψυχοθεραπείες που έχει προγραμματίσει με τον θεράποντα Συμμέτοχη της οικογένειας στην θεραπεία του ατόμου
ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ	Δεν έχει βελτιωθεί πλήρως ο ύπνος Έχει αποβάλλει τα συναισθήματα θυμού και ενοχής Το άτομο συμμετέχει σε ψυχοθεραπευτική ομάδα Έχει ενταχθεί στην κοινωνία και έχει μειώσει το αίσθημα της απομόνωσης Εκφράζει τα συναισθήματα και δεν φοβάται να μιλήσει για αυτά

2ο ΚΛΙΝΙΚΟ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ

Άνδρας 50 ετών υπέστη σοβαρά εγκαύματα ύστερα από την φωτιά που ξέσπασε στην περιοχή του. Προσπαθώντας να σώσει την περιουσία του και το σπίτι του, τυλίχτηκε στις φλόγες όταν η φωτιά έφτασε στην οικεία του. Προσπαθούσε να προστατευτεί και παράλληλα να απεγκλωβίσει τα παιδιά του και την γυναίκα του. Όταν τελικά βγήκε ζωντανός από το σπίτι του έχασε τις αισθήσεις του και αμέσως μεταφέρθηκε στο νοσοκομείο. Όταν συνήλθε δήλωσε στους θεράποντες ιατρούς ότι φοβήθηκε για την ζωή του, αλλά είχε χρέος να προστατέψει τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας. Ένιωθε φρικτό πόνο σε όλο του το σώμα και δυσκολευόταν στην αναπνοή του. Τις μέρες που παρέμεινε στο νοσοκομείο, είχε επαναλαμβανόμενους εφιάλτες και τρώμαζε ότι θα ξεσπάσει ξανά φωτιά. Ένιωθε ένοχος που δεν μπόρεσε να προστατέψει την περιουσία του, ενώ παράλληλα φοβόταν για την υγεία των υπόλοιπων μελών. Ύστερα από την έξοδό του από το νοσοκομείο επισκέφτηκε την περιοχή του και το σπίτι του. Το μόνο που αντίκρισε ήταν στάχτες και στο μυαλό του ξανά ήρθε η μέρα της πυρκαγιάς. Αποφάσισε πως θα εγκατασταθεί με την γυναίκα του σε άλλη πόλη, αλλά η υποψία μέσα του ότι μπορεί να ξεσπάσει ξανά πυρκαγιά δεν έπαψε να υπάρχει. Νιώθει φόβο ότι δεν θα μπορέσει να ξανά δουλέψει και να υποστηρίξει την οικογένειά του. Δεν μπορεί να χρησιμοποιήσει τα άνω άκρα λόγω σοβαρών εγκαυμάτων.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ- Παράδειγμα 2

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	Συναισθήματα αδυναμία και φόβου Εκτίμηση των εγκαυμάτων Ζωτικά σημεία Έντονος πόνος
ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	Έλεγχος συναισθημάτων Ο πόνος θα ελεγχθεί με αναλγητικά Καθαρισμός των τραυμάτων
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	Ενθάρρυνση να εκφράζει τα συναισθήματά του Άσκηση συμβουλευτικής νοσηλευτής στην οικογένεια
ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	Παρακολούθηση ζωτικών σημείων Παροχή βοήθειας στην αυτοφροντίδα του ασθενούς
ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ	Ο πόνος έχει μειωθεί Έγινε ο χειρουργικός καθαρισμός των τραυμάτων Ο φόβος και το άγχος έχουν ελαττωθεί

ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΗΜΕΡΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η Παγκόσμια Ημέρα Ψυχικής Υγείας γιορτάζεται κάθε χρόνο στις 10 Οκτωβρίου. Γιορτάστηκε για πρώτη φορά το 1992 με πρωτοβουλία της Παγκόσμιας Ομοσπονδίας για την Ψυχική Υγεία, ενώ ο θεσμός της καθιερώθηκε το 1994 από την Παγκόσμια Ομοσπονδία Ψυχικής Υγείας και τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.) σε περισσότερες από 150 χώρες. Στόχος της είναι η ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης και η εκπαίδευση γύρω από τις ψυχικές ασθένειες σε όλο τον κόσμο, καθώς και η κινητοποίηση των προσπαθειών για τη στήριξη της ψυχικής υγείας. Η ημέρα αυτή δίνει την ευκαιρία σε όλους τους φορείς που ασχολούνται με θέματα ψυχικής υγείας να παρουσιάσουν το έργο τους, καθώς και στην ελπίδα ότι η φροντίδα της ψυχικής υγείας θα γίνει μια πραγματικότητα για τους ανθρώπους σε όλο τον κόσμο που πάσχουν από ψυχικά νοσήματα .



ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Το μέλλον είναι δυνατό. Η ψυχιατρική και η ψυχολογία βρίσκονται σε ιδανικές θέσεις για την ανάπτυξη, επέκταση και βελτίωση των βιολογικών και ψυχοκοινωνικών θεραπειών για την PTSD. Ωστόσο, για να γίνει αυτό απαιτείται επαρκής χρηματοδότηση, σοβαρή επιστημονική έρευνα και μείωση του χάσματος μεταξύ στρατοπέδων, ειδικοτήτων και κοινωνιών. Το πεδίο της έρευνας ψυχοθεραπείας θα επωφεληθεί από την έμφαση στις μελέτες αποσυναρμολόγησης που εξετάζουν τα βασικά συστατικά των αποτελεσματικών θεραπειών, σε αντίθεση με την προσπάθεια να «αποδείξει» γιατί η θεραπεία είναι καλύτερη από την άλλη, ειδικά όταν έχουμε δεδομένα που δείχνουν ότι όλες οι θεραπείες είναι εξίσου αποτελεσματικές. Αντί να προσπαθήσουμε να αναλύσουμε μοναδικές πτυχές μιας θεραπείας με σκοπό το διαχωρισμό από το πακέτο, θα πρέπει να επικεντρωθούμε στον εντοπισμό κοινών παραγόντων που είναι σίγουρα εγγενείς στις περισσότερες αν όχι όλες τις αποτελεσματικές ψυχοθεραπείες. Ένας άλλος πιθανώς επικοινωνητικός τομέας της έρευνας στην ψυχοθεραπεία είναι η περαιτέρω κατανόηση του τρόπου με τον οποίο η ψυχοθεραπεία επηρεάζει τη νευροβιολογία. Είναι αρκετά πιθανό ότι η φαρμακευτική αγωγή δεν είναι η μόνη παρέμβαση που βελτιώνει την αποτελεσματικότητα της επεξεργασίας πληροφοριών σε υποθετικά δυσλειτουργικά εγκεφαλικά κυκλώματα. Η ψυχοφαρμακολογική έρευνα έχει επίσης περιθώρια ανάπτυξης. Οι επενδύσεις, τόσο οικονομικά όσο και διανοητικά, για τον εντοπισμό νέων φαρμακολογικών παρεμβάσεων είναι ζωτικής σημασίας για την πρόοδο. Στη συνέχεια, υπάρχει το ζήτημα των συνδυασμένων θεραπειών. Η βιβλιογραφία σχετικά με την αποτελεσματικότητα της ενσωμάτωσης φαρμακολογικών και ψυχολογικών θεραπειών είναι σπάνια. Αυτό είναι πιθανώς ο πιο αναξιοποίητος τομέας έρευνας με την πιο πιθανή αποπληρωμή. Υπάρχει ελπίδα ότι θα εξακολουθήσει να υπάρχει η συνέχιση της επιστημονικής και κλινικής περιέργειας καθώς και της διερεύνησης θεραπειών για μια διαταραχή που έλαβε χώρα σε εθνικό και διεθνές κέντρο στο πλαίσιο του λόγου της ψυχιατρικής και της ψυχολογίας. (Moore B., 2013)

