



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΑΤΡΩΝ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΟΥ ΟΦΕΙΛΟΝΤΑΙ ΣΤΟ ΑΓΧΟΣ –  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ**

ΣΤΑΜΑΤΙΑ ΣΕΡΕΤΗ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΧΡΗΣΤΟΣ ΜΑΡΝΕΡΑΣ

ΠΑΤΡΑ, 2020

DISSERTATION

TITLE

**DISORDERS DUE TO ANXIETY : NURSING INTERVENTION**

FULL NAME (R.N.):

.....STAMATIA SERETI.....

SUPERVISOR PROFESSOR: ...CHRISTOS MARNERAS.....

PATRAS, 2020

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θεωρώ υποχρέωσή μου να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα καθηγητή για την πολύτιμη καθοδήγησή του και τις γνώσεις που προσέφερε τόσο στο κλινικό όσο και στο ακαδημαϊκό πλαίσιο. Επιπλέον, θέλω να ευχαριστήσω θερμά την οικογένειά μου για την αμέριστη βοήθεια, στήριξη και συμπαράσταση που μου προσέφερε όλο αυτό το διάστημα κατά τη διάρκεια της εκπόνησης της πτυχιακής αυτής εργασίας.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η απόπειρα ορισμού και προσδιορισμού του άγχους έχει τις απαρχές της στα αρχαία χρόνια. Από τότε μέχρι και σήμερα έχουν γίνει αναρίθμητες προσπάθειες όχι μόνο προσδιορισμού του άγχους, αλλά και ανίχνευσης και θεραπείας του. Το έναυσμα ή αίτιο του άγχους είναι ουσιαστικά το στρες, με το οποίο συχνά συγχέονται. Οι στρεσογόνοι λοιπόν παράγοντες, όταν δρουν σε φυσιολογικά ή άτακτα διαστήματα δεν επιφέρουν ουσιαστική ζημία στον οργανισμό. Οι παράγοντες αυτοί μπορούν να εξαλειφθούν με την κατάλληλη διαχείριση ή θεραπεία. Όταν όμως οι παράγοντες αυτοί δρουν μακροχρόνια, τότε εμφανίζονται και οι παθήσεις, οι οποίες προκαλούνται από το άγχος. Η συχνότερη μορφή τέτοιων παθήσεων είναι οι αγχώδεις διαταραχές, οι οποίες ταξινομούνται σύμφωνα με την APA. Οι διαταραχές αυτές είναι δώδεκα στον αριθμό και πολύ πιθανό να εμφανιστούν στη ζωή ενός ανθρώπου. Για παράδειγμα το 1% – 4% του πληθυσμού μπορεί να βιώσει μια κρίση πανικού με έντονα ψυχοσωματικά συμπτώματα. Τέτοια περιστατικά συχνά οδηγούνται – αναίτια - σε δομές υγείας, οπότε η ετοιμότητα του νοσηλευτή θεωρείται δεδομένη. Για τη διαχείριση και θεραπεία των διαταραχών άγχους συνήθως συνίσταται ο συνδυασμός ψυχοθεραπείας και φαρμακευτικής αγωγής. Εκτός όμως των αγχωδών διαταραχών, το άγχος προκαλεί εξίσου σημαντικές σωματικές ασθένειες και παθήσεις, όπως τα καρδιολογικά προβλήματα, τα αυτοάνοσα νοσήματα και άλλα. Σε τέτοιες περιπτώσεις είναι επιτακτική η συνδρομή του θεράποντος ιατρού, αλλά και του νοσηλευτικού προσωπικού. Τέλος, στις παθήσεις τις προκαλούμενες από το άγχος ανήκουν και οι ψυχικές διαταραχές και ψυχιατρικές παθήσεις, οι οποίες απαιτούν ιδιαίτερη προσοχή, μέριμνα, φροντίδα αλλά και εξειδίκευση από το νοσηλευτικό προσωπικό, καθώς ο νοσηλευτής λειτουργεί επικουρικά, αλλά και καίρια από την διάγνωση έως και την αποθεραπεία, πλήρη ή μη.

**Λέξεις κλειδιά :** Άγχος, διαταραχή, πάθηση, θεραπεία, νοσηλευτής

## **ABSTRACT**

In ancient years there was an attempt of definition and specifying of anxiety. By far there have been so many tries not only specifying but also tries about finding and treat anxiety. The beginning or cause of anxiety is basically stress, which is often confused with anxiety. The stressor factors, when they act normally or not often don't effectuate seriously or bring damage to the human organism. With the appropriate handling or treatment they may disappear. In the case they act for a long time then, the conditions show up because of anxiety. The most common form of these conditions is anxiety disorders, which are classified by APA. These disorders are twelve and it is very possible to come up sometime in a person's life. For example the 1 % - 4 % of the human population is may experience a panic attack including intensely physically and mentally symptoms. Such cases often are ending at a hospital, so a nurse must always be prepared. Usually for the handling and the treatment of anxiety disorders is recommended the combination of psychotherapy and drug treatment. Except for anxiety disorders, anxiety can cause equally physically conditions and diseases, such as cardiologic issues, autoimmune diseases and etc. In these cases it's very important for the doctor to be attending, and so the nurse too. Lastly, at the diseases that are caused by anxiety the psychiatric diseases are included and they specifically demand a lot of attention, care and concern but also the nurse to be attending and specialized, as the nurse acts like auxiliary, but also crucially from the diagnosis till the cure, whole or not.

Key words: Anxiety, disorder, condition, treatment, nurse

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	4
ABSTRACT	5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	8
<b>1. ΤΟ ΑΓΧΟΣ</b>	9
1.1 Ο ορισμός του άγχους - Ιστορική αναδρομή	9
1.2 Ο ορισμός του στρες	11
1.3 Ο ορισμός του φόβου	13
<b>2. ΑΓΧΩΔΕΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ</b>	
2.1. Ορισμός των αγχώδων διαταραχών	14
2.2. Ταξινόμηση των αγχώδων διαταραχών	19
2.2.1 Διαταραχή πανικού χωρίς αγοραφοβία (ΔΠ)	25
2.2.2 Διαταραχή πανικού με αγοραφοβία (ΔΠ)	28
2.2.3 Ειδική φοβία (ΕΦ), Specific Phobia (SP)	32
2.2.4 Κοινωνική φοβία (Social Phobia)	33
2.2.5 Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή (ΓΑΔ)	34
2.2.6 Ίδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή (ΙΔ)	36
2.2.7 Η διαταραχή μετατραυματικού στρες (PTSD)	39
<b>2.5 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΑΓΧΩΔΕΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ</b>	
2.5.1 Η θεραπευτική σχέση νοσηλεύτη – ασθενούς	44
2.5.2 Οι πρωτογενείς ρόλοι του νοσηλεύτη	44
2.5.3 Η νοσηλευτική διεργασία	45
2.5.4 Οι στρατηγικές της νοσηλευτικής παρέμβασης	47
2.6 Οι πρωτεύουσες νοσηλευτικές παρεμβάσεις	47
<b>3. ΣΩΜΑΤΟΠΟΙΗΜΕΝΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ</b>	
3.1 Ορισμός	53
3.2 Η σωματοποιητική διαταραχή ή Σύνδρομο του Briquet	56
3.3 Διαταραχή μετατροπής (ή υστερία ή υστερική νεύρωση)	59
3.4 Διαταραχή πόνου	61
3.5 Υποχονδρίαση	62
3.6 Σωματοδυσμορφική διαταραχή	65

3.7 ΧΡΟΝΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΠΡΟΚΑΛΟΥΜΕΝΑ ΑΠΟ ΤΟ ΑΓΧΟΣ	68
3.7.1 Τα είδη των χρόνιων νοσημάτων	68
3.8 Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΩΝ ΣΩΜΑΤΟΠΟΙΗΜΕΝΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ	
3.8.1 Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις	74
3.8.2 Νοσηλευτική διάγνωση για τις Σωματόμορφες Διαταραχές	75
3.8.3 Πλάνο νοσηλευτικής φροντίδας και στόχοι.	76
3.8. 4 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις	77
3.8.5 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις και λογικές πρακτικές σε ασθενείς με σωματόμορφες διαταραχές	77
3.8. 6 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις και λογικές πρακτικές σε ασθενείς με αυτοάνοσα νοσήματα.	79
<b>4. ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ</b>	
4.1 Ορισμός των ψυχικών διαταραχών	80
4.2 Τα είδη των ψυχικών διαταραχών	83
4.2.1 Ντελίριο (Delirium)	88
4.2.2 Κατάθλιψη & Νοσηλευτική διεργασία	91
4.2.3 Σχιζοφρένεια & Νοσηλευτική διεργασία	96
4.3 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε ασθενείς με Ντελίριο	102
4.3.1 Νοσηλευτική διάγνωση	102
4.3.2 Νοσηλευτικό πλάνο φροντίδας και στόχοι	105
4.3.3 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις	106
4.4 Νοσηλευτικό πλάνο φροντίδας για τις Διαταραχές Διάθεσης (Μείζονα Κατάθλιψη και Διπολική Διαταραχή)	
4.4.1 Υποκειμενικά Δεδομένα	106
4.4.2 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις και πρακτικές	107
4.5 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις και αρχές σε σχιζοφρενείς ασθενείς	108
5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ	110
6. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	112

## **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Η παρούσα πτυχιακή εργασία έχει ως απώτερο σκοπό τον προσδιορισμό της φύσης του άγχους και τη συσχέτισή του με το στρες, καθώς και τα αποτελέσματά τους. Το άγχος σε χαμηλή ένταση και βραχεία περίοδο δεν είναι επιβλαβές για τον οργανισμό. Στις περιπτώσεις όμως που είναι παθολόγο και χρόνια, γίνεται ζημιογόνο για τον οργανισμό εν γένει. Οι επιδράσεις αυτού του είδους άγχους εντοπίζονται στο σώμα και την ψυχή. Στον οργανισμό προκαλούνται τα λεγόμενα σωματικά συμπτώματα, ψυχοσωματικά ή σοβαρές χρόνιες ασθένειες, ενώ ψυχική προέλευση έχουν οι αγχώδεις διαταραχές και οι ψυχικές διαταραχές. Μείζονος σημασίας είναι ο ρόλος του νοσηλευτή και στις τρεις κατηγορίες διαταραχών, καθώς μέσω εξειδικευμένων γνώσεων ιατρικής και ψυχολογίας μπορεί να συμβάλλει στη μέγιστη καλυτέρευση των συμπτωμάτων ενός ασθενή.



# 1. Ο ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ

## 1.1 Ιστορική αναδρομή

Καταρχάς η λέξη *άγχος* προέρχεται από την αρχαία ελληνική γλώσσα και το ρήμα *ἄγγω*, το οποίο σημαίνει σφίγγω ή πνίγω. Έτσι ο ορισμός του ρήματος αυτού μοιραία συνδέεται και με τη συμπτωματολογία του *άγχους*. Ο Ιπποκράτης στα ιατρικά του κείμενα κάνει μνεία στο *άγχος* με παραδείγματα σε μυθολογική βάση. Τόσο οι Έλληνες όσο και οι Ρωμαίοι φιλόσοφοι προσπάθησαν να βρουν τρόπους, ώστε να απαλλαγούν από τα συμπτώματα του *άγχους*. Η προσπάθεια ερμηνείας του *άγχους* στην αρχαιότητα συνεχίστηκε από πολλούς φιλοσόφους (π.χ. Επικούριους, Στωϊκούς) με παραπλήσια βέβαια αποτελέσματα. Σύμφωνα με τον Επίκουρο, για παράδειγμα, η ευτυχισμένη ζωή προϋπέθετε την *ἀταραξίαν*, την οποία, για να πετύχαινε κάποιος, θα έπρεπε να αποβάλλει όλες τις αρνητικές σκέψεις του παρελθόντος και τις ανησυχίες του μέλλοντος. (Hossenfelder M. 2006, Auflage, Verlag C. H. Beck: ).

Στο μεσοδιάστημα αρχαίας και νεότερης ιστορίας το *άγχος* έμοιαζε να είχε εξαφανιστεί από τα ιατρικά κείμενα και μελέτες και σε περιπτώσεις *άγχους*, αυτό ονομαζόταν είτε νευρασθένεια είτε λύπη είτε μελαγχολία. Για παράδειγμα, στα μέσα του 18<sup>ου</sup> αιώνα, οι συγγραφείς αναφέρουν άτομο με κρίσεις πανικού διαγνωσμένες ως μελαγχολία. (Rousseau JJ., 1750). Στη νεότερη βέβαια, ιατρική πραγματικότητα, αυτό άλλαξε λόγω των ενδελεχών μελετών και της αέναης προσπάθειας ερμηνείας ανεξήγητων συμπτωμάτων.

Βιβλιογραφικά το *άγχος* ορίζεται ως μια δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση. Ως *άγχος* ορίζεται (Μάνος, 1997) η δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση που

περιλαμβάνει αισθήματα τάσης, φόβου ή ακόμη και τρόμου ως απάντηση σε κίνδυνο, του οποίου η πηγή είναι σε μεγάλο βαθμό άγνωστη ή μη αναγνωρίσιμη. Το άγχος είναι μια κοινή αντίδραση που σε κάποιο βαθμό απαντάται στους περισσότερους ανθρώπους με τη μορφή της υπερβολικής αντίδρασης σε ήπια στρεσογόνα γεγονότα. Όταν το άγχος υπάρχει σε φυσιολογικά επίπεδα, λειτουργεί διεγερτικά και αφυπνιστικά στον ανθρώπινο οργανισμό, ειδικά μπροστά σε μια νέα πρόκληση. Επί παραδείγματι, ένας μαθητής σε εξετάσεις ή ένας υποψήφιος εργαζόμενος είναι σε ετοιμότητα κι έχει το λεγόμενο «καλό ή δημιουργικό άγχος». Δηλαδή με αυτό, οι σωματικές και πνευματικές επιδόσεις αυξάνονται και ενδυναμώνονται (Barlow, 2000). Σε περίπτωση όμως που το άγχος υπερβεί τα φυσιολογικά επίπεδα και το άτομο δε συναισθανθεί τη μεγέθυνση της κατάστασης, τότε δεν γίνεται πλέον αναφορά στο δημιουργικό άγχος, αλλά σε κάποιο άλλο είδος του.

Αυτό γίνεται φανερά αντιληπτό όταν το άγχος ορίζεται ως *«απουσία ισορροπίας μεταξύ των απαιτήσεων (απροσδόκητες και ανεξέλεγκτες καταστάσεις, σημαντικές αλλαγές, καταστάσεις με ακραίο ή υπερβολικό επίπεδο και ένταση ερεθισμάτων, εσωτερικευμένες αξίες κ.λπ.), που μπορεί να είναι αντικειμενικές ή υποκειμενικές, και τις ικανότητες του ατόμου να τις αντιμετωπίσει»* (McGrath, 1970; Krohne & Laux, 1982; Schulz & Schonpflug, 1982; Strelau, 1988; Ratajczak & Adamied, 1989), *«διαδικασίες διαχείρισης ή απειλής για την απώλεια των ενεργειακών αποθεμάτων ή μέσων»* (Schulz & Schonpflug, 1982; Hobfoll, 1988, 1989, 1991; Schonpflug, 1993).

### **Τα συμπτώματα του άγχους**

Σε περίπτωση άγχους είναι πολύ πιθανό ή αυτονόητο να εκδηλώσει το άτομο κάποιου είδους συμπτώματα, είτε σωματικά είτε ψυχολογικά είτε και τα δύο συνδυαστικά.

Ως ψυχολογικά συμπτώματα σύμφωνα με τον Μ. Μαδιανό (2003, Κλινική Ψυχιατρική) μπορούν να ενταχθούν τα εξής: η ανησυχία, η ανυπομονησία, το αίσθημα αόριστου φόβου και αγωνίας, η νευρικότητα, η διάσπαση της προσοχής, η δυσκολία στη συγκέντρωση και το αίσθημα μειωμένης αντίληψης της πραγματικότητας.

Ως σωματικά συμπτώματα ορίζονται τα κάτωθι: η δύσπνοια, η ταχυκαρδία, το αίσθημα κόμπου στον λαιμό, το αίσθημα πνιγμονής, ο πόνος στο στήθος, η δυσκαταποσία, το αίσθημα παλμών, η ξηροστομία, τα κρύα ή ιδρωμένα χέρια, η λιποθυμική τάση, η ανορεξία, η ναυτία, ο ίλιγγος, τα κοιλιακά άλγη, η μυϊκή τάση, η κινητική ανησυχία, η τρεμούλα, η αδυναμία, η ζάλη, οι εφιδρώσεις, η συχνοουρία και η κεφαλαλγία τάσης.

## **1.2 Ο ορισμός του στρες**

Ο όρος στρες (stress) προέρχεται από τις λατινικές λέξεις *strictus* (επίθετο) που σημαίνει σφικτός ή στενός και *stringere* (παθητική μετοχή) που σημαίνει σφίγγω. Η προσπάθεια ακριβούς ορισμού διήρκησε πολλούς αιώνες συνδέοντας κι εδώ την αρχαία με τη μοντέρνα εποχή. Ο ορισμός που έχει χρησιμοποιηθεί στον μεγαλύτερο και συχνότερο βαθμό είναι αυτός που έχει δώσει ο Richard Lazarus και οι συνεργάτες του. Σύμφωνα με αυτούς, λοιπόν, ως στρες αναφέρεται η κατάσταση εκείνη, η οποία προκαλείται από τις διαδικασίες αλληλεπίδρασης μεταξύ των ατόμων και του περιβάλλοντός τους. Επεξηγηματικά το άτομο βιώνει στρες, όταν πιστεύει ή αισθάνεται ότι οι δυνάμεις του δεν επαρκούν, ώστε να μπορέσει να ανταποκριθεί στην εκάστοτε ανάγκη ή συνθήκη. Έτσι, αναλόγως της συνθήκης, της περιστασης ή της προσδοκίας, το στρες μπορεί να χωριστεί σε επιμέρους είδη.

## **Διαφοροποίηση άγχους - στρες**

Προηγουμένως, όμως, θα πρέπει να γίνει μια σύντομη διευκρίνιση. Το στρες και το άγχος δεν ταυτίζονται, γιατί το στρες είναι ο παράγοντας ενώ το άγχος η απόρροια του στρες. Δηλαδή, το ερέθισμα δημιουργεί τη διαδικασία του στρες κι αυτό με τη σειρά του επιφέρει το δυσάρεστο συναίσθημα του άγχους (Βάρβογλη, 2006)

## **Οι στρεσογόνοι παράγοντες – τα είδη του στρες**

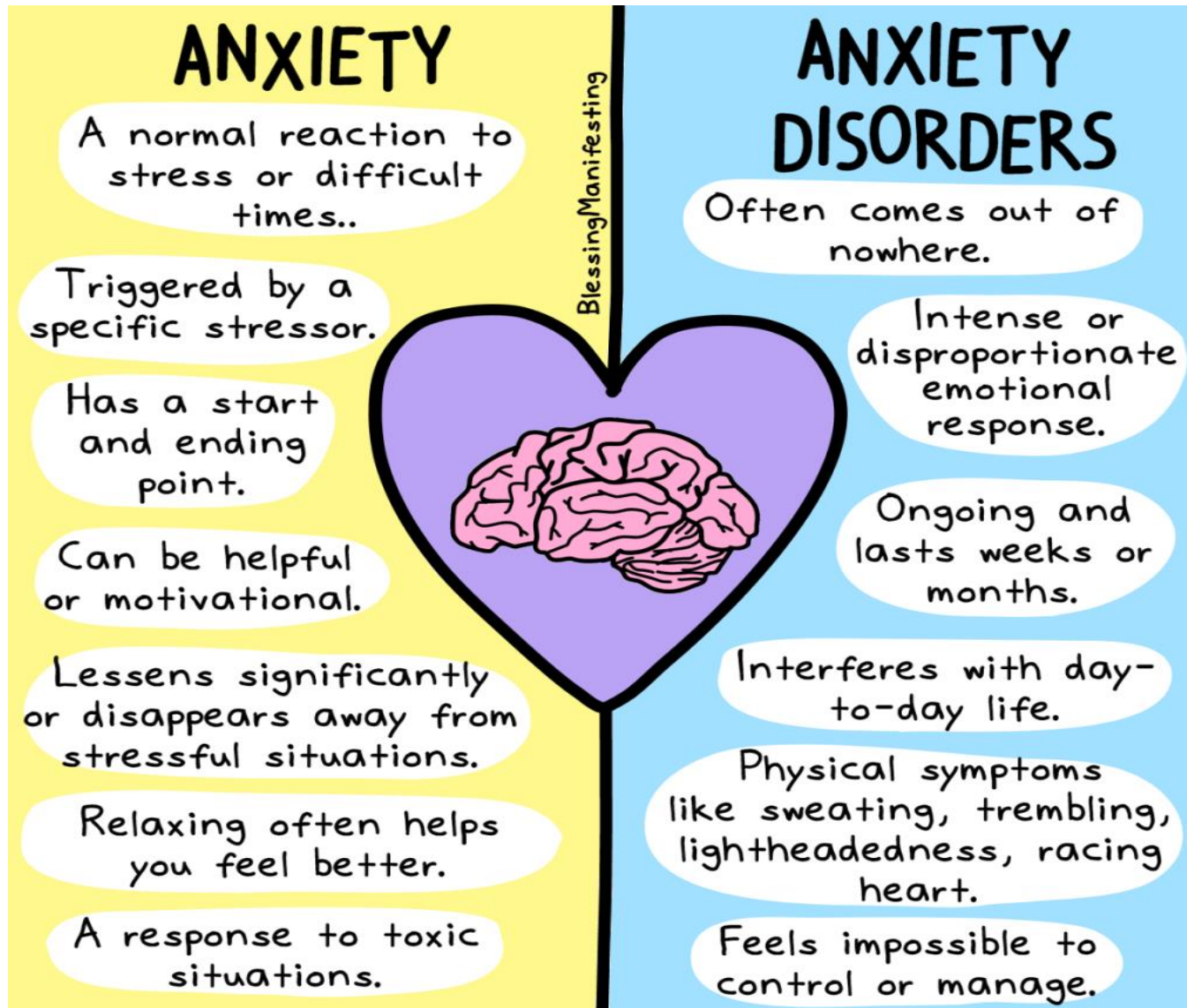
Γι' αυτό, για παράδειγμα, όταν γίνεται αναφορά στο λεγόμενο «καλό ή δημιουργικό άγχος», επί της ουσίας είναι δημιουργικό στρες κι όχι άγχος. Αυτό μάλιστα που καθορίζει τα υποείδη του στρες είναι κάποιοι παράγοντες. Αυτοί οι στρεσογόνοι παράγοντες προέρχονται από τα ερεθίσματα (π.χ. γεγονότα ή περιστάσεις) που λαμβάνει ο δέκτης και του προκαλούν ένταση. Έτσι οι στρεσογόνοι παράγοντες είναι οι κάτωθι:

- Οι καθημερινοί, εδώ όπου υπάρχει και το λεγόμενο δημιουργικό στρες, “eustress” (Sheridan & Radmacher, 1992)
- Οι χρόνιοι ή μακροπρόθεσμοι (π.χ. η αποθεραπεία ή αποκατάσταση από μια χρόνια ασθένεια)
- Οι βραχυπρόθεσμοι ή οξείες (π.χ. οι εξετάσεις στο σχολείο ή ένα διαγώνισμα για έναν μαθητή σύμφωνα με τον Mechanic (1962), αποτελεί στρεσογόνο κατάσταση,
- Εξωγενείς (π.χ. αυτοί που προκαλούνται από εξωτερικές μεταβολές, π.χ. καταστροφές του περιβάλλοντος, όπως ο σεισμός