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Βεντουράτου Δόμνα, Εισαγωγή στην ψυχοτραυματολογία και στην τραυματολογία, 2009
2. Abramson David M., Children as Bellwethers of Recovery: Dysfunctional Systems and the Effects of Parents, Households, and Neighborhoods on Serious Emotional Disturbance in Children After Hurricane Katrina, 2013
3. Andreasen N., What is post-traumatic stress disorder?, *Dialogues Clin Neurosci.* 2011 Sep; 13(3): 240–243.
4. G., Taylor S., J Smits J., Panic disorder and agoraphobia: An overview and commentary on DSM-5 changes ,*Literature Review in Depression and Anxiety* 31(6) · June 2014
5. Bandelow B., Michaelis S., Epidemiology of anxiety disorders in the 21st Century, *Dialogues Clin Neurosci.* 2015 Sep; 17(3): 327–335.
6. Burg M., Brandt C., Buta E., Schwartz J., Bathulapalli H, Dziura J., Edmondson D., Haskell S., Risk for Incident Hypertension Associated with PTSD in Military Veterans, and The Effect of PTSD Treatment, *Psychosom Med.* 2017 Feb-Mar; 79(2): 181–188.
7. Bystritsky A, Khalsa SS, Cameron ME, Schiffman J., Current diagnosis and treatment of anxiety disorders, *P T.* 2013 Jan;38(1):30-57.
8. Bystritsky A., Khalsa S., Cameron M., Schiffman J., Current Diagnosis and Treatment of Anxiety Disorders, *P T.* 2013 Jan; 38(1): 30-38, 41-44, 57.
9. Chanda ML¹, Levitin DJ., The neurochemistry of music., *Trends Cogn Sci.* 2013 Apr;17(4):179-93.
10. Coughtrey AE, Shafran R, Lee M, Rachman SJ. It's the feeling inside my head: A qualitative analysis of mental contamination in obsessive-compulsive disorder. *Behav Cogn Psychother* 2012; 40(2): 163-173.
11. Crome E., Grove R., Baillie AJ., Sunderland M., Teesson M., Slade T., DSM-IV and DSM-5 social anxiety disorder in the Australian community., *Aust N Z J Psychiatry.* 2015 Mar;49(3):227-35

12. Crocq M.A., A history of anxiety:from Hippocrates to Dsm, *Dialogues Clin Neurosci.* 2015 Sep; 17(3): 319–325.
13. Crocq M.A.,The history of generalized anxiety disorder as a diagnostic category, *Dialogues Clin Neurosci.* 2017 Jun; 19(2): 107–116.
14. Dell’Osso L., Abelli M, Pini S.,Carlini M., Carpita B., Macchi E.,Gorrasi F., Mengali F., Tognetti R., Massimetti G., Dimensional assessment of DSM-5 social anxiety symptoms among university students and its relationship with functional impairment, *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2014; 10: 1325–1332.
15. Erkkilä J¹, Punkanen M, Fachner J, Ala-Ruona E, Pöntiö I, Tervaniemi M, Vanhala M, Gold C., Individual music therapy for depression: randomised controlled trial., *Br J Psychiatry.* 2011 Aug;199(2):132-9.
16. Farahani M., Mohammadi E.,Ahmadi F., Mohammadi N., Factors influencing the patient education: A qualitative research, *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2013 Mar-Apr; 18(2): 133–139.
17. Flory Janine D., Rachel Yehuda, Joint effect of Childhood abuse and family history of major depressive disorder on rates of ptsd in people with personality disorders, 2012
18. Fong Ha J., Longnecker N., Doctor-Patient Communication: A Review, *Ochsner J.* 2010 Spring; 10(1): 38–43.
19. Hagerty T., Samuels W., Norcini-Pala A., PhD, Fellow P., Gigliotti E., Peplau's Theory of Interpersonal Relations: An Alternate Factor Structure for Patient Experience Data?, *Nurs Sci Q.* 2017 Apr; 30(2): 160–167.
20. Jahromi V., Tabatabaee S., Abdar Z., Rajabi M., Active listening: The key of successful communication in hospital managers, *Electron Physician.* 2016 Mar; 8(3): 2123–2128.
21. Jang Y,Kang S., Chung H., Choi J., Kim T, Seok So H., Application of Short Screening Tools for Post-Traumatic Stress Disorder in the Korean Elderly Population, *Psychiatry Investig.* 2016 Jul; 13(4): 406–412.
22. Karatzias Thanos, PhD,* Kevin Power, PhD,†p Keith Brown, FRCPsych,§|| McGoldrick Theresa, BA,§ Millia Begum, MRCPsych,§ Jenny Young, BA,§