### 1.3 Ο ορισμός του φόβου

Όπως προαναφέρθηκε το άγχος συγγέεται συχνά με το στρες, δηλαδή γίνεται σύγχυση παράγοντα – αποτελέσματος. Η ίδια σύγχυση γίνεται με τρεις έννοιες, δηλαδή το άγχος με το στρες και το φόβο, ενώ είναι εκ διαμέτρου αντίθετες και εξ ορισμού, αλλά και πρακτικά. Ο φόβος – όπως και το άγχος – είναι μια δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση - κατά την οποία το άτομο απειλείται από πραγματικό ή από φανταστικό, πλασματικό κίνδυνο. Η ένταση και η διάρκεια του φόβου του υποκειμένου είναι ανάλογη με το μέγεθος του κινδύνου, μέχρις ότου να αντιδράσει το υποκειμένου (δράση ή φυγή). Στη διάρκεια του φόβου συμμετέχουν ισάξια τόσο τα ψυχολογικά συμπτώματα όσο και τα σωματικά, όπως η υποκειμενική αίσθηση του φόβου, ταχυκαρδία, δύσπνοια, τρέμουλο και σύσπαση του μυών. Αυτή η πάλη του οργανισμού σε συνάρτηση με τους μύες, προετοιμάζει το σώμα για πάλη ή φυγή, προκειμένου να παλέψει ή να αποφύγει την πραγματική ή φανταστική απειλή. (Μάνος, 1997)

## 2. ΟΙ ΑΓΧΩΔΕΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ



Εικόνα 1, [nvermeresummit youthcentre.org](http://nvermeresummit youthcentre.org)

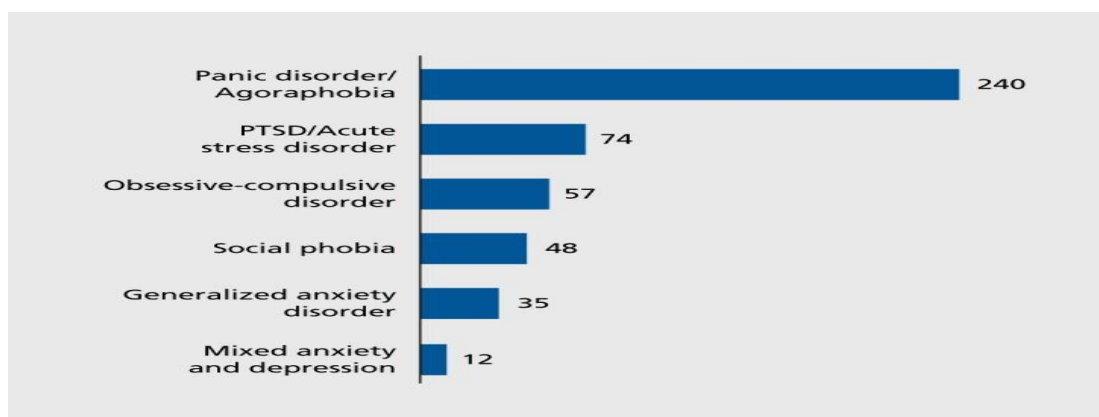
### 2.1 Ορισμός των αγχωδών διαταραχών

Οι αγχώδεις διαταραχές είναι επί της ουσίας ένα φάσμα κλινικών συνδρομών (2000.2.2. Alonso J, et al.), το οποίο χαρακτηρίζεται από μια σωρεία συμπτωμάτων,

όπως ανησυχία, νευρικότητα, ένταση και πολλά ακόμα σωματικά συμπτώματα, τα οποία θα εξεταστούν ενδελεχώς σε επικείμενη υποενοότητα. Γενικά, οι αγχώδεις διαταραχές είναι οι συνηθέστερες ψυχιατρικές διαταραχές και επηρεάζουν περίπου το 13,6 % έως 28,8 % των ενηλίκων σε όλη τη διάρκεια της ζωής τους. (Acta Psychiatr Scand. 2004, Kessler RC, et al. 2005).

### Επιδημιολογία των αγχώδων διαταραχών

Σύμφωνα με στατιστικά στοιχεία και μελέτες η συχνότητα εμφάνισης μιας οποιασδήποτε αγχώδους διαταραχής στη ζωή ενός ανθρώπου είναι περίπου 13,6% έως 28,8%, ενώ η αντίστοιχη συχνότητα των διαταραχών διάθεσης είναι 14,0% έως 20,8% (Alonso J, et al., 2004, Kessler, et al. 2005).



**Εικόνα 1,** Παρακολούθηση αριθμού ασθενών με αγχώδη διαταραχή σε μια μονάδα διαταραχής άγχους στο Πανεπιστήμιο του Goettingen, στη Γερμανία για διάστημα μεγαλύτερο των 6 μηνών (Μάιος - Οκτώβριος 1999, n=466). Αρχικές διαγνώσεις σύμφωνα με το ICD – 10. PTSD (πηγή: pubmed.gov)

### Η ταξινόμηση των αγχώδων διαταραχών

Ουσιαστικά υπάρχουν δύο συστήματα ταξινόμησης και διάγνωσης ψυχικών διαταραχών βάσει κριτηρίων (Pfizer.gr-GAD-JAN14), τα οποία εφαρμόζονται σε παγκόσμια εμβέλεια:

1. Το σύστημα που ανέπτυξε η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία (APA) και παρουσιάζεται στο Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών, στην 4<sup>η</sup> έκδοση με αναθεωρημένο κείμενο (DSM – IV –TR) (*DC: American Psychiatric Association; 2000*)
2. Το σύστημα που ανέπτυξε ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) και παρουσιάζεται στη Διεθνή Στατιστική Ταξινόμηση Νόσων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας, στη 10<sup>η</sup> έκδοση. (ICD – 10) (*ICD-10, 1992*)

Το *DSM-IV* λοιπόν καταχωρεί 12 κατηγορίες αγχωδών διαταραχών, οι οποίες υπάρχουν επίσης στην *ICD-10*. (*DSM – IV, 2000, ICD – 10, 1992*) Το δεύτερο σύστημα ταξινόμησης (ICD – 10) περιλαμβάνει όλες τις νόσους και διαταραχές, συμπεριλαμβανομένων και των ψυχικών διαταραχών, ενώ το δεύτερο σύστημα αξιολόγησης (DSM – IV) περικλείει μόνο τις ψυχικές διαταραχές. Ενώ το δεύτερο σύστημα χρησιμοποιείται στον ευρωπαϊκό χώρο, αλλά και σε πολλές ακόμη χώρες, το πρώτο σύστημα χρησιμοποιείται για σκοπούς κυρίως ερευνητικούς (μελέτες) (*Sadock BJ, Sadock VA. 2000*)



## Επιδημιολογικά στοιχεία



Διάγνωση	18-24		35-49		50-65		Σύνολο	
	A	Θ	A	Θ	A	Θ	A	Θ
Οποιαδήποτε αγχώδη διαταραχή (πλην ΔΜΣ)	7,0	17,0	8,0	15,9	8,4	16,2	7,8	16,3
Διαταραχή Πανικού	1,0	3,4	2,0	3,4	2,1	2,4	1,7	3,0
Αγοραφοβία (χωρίς πανικό)	0,9	2,0	1,1	2,9	0,9	4,4	1,0	3,1
Γενική Αγχώδης Διαταραχή	0,5	1,1	0,9	2,9	1,8	2,2	1,0	2,1
Κοινωνική Φοβία	1,9	3,1	0,7	2,7	1,4	2,2	1,3	2,7
Ειδική Φοβία	4,2	11,9	4,7	9,7	4,6	10,7	4,5	10,8
Ιδιοψυχαναγκαστική Διαταραχή	0,4	1,0	1,0	0,9	0,3	0,8	0,6	0,9
Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες	0,4	1,6	0,6	1,4	0,4	1,3	0,5	1,5

Επιπολασμός των αγχωδών διαταραχών (12 μηνών) κατά ηλικία και φύλο

(Wittchen, Jacobi, 2005)

### Εικόνα 2

Σύμφωνα με δεδομένα των ΓΑΔ και ΜΤΣ φαίνονται αξιοσημείωτες διαφορές ανά ηλικιακή ομάδα. Για την ΓΑΔ τα στοιχεία δείχνουν υψηλότερα επίπεδα 3,4% μεταξύ των ηλικιωμένων (65+) και πολύ χαμηλότερα επίπεδα (1,7%) στην ηλικιακή ομάδα 14 – 65 ετών, ενώ οι τιμές του ΜΤΣ παρουσιάζουν πτώση ανά ηλικία (14 – 34: 2.9%, 35 – 65: 1,3%, 65+: 1,1%). Σύμφωνα με τους Wittchen και F. Jacobi (2010) παρατηρείται η ανοδική πορεία και εκτόξευση των αγχωδών διαταραχών, παρόλο που η μελέτη δεν εστιάζει και σε ακόμα μικρότερες ηλικιακές ομάδες, για παράδειγμα στους εφήβους, οι οποίοι και συχνά εμφανίζουν κάποια διαταραχή άγχους.

### Αιτιολογία και παράγοντες κινδύνου

Η αιτιολογία και προέλευση των αγχωδών διαταραχών έγκειται είτε σε επίκτητους παράγοντες (ψυχολογικούς, φαρμακευτικούς ) είτε σε εγγενείς (νευρολογικούς, γενετικούς) και εμφανίζονται είτε μεμονωμένα είτε συνδυαστικά.

### Φαρμακευτικοί παράγοντες

Στην πολυετή μελέτη του Cohen (1995), ερευνήθηκαν οι αγχώδεις διαταραχές στους μισούς περίπου ασθενείς που παρακολουθούσαν πρόγραμμα υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε μία βρετανική νοσοκομειακή ψυχιατρική κλινική, με συχνότερες διαταραχές την διαταραχή πανικού και την κοινωνική φοβία. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι αυτές οι διαταραχές προκλήθηκαν εξαιτίας της εξάρτησης από το αλκοόλ ή τη βενζοδιαζεπίνη. Αυτοί οι ασθενείς ανέπτυξαν αρχική αύξηση του άγχους κατά τη διάρκεια της περιόδου διακοπής, η οποία ακολουθήθηκε από την διακοπή των συμπτωμάτων του άγχους (Cohen 1995). Επιπρόσθετα, η λήψη καφεΐνης μπορεί να προκαλέσει ή να επιδεινώσει τις διαταραχές άγχους (Scott 2011), συμπεριλαμβανομένης της διαταραχής πανικού (Hughes 1996). Τα άτομα με διαταραχές άγχους μπορεί να παρουσιάσουν υψηλή ευαισθησία στην καφεΐνη.

### **Νευρολογικοί παράγοντες**

Η συμβολή της αμυγδαλής στο συναίσθημα είναι σε μεγάλο βαθμό αποτέλεσμα της ανατομικής συνδεσιμότητάς της. Η αμυγδαλή (ή αμυγδαλοειδές σύμπλεγμα) είναι ένα σύνολο πολλών και λειτουργικά ετερογενών πυρήνων, οι οποίοι σχηματίζουν προσαγωγούς και απαγωγούς συνδέσεις με άλλες περιοχές του εγκεφάλου, καθώς και ενδογενείς συνδέσεις μεταξύ τους. Οι πυρήνες αυτοί μπορούν να ομαδοποιηθούν με βάση τις λειτουργίες και τις συνδέσεις τους στη βασοπλευρική περιοχή (basolateral amygdala, BLA), και την κεντρική περιοχή (central amygdala, CA), οι οποίες έχουν συσχετιστεί με την έκφραση του φόβου, του άγχους και της συναισθηματικής εκμάθησης. Πιο συγκεκριμένα, η BLA συνεισφέρει στην εκτίμηση της συναισθηματικής αξίας ενός ερεθίσματος και εν προκειμένω πόσο απειλητικό είναι, ενώ ο κεντρικός πυρήνας διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στις αμυντικές αποκρίσεις που σχετίζονται με το φόβο. (Σιδηροπούλου, 2015)

### **Ψυχολογικοί παράγοντες**

Οι ψυχολογικοί παράγοντες μπορούν αν λειτουργήσουν ως αιτιότητα για τις αγχώδεις διαταραχές, λόγω αρνητικών συμβάντων όπως οι οικονομικές δυσκολίες ή η αντιμετώπιση μιας χρόνιας ασθένειας. Το άγχος εκδηλώνεται σε όλες τις ηλικιακές ομάδες. Για παράδειγμα, οι έφηβοι και οι νέοι έχουν το άγχος της αποδοχής, της ένταξης σε ομάδα συνομηλίκων τους, αλλά και της εικόνας τους (εξωτερική εμφάνιση). Άγχος, όμως βιώνει και η Τρίτη ηλικία, στην οποία εκδηλώνεται συχνά με μορφές νόσων όπως το Alzheimer. Βέβαια, θα πρέπει να γίνεται ενδελεχής εξέταση, ώστε η πάθηση να μη συγχέεται -λόγω λανθασμένης διάγνωσης- ως διαταραχή άγχους, ενώ επί της ουσίας αφορά μια σωματική πάθηση για παράδειγμα μια καρδιακή αρρυθμία, ως κλινική εκδήλωση του άγχους (Calleo & Stanley, 2008).

### **Γενετικοί παράγοντες**

Πρόσφατες διαθέσιμες κλινικές μελέτες γενετικής δείχνουν σημαντική κληρονομικότητα των διαταραχών άγχους (30-67%), με πολλαπλά γονίδια ευπάθειας όπως τα 5-HT<sub>1A</sub>, 5-HTT, MAO-A, COMT, CCK-B, ADORA2A, CRHR1, FKBP5, ACE, RGS2/7 και NPSR1 προτείνονται από μελέτες μοριακής γενετικής ένωσης. Αυτά τα γονίδια έχουν δείξει ότι αλληλεπιδρούν μερικώς μεταξύ τους καθώς μαζί με περιβαλλοντικούς παράγοντες διαμορφώνουν τον συνολικό κίνδυνο ασθένειας σε ένα πολύπλοκο γενετικό μοντέλο. Επιπρόσθετα, πρόσφατες έρευνες έχουν επισημάνει τον κρίσιμο ρόλο των επιγενετικών υπογραφών όπως τα πρότυπα μεθυλίωσης σε τροποποίηση των περιβαλλοντικών επιρροών, καθώς οδηγούν τη λειτουργική επίπτωση της αγχώδους διαταραχής με γενετικά ρίσκα. Τα γονίδια ευπάθειας των αγχωδών διαταραχών μοιάζει να διασκέπτεται κάποια από τα ρίσκα της ασθένειας διαμέσου των φαινότυπων όπως η συστολή συμπεριφοράς, η αγχώδης ευαισθησία ή πληθώρα νευροβιολογικών χαρακτηριστικών όπως η αυξημένη ξαφνική δημιουργικότητα ή δυσλειτουργική κορτικολιμπική δραστηριότητα κατά τη διάρκεια

συναισθηματικής διαδικασίας. Τέλος, οι μελέτες προβάλλουν στοιχεία για συγκεκριμένα γονίδια κινδύνου να συσχεφθούν διατομική μεταβλητότητα σε απάντηση μιας φαρμακολογικής ή ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης σε αγχώδεις διαταραχές. (S. Karger AG, Basel, 2003)

## **2.2 Ταξινόμηση των αγχωδών διαταραχών**

Σύμφωνα με το DSM - IV – TR (2000) οι Αγχώδεις Διαταραχές περιλαμβάνουν τις κάτωθι διαταραχές:

- Διαταραχή Πανικού Χωρίς Αγοραφοβία
- Διαταραχή Πανικού Με Αγοραφοβία
- Αγοραφοβία (Χωρίς Ιστορικό) Διαταραχής Πανικού
- Ειδική Φοβία
- Κοινωνική Φοβία
- Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή
- Διαταραχή Μετά από Τραυματικό Στρες
- Διαταραχή Οξέος Στρες
- Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή (περιλαμβανόμενης της Υπεραγχώδους Διαταραχής της Παιδικής Ηλικίας)
- Αγχώδης Διαταραχή Οφειλόμενη σε Γενική Σωματική Κατάσταση
- Αγχώδης Διαταραχή Προκαλούμενη από Ουσίες Αγχώδης Διαταραχή
- Αγχώδης Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς.

### **Συμπτωματολογία του φάσματος των αγχωδών διαταραχών**

Λόγω του ότι αρκετές διαταραχές άγχους παρουσιάζουν μεγάλες ομοιότητες μεταξύ τους, μπορεί και τα συμπτώματα να παραλληλίζονται. Συνήθως όμως γίνεται λόγος για

ταχυκαρδία, τρέμουλο, αίσθημα πνιγμού, αίσθημα φόβου, πόνος στο στήθος στομαχικές ή γαστρεντερικές διαταραχές κ.ά.

### **Διάγνωση και θεραπεία του φάσματος των αγχωδών διαταραχών**

Η διάγνωση της διαταραχής βασίζεται πάντοτε στα συμπτώματα, το ιστορικό και τη συμπεριφορά του ασθενούς. Και εδώ υπάρχουν ομοιότητες των διαταραχών, καθώς και αρκετές αποκλίσεις. Η διάγνωση των διαταραχών άγχους είναι δύσκολη επειδή δεν υπάρχουν αντικειμενικοί βιοδείκτες για την ταυτοποίηση τους και βασίζεται σε συμπτώματα (Rose & Devine, 2014) τα οποία πρέπει να εμφανίζονται τουλάχιστον για μεγάλο χρονικό διάστημα (π.χ. έξι μήνες), να εκδηλώνονται εντονότερα από την αναμενόμενη συχνότητα και να παρατηρηθεί μια υποβάθμιση και μια έκπτωση της φυσιολογικής συμπεριφοράς και της λειτουργικότητας του ατόμου (Craske & Stein, 2016). Επιπλέον η μελέτη του Kroenke και των συνεργατών του (2007), μέσω ερωτηματολογίου που έγινε σε 965 με τυχαία δειγματοληψία ασθενών από διαδοχικούς ασθενείς στην κλινική, οι οποίοι συμπλήρωσαν ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς και συμφώνησαν σε μια τηλεφωνική συνέντευξη.

**Η θεραπεία** μπορεί να περιλαμβάνει:

- Αλλαγές στον τρόπο ζωής
- Φαρμακευτική αντιμετώπιση (όπως αγχολυτικά, αντικαταθλιπτικά ή β-αναστολείς και άλλα σκευάσματα)
- Ψυχοθεραπευτική προσέγγιση (όπως η γνωσιακή - συμπεριφοριστική θεραπεία και η ψυχοεκπαίδευση) (Craske & Stein, 2016, NIMH 2016).

Σε κάποιες περιπτώσεις η θεραπεία για να είναι πλήρης, αποτελεσματική και μόνιμη γίνεται συνδυαστική, δηλαδή συνδυασμός ψυχοθεραπείας και φαρμακευτικής αγωγής.

#### ➤ **Αλλαγές τρόπου ζωής**

Εκτός των επίσημων θεραπειών και πριν από την έναρξή τους είναι σημαντική η ύπαρξη υποστηρικτικού και ενθαρρυντικού περιβάλλοντος του ασθενούς. Εκτός όμως της υποστήριξης, ο ασθενής συχνά συμβουλεύεται στο να αλλάξει διατροφικές συνήθειες, αλλαγή καθημερινότητας και αποφυγή αρνητικών σκέψεων. Τέτοιες αλλαγές επιφέρονται με την ένταξη της καθημερινής γυμναστικής, την υιοθέτηση ενός υγιεινού διατροφικού πλάνου με ταυτόχρονη διακοπή ουσιών που προκαλούν διέγερση (π.χ. καφεΐνη) και φαρμάκων ή ουσιών που μπορεί να προκαλέσουν συμπτώματα άγχους. (intermed.com)

#### ➤ **Φαρμακοθεραπεία**

Σύμφωνα με τον Zwanzger, οι αγχώδεις διαταραχές ανήκουν στην πιο συχνή ομάδα ψυχιατρικών διαταραχών σύμφωνα με τις επιδημιολογικές μελέτες και συνδέονται με ένα μεγάλο οικονομικό βάρος. Η διαταραχή πανικού, η ΓΑΔ, η διαταραχή κοινωνικού άγχους και η ειδική φοβία ανήκουν στις σοβαρότερες κλινικές διαταραχές. Η αιτιολογία τους είναι σύνθετη, καθώς οφείλονται σε αρκετούς παράγοντες. Η φαρμακευτική αγωγή συνδυάζεται με την ψυχοθεραπεία, κυρίως τη Γνωστική Συμπεριφορική Θεραπεία (ΓΣΘ), η οποία δείχνει την επιλογή της θεραπείας. Υπάρχει πληθώρα εξελιγμένων αντικαταθλιπτικών και πρεγκαμπαλίνη, τα οποία και συνήθως συνίστανται. (P. Zwanzger, 2016)

Σύμφωνα με τον Αυγουστάτο (2008) η θεραπευτική μεθοδολογία διαχωρίζεται σε πτυχές:

- Τη θεραπεία βραχείας διάρκειας, η οποία στοχεύει στην απαλλαγή του πάσχοντα από τα συμπτώματα και να τον επαναφέρει στην προηγούμενη λειτουργικότητά του.
- Τη θεραπεία μακράς διάρκειας, η οποία στοχεύει στη διατήρηση, σε ορισμένες περιπτώσεις, του θεραπευτικού αποτελέσματος και την αποτροπή εκδήλωσης νέου αγχωτικού επεισοδίου στο μέλλον.

Σύμφωνα με τον Αυγουστάτο (2008), όταν ενυπάρχει ήπιο άγχος ή άγχος λόγω ψυχοτραυματικού στρες ή λόγω προσωπικών ή διαπροσωπικών προβλημάτων, χωρίς να χαρακτηρίζεται παθολογικό, δεν αποτελεί ένδειξη αγχολυτικής θεραπείας. Αντ' αυτού θα πρέπει να δοκιμάζεται - όπου είναι δυνατή και εφικτή - η βραχυχρόνια αντιμετώπιση με συμβουλευτική, χειρισμό του στρες, σωματική άσκηση ή ψυχοθεραπεία.

#### • Αντικαταθλιπτικά

Τα αντικαταθλιπτικά χρησιμοποιούνται κυρίως για τη θεραπεία της κατάθλιψης, όμως συμβάλλουν και στη μείωση των συμπτωμάτων άγχους, ακόμη και σε περιπτώσεις όπου τα άτομα δεν πάσχουν από κατάθλιψη. Πιο συγκεκριμένα, επιδρούν στους νευροδιαβιβαστές, όπως η σεροτονίνη ή η νορεπινεφρίνη, οι οποίοι συνδέονται με την πρόκληση των συμπτωμάτων άγχους. Τα αντικαταθλιπτικά δεν δρουν άμεσα στον ασθενή και γι' αυτό η λήψη τους θα πρέπει να συνεχίζεται για τουλάχιστον 2-4 εβδομάδες. Ένα από τα συνηθέστερα προβλήματα των αντικαταθλιπτικών είναι ότι οι ασθενείς τα διακόπτουν ύστερα από μια εβδομάδα χορήγησης, θεωρώντας ότι δεν είναι αποτελεσματικά.

Όταν γίνεται συνταγογράφηση ενός αντικαταθλιπτικού φαρμάκου, το άτομο θα πρέπει να μην εγκαταλείψει τη θεραπεία πριν από το υποδεικνυόμενο από το γιατρό

του χρονικό διάστημα. Τα αντικαταθλιπτικά δεν είναι ηρεμιστικά και συνήθως δεν γίνονται εθιστικά. (medicalpq.gr)

- **Βενζοδιαζεπίνες**

Οι βενζοδιαζεπίνες (τα λεγόμενα ελαφρά ηρεμιστικά) αποτελούν πολύ κοινά συνταγογραφούμενα φάρμακα για την καταπολέμηση του άγχους. Συνήθως βελτιώνουν τα συμπτώματα, ωστόσο είναι εθιστικά και σε περίπτωση που λαμβάνονται για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των λίγων εβδομάδων είναι πολύ πιθανό να μειωθεί η δράση τους ή και να προκαλέσουν υπνηλία. Η βραχεία χορήγηση των βενζοδιαζεπινών μέχρι και 2-3 εβδομάδες, αποτελεί ίσως μια επιλογή για την άμεση ανακούφιση των συμπτωμάτων του άγχους, η οποία είναι ασφαλής.

- **Φαρμακευτική αγωγή με φυτικά σκευάσματα**

Πάνω από 45% των μελετών αναφέρουν θετικά ευρήματα με λιγότερες αρνητικές επιδράσεις σε σύγκριση με τα συμβατικά φάρμακα. Βασισμένα σε διαθέσιμα δεδομένα, το φυτό Σιμισιφούγκα (black cohosh), το χαμομήλι, το καστέλ, η λεβάντα, το λουλούδι του πάθους και το σαφράν φαίνονται χρήσιμα στον μετριασμό του άγχους με ευνοϊκά ρίσκα – κερδοφόρα προφίλ σε σύγκριση με τις καθιερωμένες θεραπείες. (Yeung et al., 2018)

### **Ψυχοθεραπευτική προσέγγιση των αγχωδών διαταραχών**

Οι σημαντικότερες **ψυχολογικές θεραπείες** που χρησιμοποιούνται στο φάσμα των αγχωδών διαταραχών είναι: (B. Γ. Μασδάκης, Ν. Βαϊδάκης, Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής 2007)



α) Η Γνωσιακή - Συμπεριφοριστική θεραπεία, η οποία βασίζεται στην επεξεργασία πληροφοριών και στοχεύει στη διαχείριση και τροποποίηση των δυσλειτουργικών σκέψεων

β) Η Θεραπεία ενδοδεικτικής θέσης, η οποία ωθεί στη μίμηση των συμπτωμάτων μιας κρίσης πανικού, ούτως ώστε το άτομο να εξοικειωθεί με τα συμπτώματα αυτά ή η επίτευξη γνωσιακής αναδόμησης, ώστε να αποδομήσει νοητά τα συμπτώματα και την αξία τους (εκούσιος υπεραερισμός, συγκράτηση της αναπνοής, έκθεση)

γ) Εκπαίδευση στην αναπνοή, δηλαδή εκμάθηση τεχνικών σωστής αναπνοής

δ) Εκπαίδευση στη χαλάρωση, δηλαδή εκμάθηση τεχνικών χαλάρωσης και ηρεμίας

Παρόλο που η εφαρμογή της γνωσιακής - συμπεριφοριστικής θεραπείας για τη διαταραχή πανικού είναι σχετικά πρόσφατη (Θωμάς Καλπάκογλου, 2013) τα αποτελέσματα από σχετικές έρευνες, που εξετάζουν τη γνωσιακή θεραπεία μόνη της ή σε συνδυασμό με φαρμακοθεραπεία, είναι ενθαρρυντικά (Barlow, 1984).

### **Φάσμα αγχωδών διαταραχών**

#### **2.2.1 Διαταραχή πανικού χωρίς αγοραφοβία (ΔΠ)**

Ως διαταραχή πανικού ορίζεται η εμφάνιση πολλαπλών, μη αναμενόμενων κρίσεων σοβαρού άγχους, οι λεγόμενες κρίσεις πανικού. Όταν δηλαδή, το άτομο – ασθενής βιώνει για μεγάλο χρονικό διάστημα ή χρόνια κρίσεις πανικού, τότε γίνεται λόγος για διαταραχή πανικού με ή χωρίς αγοραφοβία.

#### **➤ Διάγνωση της διαταραχής πανικού με ή χωρίς αγοραφοβία:**

(α) επίμονη ανησυχία για πρόσθετες προσβολές

(β) ανησυχία για τις επιπτώσεις της προσβολής ή τις συνέπειές της (π.χ. ο φόβος του ατόμου ότι θα χάσει τον έλεγχο, θα έχει μια καρδιακή προσβολή, «θα τρελαθεί» ή ακόμα και ότι θα πεθάνει

(γ) μια σημαντική αλλαγή στη συμπεριφορά αναφορικά με τις προσβολές.

Η κρίση πανικού υπάρχει όταν κάποιος παρουσιάσει τέσσερα ή περισσότερα συμπτώματα από τα ακόλουθα, τα οποία σε δέκα λεπτά έφτασαν στο μέγιστο βαθμό τους, τότε υπάρχει κρίση πανικού.

➤ **Συμπτώματα της κρίσης πανικού** σύμφωνα με το DSM – IV είναι τα εξής:

-αίσθημα παλμών, δυνατό χτύπημα της καρδιάς ή επιτάχυνση του καρδιακού ρυθμού

-εφίδρωση

-τρέμουλο ή έντονος τρόμος

-αισθήματα «κομμένης ανάσας» ή πλακώματος στο στήθος

-αίσθημα πνιγμού

-πόνος ή στεναχώρια στο στήθος

-ναυτία ή δυσφορία στο επιγάστριο

-αίσθημα ζάλης, αστάθειας, κενού στο κεφάλι, ή λιποθυμίας

-αποπραγματοποίηση (αισθήματα μη πραγματικότητας) ή αποπροσωποποίηση (αίσθηση αποκοπής από τον εαυτό)

-φόβος του ατόμου για απώλεια ελέγχου ή για επικείμενη τρέλα, φόβος για επερχόμενο θάνατο

-παραισθήσεις (μουδιάσματα ή μυρμηγκιάσματα)

-ρίγη ή εξάψεις ζέστης



**Εικόνα 3, Τυπικά συμπτώματα κρίσεων πανικού. Πηγή: Kalpakoglou (1993)**

#### ➤ **Αίτια - Παράγοντες**

Σύμφωνα με τους Reid & Wise (1989), ως προδιαθετικοί παράγοντες για τη διαταραχή πανικού ορίζονται οι κάτωθι:

- η ξαφνική αποκοπή της κοινωνικής υποστήριξης
- η λήξη μιας προσωπικής σχέσης
- το άγχος του αποχωρισμού (separation anxiety)

#### ➤ **Συμπτωματολογία της διαταραχής κρίσης πανικού**

Τα συμπτώματα της διαταραχής πανικού χωρίς αγοραφοβία είναι ακριβώς τα ίδια με τα συμπτώματα της κρίσης πανικού, καθώς η διαταραχή αυτή, συνιστά επί της ουσίας επαναλαμβανόμενες κρίσεις πανικού. Τα συμπτώματα όμως που παρουσιάζει κάθε

άτομο, το οποίο υποφέρει από αυτές, διαφέρουν και είναι αναλογικές με την προσωπικότητα αλλά και την κλίμακα άγχους του καθενός.

#### ➤ **Διαγνωστικά κριτήρια και θεραπεία**

Σύμφωνα με τους Rapee και Barlow (1988) η εν λόγω θεραπεία μπορεί να επιφέρει βελτίωση (με πλήρη παύση των πολύ έντονων προσβολών) σε ποσοστό μεγαλύτερο από το 80% των ασθενών με αυτή τη διαταραχή, η οποία βελτίωση διατηρείται για μεγάλα χρονικά διαστήματα.

#### ➤ **Ψυχοθεραπεία**

Κυρίως συστήνονται η γνωσιακή και συμπεριφοριστική θεραπεία, αλλά και όσες αναφέρθηκαν παραπάνω σε σχέση με τη φαρμακοθεραπεία του φάσματος των διαταραχών του άγχους.

#### ➤ **Φαρμακοθεραπεία**

- Τα αντικαταθλιπτικά
- Οι βενζοδιαζεπίνες
- Φυτικά σκευάσματα ως εναλλακτική φαρμακοθεραπεία

### **2.2.2 Διαταραχή πανικού με αγοραφοβία (ΔΠ)**

#### **Ο ορισμός της αγοραφοβίας**

Η αγοραφοβία είναι συχνή σε ασθενείς με διαταραχή πανικού και συνήθως αναπτύσσεται ως απόκριση στις κρίσεις πανικού. (DSM – IV, 2000, ICD – 10, 1992)

Το βασικό χαρακτηριστικό της αγοραφοβίας είναι η εκδήλωση άγχους όταν το άτομο βρίσκεται σε χώρους ή σε καταστάσεις από όπου η διαφυγή ενδεχομένως να είναι δύσκολη ή όπου μπορεί να μην είναι διαθέσιμη η παροχή βοήθειας σε περίπτωση μη

αναμενόμενης κρίσης πανικού ή συμπτωμάτων που προσομοιάζουν κρίσεις πανικού. Αυτό το άγχος οδηγεί στην αποφυγή ορισμένων καταστάσεων (π.χ. αποφυγή ταξιδιών) σε βαθμό που εξασθενίζει τη δυνατότητα του ατόμου να εκτελέσει τις καθημερινές του (DSM - IV).

➤ **Συμπτωματολογία διαταραχής πανικού με αγοραφοβία κατά DSM – III - R**

1. Επαναλαμβανόμενες απρόσμενες κρίσεις πανικού
2. Τουλάχιστον σε μια από τις προσβολές που ακολουθήθηκε μέσα σε ένα μήνα, εμφανίστηκε ένα ή περισσότερα από τα κάτωθι:

- Επίμονη ανησυχία για πρόσθετες προσβολές
- Ανησυχία για τις επιπτώσεις ή τις συνέπειες της προσβολής (π.χ. ο φόβος του ανθρώπου μήπως τρελαθεί ή χάσει τον έλεγχο κ.λπ.)
- Αλλαγή στη συμπεριφορά του αναφορικά με τις προσβολές

Στην διαταραχή πανικού οι προσβολές δεν οφείλονται στις άμεσα φυσιολογικές επιδράσεις κάποιας ουσίας ή σε μια γενική παθολογική κατάσταση. Η βαρύτητα της αγοραφοβικής αποφυγής μπορεί να ποικίλλει ως προς το βαθμό της (Καλπάκογλου 2013):

**Ήπια:** Υπάρχει κάποιου βαθμού αποφυγή (ή το άτομο υπομένει με δυσφορία), αλλά ο τρόπος ζωής είναι σχετικά φυσιολογικός. για παράδειγμα, το άτομο μετακινείται χωρίς να συνοδεύεται όταν είναι απαραίτητο, όπως στην εργασία ή για ψώνια, αλλιώς αποφεύγει να ταξιδεύει μόνο του.

**Μέτρια:** Η αποφυγή έχει ως αποτέλεσμα τον περιορισμό του τρόπου ζωής. για παράδειγμα, το άτομο είναι ικανό να εγκαταλείψει το σπίτι μόνο του, αλλά δεν μπορεί να απομακρυνθεί περισσότερο από λίγα χιλιόμετρα χωρίς να συνοδεύεται.

**Βαριά:** Το άτομο εκδηλώνει τέτοιο βαθμό αποφυγής ώστε καταλήγει να είναι σχεδόν ή απόλυτα καθηλωμένο στο σπίτι, ή είναι ανίκανο να εγκαταλείψει το σπίτι χωρίς να συνοδεύεται.

**Σε μερική ύφεση:** Η αγοραφοβική αποφυγή δεν είναι τρέχουσα, αλλά εκδηλώθηκε κάποια αποφυγή κατά τη διάρκεια των τελευταίων έξι μηνών.

**Σε πλήρη ύφεση:** Καμιά αγοραφοβική αποφυγή δεν εμφανίστηκε κατά τη διάρκεια των τελευταίων έξι μηνών

### ➤ **Συμπτωματολογία της ΔΠ με αγοραφοβία**

Σύμφωνα με μελετητές συχνά συνυπάρχουν τα συμπτώματα αγοραφοβίας και διαταραχής πανικού, με αποτέλεσμα να συγχέονται. Όμως, επί της ουσίας, πρώτα συμβαίνει μια κρίση πανικού, η οποία, όταν επαναλαμβάνεται δημιουργεί τη διαταραχή πανικού και αυτή με τη σειρά της την αγοραφοβία. Δηλαδή το άτομο, πρώτα βιώνει μια ή περισσότερες προσβολές πανικού (άγχος πανικού), μετά αναπτύσσει τον φόβο ότι θα ξανασυμβεί (άγχος αναμονής) και μετά αρχίζει ν' αποφεύγει καταστάσεις με τη σκέψη ή την πιθανότητα να συμβεί κάποια προσβολή πανικού. Όλη αυτή η διαδικασία του δημιουργεί έντονο φόβο (αγοραφοβία), ιδιαίτερα αν πρόκειται για καταστάσεις στις οποίες είχε βιώσει παρελθοντικά κάποια προσβολή πανικού (Γιαπράκη, 2012).

Η πρόκληση της αγοραφοβίας δημιουργεί έναν φαύλο κύκλο με αποτέλεσμα την αποφυγή των εξόδων, των κοινωνικών εκδηλώσεων, ακόμα και της εργασίας, θεωρώντας την ασφάλεια του σπιτιού ως σωτήρια λύση. Προοδευτικά, ο αριθμός των αγοραφοβικών καταστάσεων αυξάνει με αποτέλεσμα το άτομο να φοβάται να πάει μόνο του σε δημόσιους χώρους ή να ταξιδέψει και ζητά συνεχώς και περισσότερο τη συνοδεία κάποιου συντρόφου (Γιαπράκη, 2012).

### ➤ **Διαγνωστικά κριτήρια και θεραπεία**

Η διάγνωση γίνεται βάσει συμπτωμάτων και της διάρκειας αυτών. Ως προς τις θεραπευτικές μεθόδους, οι επιλογές αφορούν την ψυχοθεραπεία και τη φαρμακευτική αγωγή.

#### ➤ **Ψυχοθεραπεία:**

Η αγοραφοβία αντιμετωπίζεται με θεραπεία συμπεριφοράς και ειδικότερα με βαθμιαία και προοδευτική έκθεση *in vivo* του ατόμου σε συνεχώς και πιο δύσκολες αγοραφοβικές καταστάσεις. Βέβαια, η έκθεση του ατόμου – ασθενούς σε τέτοια είδους θεραπεία μπορεί να μην έχει πάντα βελτίωση. Το 85 – 90% των ασθενών με ΔΠ χωρίς αγοραφοβία παρουσιάζει κλινικά σημαντική βελτίωση με τις γνωσιακές και συμπεριφοριστικές ψυχοθεραπείες, ενώ σε ασθενείς με ΔΠ με αγοραφοβία μόνο το 60% αυτών που υποβλήθηκαν σε γνωσιακές, συμπεριφοριστικές θεραπείες ή συνδυαστικά και των δύο παρουσίασαν σημαντική κλινική βελτίωση, βάσει κλινικών μελετών (randomized clinical trials, RCTs), στη διάρκεια του 1990. (ÖST LG, THULIN U, RANMERÖ J: Cognitive behavior therapy vs exposure *in vivo* in the treatment of panic disorder with agoraphobia. *Behav Res Ther* 2004, 42:1105–1127)

#### ➤ **Φαρμακευτική θεραπεία**

Συνήθως η φαρμακευτική αγωγή λειτουργεί συνδυαστικά με την ψυχοθεραπεία ή σε περιπτώσεις όπου δεν υπάρχει βελτιωμένη κλινική εικόνα του ασθενούς. Σε περιπτώσεις ΔΠ με ή χωρίς αγοραφοβία συστήνονται τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά όπως η μιπραμίνη, η χλωριμιπραμίνη, και εκλεκτικοί αναστολείς της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRIs), όπως η φλουοξετίνη, η παροξετίνη, είναι αποτελεσματικά στη θεραπεία τόσο του πανικού όσο και της αγοραφοβίας γιατί εμποδίζουν τις κρίσεις πανικού ίσως και στο 80% των ασθενών. Η βενζοδιαζεπίνη, αλπραζολάμη είναι επίσης αποτελεσματική (Γιαπράκη 2012).

Αναφορικά με τη δοσολογία των φαρμάκων, τα τρικυκλικά χορηγούνται σε δόσεις 150-300 mg, ενώ οι SSRIs, όπως η φλουοξετίνη σε δόση 20 mg και η αλπραζολάμη σε δόσεις 2-6 mg ημερησίως. Όμως, εφόσον ελεγχθούν οι πανικοί, ο ασθενής πρέπει να συνεχίσει την αγωγή για 6 μήνες έως 1 χρόνο και μετά ακολουθεί η βαθμιαία διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής. Παρόλα αυτά υπάρχουν και περιπτώσεις 40 ασθενών, οι οποίοι μετά την διακοπή (ή αργότερα) υποτροπιάζουν, οπότε μερικοί από αυτούς μπορεί να χρειασθεί να παίρνουν φάρμακα σε χρόνια βάση και υπό την επίβλεψη του θεράποντα ιατρού (Γιαπράκη 2012).

### **2.2.3 Ειδική φοβία (ΕΦ), Specific Phobia (SP)**

Φοβία είναι ένας επίμονος, παράλογος φόβος για ένα συγκεκριμένο αντικείμενο, μια δραστηριότητα ή μια κατάσταση, που έχει ως αποτέλεσμα την αποφυγή του εν λόγω αντικειμένου ή της εν λόγω δραστηριότητας. Οι παράλογοι φόβοι και η στάση αποφυγής είναι χαρακτηριστικά πολυάριθμων ψυχιατρικών διαταραχών.

#### **➤ Συμπτωματολογία της ΕΦ κατά ICD – 10, DSM – V**

1. Ο εκσεσημασμένος και επίμονος φόβος που εκδηλώνει ένα άτομο όσον αφορά σαφώς διακριτά, συγκεκριμένα αντικείμενα ή καταστάσεις (όπως αεροπορικά ταξίδια, ύψη, ζώα, θέα αίματος, ένεση κ.λπ.)
2. Η άμεση αντίδραση άγχους μετά από έκθεση στο φοβικό ερέθισμα
3. Η αναγνώριση του φόβου ως παράλογο ή υπερβολικό
4. Αποφυγή ή υπομονή της φοβικής κατάστασης συνοδευόμενη με έντονο άγχος ή δυσφορία



5. Η αποφυγή, η αγχώδης προσμονή ή η δυσφορία, η οποία συνδέεται με τη φοβική κατάσταση θέτει σε κίνδυνο τη λειτουργικότητα του ατόμου (μείωση επαγγελματικών και κοινωνικών δραστηριοτήτων)

➤ **Διαγνωστικά κριτήρια και θεραπεία**

Ωστόσο, η διάγνωση μιας φοβικής διαταραχής γίνεται μόνο όταν μία ή περισσότερες φοβίες κυριαρχούν στην κλινική εικόνα, αποτελούν πηγή σοβαρής δυσφορίας για το άτομο και δεν είναι αποτέλεσμα κάποιας άλλης ψυχικής διαταραχής. Δύο βασικοί τύποι φοβικών διαταραχών που ταυτοποιούνται στην *ICD-10* και στο *DSM-V* είναι η κοινωνική φοβία (κοινωνική αγχώδης διαταραχή) και οι ειδικές (απλές) φοβίες.

Τα οφέλη της θεραπείας διατηρούνται γενικά για ένα χρόνο, όμως υπάρχουν ενστάσεις από σύγχρονες μελέτες. Οι περισσότερες περιπτώσεις ΕΔ ανταποκρίνονται στην έκθεση *in vivo*, αλλά σχετίζεται με υψηλά ποσοστά εγκατάλειψης και με χαμηλή αποδοχή θεραπείας. Η συστηματική απευαισθητοποίηση είναι πιο μετριοπαθής. (YujuanChoy, Abby J.Fyer Josh D.Lipsitz, Pubmed) Οπότε κυρίως συνίσταται η γνωστική συμπεριφοριστική θεραπεία, ενώ ως φαρμακοθεραπεία προτείνονται τα μοντέρνα αντικαταθλιπτικά και η πρεγκαμπαλίνη. (P Zwanzger, 2016)

**2.2.4 Κοινωνική φοβία (Social Phobia)** Η διαταραχή της κοινωνικής φοβίας χαρακτηρίζεται από έναν έντονο φόβο σε κοινωνικές καταστάσεις στις οποίες ένα άτομο αναμένει να αξιολογηθεί αρνητικά. (Leichsenring F, Leweke F. N)

➤ **Συμπτωματολογία**

Τα άτομα που υποφέρουν από κοινωνική φοβία σε καταστάσεις έντονου άγχους αισθάνονται ένα κοκκίνισμα στο πρόσωπο. Ακόμα περιγράφουν ναυτία, τάση προς εμετό και συχοουρία, ταχυκαρδία, αρρυθμία και τσιμπήματα στα δάχτυλα των

ποδιών και των χεριών, στις παλάμες και στα πέλματα. Επίσης πολλοί ιδρώνουν υπερβολικά, νιώθουν ένα κόμπο στο λαιμό τους και τους μυς του προσώπου τους να παγώνουν και να ακινητοποιούνται. Τέλος, αισθάνονται δυνατές κράμπες στο στομάχι και αδυναμία να ελέγξουν την αναπνοή τους, η οποία γίνεται πολύ γρήγορη και ακανόνιστη.

#### ➤ **Διαγνωστικά κριτήρια και θεραπεία**

Ωστόσο, η διάγνωση μιας φοβικής διαταραχής γίνεται μόνο όταν μία ή περισσότερες φοβίες κυριαρχούν στην κλινική εικόνα, αποτελούν πηγή σοβαρής δυσφορίας για το άτομο και δεν είναι αποτέλεσμα κάποιας άλλης ψυχικής διαταραχής. Δύο βασικοί τύποι φοβικών διαταραχών που ταυτοποιούνται στην *ICD-10* και στο *DSM-IV* είναι η κοινωνική φοβία (κοινωνική αγχώδης διαταραχή) και οι ειδικές (απλές) φοβίες.

#### ➤ **Ψυχοθεραπεία**

Ο πιο αποτελεσματικός και ενδεδειγμένος τρόπος για την αντιμετώπιση της κοινωνικής φοβίας είναι η Γνωσιακή - Συμπεριφοριστική Ψυχοθεραπεία. Η Γνωσιακή - Συμπεριφοριστική Ψυχοθεραπεία αφορά στην τροποποίηση τόσο του τρόπου σκέψης του ατόμου όσο και της συμπεριφοράς του.

#### ➤ **Φαρμακευτική θεραπεία**

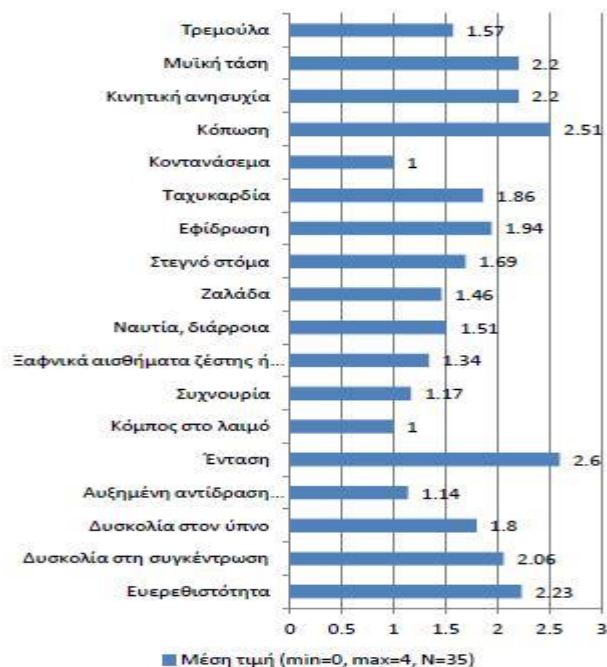
Παράλληλα με τη Γνωσιακή - Συμπεριφοριστική Ψυχοθεραπεία το άτομο μπορεί να δεχθεί και φαρμακευτική αγωγή. Κάτι τέτοιο ίσως είναι χρήσιμο στην αρχική κινητοποίηση του ατόμου και πιθανώς το βοηθήσει την πρώτη φορά που θα έρθει αντιμέτωπο με μια αγχογόνα κατάσταση. Χρειάζεται ωστόσο προσοχή καθώς χρήση των αγχολυτικών φαρμάκων δεν ενδείκνυται για μακροχρόνια χρήση. (Ευθυμίου, Κ., Μαυροειδή, Αθ., Παυλάτου, Ε. & Καλαντζή -Αζίζι, Α. (2006).