- Paul Loughran, MSc,§ Zoe Chouliara, PhD,¶ and Sally Adams, MScL, , A Controlled Comparison of the Effectiveness and Efficiency of Two Psychological Therapies for Posttraumatic Stress Disorder Eye Movement Desensitization and Reprocessing vs. Emotional Freedom Techniques, *J Nerv Ment Dis* 2011;199: 372Y378
23. Kourkouta L., Papathanasiou I., M., Communication in Nursing Practice, 2014 Feb; 26(1): 65–67.
24. Lancaster C., Teeters J., Gros D., Back S., Med J., Posttraumatic Stress Disorder: Overview of Evidence-Based Assessment and Treatment, 2016 Nov; 5(11): 105.
25. Landis-Shack N, Heinz A, Bonn-Miller M., Music Therapy for Posttraumatic Stress in Adults: A Theoretical Review, *Psychomusicology*. Author manuscript; available in PMC 2017 Dec 27. *Psychomusicology*. 2017; 27(4): 334–342.
26. McLean, Carmen P; Foa, Edna B., The use of prolonged exposure therapy to help patients with post-traumatic stress disorder, **Clinical Practice; London** Vol. 11, Iss. 2, (Mar 2014): 233-241.
27. Moore B., PTSD: past, present, and future. *CNS Spectrums* (2013), 18, 71–72. & Cambridge University Press 2013
28. Mosadeghrad A., A Conceptual Framework for Quality of Care, *Mater Sociomed*. 2012; 24(4): 251–261.
29. Pai A., Suris A, North C., Posttraumatic Stress Disorder in the *DSM-5*: Controversy, Change, and Conceptual Considerations, *Behav Sci (Basel)*. 2017 Mar; 7(1): 7
30. Parand A., Dopson S., Renz A., Vincent C., The role of hospital managers in quality and patient safety: a systematic review, *BMJ Open*. 2014; 4(9): e005055.
31. Paterick T, Patel N., . Jamil Tajik A., Chandrasekaran K., Improving health outcomes through patient education and partnerships with patients, *Proc (Bayl Univ Med Cent)*. 2017 Jan; 30(1): 112–113.