### 2.2.5 Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή (ΓΑΔ)

Η ΓΑΔ έχει χαρακτηριστικό γνώρισμά της το μη ρεαλιστικό και υπερβολικό άγχος, το οποίο είναι διάχυτο, χρόνιο και όχι αποκλειστικά συνδεδεμένο με προσβολές πανικού (Reid & Wise, 1989). Στην ΓΑΔ εμφανίζονται συμπτώματα μελαγχολίας και μικρές δυσκολίες στον κοινωνικό και επαγγελματικό χώρο. Επίσης το μεγαλύτερο ποσοστό εμφάνισης ΓΑΔ αφορά περισσότερο τις γυναίκες συγκριτικά με τους άνδρες (Barlow et al., 1984, Weissman, 1980)

#### Συμπτωματολογία

Σύμφωνα με τον Reber (1985) η ΓΑΔ χαρακτηρίζεται από επίμονο, ελεύθερα, διακυμαινόμενο άγχος και από ένα πλήθος ποικίλων οργανικών αντιδράσεων, όπως: Η τρεμούλα, η νευρικότητα, η ένταση, ο ιδρώτας, η ελαφριά ζαλάδα, ο φόβος, η ερεθιστικότητα



Ένταση συμπτωμάτων στη ΓΑΔ. Πηγή: Kalrakoglou (1993)

### **Διαγνωστικά κριτήρια και θεραπεία**

Σύμφωνα με την APA (2000) και τον Καλπάκογλου (2013) , προκειμένου να γίνει ακριβή διάγνωση, θα πρέπει το άγχος και η ανησυχία να συνδέονται με τρία (η περισσότερα) από τα παρακάτω έξι συμπτώματα και με τουλάχιστον μερικά συμπτώματα παρόντα για περισσότερες της μίας ημέρας για τους προηγούμενους έξι μήνες. Στην περίπτωση των παιδιών θα πρέπει το άγχος και η ανησυχία να συνδέονται με μόνο ένα από τα ακόλουθα συμπτώματα (APA 2000, Καλπάκογλου 2013).

- Εύκολη κόπωση
- Ευερεθιστότητα
- Δυσκολία στη συγκέντρωση ή το μυαλό αδειάζει λόγω άγχους.
- Αναστάτωση του ύπνου (δυσκολία να κοιμηθεί ή να παραμείνει κοιμισμένος, ή ανήσυχος μη ικανοποιητικός ύπνος).
- Μυϊκή ένταση
- Κινητική ανησυχία ή το άτομο να νιώθει τεντωμένο

Η κύρια θεραπεία της ΓΑΔ είναι η ψυχοθεραπεία, ενώ σύμφωνα με τον Καλπάκογλου (1993) δεν υπάρχει ένα συγκεκριμένο γνωσιακό μοντέλο για τη ΓΑΔ. Σύμφωνα με τον Barlow (1988) εντοπίζει τους γνωσιακούς μηχανισμούς της ΓΑΔ, όμως με μια επιφύλαξη λόγω της «ανησυχίας» της ΓΑΔ. Έτσι και ψυχαναλυτικές μέθοδοι απευθυνόμενες σε ασυνείδητες συγκρούσεις που θεωρούνται ότι προκαλούν το άγχος είτε συμπεριφορικά διδάσκοντας τεχνικές χαλάρωσης. Ακόμη, μπορεί να εφαρμοσθεί και βιοανάδραση (Γιαπράκη 2012).

### **2.2.6 Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή**

Ως ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή ορίζεται η διαταραχή κατά την οποία το άτομο κακτακλύζεται διαρκώς και επανειλημμένα ενοχλητικά μοτίβα, τις λεγόμενες ιδεοληψίες και τους καταναγκασμούς.

### **Ιδεοληψίες:**

- Σκέψεις, εικόνες, ή παρορμήσεις που επέρχονται ξανά και ξανά, και οι οποίες μοιάζουν να είναι εκτός του ελέγχου του ατόμου
- Το άτομο δεν θέλει να έχει αυτές τις έμμονες ιδέες
- Τις θεωρεί ενοχλητικές και ανεπιθύμητες, και συνήθως ξέρει ότι είναι παράλογες
- Συνοδεύονται από δυσάρεστα συναισθήματα, όπως φόβο, αηδία, αμφιβολία, ή από το συναίσθημα ότι όλα πρέπει να γίνονται με ένα συγκεκριμένο, «τελειοποιημένο» τρόπο
- Απαιτούν πολύ χρόνο και δυσχεραίνουν τη διεξαγωγή σημαντικών ασχολιών (κοινωνικοποίηση, εργασία, σπουδές, κτλ. (IOCDF Brochure – Greek –International OCD Foundation))

### **Ψυχαναγκασμοί:**

- Επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές ή σκέψεις στις οποίες εμπλέκεται το άτομο με σκοπό να εξουδετερώσει και να απομακρύνει τις ιδεοληψίες
- Τα άτομα που έχουν ΙΨΔ συνειδητοποιούν ότι αυτές οι ψυχαναγκαστικές συμπεριφορές είναι μόνο μια προσωρινή λύση, αλλά βασίζονται σε αυτές ως προσωρινή διαφυγή επειδή δεν γνωρίζουν κάποιο καλύτερο τρόπο για να αντιδράσουν
- Ψυχαναγκασμός μπορεί να είναι και το να αποφεύγει κάποιος τις καταστάσεις που πυροδοτούν τις ιδεοληψίες του
- Απαιτούν πολύ χρόνο και δυσχεραίνουν τη διεξαγωγή σημαντικών ασχολιών(κοινωνικοποίηση, εργασία, σπουδές, κτλ.).

### **Συνήθεις κατηγορίες ιδεοληψιών στην ΙΔ**

- Μόλυνση
- Απώλεια ελέγχου
- Τελειομανία
- Πρόκληση κακού
- Σεξουαλικές ιδεοληψίες
- Θρησκευτικές ιδεοληψίες ή Ευσυνειδησία
- Άλλες ιδεοληψίες

### **Συνήθεις κατηγορίες ψυχαναγκασμών στην ΙΔ**

- Καθαριότητα
- Έλεγχος / επιβεβαίωση
- Επανάληψη
- Νοητοί ψυχαναγκασμοί
- Άλλοι ψυχαναγκασμοί

#### **➤ Διαγνωστικά κριτήρια και θεραπεία**

Η διάγνωση μπορεί αν γίνει μόνο από επαγγελματίες ψυχολόγους και ψυχιάτρους, οι οποίοι μπορούν να διαγνώσουν την ΙΨΔ.

Τρία στοιχεία είναι αυτά τα οποία εμπίπτουν στη διάγνωση:

- Το άτομο παρουσιάζει ιδεοληψίες (έμμονες σκέψεις)
- Υπάρχουν ψυχαναγκαστικές συμπεριφορές (ψυχαναγκαστικές διαδικασίες ή τελετουργίες, π.χ. το συνεχές πλύσιμο των χεριών)
- Οι ιδεοληψίες και οι ψυχαναγκασμοί απαιτούν πολύ χρόνο και δυσχεραίνουν τη διεξαγωγή σημαντικών ασχολιών (εργασία, σπουδές κ.λπ.)

#### **➤ Ψυχοθεραπεία**

Σύμφωνα με το Εθνικό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας Η.Π.Α, οι περισσότερες μελέτες δείχνουν ότι, κατά μέσο όρο, περίπου 70% των ασθενών με ΙΨΔ επωφελούνται είτε από φαρμακευτική αγωγή είτε από γνωστική συμπεριφορική θεραπεία (ΓΣΘ). Οι ασθενείς που ανταποκρίνονται στη φαρμακευτική αγωγή συνήθως παρουσιάζουν 40 με 60% μείωση στα συμπτώματα ΙΨΔ, ενώ όσοι ανταποκρίνονται στη ΓΣΘ συνήθως παρουσιάζουν 60 με 80% μείωση των συμπτωμάτων.

### ➤ **Φαρμακευτική θεραπεία**

Ωστόσο, η φαρμακευτική αγωγή πρέπει να λαμβάνεται σε τακτική βάση και οι ασθενείς πρέπει να συμμετέχουν ενεργά στη ΓΣΘ για να δουν θετικά αποτελέσματα. Δυστυχώς, ορισμένες μελέτες δείχνουν ότι τουλάχιστον 25% των ασθενών με ΙΨΔ αρνούνται να λάβουν ΓΣΘ, και μέχρι το ½ των ασθενών με ΙΨΔ διακόπτουν τη φαρμακευτική αγωγή λόγω παρενεργειών ή άλλων παραγόντων. (Ruscio et al., 2008)

Σύμφωνα με τον Michael A. Jenike, MD, τα περισσότερα φάρμακα που βοηθούν στην ΙΨΔ είναι γνωστά ως αντικαταθλιπτικά. Οκτώ από αυτά λειτούργησαν καλά σε μελέτες που διεξήχθησαν για την ΙΨΔ (στην παρένθεση οι συνήθεις εμπορικές ονομασίες σε Ελλάδα και Κύπρο): φλουβοξαμίνη (Faverin, Dumyrox), σετραλίνη (Zoloft), σιταλοπράμη (Seropram), εσιταλοπράμη (Cipralex), φλουοξετίνη (Prozac, Ladose), παροξετίνη (Seroxat), κλομιπραμίνη (Anafranil), βενλαφαξίνη (Effexor)

### **2.2.7 Η διαταραχή μετατραυματικού στρες (PTSD)**

Η διαταραχή μετατραυματικού στρες (PTSD) περιλαμβάνει την έναρξη των χαρακτηριστικών συμπτωμάτων μετά την έκθεση σε ένα τραυματικό γεγονός. Το τραυματικό γεγονός πρέπει να είναι εξαιρετικά απειλητικό ή καταστροφικής φύσεως. Ορισμένα παραδείγματα τέτοιων τραυματικών γεγονότων περιλαμβάνουν την εμπλοκή σε ένα βίαιο ατύχημα ή έγκλημα, την απαγωγή, την εμπλοκή σε μία φυσική

καταστροφή ή τη διάγνωση μίας απειλητικής για τη ζωή ασθένειας. (Sadock BJ, Sadock VA., PA: Lippincott Williams & Wilkins;2000)

### ➤ **Συμπτωματολογία**

Σύμφωνα με την επίσημη κατάταξη του DSM – IV και ICD – 10 τα χαρακτηριστικά συμπτώματα της διαταραχής του μετατραυματικού στρες είναι:

- Η επίμονη ανάκληση του τραυματικού γεγονότος μέσω αναμνήσεων, ονείρων ή αναδρομών στο παρελθόν
- Η επίμονη σωματική ή συναισθηματική αποφυγή ερεθισμάτων που συνδέονται με το τραύμα
- Το πάγωμα της γενικής ανταπόκρισης: αποφυγή σκέψεων ή διαλόγων σχετικά με το τραύμα ή αίσθημα αποκοπής από τους άλλους (Pfizer.gr-GAD-JAN14)

Τα συμπτώματα αρχίζουν συνήθως στο πρώτο χρονικό διάστημα των 3 μηνών μετά την έκθεση στο τραύμα. Η αντίδραση στο τραύμα πληροί αρχικά τα κριτήρια ενός οξέος Μετατραυματικού στρες (βλ. DSM). Τα συμπτώματα μπορούν να αλλάξουν με το πέρασμα του χρόνου. Η διάρκεια των συμπτωμάτων είναι διαφορετική, όπου σε κάποιους, σε ένα χρονικό διάστημα 3 μηνών, παρατηρείται μία πλήρης ύφεση, ενώ σε κάποιους άλλους τα συμπτώματα διαρκούν πάνω από 12 μήνες. Η βαρύτητα, η διάρκεια και η εμπλοκή του ατόμου με το γεγονός αποτελούν σημαντικούς παράγοντες, οι οποίοι αυξάνουν την πιθανότητα για την εξέλιξη της διαταραχής (Sass H, Wittchen HU, Zaudig M., 1996).

### ➤ **Διαγνωστικά κριτήρια και θεραπεία**

Κατά τον Καλπάκογλου (2013), η αξιολόγηση ασθενούς με μετατραυματικό στρες μπορεί να επιτευχθεί μέσα από την χαρτογράφηση των κάτωθι χαρακτηριστικών:

- Λεπτομέρειες σχετικά με το τραύμα ή τα τραύματα.



- Συναισθηματικές, γνωσιακές και συμπεριφοριστικές αντιδράσεις του ασθενή κατά τη διάρκεια του τραύματος.
- Συναισθηματικά, γνωσιακά και συμπεριφοριστικά συμπτώματα.
- Βιολογικοί, κοινωνικοί και προσωπικοί παράγοντες.
- Οικογενειακοί παράγοντες και ανάλογο ιστορικό. Κοινωνική υποστήριξη.
- Άλλες καταστάσεις που επηρεάζονται.

#### ➤ **Ψυχοθεραπεία**

Ένας γνωσιακός συμπεριφορικός θεραπευτής, που θα θελήσει να εφαρμόσει θεραπευτικό πλάνο για το μετατραυματικό στρες, γνωρίζει ότι αυτό περιλαμβάνει ψυχοεκπαίδευση, εκπαίδευση σε δεξιότητες (χαλάρωση, αναγνώριση και διαχείριση συναισθημάτων, mindfulness), εκπαίδευση στην επικοινωνία και τη διεκδικητικότητα (Boos A.,2005., Ευθυμίου Κ, Κουλουβάρη Μ. (Επιμ.). 2014) και σε συμπεριφορικές τεχνικές, όπως την αφήγηση της τραυματικής εμπειρίας και την έκθεση στην φαντασία ή in vivo, σε εξωτερικά και εσωτερικά σημάδια (triggers). Ο θεραπευόμενος εκπαιδεύεται στη γνωσιακή αναδόμηση, ενώ ταυτόχρονα αντιμετωπίζονται τυχόν προβλήματα ζωής που συνδέονται με το τραύμα, όπως συνθήκες διαβίωσης ή κακή σωματική υγεία.

#### ➤ **Φαρμακευτική θεραπεία**

Φαρμακευτική αγωγή με φάρμακα πρώτης επιλογής, δηλαδή αυτά που δρουν στο σεροτονινεργικό και νοραδρενεργικό σύστημα, δηλαδή:

- Οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης: Οι SSRI's (σερταρλίνη, φλουβοξαμίνη, φλουοξετίνη) έχουν αποτελεσματική δράση για την

αντιμετώπιση της ΔΜΣ καθώς αναστέλλουν συμπτώματα όπως αποφυγή, μούδιασμα και υπερδιέγερσης (Celter et al., 2007)

- Οι αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης και νοραδρεναλίνης: Οι SNRI's (Βενλαφαζίνη, Δεσβενλαφαζίνη, Δουλοξετίνη, Μιλνασιπράνη ( Stahl et al., 2010)

Φαρμακευτική αγωγή με φάρμακα δεύτερης επιλογής, όπως:

- Αντικαταθλιπτικά: Τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά ( Αμιτριπτυλίνη, Ιμιπραμίνη, Δεσιπραμίνη, Νορτριπτυλίνη) που χρησιμοποιούνται για την μείωση των συμπτωμάτων, έχουν επιδείξει μέτρια αποτελεσματικότητα καθώς έχουν διάφορους ανεπιθύμητους μηχανισμούς. Έχουν κάποια αποτελεσματικότητα σε λιγότερο σοβαρές περιπτώσεις μετατραυματικής διαταραχής (Celter et al., 2007)
- Οι βενζοδιαζεπίνες: Τα συμπτώματα που καταστέλλονται με την χρήση των βενζοδιαζεπινών ( Αλπραζολάμη, Κλοναζεπάμη, Διαζεπάμη, Λοραζεπάμη) είναι το άγχος, η αϋπνία και η υπερδιέγερση. Όπως με κάθε χρήση φαρμακευτικών ουσιών, η χορήγηση τους απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή (Celter et al., 2007).

### **Συννοσηρότητα**

Το Μετατραυματικό στρες παρουσιάζει υψηλό βαθμό συννοσηρότητας με άλλες διαταραχές του Άξονα I. Η κατάθλιψη, η κατάχρηση ουσιών, η αυτοκτονικότητα, η διαταραχή πανικού, η αγοραφοβία, η κοινωνική φοβία, η σωματοποιητική διαταραχή, η ειδική φοβία, η ψυχαναγκαστική διαταραχή μπορεί να εμφανιστούν σε συνδυασμό με συμπτώματα Μετατραυματικού στρες. Τέλος, αναφορικά με τον Άξονα II, η μεθοριακή διαταραχή προσωπικότητας φαίνεται να υποκρύπτει χρόνια μετατραυματική διαταραχή. Επιπλέον, κατά την ταξινόμηση του ICD – 10, η χρόνια διαταραχή προσωπικότητας μετά από ψυχοτραυματική εμπειρία (F62.0) μπορεί να

εμφανιστεί σε σοβαρές περιπτώσεις, έχοντας συνήθως μη αναστρέψιμη μορφή  
(Boos A., 2005)

## **2.5 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΑΓΧΩΔΕΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ**



**Εικόνα 12, Fly news**

Οι νοσηλεύτες διαδραματίζουν έναν άμεσο και καίριο ρόλο στη διάγνωση, τη διαχείριση, τη θεραπεία και την περίθαλψη ατόμων με διαταραχές άγχους. Σύμφωνα

με έρευνες η έγκαιρη διάγνωση, θεραπεία, μέριμνα και φροντίδα των νοσηλευτών σε ασθενείς με αγχώδεις διαταραχές παρουσιάζει θετικό αντίκτυπο στην πορεία του ασθενή. Οι νοσηλευτές της πρωτοβάθμιας φροντίδας εκτός του ότι βρίσκονται πολύ κοντά στον ασθενή, διασφαλίζουν ότι οι ασθενείς λαμβάνουν την πρέπουσα υποστήριξη και παραπομπή, όπου είναι αναγκαίο. (Amanda McGrandles , Tim Duffy, 1992)

### **2.5.1. Η θεραπευτική σχέση νοσηλευτή – ασθενούς**

Οι τέσσερις φάσεις της θεραπευτικής σχέσης του νοσηλευτή και του ασθενούς είναι οι εξής:

1. Η φάση του προσανατολισμού που κατευθύνεται από τους νοσηλευτές, περιλαμβάνει τη συμμετοχή του ασθενούς στη θεραπεία, παρέχοντας εξηγήσεις και πληροφορίες και απαντώντας σε ερωτήσεις.

2. Η φάση αναγνώρισης ξεκινά όταν ο ασθενής λειτουργεί ανεξάρτητα και αυτόνομα από τους νοσηλευτές και εκφράζει τα συναισθήματα του και αρχίζει να αισθάνεται πιο δυνατός.

3. Η φάση της εκμετάλλευσης κατά την οποία ο ασθενής κάνει πλήρη χρήση των προσφερόμενων υπηρεσιών.

4. Η φάση της επίλυσης, όπου ο ασθενής δεν χρειάζεται πλέον τις επαγγελματικές υπηρεσίες και παύει να δείχνει εξαρτημένη συμπεριφορά. Το σημείο αυτό σηματοδοτεί τη λήξη της θεραπευτικής σχέσης του νοσηλευτή και του ασθενούς (Callaway, 2002).

### **2.5.2 Οι πρωτογενείς ρόλοι του νοσηλευτή**

Σύμφωνα με την Peplau (1952), Οι πρωτογενείς ρόλοι του νοσηλευτή είναι οι εξής:

- Ο ξένος: ο νοσηλευτής προσφέρει στον ασθενή την ίδια αποδοχή και ευγένεια όπως θα προσέφερε σε οποιονδήποτε.
- Το άτομο με τους πόρους: ο νοσηλευτής παρέχει συγκεκριμένες απαντήσεις στα ερωτήματα του ασθενούς μέσα σε ένα ευρύτερο πλαίσιο.
- Ο δάσκαλος: ο νοσηλευτής ενημερώνει τον ασθενή και προσπαθεί να τον κάνει να μάθει σχετικά με την ασθένειά του.
- Ο ηγέτης: ο νοσηλευτής προσφέρει στον ασθενή κατεύθυνση.
- Ο αναπληρωτής: ο νοσηλευτής λειτουργεί ως υποκατάστατο για τον ασθενή, όπως ο γονέας ή ο αδελφός.
- Ο σύμβουλος: ο νοσηλευτής προωθεί τις κατευθύνσεις που οδηγούν τον ασθενή στην υγεία, όπως η έκφραση των συναισθημάτων του

### **2.5.3 Οι στρατηγικές της νοσηλευτικής παρέμβασης**

Σύμφωνα με τα Nursing Care Plans (NCP) του nurse.labs, ο νοσηλευτής, πριν προχωρήσει στη φάση της παρέμβασης, θα πρέπει να έχει προηγηθεί η φάση της εκτίμησης. Παρατίθενται οι κάτωθι εκτιμήσεις στα ανάλογα στάδια και τα χαρακτηριστικά τους:

#### **Οι αρχικές νοσηλευτικές εκτιμήσεις – Τα στάδια**

1. Εκτίμηση του επιπέδου άγχους στον ασθενή σύμφωνα με την Hildegard E. Peplau

**Ήπιο** → Στο πρώτο επίπεδο άγχους ο ασθενής μπορεί να αισθάνεται ελάχιστα ή και καθόλου ψυχολογικά συμπτώματα ως απόρροια του άγχους. Τα ζωτικά σημεία του

ασθενούς βρίσκονται σε φυσιολογικά πλαίσια. Ο ασθενής συνήθως εμφανίζεται ήρεμος, με μόνο συμπτώματα τις «πεταλούδες στο στομάχι».

**Μέτριο** → Ο ασθενής σ' αυτό το επίπεδο άγχους μπορεί να εμφανιστεί περισσότερο ενεργητικός με περισσότερες εκφράσεις προσώπου και ανεβασμένο τον τόνο της φωνής. Τα ζωτικά σημεία μπορεί να δείχνουν μια διακύμανση, ενώ μπορεί ο ίδιος να νιώθει ταραγμένος και ευέξαπτος. Συνήθως δηλώνει συγκλονισμένος και υπερφορτωμένος από τα νέα ερεθίσματα.

**Δριμύ** → Ο ασθενής με δριμύ άγχος μπορεί να εμφανίσει την εξής συμπτωματολογία: αυξημένο αυτόνομο νευρικό σύστημα, διάρροια, συχνοουρία, ξηροστομία και ένταση των μυών. Σε αυτό το στάδιο ο ασθενής μπορεί να νιώθει αίσθημα παλμών και πόνο στο στήθος.

**Φοβικό (πανικός)** → Στο υψηλότερο επίπεδο άγχους ο ασθενής βιώνει διαφορετικά συμπτώματα. Γίνεται χλωμός και υποτασικός, ενώ βιώνει ασυντόνιστη μικρό συντονισμό των μυών του. Ο ίδιος αισθάνεται εκτός ελέγχου και η συμπεριφορά του διακυμαίνεται μεταξύ μαχητικότητας και απόσυρσης.

**2. Εκτίμηση της αντίδρασης του ασθενή σχετικά τις πηγές του άγχους του,**  
κυρίως, αν αυτές σχετίζονται με τις πολιτιστικές του πεποιθήσεις και την κουλτούρα του.

**3. Εκτίμηση των σωματικών αντιδράσεων στο άγχος** όπως η σωματοποίηση άγχους, δηλαδή τα ψυχοσωματικά συμπτώματα (π.χ. πόνος, ναυτία, αίσθηση αδυναμίας ή ασθένειας χωρίς υποκείμενη αιτία)

**4. Εκτίμηση και επικύρωση παρατηρήσεων με σχέδιο ερωτήσεων όπως «Νιώθεις αγχωμένος αυτή τη στιγμή;»**

5. Εκτίμηση του επιπέδου άγχους του ενήλικα ασθενούς με γνώμονα το διαγνωστικό εγχειρίδιο - εργαλείο State-Trait Anxiety Inventory του Spielberger
6. Εκτίμηση και παρατήρηση των τεχνικών αλλά και των μηχανισμών αντιμετώπισης του άγχους εκ μέρους του ασθενούς → αυτό το στάδιο μπορεί να επιτευχθεί μέσω ερωτήσεων του νοσηλευτή προς τον ασθενή, οι οποίες μέσω πληροφοριακών απαντήσεων θα βοηθήσουν τον νοσηλευτή να αντιληφθεί την αποδοτικότητα των στρατηγικών αντιμετώπισης άγχους στην εκάστοτε περίπτωση. Οι στρατηγικές αντιμετώπισης μπορεί να περιλαμβάνουν διάβασμα βιβλίων, περιοδικών ή ακόμη και φυσική δραστηριότητα, όπως έναν περίπατο. Από την άλλη πλευρά, οι μηχανισμοί άμυνας του ασθενούς εκδηλώνονται μέσω του χιούμορ, της απόκρυψης ή της εξάγνισής του.

#### 2.5.4 Η νοσηλευτική διεργασία

Όπως αναλύθηκε παραπάνω λοιπόν η νοσηλευτική διεργασία αποτελείται από 6 βασικά στάδια, τα οποία είναι τα εξής:

1. Εκτίμηση προβλημάτων ασθενή
2. Νοσηλευτική διάγνωση για τυχόν διαταραχές
3. Προσδιορισμός αναμενόμενων εκβάσεων
4. Σχεδιασμός πλάνου φροντίδας
5. Εφαρμογή πλάνου
6. Αξιολόγηση – Επαναξιολόγηση αποτελεσματικότητας σχεδίου που εφαρμόστηκε

Με βάση τα παραπάνω φαίνεται ότι η νοσηλευτική διεργασία είναι μια δυναμική και συστηματική διαδικασία και συνεχίζεται έως ότου η αλληλεπίδραση νοσηλευτή –

ασθενή, επιφέρει σωματική και ψυχική βελτίωση του τελευταίου κατά την ολιστική πάντα θεώρηση.(Townsend, 2015)

## **2.6. Οι πρωτεύουσες νοσηλευτικές παρεμβάσεις**

### **Στάδια νοσηλευτικής παρέμβασης**

- 1. Αναγνώριση της επίγνωσης του άγχους του ασθενούς**
- 2. Δήλωση παρουσίας, άγγιγμα** (με άδεια από τον ασθενή), συνεχή λεκτική επαφή με τον ασθενή και ενθάρρυνση για τυχόν έκφραση των αναγκών, των ανησυχιών και των αποριών του. Σ' αυτό το στάδιο είναι μείζονος σημασίας η υποστήριξη του νοσηλευτή και η δημιουργία ασφάλειας στον ασθενή. Πρέπει ο ασθενής να νιώσει ότι δεν είναι μόνος. Η υποστήριξη και η ασφάλεια που παρέχει ο νοσηλευτής δημιουργεί μια επιτυχημένη μεταξύ τους επικοινωνία.
- 3. Οικειοποίηση του ασθενούς με τον περιβάλλοντα χώρο**, με νέους ανθρώπους, εμπειρίες ή γενικά, νέα δεδομένα. Η προσαρμογή σ' αυτά τα νέα δεδομένα μόνο θετικά λειτουργούν στον ασθενή, διότι στην περίπτωση που δεν έχει γίνει οικειοποίηση με το περιβάλλον, το άγχος μπορεί να αυξηθεί δραματικά και ο ασθενής να νιώσει απειλημένος και εκτός ελέγχου.
- 4. Η αλληλεπίδραση νοσηλευτή - ασθενή** μέσω ήπιου και ειρηνικού τρόπου προσέγγισης. Όταν υπάρχει σταθερότητα εκ μέρους του νοσηλευτή, τότε επέρχεται η σταθερότητα και στον ασθενή, κάνοντας να νιώθει ήρεμος και όχι απειλημένος.
- 5. Αποδοχή των αμυνών και των στάσεων του ασθενούς**, δηλαδή ο νοσηλευτής δε θα πρέπει να τολμά, να διαφωνεί ή να προβαίνει σε περαιτέρω συζητήσεις,



όταν ο ασθενής νιώθει ότι βρίσκεται υπό απειλή. Μόλις ο ασθενής νιώσει ότι παύει να απειλείται, τότε θα βιώσει ηρεμία.

6. **Η λεκτική επικοινωνία του νοσηλευτή** προς τον ασθενή θα πρέπει να γίνεται σε απλή γλώσσα και με σύντομες διατυπώσεις κι αυτό, γιατί σε περιπτώσεις δριμέος άγχους, οι ασθενείς είναι ανήμποροι να αποκωδικοποιήσουν ακόμη και τις πιο απλές διατυπώσεις.
7. **Ενίσχυση της φυσικής αντίδρασης του ασθενή** αναφορικά με την έκφραση του πόνου, της άβολης θέσης ή των απειλών. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με τη συζήτηση, το κλάμα, τον περίπατο, κάποια άλλη σωματική δραστηριότητα ή ακόμα και μη λεκτική έκφραση). Είναι αποδεδειγμένο ότι τόσο η συνομιλία όσο και οι υπόλοιπες εναλλακτικές μέθοδοι μειώνουν αισθητά το αίσθημα του άγχους.
8. **Μείωση των αισθητικών ερεθισμάτων** με τη διατήρηση ενός ήσυχου και γαλήνιου περιβάλλοντος. Όπως προαναφέρθηκε, καθήκον του νοσηλευτή είναι η δημιουργία ενός μη απειλητικού περιβάλλοντος προς τον ασθενή. Τα υπερβολικά ερεθίσματα, όπως η ακατάπαυστη ομιλία ή ο έντονος θόρυβος, μπορεί να λειτουργήσει στο φοβικό άγχος ως απειλή.
9. **Βοήθεια στον ασθενή** για καθορισμό των στοιχείων του άγχους που μπορεί να λειτουργούν παρεμβατικά. Αυτό επιτυγχάνεται με κυρίαρχες εικόνες οι οποίες επιτρέπουν στον ασθενή να επαναξιολογήσει την απειλή ή να αναγνωρίσει νέους τρόπους διαχείρισής του.
10. **Η παραχώρηση στον ασθενή** να μιλήσει και να εκφράσει τα αγχώδη του αισθήματα και να εξετάσει αν οι αγχώδεις καταστάσεις είναι αναγνωρίσιμες.

Καταρχάς ο νοσηλευτής χρησιμοποιεί τη συζήτηση σχετικά με τις αγχώδεις καταστάσεις, τα συναισθήματα που επιφέρουν αλλά και τους αιτιογενείς παράγοντές τους. Με αυτόν τον τρόπο μπορεί να βοηθήσει τον ασθενή να αντιληφθεί ρεαλιστικά την κατάσταση και να αναγνωρίζει τους παράγοντες που οδήγησαν σε αγχώδη συναισθήματα.

- 11. Σε περίπτωση λογικής ανταπόκρισης, ο νοσηλευτής μπορεί να χρησιμοποιήσει την ενσυναίσθηση, ώστε να δώσει κουράγιο στον ασθενή να ερμηνεύσει τα συμπτώματα του άγχους ως κάτι φυσιολογικό.**
- 12. Ο νοσηλευτής προτείνει στον ασθενή να κρατά ένα «ημερολόγιο» καταγράφοντας τα επεισόδια άγχους. Διδάσκει τον ασθενή να περιγράψει τις εμπειρίες του, ώστε να καταλήξει στην εύρεση των παραγόντων. Έτσι, θα μάθει και με ποιον τρόπο εξαφανίζεται το άγχος.**
- 13. Ο νοσηλευτής δίνει κουράγιο στον ασθενή με θετικές δηλώσεις όπως: «Το άγχος δε θα με σκοτώσει», «Μπορώ να κάνω ένα βήμα τη φορά», «Αυτή τη στιγμή χρειάζεται να αναπνεύσω σωστά και να κάνω διατάσεις», «Δεν χρειάζεται να είμαι τέλειος».**
- 14. Αναγνώριση προηγούμενων στρατηγικών που ίσως είχε χρησιμοποιήσει ο ασθενής στο παρελθόν.**
- 15. Αποφυγή αχρείαστης επιβεβαίωσης, διότι μπορεί να λειτουργήσει αντίστροφα και να επιβαρύνει τον ασθενή, λ.χ. με τη συνεχή ερώτηση «Είσαι καλά;», «Πώς νιώθεις;».**

- 16. Εκμάθηση νέων τεχνικών μείωσης του άγχους** στον ασθενή, όπως χαλάρωση, βαθιές αναπνοές, θετικές εικόνες και καθησυχαστικές δηλώσεις. Οι διαφορετικές μέθοδοι δηλώνουν την ευελιξία και τις γνώσεις του νοσηλευτή.
- 17. Μεσολάβηση του νοσηλευτή** σε περιπτώσεις πιθανής εξόντωσης του άγχους.
- 18. Ενίσχυση του ασθενή** ως προς την ανάπτυξη λογικών στρατηγικών με την αναγνώριση ενός προβλήματος και εκτίμηση των εναλλακτικών, ώστε να λυθεί το πρόβλημα. Αυτή η μέθοδος οδηγεί τον ασθενή στη διαχείριση των προβλημάτων του, άρα και του άγχους του.
- 19. Επεξήγηση όλων των ενεργειών**, των διαδικασιών και των θεμάτων που αφορούν τον ασθενή. Είναι θεμιτό ο νοσηλευτής να μην κάνει χρήση των ιατρικών όρων και να εκφράζεται σε ήρεμο και αργό λόγο, όπου είναι δυνατόν. Έπειτα μπορεί να γίνει επικύρωση της κατανόησης ή όχι από τον ασθενή.
- 20. Ο νοσηλευτής διδάσκει** στον ασθενή την πρέπουσα χρήση των αγζολυτικών φαρμάκων όπως: οι βενζοδιαπεζίνες, η βουσπορίνη, τα SSRIs (μπορούν να λειτουργήσουν στην διαταραχή κρίσεων πανικού) και οι μη εκλεκτικοί – beta αποκλειστές (χρήση σε διαταραχή κοινωνικής φοβίας) και alpha-2- αγωνιστές υποδοχέων, οι οποίοι προτείνονται για διαχείριση άγχους σε στερητικό σύνδρομο λόγω οπιούχων ή νικοτίνης.
- 21. Ο νοσηλευτής συμβουλεύει και προτρέπει** τον ασθενή να κάνει μείωση των διεγερτικών ουσιών όπως η καφεΐνη, η νικοτίνη, η θεοφυλλίνη, η θειική τερβουταλίνη, οι αμφεταμίνες και η κοκαΐνη, διότι μπορεί να αυξήσουν τα σωματικά συμπτώματα του άγχους.
- 22. Παροχή μασάζ** και τρίψιμο στην πλάτη για μείωση του άγχους.

23. **Προτροπή στον ασθενή για χαλάρωση** μέσω του ακούσματος της μουσικής του δικού του γούστου.
24. **Αποκλεισμός των κάτωθι:** αλκοόλ, ηρεμιστικών – υπνωτικών και του καπνίσματος ως αιτία του άγχους.
25. **Εκπαίδευση του ασθενούς και της οικογένειάς του** αναφορικά με τα συμπτώματα του άγχους.
26. **Ο νοσηλευτής διδάσκει τον ασθενή** να οραματιστεί ή να φανταστεί την απόλυτη απουσία του άγχους, του πόνου και των συμπτωμάτων, μέσω της καθοδηγούμενης φαντασίας. **Ο νοσηλευτής ενημερώνει, πληροφορεί και διδάσκει** τη χρήση των απαραίτητων κοινωνικών πηγών σε επείγουσες περιπτώσεις (π.χ. αυτοκτονικές σκέψεις), όπως γραμμές υποστήριξης, επείγοντα, επιβολή του νόμου και δικαστικό σύστημα. **(Nursing Care Plans (NCP): Ultimate Guide and Database)**

### 3. ΣΩΜΑΤΟΠΟΙΗΜΕΝΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ



Εικόνα 13, *ERTOpen.com*

#### 3.1 Ο ορισμός των σωματοποιημένων διαταραχών

Οι αρχαίοι Έλληνες πίστευαν στην αδιαίρετη ύπαρξη σώματος και ψυχής, εφόσον υπάρχει άρρηκτη σύνδεση των δύο. Βέβαια, ο Πλάτων στον Γοργία υποστηρίζει ότι η ψυχή φυλακίζεται στον τάφο – σώμα, μια και σκοπός της ψυχής είναι η κατάκτηση της αθανασίας. Από τις αντιλήψεις των σημαντικότερων φιλοσόφων προκύπτει το εξής: ότι η ψυχή έχει παντοτινή διάρκεια και ενάργεια έναντι του φθαρτού σώματος. Αυτή η άποψη ενισχύει την ύπαρξη των έντονων ψυχοσωματικών συμπτωμάτων που βιώνουν πολλοί άνθρωποι στην τωρινή εποχή. Σύμφωνα λοιπόν με τον Μάνο Ν. (1988), ως ψυχοσωματική ιατρική ορίζεται ως «η επιστημονική μελέτη των σχέσεων μεταξύ βιολογικών και ψυχοκοινωνικών μεταβλητών στην υγεία και στην ασθένεια, την προσέγγιση στην εξάσκηση της ιατρικής που βασίζεται στην ολιστική άποψη του ασθενή και τις κλινικές και ερευνητικές δραστηριότητες στο όριο μεταξύ ψυχιατρικής και ιατρικής, που είναι η συμβουλευτική – διασυνδεδετική ψυχιατρική». Έτσι γίνεται αντιληπτή η άρρηκτη σύνδεση ψυχής – σώματος, αλλά και η επίπτωση των αρνητικών συναισθημάτων, όπως το άγχος, το οποίο εκδηλώνεται μέσω των ψυχοσωματικών συμπτωμάτων.

### **Παράγοντες**

Ο Alexander F.(1950), ένας από τους πρωτοπόρους της Ψυχοσωματικής Ιατρικής και ο σπουδαιότερος εκπρόσωπος της ψυχοδυναμικής κατεύθυνσης διατύπωσε τη συναισθηματική ιδιαιτερότητα. Ο ίδιος υποστήριζε την ύπαρξη τριών παραγόντων:

1. Την ευπάθεια του οργανισμού
2. Τη συγκρουσιακή ψυχολογική δομή και τους αμυντικούς μηχανισμούς
3. Τις μοντέρνες συνθήκες διαβίωσης, οι οποίες προκαλούν συναισθηματική ένταση.

Ο Alexander κέντραρε σχεδόν αποκλειστικά στον δεύτερο παράγοντα, δηλαδή στις δομές εκείνες της προσωπικότητας, οι οποίες και συνδέονται άρρηκτα με ποικίλες ασθένειες. (Alexander F., 1950)

### **Η ταξινόμηση των σωματικών διαταραχών και συμπτωμάτων**

Σύμφωνα με το ICD – 10 υπάρχει μια κατηγορία ταξινόμησης συμπτωμάτων, σημείων και παθολογικών κλινικών και εργαστηριακών ευρημάτων, που δεν ταξινομούνται αλλού (R00-R99). Αυτό συμβαίνει κυρίως για τρεις λόγους:

1. Παρότι η ιατρική επιστήμη έχει κάνει τεράστια άλματα στην έρευνα, τη διάγνωση αλλά και τη θεραπεία, ωστόσο υπάρχουν κάποια κλινικά συμπτώματα ασθενών, τα οποία δεν αποτελούν «φαντασία» του ασθενούς, απλώς δεν μπορούν να ερμηνευθούν από την κλασική ιατρική.
2. Συχνά τα συμπτώματα ενός ασθενούς, τα οποία αποτελούν υποκειμενικά και μεμονωμένα συμπτώματα δεν μπορούν να τεθούν σε αντικειμενική βάση κι έπειτα να τεκμηριωθούν.
3. Είναι καθαρά αντιδεοντολογικό, εάν κάποια συμπτώματα είναι μη ταξινομημένα ή μη αναγνωρίσιμα από την κλασική ιατρική να χαρακτηρίζονται ως ψυχιατρικά συμπτώματα. (stavrianakos.gr)

### **Επιδημιολογία των σωματοποιημένων διαταραχών**

Σύμφωνα με τον Ευσταθίου, ο επιπολασμός της σωματοποιημένης διαταραχής εμφανίζεται με αύξοντα αριθμό από 0,2 % - 2 % στις γυναίκες, ενώ στους άντρες κυμαίνεται συνήθως κάτω του 0,2 %. Όσον αφορά όμως τους Έλληνες άντρες που κατοικούν στις Η.Π.Α εμφανίζουν σε μεγαλύτερο ποσοστό τη συγκεκριμένη διαταραχή. Επιπλέον, όπως προαναφέρθηκε, ο εντοπισμός – διάγνωση των

συμπτωμάτων συμβαίνει γύρω στα 30 έτη, μπορεί να συμβεί και στα 25 έτη ή ακόμα και στα εφηβικά χρόνια (Ευσταθίου).

**Οι ψυχικές και νευρολογικές διαταραχές στους κατοίκους της ΕΕ**

	%	ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΑΘΟΝΤΩΝ (σε εκατομμύρια)
1 Εξάρτηση από το αλκοόλ	3,4	14,6
2 Εξάρτηση από οπιοειδή	0,1 - 0,4	1,0
3 Εξάρτηση από κόνινοβη	0,3 - 1,8	1,4
4 Νευρωτικές διαταραχές	1,2	5,0
5 Μείζον καταθλιψη	6,9	30,3
6 Διπολική διαταραχή (μηνιαστικά/ετήσια)	0,9	3,0
7 Διαταραχή ηθικού	1,8	7,9
8 Αγοραφοβία	2,0	8,8
9 Κοινωνική φοβία	2,3	10,1
10 Διαταραχή γενικευμένου άγχους	1,7 - 3,4	8,9
11 Ιδιοσυμπερασσιαστική διαταραχή	0,7	2,9
12 Διαταραχή μετατραυματικού στρες	1,1 - 2,9	7,7
13 Συμπτωματικές διαταραχές	4,9	20,4
14 Νευρική ανορεξία	0,2 - 0,5	0,8
15 Νευρική βουλιμία	0,1 - 0,9	0,7
16 Διαταραχή αλληλεπικοινωνιακής προσαρμογής και υπερρευνητικότητας	5 (σε παιδιά) 0,6 (σε ενήλικες)	3,3
17 Απώγνια	3,5	14,6
18 Υπική άπνοια	3	12,5
19 Άνοιας	5,4 (σε 65 ετών και άνω) 1,2 (σε γενικό πληθυσμό)	6,3

Πηγή: European Neurological Association, 2011

## Τα είδη των διαταραχών σωματοποίησης

Οι βασικές διαταραχές οι σχετικές με σωματικά συμπτώματα είναι:

- 1) Σωματοποιητική διαταραχή
- 2) Διαταραχή μετατροπής
- 3) Διαταραχή πόνου
- 4) Υποχονδρίαση
- 5) Διαταραχή σωματικής δυσφορίας-σωματοδυσμορφική διαταραχή

### 3.2 Η Σωματοποιητική διαταραχή ή Σύνδρομο του Briquet

Η διαταραχή σωματοποίησης αφορά μοτίβα επαναλαμβανόμενων σωματικών συμπτωμάτων, τα οποία συχνά οδηγούν στην αναζήτηση ιατρικής φροντίδας και μέριμνας αλλά και προκαλούν δυσλειτουργία στην καθημερινή ζωή του ατόμου.



## Παράγοντες

- **Γενετικοί:** σύμφωνα με έρευνες το ποσοστό 10 % με 20 % των γυναικών που έχουν συγγενείς πρώτου βαθμού οι οποίοι υποφέρουν από τη συγκεκριμένη διαταραχή, είναι πολύ πιθανό να εμφανίσουν και οι ίδιες τη διαταραχή.
- **Βιολογικοί ή μη παράγοντες:** σύμφωνα με έρευνες υιοθεσίας, αν ένας βιολογικός ή θετός συγγενής εμφανίσει τη συγκεκριμένη διαταραχή, αυξάνεται η πιθανότητα εμφάνισης της διαταραχής και στους συγγενείς του. (Ευσταθίου)
- **Βιολογικοί και ψυχολογικοί:** έκρηξη και πυροδότηση του στρες σε σημαντικά γεγονότα στη ζωή ενός ανθρώπου (ευχάριστα ή δυσάρεστα)
- **ΙΑτρογενείς παράγοντες:** λήψη κάποιας φαρμακευτικής αγωγής ή απότομη διακοπή αναγκαίας φαρμακευτικής αγωγής (Βασιλοπούλου)
- **Κοινωνικοί και ψυχολογικοί:** το στρες πυροδοτείται και με τη σειρά του δημιουργεί το άγχος, το οποίο και εκδηλώνεται μέσω της σωματοποίησης. Οι λόγοι μπορεί να αφορούν οικογενειακά, εργασιακά ζητήματα ή και θέματα υγείας (π.χ. το στίγμα του ασθενούς)

## Συμπτώματα (σύμφωνα με το DSM - IV – TR)

1. **Συμπτώματα πόνου** (κεφαλής, κοιλιακής περιοχής, ράχης, αρθρώσεων άκρων, θώρακος, πρωκτού στη διάρκεια έμμηνου κύκλου, κατά τη σεξουαλική επαφή, κατά την ούρηση)
2. **Γαστρεντερικά συμπτώματα** (ναυτία, φούσκωμα, έμετοι, διάρροια, δυσανεξία διαφορετικών τροφών)

- 3. Ψευδο – νευρολογικά συμπτώματα** (έκπτωση του συντονισμού κινήσεων ή της ισορροπίας, παράλυση ή αίσθημα αδυναμίας, δυσκολία κατάποσης ή κόμπος στον λαιμό, αφωνία, επίσχεση ούρων, ψευδαισθήσεις, απώλεια όρασης, αφής ή πόνου, διπλωπία, τύφλωση, κώφωση, σπασμοί, αποσυνδεδετικά συμπτώματα → αμνησία, απώλεια συνείδησης )
- 4. Σεξουαλικά συμπτώματα** (σεξουαλική αδιαφορία, δυσλειτουργία στύσης ή εκσπερμάτισης, ακανόνιστες περίοδοι έμμηνης ρύσεως → υπερβολική αιμορραγία, ακατάπαυστοι έμετοι στη διάρκεια της εγκυμοσύνης)

### **Διάγνωση και θεραπεία**

Σύμφωνα με τον Ευσταθίου Γ., για να γίνει έγκυρη διάγνωση αναφορικά με τη διαταραχή σωματοποίησης θα πρέπει να γίνουν τα εξής βήματα:

- 1.** Πρώτη προϋπόθεση αποτελεί η εμφάνιση των συμπτωμάτων πριν τα 30 έτη και η επανεμφάνισή τους σε χρόνια περίοδο.
- 2.** Τα συμπτώματα εν προκειμένω δε θα μπορούν να ερμηνευθούν πλήρως βάσει κάποιας γνωστής πάθησης ή σε συνδυασμό με κάποια άλλη πάθηση (συνοσηρότητα)
- 3.** Η ένταση των συμπτωμάτων ή η επιβάρυνση της λειτουργικότητας θα πρέπει να είναι πολύ μεγαλύτερη σε αντιστοιχία με τα κλινικά ευρήματα.
- 4.** Εντοπισμός πόνου σε τουλάχιστον τέσσερα σημεία ή λειτουργικά συστήματα του σώματος
- 5.** Ιστορικό γαστρεντερικών συμπτωμάτων (τουλάχιστον δύο), εκτός του πόνου

6. Ιστορικό συμπτώματος (τουλάχιστον ενός) που αφορά τη σεξουαλική ή αναπαραγωγική λειτουργία (εκτός του πόνου), π.χ. δυσπαρευνία, δυσλειτουργία.