- 32.** Polikandrioti M., Ntokou M., Needs of hospitalized patients pp: 15-22 E-ISSN:1791-809X www.hsj.gr Health Science Journal® All Rights Reserved
15 Needs of hospitalized patients, HEALTH SCIENCE JOURNAL ®
VOLUME 5, ISSUE 1 (2011)
- 33.** Popa-Velea O., Purcărea VL., Issues of therapeutic communication relevant for improving quality of care, *J Med Life*. 2014; 7(Spec Iss 4): 39–45.
- 34.** Prins A., Bovin M., Smolenski D., Marx B., Kimerling R., PhD, Jenkins-Guarnieri M., PhD, Kaloupek D, PhD, Schnurr P, PhD, Pless Kaiser^A, Leyva^Y, Tiet Q., The Primary Care PTSD Screen for DSM-5 (PC-PTSD-5): Development and Evaluation Within a Veteran Primary Care Sample, *J Gen Intern Med*. 2016 Oct; 31(10): 1206–1211.
- 35.** Richardson L., Rockhill C., Russo J., Grossman D., Richards J., McCarty C, McCauley E., Wayne Katon W., Evaluation of the PHQ-2 as a Brief Screen for Detecting Major Depression among Adolescents, *Pediatrics*. Author manuscript; available in PMC 2011 May 24.
- 36.** Rob Hatch R., McKechnie S., and Griffiths J., Psychological intervention to prevent ICU-related PTSD: who, when and for how long?, *Critical Care* 2011;15:141, BioMed Central Ltd 2011
- 37.** Salzmänn-Erikson M., Dahlén J., Nurses' Establishment of Health Promoting Relationships: A Descriptive Synthesis of Anorexia Nervosa Research, *J Child Fam Stud*. 2017; 26(1): 1–13.
- 38.** Sheila L , *Psychiatric-Mental Health Nursing*, 5th edition, 2013
- 39.** Sheth H., Gandhi Z., Vankar G., Anxiety disorders in ancient Indian literature, *Indian J Psychiatry*. 2010 Jul-Sep; 52(3): 289–291.
- 40.** Skogstad M., Skorstad A., Lie H., Conradi T., Heir L. Weisæth., Work-related post-traumatic stress disorder, *Occupational Medicine*, Volume 63, Issue 3, 1 April 2013, Pages 175-182
- 41.** Sumner J., Kubzansky L., Roberts A., Gilsanz P, Chen Q., Winning A., ScD, Forman J., Rimm E., Koenen K., Posttraumatic Stress Disorder Symptoms

- and Risk of Hypertension Over 22 Years in a Large Cohort of Younger and Middle-aged Women, *Psychol Med.* 2016 Nov; 46(15): 3105–3116.
42. Thomas JL, Wilk JE, Riviere LA, McGurk D, Castro CA, Hoge CW., Prevalence of mental health problems and functional impairment among active component and National Guard soldiers 3 and 12 months following combat in Iraq., *Arch Gen Psychiatry.* 2010 Jun;67(6):614-23
43. Thornicroft G., Deb T., Henderson C., Community mental health care worldwide: current status and further developments, *World Psychiatry.* 2016 Oct; 15(3): 276–286.
44. Witthauer C., Ajdacic-Gross V., Meyer A., Vollenweider P., Waeber G., Preisig M., Lieb R., Associations of specific phobia and its subtypes with physical diseases: an adult community study, *BMC Psychiatry.* 2016; 16: 155

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΑΠΟ SITE

1. Matthew J. Friedman, History of PTSD in Veterans: Civil War to DSM-5, National Center for PTSD, U.S. Department of Veterans Affairs, <https://www.ptsd.va.gov/public/PTSD-overview/basics/history-of-ptsd-vets.asp>
2. Neurasthenia & the Culture of Nervous Exhaustion: Introduction, University of Virginia, <http://exhibits.hsl.virginia.edu/nerves/>
3. PTSD and Shell Shock, <https://www.history.com/topics/inventions/history-of-ptsd-and-shell-shock>
4. Robledo C., The history and treatment of posttraumatic stress disorder, PTSD, October 21, 2015, <https://www.rootedinrights.org/the-history-and-treatment-of-posttraumatic-stress-disorder-ptsd/>

5. Section B –Anxiety Disorders.” *Statistics Canada*. 2015,
<https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-619-m/2012004/sections/sectionb-eng.htm#a1>
6. Stanford Children’s Health, Lucile Packard Children’s hospital Stanford,
<https://www.stanfordchildrens.org/>
7. US Department of Veteran Affairs. (PTSD: National Center for PTSD, 2017,
https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/te-measures/brief_trauma_questionnaire_btq.asp)

ΤΕΛΟΣ