Σύμφωνα με τη Βασιλοπούλου (eclass.uoa.gr/) η θεραπεία μπορεί να διακριθεί σε τρεις επιλογές, μεμονωμένες ή μεταξύ τους συνδυαστικές.

- Υποστηρικτικό περιβάλλον και κυρίως η σχέση ιατρού - ασθενούς
- Φαρμακευτική αγωγή με κεντρική δράση (π.χ. αντικαταθλιπτικά)
- Ψυχοθεραπεία (ψυχαναλυτική και γνωσιακή θεραπεία)
- 

### **3.3 Διαταραχή μετατροπής (ή υστερία ή υστερική νεύρωση)**

Η διαταραχή αυτή περιλαμβάνει συμπτώματα τα οποία επηρεάζουν τη λειτουργικότητα του ατόμου ως προς την κίνηση και την αίσθηση, δίνοντας την αίσθηση ύπαρξης κάποιας νευρολογικής ή άλλης σωματικής πάθησης. Συνήθως χαρακτηρίζεται από «μακάρια αδιαφορία» (μακάριος = ευτυχισμένος), παρά την ύπαρξη συμπτωμάτων. (Ευσταθίου) Η μετατρεπτική διαταραχή στην αρχαιότητα αλλά και τον Μεσαίωνα ήταν γνωστή ως υστερία, η οποία ήταν και συχνότερη στον γυναικείο πληθυσμό ως πάθηση της μήτρας. (Βασιλοπούλου)

#### **Παράγοντες**

- **Ψυχολογικοί:** Η προέλευση είθισται να πηγάζει από την ψυχολογία του ατόμου, καθώς η συμπτωματολογία συνήθως ξεκινά ή επιδεινώνεται μετά από συγκρουσιακά επεισόδια ή εξαιτίας στρεσογόνων παραγόντων

#### **Επιδημιολογία**

Η διαταραχή μετατροπής έχει παρατηρηθεί ότι γεωγραφικά εμφανίζεται σε αγροτικές περιοχές, στα χαμηλότερα κοινωνικό – οικονομικά στρώματα, καθώς και σε άτομα μη επαρκώς πληροφορημένα σχετικά με την ύπαρξη σωματοποιημένων διαταραχών. Σύμφωνα με τον Ευσταθίου, στις 100.000 μπορούν να εμφανίσουν διαταραχή 11 έως 300 άτομα, με κυρίαρχες τις γυναίκες, οι οποίες την εμφανίζουν σε ποσοστό αναλογίας 2:1 έως 10:1. Όπως και στη σωματοποιητική διαταραχή τα συμπτώματα μπορούν να εμφανιστούν γύρω στα 30 έτη ή και πολύ νωρίτερα, φτάνοντας την έναρξη της συμπτωματολογίας ακόμα και στα 10 έτη.

### **Συννοσηρότητα**

Η διαταραχή μετατροπής μπορεί να εμφανίσει συννοσηρότητα με τις διασχιστικές διαταραχές, τη μείζονα κατάθλιψη ή και τη διαταραχή προσωπικότητας (Ευσταθίου). Μπορεί βέβαια να εμφανιστεί βάσει συμπτωμάτων αλληλουχία και σύνδεση και με την υποχονδρίαση, με τη διαφοροποίηση ότι στην μετατρεπτική ο ασθενής εστιάζει στο σύμπτωμα ή μένει μακάρια αδιάφορος, ενώ στην υποχονδρίαση ασχολείται με την υποτιθέμενη «σοβαρή ασθένεια». Στη διαταραχή μετατροπής το άτομο εστιάζει στην κινητική και αισθητηριακή του ή μη λειτουργία, ενώ στη σωματοδυσμορφική διαταραχή προσηλώνεται σε ένα ασήμαντο ή ανύπαρκτο εμφανισιακό «πρόβλημα».

### **Συμπτώματα (κατά το DSM – IV – TR)**

**1. Κινητική λειτουργία:** παράλυση, αταξία, δυσφαγία, έμετος, αφωνία

2. Αισθητηριακή λειτουργία: τύφλωση, κώφωση, ανοσμία, αναισθησία, αναλγησία, διπλωπία, αναισθησία τύπου γαντιού – κάλτσας, χωρίς να αντιστοιχεί σε γνωστές αισθητηριακές οδούς
3. Ψευδο – επιληπτικά επεισόδια: ψευδο – επιληπτικές κρίσεις, απώλεια συνείδησης

### **Διάγνωση και θεραπεία**

1. Υποχρεωτική ύπαρξη ενός ή περισσότερων συμπτωμάτων, δυσλειτουργιών ή ελλείψεων αναφορικά με την κινητική ή αισθητηριακή λειτουργία (εκούσια).
  2. Πρόκληση έντονης δυσφορίας και δυσλειτουργικότητας.
  3. Επί της ουσίας, τα συμπτώματα επειδή προέρχονται κυρίως από ψυχολογικούς παράγοντες, δε δύναται να ερμηνευθούν από την κλασική ιατρική πλήρως και διεξοδικώς.
- Για τη συγκεκριμένη διαταραχή δεν υπάρχει κάποια πεπατημένη οδός για συγκεκριμένη και αποδεδειγμένη θεραπεία. (Βασιλοπούλου)
  - Σε τέτοιες περιπτώσεις, συνήθως συνίσταται η ψυχοθεραπεία, κυρίως ψυχαναλυτική και γνωσιακή – συμπεριφοριστική θεραπεία κοινό γνώμονα την υποστήριξη, την ενθάρρυνση και την ενσυναίσθηση.

### **3.4 Διαταραχή πόνου**

Σύμφωνα με το ICD – 10 ονομάζεται σωματόμορφη διαταραχή επίμονων αλγών (άλγος = πόνος) και τα κριτήρια παρουσιάζουν ικανοποιητική συμβατότητα. Στη διαταραχή αυτή ο «ασθενής» ασχολείται επίμονα με τον πόνο χωρίς να υπάρχει κάποιο υποκείμενο νόσημα ή κάποια σοβαρή σωματική ή οργανική πάθηση. Η

διάρκεια της μπορεί να είναι βραχεία και να διαρκέσει περί τους έξι μήνες, ενώ μπορεί να είναι και χρόνια διαρκώντας πολύ περισσότερο από μισό χρόνο.

### **Παράγοντες**

- **Βιολογικοί:** οι βιολογικές και οργανικές μεταβολές, όπως η αύξηση των ορμονών ενδορφινών
- **Κοινωνικοί:** οι οικογενειακές καταβολές και επιδράσεις στη ζωή του ατόμου

**Συμπτώματα:** Επίμονοι πόνοι χωρίς υποκείμενη αιτιολογία, Θλίψη, θυμός, άγχος

### **Διάγνωση και θεραπεία**

1. Θα πρέπει να δίνεται προσοχή στη συχνότητα και τον βαθμό του πόνου, καθώς απαιτείται ιατρική προσοχή και φροντίδα
  2. Βασικό κριτήριο διάγνωσης της προκείμενης διαταραχής – εκτός του πόνου – είναι η έντονη δυσφορία και δυσλειτουργικότητα, η οποία δεν αποτελεί αποκύημα τα φαντασίας του ασθενούς (Βασιλοπούλου)
  3. Οι παράγοντες της διαταραχής πόνου αποτελούν συνάμα και σημάδια διάγνωσης, ό,τι δηλαδή σχετίζεται με την ψυχολογία του ασθενούς. Η ψυχολογία (πολύ καλή, καλή, κακή κ.λπ.) λειτουργεί κλιμακωτά με την έννοια του πόνου. Φερειπείν, όσο χειρότερη είναι η ψυχολογική κατάσταση ενός ατόμου τόσο πιο σοβαρός, έντονος και διαρκής είναι ο πόνος.
- Προτροπή στον ασθενή για ανάληψη πρωτοβουλιών και δραστηριοτήτων
  - Αποφυγή λήψης φαρμακευτικής αγωγής (π.χ ηρεμιστικών) και συνάμα συνετή χρήση αναλγητικών φαρμάκων και παυσίπονων

- Λήψη αντικαταθλιπτικών φαρμάκων μόνο σε περίπτωση συνοσηρότητας με διαγνωσμένη κατάθλιψη
- Ψυχοθεραπεία (Βασιλοπούλου)

### **3.5 Υποχονδρίαση**

Ο ασθενής παρουσιάζει κάποια ήπια ή έντονα σωματικά συμπτώματα τα οποία και συνήθως παρερμηνεύει θεωρώντας τα ως σοβαρά. Έτσι το άτομο δημιουργεί μια εμμονή κι έναν φόβο μη τυχόν έχει ή κολλήσει κάποια ασθένεια, γι' αυτό και συχνά καταλήγει να γίνεται μικροβιοφοβικός κ.λπ.

#### **Παράγοντες**

- **Ψυχολογικοί**

1. Ο ασθενής νιώθει έναν ανεξήγητο και επίμονο φόβο ότι πάσχει από κάποια σοβαρή ή ανίατη ασθένεια εξαιτίας των άκακων ψυχοσωματικών, της διάρκειας και της έντασής των.
2. Ο ασθενής μπορεί να τεθεί σ' αυτόν τον φαύλο κύκλο της υποχονδρίας, μετά από ανίατη ασθένεια κοντινού προσώπου ή ακόμα και μετά από απώλεια συγγενικού προσώπου εξαιτίας σοβαρής πάθησης ή και μη. Έτσι γεννάται μια αβεβαιότητα κι ένας ατέρμονος φόβος για την αρρώστια κι εν δυνάμει για τον θάνατο.

#### **Επιπολασμός της υποχονδρίας**

Ο επιπολασμός του γενικού πληθυσμού γενικά είναι άγνωστος, όμως σύμφωνα με τον Ευσταθίου, το ποσοστό ατόμων με υποχονδρίαση, τα οποία απευθύνονται σε δομές και υπηρεσίες υγείας κυμαίνονται από το 4 % έως το 9 %. (Ευσταθίου)

## **Συννοσηρότητα**

Είναι πολύ πιθανό ένας υποχόνδριος άνθρωπος να παρουσιάσει κι άλλων ειδών ψυχικές διαταραχές, όπως αγχώδεις ή διαταραχές της διάθεσης. Επί παραδείγματι, επειδή τα υποχόνδρια άτομα κάνουν εμμονικές σκέψεις, μπορεί συνειρμικά να εκδηλώσουν και συγκεκριμένους καταναγκασμούς ή ιδεοληψίες, κι έτσι να υπάρξει Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή. Βέβαια, σ' αυτή την περίπτωση, για να υπάρξει διάγνωση, θα πρέπει οι ιδεοληψίες και οι καταναγκασμοί να μην αφορούν αποκλειστικά την επίμονη σκέψη της ύπαρξης ασθένειας.

## **Συμπτώματα**

Ασήμαντα σωματικά συμπτώματα ή ασαφείς σωματικές αισθήσεις, οι οποίες όμως μεγεθύνονται στο μυαλό του ασθενούς, με αποτέλεσμα διαρκούν για περισσότερο από έξι μήνες και ο ίδιος να «πείθεται» ότι πρόκειται για πραγματικά και σοβαρή πάθηση βασιζόμενος μόνο στη διάρκεια. (Ευσταθίου) Τα σωματικά συμπτώματα μπορεί να εμφανίζονται μεμονωμένα ή συνδυαστικά (π.χ. σε διάφορα όργανα ή μόνο σε ένα), οπότε και η αγωνία του επιτείνεται. Αυτή η συμπεριφορά έχει ως απόρροια τις συνεχείς επισκέψεις στους γιατρούς και συχνά την προβληματική σχέση γιατρού – ασθενούς, εξαιτίας των επαναλαμβανόμενων διαγνωστικών διαδικασιών, χωρίς ανακούφιση εκ μέρους του ασθενούς. Με λίγα λόγια, ο ασθενής νιώθει πάντοτε – κι ως έχει προβεί σε εξονυχιστικές ιατρικές εξετάσεις – αβεβαιότητα.

## **Διάγνωση και θεραπεία**

Στη διαταραχή της υποχονδρίασης η διάγνωση γίνεται είτε από ψυχολόγο είτε από ψυχίατρο. Σύμφωνα με το DSM IV, τα διαγνωστικά κριτήρια είναι τα εξής:



1. Το άτομο παρουσιάζει έντονη, επίμονη και διαρκή ενασχόληση με τις σωματικές του λειτουργίες, με βάση την ιδέα ότι πάσχει από σοβαρή ασθένεια
2. Το άτομο δεν ησυχάζει και οι σκέψεις του δεν υποχωρούν όσο κι αν ο γιατρός τον διαβεβαιώνει ότι δεν υπάρχει κάποιο πρόβλημα
3. Το άτομο δεν έχει παραλήρημα ούτε εμμένει στην εμφάνισή του, απλά εμμένει στην κατάσταση της υγείας του, την οποία και θεωρεί σοβαρή.
4. Η υποχονδρίαση επιφέρει δυσφορία και έκπτωση της λειτουργικότητας του ατόμου
5. Η υποχονδρίαση δεν μπορεί να ταυτιστεί και άρα να εξηγηθεί σε συνάρτηση με άλλη διαταραχή
6. Η συμπτωματολογία του ασθενούς θα πρέπει να υπάρχει και να διαρκεί τουλάχιστον για 6 μήνες.

### **Θεραπεία**

Αρχικά προτείνεται η ψυχοθεραπεία και συγκεκριμένα η γνωσιακή ψυχοθεραπεία, ενώ ως φαρμακευτική αγωγή η λήψη αντικαταθλιπτικών φαρμάκων (SSRIs)

### **3.6 Σωματοδυσμορφική διαταραχή**

Σύμφωνα με το ICD – 10 αυτή η διαταραχή εντάσσεται στην υποχονδρίαση. Η ονομασία της προέρχεται από τις λέξεις σώμα και δύσμορφος (= αυτός που έχει άσχημη όψη, μορφή). Η διαταραχή αυτή αφορά την εμμονή, την επισήμανση και την ενασχόληση του ατόμου με ένα εξωτερικό του χαρακτηριστικό το οποίο θεωρεί άσχημο. Πολλές φορές το χαρακτηριστικό αυτό μπορεί να είναι ήσσονος σημασίας ή ακόμα να αποτελεί και αποκύημα της φαντασίας του ασθενούς. Τα χαρακτηριστικά μπορεί να αφορούν ισάξια το πρόσωπο (π.χ. μεγάλη μύτη) ή το σώμα (κοντός σε

ύψος) και παρότι δεν υπάρχουν επίσημα στοιχεία επιπολασμού είναι το ίδιο συχνός σε άνδρες και γυναίκες. (Ευσταθίου)

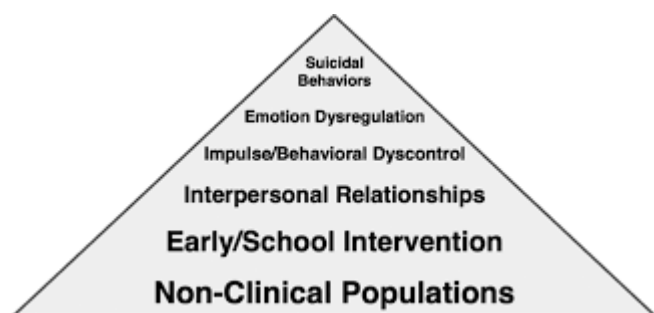
## **Παράγοντες**

Σύμφωνα με τους Feusner JD, Yaryura-Tobias J, Saxena S. (2008) η σωματοδυσμορφική διαταραχή (ΣΔΔ) οφείλεται στην αλληλουχία και σύνδεση διαφόρων παραγόντων, δηλαδή είναι πολυπαραγοντική.

- **Γενετικοί:** Βάσει μελετών εντοπίστηκε οικογενειακή προδιάθεση για εμφάνιση της διαταραχής σε άτομα με συγγενείς πρώτου βαθμού που έπασχαν από αυτήν και μάλιστα σε ποσοστό 6 – 8 %. (Vashi NA (Ed). 2015, Bienvenu OJ et al., 2000)
- **Νευροβιολογικοί:** Σύμφωνα με τον Mataix-Cols D, (2006) βάσει μελετών και χρήσης της μαγνητικής τομογραφίας (MRI) ενοχοποιούνται συγκεκριμένες εγκεφαλικές περιοχές (αμυγδαλή – πρόσθιο ραβδωτό κύκλωμα) τα οποία δείχνουν να σχετίζονται και με την ΙΨΔ.
- **Ψυχολογικοί:** το άτομο έχει πολύ χαμηλή αυτοπεποίθηση και αυτοεκτίμηση. Τονίζει κυρίως τα ψεγάδια του και δεν επιβραβεύει τον εαυτό του, αλλά τον συγκρίνει διαρκώς με τους γύρω του (Ευσταθίου).
- **Κοινωνικοί:** στην εφηβεία, επειδή σημειώνονται πολλές και ποικίλες σωματικές και ψυχολογικές μεταβολές λόγω των ορμονών, πολλοί έφηβοι διαμορφώνουν μια εντελώς λανθασμένη εικόνα για τον εαυτό τους και την εξωτερική τους εμφάνιση. Θεωρούν ότι πρέπει να είναι «τέλειοι» εμφανισιακά βάσει των προτύπων – ειδώλων τους κι έτσι καταφεύγουν ακόμη και σε ακραίες πράξεις και συμπεριφορές (καταφυγή σε χειρουργικές επεμβάσεις προς συγκάλυψη του άσχημου χαρακτηριστικού τους)

## Επιδημιολογία

Σύμφωνα με το Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς (2016) «οι επιδημιολογικές μελέτες δείχνουν ότι η ΣΔΔ είναι αρκετά συχνή. Υποστηρίζεται ότι 1,7-2,4% του ενήλικου γενικού πληθυσμού και 2,2% των εφήβων (1,7% των αγοριών και 2,8% των κοριτσιών), ηλικίας 14-19 χρονών, πάσχει από τη διαταραχή [3]. Η συχνότητα εμφάνισής της είναι υψηλότερη σε κλινικά δείγματα πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας ψυχιατρικής περίθαλψης. Μελέτη σε κλινικό δείγμα εφήβων νοσηλευόμενων σε ψυχιατρικές κλινικές ανέδειξε ότι περίπου το 6,7% πληρούσε τα κριτήρια για σίγουρη ή πιθανή ΣΔΔ, αν και σπάνια η διάγνωση αυτή αναφέρονταν στο ιστορικό τους».



*Εικόνα 6, Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς*

## Διάγνωση και θεραπεία

1. Επίμονη ενασχόληση του ατόμου / εφήβου με κάποιο έλλειμμα – πραγματικό ή φανταστικό - στην εξωτερική εμφάνιση, το οποίο είτε δεν υπάρχει είτε μεγαλοποιείται (Βασιλοπούλου)
2. Εκδήλωση δυσφορίας ή διαταραχών στη λειτουργικότητα του ατόμου

3. Μπορεί να υπάρξει συνοσηρότητα ως απόρροια της σωματοδυσμορφικής διαταραχής, για παράδειγμα με μια ψυχική διαταραχή, όπως η ψυχογενής ανορεξία
4. Η παρουσία της μυϊκής δυσμορφίας. Ο προσδιοριστής «με μυϊκή δυσμορφία» αφορά κυρίως άνδρες, οι οποίοι έχουν την πεποίθηση ότι η μυϊκή κατασκευή τους είναι είτε ελλιπής είτε ανεπαρκής. (Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς, 2016)

Οι Cororve, & Gleaves, 2001 ως θεραπευτική μέθοδο προτείνουν **τρεις τεχνικές**:

1. Την έκθεση: Αυτή η μέθοδος περιλαμβάνει έκθεση του ελαττώματος του ασθενούς – και όχι απόκρυψή του- στον κοινωνικό περίγυρο.
2. Την παρεμπόδιση της αντίδρασης: Όσον αφορά την παρεμπόδιση της αντίδρασης, αυτό με την κατάργηση του κοιτάγματος στον καθρέφτη, τη συνεχή και επιμελημένη εμφάνιση, καθώς και τη σύγκριση με τους υπόλοιπους ανθρώπους.
3. Τη γνωσιακή αναδόμηση: Μέσω της ψυχοθεραπείας ο ασθενής οδηγείται στον εντοπισμό των λανθασμένων εντυπώσεων, ιδεών και θεωριών για την αυτοεικόνα του και επαναξιολογεί την εξωτερική του εμφάνιση στηριζόμενος στα θετικά και όχι στο ένα ή λίγα «αρνητικά» εξωτερικά χαρακτηριστικά.

### **3.7 ΧΡΟΝΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΠΡΟΚΑΛΟΥΜΕΝΑ ΑΠΟ ΤΟ ΑΓΧΟΣ**

Το άγχος, όταν διαρκεί για μικρό χρονικό διάστημα ή η συμπτωματολογία του αφορά αθώες ή ελαφρές ενδείξεις περιορίζεται συνήθως στη σωματοποίηση άγχους, όπως αναλύθηκε παραπάνω. Όμως στην περίπτωση που το άγχος εμφανίζεται για αρκετό χρονικό διάστημα (βραχύ), τότε γίνεται λόγος για τις ήπιες σωματικές παθήσεις. Στην περίπτωση όμως που σε συνδυασμό με άλλους παράγοντες το άγχος επιτείνεται,

γίνεται παθολογικό και μακροχρόνιο, τότε γίνεται λόγος για χρόνιες σωματικές ασθένειες ή για χρόνια νοσήματα.

Όταν γίνεται λόγος για χρόνια νοσήματα εννοούνται κυρίως αυτά τα οποία εμφανίζουν παθολογική αιτία, η οποία όμως δεν αντιστοιχεί σε κατάλληλη θεραπεία. Επειδή συχνά εμφανίζουν σημάδια επιδείνωσης, απαιτούν μεγάλη επίβλεψη, ιατρική παρακολούθηση, φροντίδα, αλλά και προγράμματα αποκατάστασης του ασθενούς.

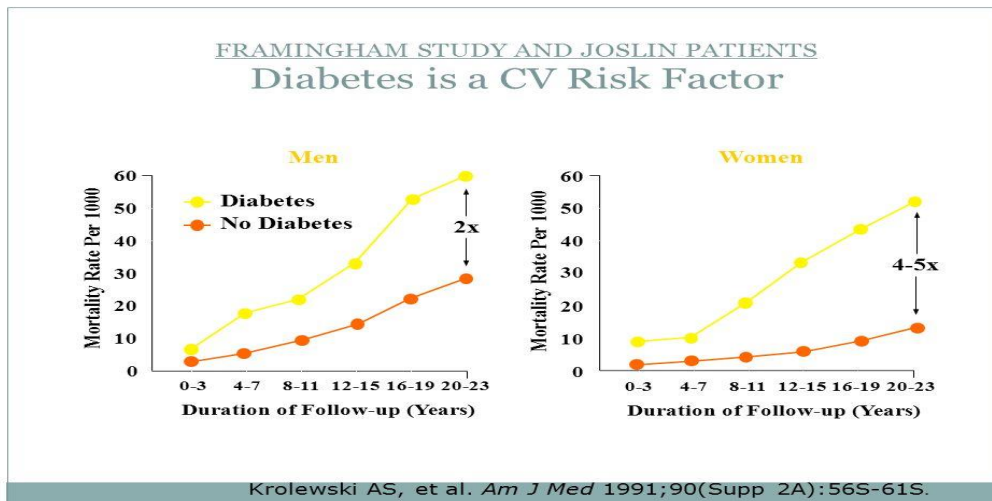
(Α. Α. Βιδάλης, 2015)

### **3.7.1 Τα είδη των χρόνιων νοσημάτων**

- 1) Άσθμα
- 2) Σακχαρώδης διαβήτης
- 3) Καρδιαγγειακά νοσήματα (π.χ. υπέρταση, καρδιακή προσβολή)
- 4) Εγκεφαλική φλεγμονή, Εγκεφαλικό επεισόδιο
- 5) Αυτοάνοσα νοσήματα (π.χ. θυροειδίτιδα Hashimoto, ψωρίαση, σκλήρυνση κατά πλάκας, Νόσος του Graves κ. ά.)

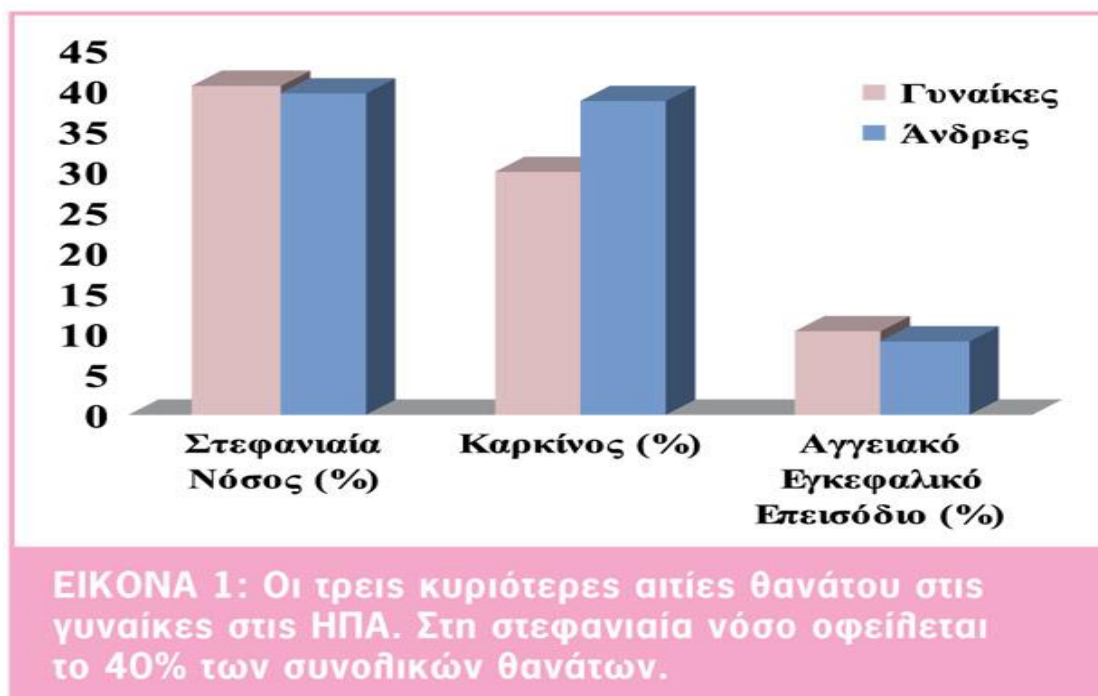
### **Επιδημιολογία**

Σύμφωνα με τον Yan Liu και τους συνεργάτες του (2016), ο σακχαρώδης διαβήτης ως μεταβολικό σύνδρομο έχει προκληθεί από την πρόσμειξη πολλών εξωγενών αλλά και ενδογενών παραγόντων (π.χ. τρόπος ζωής, φύλο, περιβάλλον), ο οποίος οδηγεί σε επιπλοκές και σε δυσμενή συμπεράσματα για την υγεία (π.χ. αμφιβληστροειδοπάθεια, νευροπάθεια, νεφροπάθεια, έμφραγμα του μυοκαρδίου, εγκεφαλικό, θάνατος). Επίσης κατά τον Boyle JP και τους συνεργάτες του (2010) η επικράτηση του διαβήτη στις Η.Π.Α προβλέπεται να αυξηθεί από 9.3% το 2012 στο 33% το 2050.



**Εικόνα 7**

➤ Σύμφωνα με τον Heidenreich PA και τους συνεργάτες του (2016) η καρδιαγγειακή νόσος κρατά τα ηνία στις Η.Π.Α ως η πρώτη αιτία θανάτων. Προβλέπεται ότι τα ιατρικά κόστη για την ασθένεια αυτή θα αυξηθούν από 273 εκατομμύρια δολαρίων το 2010 σε 818 εκατομμύρια το 2030.



**Εικόνα 8, Kathimerini. gr**

## **Συννοσηρότητα**

Σύμφωνα με τον Α.Α Βιδάλη (2015) η σύνδεση χρόνιων νοσημάτων και ψυχολογίας είναι άρρηκτα συνδεδεμένη, καθώς υπάρχει μεγάλη επιδημιολογία μεταξύ σωματικών και ψυχικών ασθενειών. Για παράδειγμα, είναι πολύ πιθανό ένας ασθενής με σωματικό νόσημα ήπιας μορφής να αναπτύξει κατάθλιψη με ποσοστό 10 – 25 % για τις γυναίκες και 5 – 12 % για τους άντρες. Όσον αφορά τους ασθενείς με χρόνια νόσημα, εκεί οι πιθανότητες αυξάνονται δραματικά σε ποσοστό 25 – 33 %.

## **Παράγοντες αναφορικά με την υπέρταση και τις θυροειδίτιδες**

Οι παράγοντες στα χρόνια νοσήματα δεν είναι πάντα σαφείς ως προς τη σύνδεσή τους με το άγχος, διότι καθοριστικό ρόλο παίζουν τόσο οι γενετικοί όσο και οι ψυχολογικοί – συμπεριφοριστικοί λόγοι. Για παράδειγμα, όσον αφορά την υπέρταση, ως χρόνια νόσημα, σύμφωνα με τον Mei-Yan Liu (2016) και τους συνεργάτες τους, έκαναν έντεκα μελέτες με 5.696 συμμετέχοντες. Τα δεδομένα έδειξαν όντως συσχέτιση της καρδιακής υπέρτασης και του άγχους είτε σε ήδη υπερτασικούς ασθενείς είτε σε ασθενείς με προδιάθεση για υπέρταση.

Στα αυτοάνοσα νοσήματα, όπως ειπώθηκε παραπάνω, οι παράγοντες, οι οποίοι συντελούν στην ανάπτυξή τους, είναι ένας συνδυασμός γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων. Όσον αφορά τον θυροειδή αδένα (ο οποίος χαρακτηρίζεται από λεμφοκυτταρικές διηθήσεις), η διεγερμένη ορμόνη της υποδοχής του θυροειδή (TSHR) και διαφορετικά θυροειδικά αντιγόνα. Για παράδειγμα, η νόσος Graves και Hashimoto αποτελούν αυτοάνοσα νοσήματα με γενετική προδιάθεση. (Sanjeev Kumar Shukla et al., 2018)

## **Διάγνωση και θεραπεία**

Για να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά και δίκαια το φορτίο των χρόνιων νοσημάτων, θα πρέπει καταρχάς η δημόσια υγεία και τα συστήματα υγείας και φροντίδας να αξιοποιήσουν ενσωματωμένες προσεγγίσεις. Αυτές οι προσεγγίσεις πρέπει να περιλαμβάνουν στρατηγικές και παρεμβάσεις, οι οποίες να αντιμετωπίζουν πολλούς παράγοντες ρίσκου και καταστάσεις ταυτόχρονα. Επιπλέον, θα πρέπει να δημιουργούν ευρείες αλλαγές για τον πληθυσμό και να βοηθούνται τα γκρουπ του πληθυσμού, τα οποία και επηρεάζονται περισσότερο. (Ursula E Bauer et al., 2014)

Σύμφωνα με τη μελέτη των B F Hoyer, F Hiepe (2016) η ανοσορυθμιστική θεραπεία αποτελεί το χρυσό πρότυπο όσον αφορά τη φροντίδα και θεραπεία των αυτοάνοσων νοσημάτων. Οι ήδη υπάρχουσες θεραπείες σε συνδυασμό με τις συνεχείς μελέτες, - όπως και η εν προκειμένω μελέτη- στοχεύουν στον εντοπισμό των μηχανισμών εκείνων, οι οποίοι μπορούν να θεραπεύσουν τους ασθενείς με εναλλακτικές και εξειδικευμένες θεραπείες, πέραν των κλασικών (π.χ. ανθελονοσιακά και γλυκοκορτικοειδή φάρμακα).

### ***3.4 Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΩΝ ΣΩΜΑΤΟΠΟΙΗΜΕΝΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ***

#### **3.8.1 Οι νοσηλευτικές εκτιμήσεις**

Προτού κάνει παρέμβαση ο νοσηλευτής σε ασθενή με σωματοποιημένη διαταραχή πρέπει προηγουμένως να έχει γίνει έρευνα σχετικά με τη φυσική κατάσταση του ασθενούς και να βεβαιωθεί ότι δεν ενυπάρχει στον ασθενή κάποιο σοβαρό υποκείμενο νόσημα. Για να μπορέσει να γίνει σωστή διάγνωση, προσέγγιση κι έπειτα



παρέμβαση ο νοσηλευτής πρέπει να ακολουθήσει κάποια στάδια σύμφωνα με το [nurseslabs.com/nursing-care-plans](http://nurseslabs.com/nursing-care-plans):

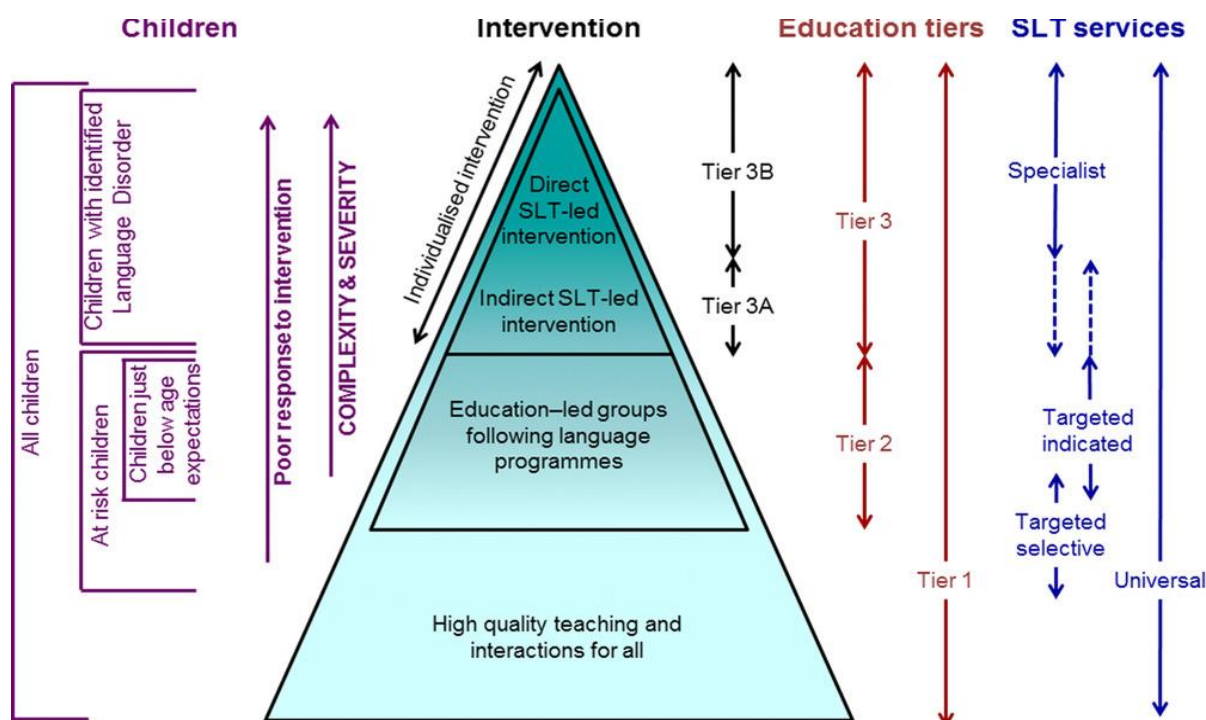
1. Καταγραφή του ιστορικού του ασθενούς, ο οποίος συνήθως απαριθμεί πληθώρα σωματικών προβλημάτων, αναρίθμητα διαγνωστικά τεστ, ίσως ακόμα και σειρά από χειρουργικές επεμβάσεις.
2. Εξέταση της γενικής εικόνας και συμπεριφοράς του ασθενούς. Ο νοσηλευτής παρατηρώντας ασθενείς με σωματόμορφες διαταραχές συχνά ανακαλύπτει άτομα, τα οποία δυσχεραίνονται στο περπάτημα εξαιτίας των συμπτωμάτων και έχουν μια μορφή δυσφορίας και ενόχλησης.
3. Η σκέψη για τη διαδικασία και το περιεχόμενο: ο ασθενής που πάσχει από σωματοποιημένη διαταραχή δεν σκέφτεται τη διαδικασία της διαταραχής παρά μόνο εμμένει στα συμπτώματα με τάση για μεγαλοποίηση.

### **3.8.2 Νοσηλευτική διάγνωση για τις Σωματόμορφες Διαταραχές**

Ο νοσηλευτής για να μπορέσει να προβεί έστω και σε μια άτυπη διάγνωση ασθενούς με σωματόμορφη διαταραχή, θα πρέπει να στηριχτεί στα εξής στοιχεία – κλινικά συμπτώματα:

1. Χρόνιος πόνος, ο οποίος συνδέεται με το τρίτο επίπεδο του άγχους, το δριμύ (άγχος).
2. Αναποτελεσματικοί μηχανισμοί αντιμετώπισης, οι οποίοι είναι συναφείς με ακατάλληλες δεξιότητες αντιμετώπισης προβλημάτων
3. Διαστρεβλωμένη σωματική εικόνα, η οποία συσχετίζεται με την χαμηλή αυτοεκτίμηση και το τρίτο επίπεδο άγχους, το δριμύ.

4. Διαστρεβλωμένη αισθητηριακή αντίληψη, η οποία συσχετίζεται με την απόσυρση ή την εμμονή, σε ένα ανώτερο επίπεδο εξέλιξης.
5. Έλλειψη αυτοφροντίδας, η οποία συσχετίζεται με την παράλυση ενός μέρους του σώματος, με πόνο ή με δυσφορία.
6. Ελλιπής γνώση, η οποία σχετίζεται με την έλλειψη ενδιαφέροντος στη μάθηση



Εικόνα 9, [onlinelibrary.wiley.com](https://onlinelibrary.wiley.com)

### 3.8.3 Πλάνο νοσηλευτικής φροντίδας και στόχοι

Το βασικό νοσηλευτικό πλάνο φροντίδας για ασθενείς με σωματόμορφες διαταραχές είναι το εξής:

- Ο πελάτης θα μπορεί να διακρίνει τη σχέση στρες και σωματικών συμπτωμάτων (ψυχοσωματικά)
- Ο ασθενής θα μπορεί να εκφράσει αυθόρμητα τα συναισθήματά του.
- Ο ασθενής θα ακολουθήσει μια καθημερινή ρουτίνα.

- Ο ασθενής θα χρησιμοποιήσει εναλλακτικούς τρόπους, έτσι ώστε να μπορεί να διαχειριστεί το στρες, το άγχος και άλλα δυσάρεστα συναισθήματα και καταστάσεις
- Ο ασθενής θα εφαρμόσει έναν πιο υγιεινό τρόπο ζωής μέσω της ξεκούρασης και του καλού ύπνου, της άσκησης και ενός υγιεινού διατροφολογίου

#### 3.8.4 Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις

Κατά την παρέμβαση ο / η νοσηλευτής θα πρέπει και πάλι να ακολουθήσει κάποια βήματα σε ασθενείς με σωματοποιημένες διαταραχές. Αυτά είναι τα κάτωθι:

- Η παροχή διδασκαλίας υγιεινής: Ο / η νοσηλευτής θα πρέπει να λειτουργήσει επικουρικά προς τον ασθενή και να του καθιερώσει μια καθημερινή ρουτίνα, η οποία περιλαμβάνει κάποιες βελτιωμένες και υγιείς συμπεριφορές.
- Η βοήθεια και η προτροπή στον ασθενή για έκφραση συναισθημάτων: Αυτό μπορεί να επιτευχθεί αρχικά με την καταγραφή των συναισθημάτων των ασθενών σε ένα λεπτομερές ημερολόγιο. Έτσι ο νοσηλευτής μπορεί να τον βάλει να περιγράψει την κατάσταση που βρισκόταν είτε μόνος είτε με άλλους και να αναφέρει αν υπήρχαν διαφορίες με τους άλλους (ή όχι) κι αν ναι, τι είδους.
- Η διδασχή αντιγραφής στρατηγικών: Οι στρατηγικές, οι οποίες εστιάζουν στο συναίσθημα, περιλαμβάνουν προοδευτική χαλάρωση, βαθιές αναπνοές, καθοδηγούμενες εικόνες και περισπασμούς όπως η μουσική (π.χ. μουσικοθεραπεία) ή άλλες δραστηριότητες. Από την άλλη, οι στρατηγικές, οι οποίες επικεντρώνονται στο πρόβλημα, περιλαμβάνουν μεθόδους επίλυσης προβλημάτων και εφαρμόζουν τη διαδικασία αναγνώρισης προβλημάτων και αλληλεπίδρασης με τους άλλους με το παιχνίδι – ρόλων

### 3.8.5 Νοσηλευτική παρέμβαση και Λογικές πρακτικές σε ασθενείς με σωματόμορφη διαταραχή (<https://nursing.com/lesson/nursing-care-plan-for-somatic-symptom-disorder-ssd/>)

1. Προετοιμασία ολοκληρωμένης νοσηλευτικής εκτίμησης μέσω ζωτικών σημείων: ο νοσηλευτής παίρνει πληροφορίες σε επίπεδο αναφοράς και προσδιορίζει, αν υπάρχει σωματική ή άλλη αιτία
2. Καθημερινή προετοιμασία νευρολογικής αξιολόγησης ή καταγραφή πρωτοκόλλου ανά ειδικότητα
3. Πρόσβαση αν ο ασθενής έχει αυτοκτονικές ή φονικές ιδεοληψίες ή πιθανή κατάχρηση ουσιών και επισήμανση για την υγεία του ίδιου και των άλλων
4. Αξιολόγηση του πόνου ανά κατάλληλη κλίμακα: ο πόνος είναι υποκειμενικός και πρέπει να διαχειριστεί σύμφωνα με τα συναισθήματα και τις αναφορές του ασθενούς
5. Παροχή διαμονής στον πελάτη και δημιουργία ιδανικών συνθηκών (π.χ. ρύθμιση θερμοκρασίας δωματίου, παροχή μαξιλαριών κ.λπ.). Η δημιουργία ενός άνετου και ασφαλούς περιβάλλοντος συντελεί στην αίσθηση ασφάλειας του ασθενούς και κατόπιν στην έκφραση των σκέψεων και των συναισθημάτων του στην ομάδα ιατροφαρμακευτική περίθαλψη
6. Ενθάρρυνση αλλαγής συμπεριφοράς όπως ο έπαινος στον ασθενή και η παροχή περισσότερης προσοχής, όταν τα συμπτώματα παρουσιάζουν βελτίωση. Έτσι ο νοσηλευτής βοηθά τον ασθενή να εστιάζει στη βελτίωση της υγείας του και όχι στα επίμονα συμπτώματά του
7. Παροχή διδασκαλίας και παρουσίασης των τεχνικών χαλάρωσης συμπεριλαμβανομένων της προοδευτικής μυϊκής χαλάρωσης και ασκήσεις βαθιών αναπνοών. Αυτό το στάδιο βοηθά τον ασθενή να μειώσει τον πόνο και το στρες,

- αλλά συνάμα έτσι μπορεί να διαχειριστεί πολλά συμπτώματα μέσω της συγκέντρωσης και της ηρεμίας του νου
8. Παροχή ενημέρωσης σχετικά με την ψεύτικη ή αληθινή κατάσταση του ασθενούς. Έτσι ο ασθενής μπορεί να έχει μια ρεαλιστική ματιά για την κατάστασή του χωρίς να ανησυχεί για μη ανύπαρκτες συνθήκες
  9. Χορήγηση φαρμάκων και μείωση της δοσολογίας, όταν είναι απαραίτητο. Όταν υπάρχει αισθητή μείωση τόσο του πόνου όσο και των συμπτωμάτων της διαταραχής, τότε είναι θεμιτό να μειώνεται η δοσολογία των αναλγητικών, των αντικαταθλιπτικών, των αγχολυτικών και των αντιεμετικών φαρμάκων
  10. Συζήτηση συμπτωμάτων με τον ασθενή και καταγραφή της κατάστασης του ασθενούς, όταν αυτά κορυφώνονται. Το στάδιο αυτό βοηθά τον ασθενή στον εντοπισμό της αιτιολογίας των συμπτωμάτων κι έτσι εν μέρει στην υποτίμησή τους
  11. Ενθάρρυνση του ασθενούς στη διατήρηση και καταγραφή ενός ημερολογίου με συμπτώματα και γεγονότα ή παράγοντες, οι οποίοι οδήγησαν προοδευτικά στην εμφάνιση των συμπτωμάτων. Αυτή η πρακτική είναι μια τεχνική της γνωσιακής συμπεριφορικής θεραπείας
  12. Ενθάρρυνση του ασθενούς στο να συμπεριλάβει την οικογένειά του στη φροντίδα και τη θεραπεία του. Αυτό είναι θεμιτό στην περίπτωση που ο ασθενής το επιθυμεί αλλά που συνάμα και η οικογένεια του ασθενούς θα δείξει πραγματική υποστήριξη και ανατροφοδότηση. (nursing.com)

### **3.8.6 Νοσηλευτική παρέμβαση και Λογικές πρακτικές σε ασθενείς με αυτοάνοσα νοσήματα**

Παρέμβαση σε ασθενείς με υποθυροειδισμό (Nursing Care Plan for Hyperthyroidism, <https://nursing.com/lesson/nursing-care-plan-for-hypothyroidism>)

1. Πρόσβαση και μέτρηση των ζωτικών σημείων: ο νοσηλευτής ελέγχει για τυχόν βραδυκαρδία και μειωμένη αναπνοή
2. Ενθάρρυνση αυτοφροντίδας: ο νοσηλευτής προγραμματίζει δραστηριότητες για τις στιγμές εκείνες που ο ασθενής είναι περισσότερο ενεργητικός
3. Διαχείριση φαρμακευτικής αγωγής: Levothyroxine. Η παροχή του φαρμάκου είναι αναγκαία προς αναπλήρωση των υπολειμματικών του θυροειδούς αδένου. Η φαρμακευτική αγωγή προτείνεται να λαμβάνεται από τον ασθενή το πρωί με άδειο στομάχι (1 ώρα πριν οποιοδήποτε γεύμα) για καλύτερη απορρόφηση του φαρμάκου.
4. Παρακολούθηση της πρόσληψης τροφής και της όρεξης του ασθενούς: ο νοσηλευτής θα πρέπει να ενθαρρύνει τον ασθενή με υποθυροειδισμό να επιλέγει ένα υγιεινό διαιτολόγιο και συνάμα να αποφεύγει ανθυγιεινές τροφές. Επειδή οι ασθενείς συχνά παρουσιάζουν αυξημένη όρεξη και συνεχίζουν να παίρνουν βάρος, θα πρέπει ο νοσηλευτής να κρατά σημειώσεις των διατροφικών συνηθειών του ασθενή και να παρέχει διατροφικές ιδέες – προτάσεις.
5. Πρόσβαση στην ακεραιότητα του δέρματος: το ξηρό δέρμα και τα θαμπά μαλλιά είναι χαρακτηριστικά δείγματα του αργού μεταβολισμού. Έτσι, ο νοσηλευτής προτείνει την εφαρμογή ενυδατικής λοσιόν ή κρέμας και της μαλακτικής κρέμας των μαλλιών μετά το μπάνιο και ενθάρρυνση επαρκούς ενυδάτωσης στον ασθενή. Επίσης, σημειώνει τυχόν πληγές, οι οποίες κατά την επούλωση έχουν επιβαρυνθεί.

6. Η παροχή άνετου περιβάλλοντος και μειωμένη έκθεση στο κρύο. Οι ασθενείς με υποθυροειδισμό παρουσιάζουν μειωμένη ανοχή στο κρύο και συχνά παραπονιούνται για αίσθημα κρύου, ακόμα και σε ζεστό καιρό. Ο νοσηλευτής σε τέτοια περίπτωση, θα πρέπει να παρέχει κλινοσκεπάσματα και κουβέρτες.
7. Συχνή παρακολούθηση του βάρους του ασθενούς: οι ασθενείς έχουν την τάση να λαμβάνουν βάρος, αλλά θα πρέπει να ξεκινήσουν να χάνουν (βάρος) όσο επιδρά η φαρμακευτική αγωγή.

## 4. ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ



Εικόνα 14, [psychiatros.gr](http://psychiatros.gr)

### 4.1 Ορισμός των ψυχικών διαταραχών

Ειδικότερα είναι εξαιρετικά δύσκολο και ριψοκίνδυνο ώστε να δοθεί ένας συγκεκριμένος ορισμός για το φάσμα των ψυχικών και ψυχιατρικών διαταραχών κι αυτό γιατί συχνά εξαρτάται από την ιδιοσυγκρασία και τα βιώματα του ασθενούς. Πιο δύσκολη ακόμα θεωρείται η αποδοχή της ψυχικής ασθένειας από τον ίδιο τον ασθενή, καθώς αυτή μπορεί να οδηγήσει σε χαμηλή αυτοεκτίμηση και υποβάθμιση της κοινωνικής του ταυτότητας. Σύμφωνα με τη μελέτη των Bogusz R & Humeniuk E (2017), η ανάλυση των ατομικών δηλώσεων συμβάλλει στις κοινωνικές επιπτώσεις των ψυχικών διαταραχών ως ένα μεγαλύτερο πρόβλημα. Οι ερωτηθέντες ένιωθαν



φόβο και αβεβαιότητα σχετικά με το πώς θα αντιμετώπιζαν οι γύρω τους την ασθένειά των ίδιων. Αυτοί δήλωσαν ότι βίωσαν στιγματισμό και ένιωθαν φόβο απέναντι στις αρνητικές κοινωνικές αντιδράσεις και στην οικογένειά τους, της οποίας θεωρούσαν ότι είναι βάρος. Επίσης, η ασθένειά τους τους έκανε να νιώθουν εξαρτημένοι από τους άλλους και συνάμα στέρηση της ατομικής τους επάρκειας. Η κοινωνική άποψη ως προς τις ψυχικές διαταραχές αποτελούσε και αποτελεί ακόμα και σήμερα λοιπόν ένα θεμελιώδες ζήτημα.

### **Επιδημιολογία των ψυχικών διαταραχών**

Σήμερα υπολογίζεται ότι 121 εκατομμυρίων ανθρώπων υποφέρουν από κατάθλιψη, 70 εκατομμύρια από εθισμό στο αλκοόλ, 24 εκατομμύρια από σχιζοφρένεια και 37 εκατομμύρια από άνοια. Σύμφωνα με έρευνες του 2000, «οι ψυχικές και νευρολογικές διαταραχές ευθύνονται για το 12,3 % των ετών της ζωής σταθμισμένων προς την ανικανότητα, για το 31% των ετών ζωής με ανικανότητα (YLDs) και για τις 6 ώρες από τις 20 κύριες αιτίες ανικανότητας παγκοσμίως (Έκθεση για την Παγκόσμια Υγεία, 2001)». Επιπλέον, σύμφωνα με τους Murray & Lopez (1996) εκτιμάται ότι μέχρι το 2020, οι ψυχικές διαταραχές θα επιβαρύνουν θεαματικά την ανικανότητα, καθώς η κατάθλιψη θα αποτελεί τη δεύτερη αιτία ανικανότητας παγκοσμίως. (Το πλαίσιο της Ψυχικής Υγείας, 2003)

### **Η ταξινόμηση των ψυχιατρικών διαταραχών**

Οι ψυχιατρικές διαγνώσεις χρησιμοποιούν τα δύο βασικά εγχειρίδια που ανταποκρίνονται στο μοντέρνο διαγνωστικό μοντέλο. Η Διεθνής Ταξινόμηση Ασθενειών και Συναφών Προβλημάτων Υγείας (ICD), η οποία εκδίδεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών (DSM), οποίο εκδίδεται από την Αμερικάνικη Ψυχιατρική

Εταιρεία είναι τα πιο αξιόπιστα εργαλεία ψυχιατρικής διάγνωσης. Και τα δύο εγχειρίδια ανανεώνονται συνεχώς, με πιο πρόσφατη την έκδοση του ICD 11 (Ιούνιος του 2018) και το DSM 5 (2013). Η ειδοποιός τους διαφορά έγκειται στο γεγονός ότι το ICD του ΠΟΥ καλύπτει όλο το φάσμα των ασθενειών και ιατρικών προβλημάτων, ενώ το DSM καλύπτει μόνο τις λεγόμενες ψυχιατρικές διαταραχές. Αξιοσημείωτο όμως είναι και το γεγονός ότι και στα δύο εγχειρίδια η ιατρική δυσφορία και οι ποικίλες μορφές της κατηγοριοποιούνται ως ψυχικές διαταραχές. Επί της ουσίας όμως χρησιμοποιούνται από κοινού και τα δύο εγχειρίδια και εν προκειμένω, όσον αφορά την ψυχική δυσφορία, από όπου και προκύπτει το ιατρικό μοντέλο για τις ψυχικές νόσους. (Το πλαίσιο της Ψυχικής Υγείας, 2003)

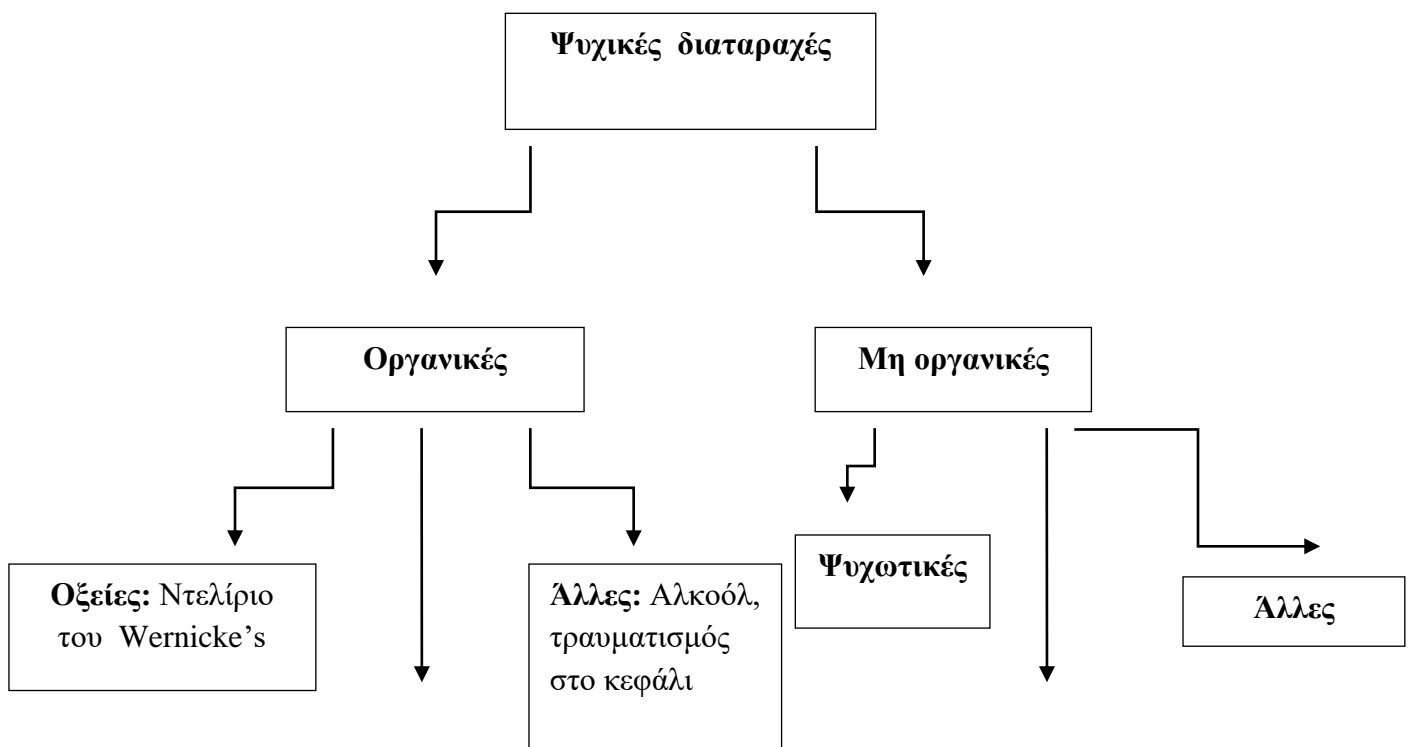
### **Η αιτιολόγηση και οι παράγοντες κινδύνου**

Σύμφωνα με τη μελέτη του Ernst Kretschmer (1937), κάποιες ψυχικές ασθένειες, όπως η σχιζοφρένεια, τα μανιοκαταθλιπτικά επεισόδια και η επιληψία δεν παρουσιάζουν τυχαία ψυχική σύνθεση. Μάλιστα, καθεμιά από αυτές τις κληρονομικές ασθένειες συντελούν στη δημιουργία συγκεκριμένων προσωπικοτήτων και οικογενειών μιας συγκεκριμένης ποιότητας. Σύμφωνα με την ταξινόμησή τους οι κληρονομικές ασθένειες περιλαμβάνουν τους όρους σχιζοειδής, κυκλοειδής ή επιληπτική ψυχοπάθεια. Έτσι, καθεμιά από τις κληρονομικές ασθένειες περιβάλλεται από μια σφαίρα ειδικών χαρακτηριστικών κληρονομικών καταστάσεων και χαρακτήρων. Άπαξ και εμφανιστεί μια από αυτές τις καταστάσεις και έχει αναγνωρίσει τις κληρονομικές ασθένειες, οι τελευταίες δεν εμφανίζονται πλέον ως πιθανά φαινόμενα.

### **Παράγοντες (Κοτρώτσιου Ε.)**

1. **Προσωπικοί / ατομικοί:** στους παράγοντες αυτούς υπάγονται το βιολογικό υπόβαθρο, το συναίσθημα του άγχους, οι προσωπικές ανησυχίες και φοβίες, η αίσθηση του κενού στη ζωή του ατόμου ή η απώλεια του νοήματος στη ζωή του ασθενούς
2. **Διαπροσωπικοί:** στους παράγοντες αυτούς εμπερικλείονται η ατελέσφορη διαπροσωπική επικοινωνία, οι εξαρτησιογόνες προσωπικές σχέσεις ή η αποφυγή σύναψης σχέσεων και η απώλεια συναισθηματικού ελέγχου
3. **Κοινωνικοί / πολιτισμικοί:** οι παράγοντες αυτοί περιλαμβάνουν την έλλειψη πρωτεύοντων βιοτικών αναγκών και αγαθών, όπως η σίτιση, η στέγαση με επικράτηση της ένδειας στη ζωή πολλών ανθρώπων. Η φτώχεια σε συνδυασμό με την εκδήλωση βίας ή την εμφάνιση άλλων ρατσιστικών συμπεριφορών και προκαταλήψεων, αρκούν, ώστε να πυροδοτήσουν στο άτομο αίτια υπεύθυνα για μελλοντικές ψυχικές διαταραχές.

#### 4.2 Τα είδη των ψυχικών διαταραχών



Εικόνα

Χρόνιες:Η  
άνοια του  
Korsakoff

Νευρωτικές

των ψυχικών διαταραχών (Δρ. Π. Κ. Αλεξόπουλος)

Σύμφωνα με το **ICD – 10** η ταξινόμηση των ψυχικών διαταραχών έχει ως εξής:

- 1) Κατάθλιψη και μανιοκατάθλιψη
- 2) Νευρασθένεια
- 3) Ντελίριο (Delirium)
- 4) Σύνδρομο αποπροσωποποίησης – αποπραγματισμού
- 5) Σύνδρομο Dhat
- 6) Επαγγελματική νεύρωση, περιλαμβανομένης το σπασμό του γραφέα
- 7) Ψυχασθένεια, Ψυχασθενική νεύρωση, Ψυχογενής συγκοπή
- 8) Διπολική Διαταραχή
- 9) Σχιζοφρένεια
- 10) Υστερική ψύχωση

#### **Συμπτωματολογία του φάσματος των ψυχιατρικών διαταραχών**

Σύμφωνα με την **Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία (APA, 2000)** ως πρόναοι των ψυχικών ασθενειών υπάρχουν μια ακολουθία συμπτωμάτων. Αυτά είναι τα εξής:

- Αλλαγές στον ύπνο και την όρεξη: στις συνήθειες του ύπνου παρατηρείται αϋπνία ή υπερυπνία, ενώ σχετικά με την όρεξη είτε αφαγία και ανορεξία είτε υπέρμετρη βουλιμία και υπερφαγία

- Μεταβολές στη διάθεση: ψυχικά ασθενείς εκδηλώνουν ραγδαίες και έντονες συναισθηματικές μεταβολές ή και καταθλιπτικά επεισόδια
- Απόσυρση: ο ασθενής με κάποια ψυχική ή ψυχιατρική διαταραχή συνήθως αποσύρεται από τις κοινωνικές του επαφές και συναναστροφές σε οικείο περιβάλλον, ενώ παράλληλα παρουσιάζει απώλεια ενδιαφέροντος για δραστηριότητες που μέχρι πρότινος δήλωνε ενδιαφέρον
- Μείωση της λειτουργικότητας: σε συνδυασμό με την απόσυρση, ο ασθενής αποφεύγει καθετί που προηγουμένως του προκαλούσε ευχαρίστηση ή αποτελούσε την καθημερινή του ρουτίνα (π.χ. εργασία, σχολείο, αθλητικές ή καλλιτεχνικές δραστηριότητες κ.λπ.)
- Προβλήματα στη σκέψη: ο ασθενής συχνά δυσκολεύεται να συγκεντρωθεί, ενώ μπορεί να παρουσιάσει ταυτόχρονα δυσχέρεια στη μνήμη, τη λογική ή ακόμα και την ομιλία
- Υπερευαισθησία: συχνά παρατηρείται αυξημένη ευαισθησία και μειωμένη ανοχή σε εικόνες, ήχους, γι' αυτό και ο ψυχικά ασθενής αποφεύγει την έκθεση σε ερεθιστικές καταστάσεις
- Απάθεια: ο ασθενής συχνά καταβάλλεται από μια αίσθηση απάθειας, με αποτέλεσμα να μη λαμβάνει καμία πρωτοβουλία και μην επιθυμεί τη συμμετοχή σε οποιαδήποτε ενεργό δραστηριότητα
- Αίσθημα αποκοπής: Ο ασθενής νιώθει να αποκόπτεται από τον εαυτό του, να βγαίνει «έξω» από το σώμα του και να αποκόπτεται γενικά από το περιβάλλον του

- Παράλογες σκέψεις: το άτομο κάνει συχνά υπερβολικές, παράλογες ή ασταθείς σκέψεις σχετικά με την αντίληψή του αλλά και την επιρροή του αναφορικά με την συμπτωματολογία του
- Νευρικήτητα: ο ασθενής αισθάνεται θυμό, νευρικήτητα, φόβο ή ακόμα και καχυποψία προς τους γύρω του
- Ασυνήθιστη συμπεριφορά: το άτομο γίνεται ευερέθιστο λόγω της νευρικήτητας, με αποτέλεσμα την εκδήλωση μιας ιδιόρρυθμης και περίεργης συμπεριφοράς

### **Διάγνωση και θεραπεία των ψυχικών διαταραχών**

#### **Διάγνωση (Mental Health Europe)**

Η ιατρική διάγνωση είναι η διαδικασία κατά την οποία προσδιορίζεται ποια ασθένεια ή κατάσταση εξηγεί τα σημεία ή τα συμπτώματα που παρουσιάζει ένα άτομο. Οι πληροφορίες που απαιτούνται για να γίνει μια διάγνωση συγκεντρώνονται συνήθως από το ιστορικό και τη σωματική εξέταση του ατόμου που αναζητά ιατρική φροντίδα. Η ψυχιατρική διάγνωση διαφέρει –συχνά απουσιάζουν τα σωματικά συμπτώματα ούτε υπάρχουν βιολογικές εξετάσεις που να τεκμηριώνουν την ψυχική δυσφορία. Αν και οι εξετάσεις μπορούν να είναι σημαντικές για τον αποκλεισμό σωματικών αιτιών, ο επαγγελματίας υγείας που κάνει την ψυχιατρική διάγνωση οφείλει να βασίζεται στην περιγραφή των σκέψεων και των συναισθημάτων του ίδιου του ατόμου, μαζί με την παρατήρηση της συμπεριφοράς του. Υπό αυτή την έννοια, λέγεται συχνά ότι εκείνοι που είναι οι πλέον κατάλληλοι για τη διάγνωση είναι οι ίδιοι οι άνθρωποι που δυσφορούν, υποστηριζόμενοι από πληροφορίες και εντατική συζήτηση με τους επαγγελματίες υγείας.

Άρα, σύμφωνα με τα μοντέρνα και σύγχρονα διαγνωστικά συστήματα και εγχειρίδια, η διάγνωση μιας ψυχικής ασθένειας συνήθως βασίζεται στα εξής κριτήρια:

- Υποκειμενική δυσφορία
- Έκπτωση της λειτουργικότητας του ατόμου σε επίπεδο (δια)προσωπικό, κοινωνικό, εκπαιδευτικό, επαγγελματικό
- Συμπτωματολογία κλινικής έντασης και σημασίας (eclass.uoa.gr)

### **Θεραπεία**

Σύμφωνα με τον Μαυρέα και τον Σκαπινάκη (2015) «οι θεραπευτικές επιλογές αναφορικά με τις ψυχικές διαταραχές είναι δύο, οι βιολογικές και οι ψυχοκοινωνικές. Στις πρώτες ανήκουν η φαρμακοθεραπεία και οι μη φαρμακευτικές μέθοδοι εγκεφαλικού ερεθισμού όπως η ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT), η φωτοθεραπεία (LT), η στέρηση ύπνου, ο διακρανιακός μαγνητικός ερεθισμός, ο ερεθισμός του πνευμονογαστρικού (VNS), ο εν τω βάθει εγκεφαλικός ερεθισμός (DBS) κ.ά». Στο παρελθόν ως φαρμακευτική αγωγή επιλέγονταν τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά (TCAs) όπως η ιμιπραμίνη και η μονοαμινοξειδάση. Σήμερα προτιμώνται εκλεκτικοί αναστολείς (SSRIs) και οι αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης και νορεπινεφρίνης (SNRIs). Στις ψυχοκοινωνικές προσεγγίσεις ανήκουν οι ψυχοθεραπευτικές εκείνες μέθοδοι, οι οποίες πραγματώνονται στην πρωτοβάθμια φροντίδα, όπως η ψυχαναλυτική, η γνωσιακή – συμπεριφορική, η διαπροσωπική, η θεραπεία επίλυσης προβλήματος, η θεραπεία ζεύγους και η συμβουλευτική θεραπεία. Σε περιπτώσεις βέβαια έντονης και επίμονης συμπτωματολογίας κρίνεται επιτακτική η ανάγκη συνδυασμού των βιολογικών και ψυχοκοινωνικών θεραπειών.

### **Συννοσηρότητα**

Σύμφωνα με τον Norman Sartorius (2013) τα τελευταία είκοσι χρόνια έχει σημειωθεί δραματική αύξηση της εδραίωσης της συννοσηρότητας ψυχικών και σωματικών ασθενειών, φτάνοντας μάλιστα σε πολλές χώρες τα επίπεδα επιδημίας. Ειδικότερα σε ασθενείς άνω των εξήντα ετών η ταυτόχρονη επικράτηση δύο ή τριών ασθενειών αποτελεί τον κανόνα και όχι την εξαίρεση. Η συννοσηρότητα αυξάνεται ραγδαία στις νεότερες ηλικίες, όπου οι αρνητικές συνέπειες των καταστάσεων της συννοσηρότητας είναι μεγάλες σε αριθμό και ενοχλητικές όπως αυτές που εμφανίζονται σε μεγαλύτερη ηλικία. Επιπλέον, η ανθυγιεινή ζωή αυξάνει τα περιστατικά διάφορων ασθενειών, όπως καρδιαγγειακές ασθένειες και διαβήτη.

#### **4.2.1 Ντελίριο (Delirium)**

##### **Ορισμός**

Σύμφωνα με τη μελέτη των Tamara G. Fong et al., (2009) το ντελίριο ορίζεται ως ένα σύνδρομο το οποίο χαρακτηρίζεται από απροσεξία και οξεία γνωστική δυσλειτουργία. Παλιότερα το ντελίριο χρησιμοποιούνταν ως ιατρικός όρος ο οποίος μπορούσε να περιγράψει τις ψυχικές διαταραχές, οι οποίες ήταν απόρροια πυρετού ή τραύματος στο κεφάλι. Στη διάρκεια του χρόνου ο όρος ντελίριο περιγράφει ένα παροδικό και αναστρέψιμο σύνδρομο, το οποίο είναι οξύ και κυμαινόμενο και το οποίο επέρχεται στη σύνθεση μιας ιατρικής κατάστασης.

##### **Παράγοντες - Αιτιολογία**

Σύμφωνα με τους Fong, Tulebaev και Inouye (2009) οι αιτιολογίες της εμφάνισης του ντελίου ως ψυχικής ασθένειας οφείλονται σε πολλούς και ποικίλους παράγοντες. Αυτές οι αιτίες συχνά αντανακλούν τις παθοφυσιολογικές επιπτώσεις μιας οξείας ασθένειας, της επιρροής ναρκωτικών ή των επιπλοκών. Η ανάπτυξη του ντελίου οφείλεται συχνά σε προδιάθεση ή σε αμετάβλητους παράγοντες, όπως η βασική άνοια



ή σοβαρή ασθένεια ιατρικής φύσης ή σε μεταβλητούς παράγοντες, όπως η λήψη κατασταλτικών φαρμάκων, οι λοιμώξεις, μη φυσιολογικά εργαστηριακά τεστ ή χειρουργικές επεμβάσεις. Η βασική άνοια είναι και ο κυρίαρχος παράγοντας σε ηλικιωμένους ασθενείς, για να παρουσιάσουν ντελίριο.

### **Επιδημιολογία**

Σύμφωνα με τη μελέτη των Fong et al., (2009) η ποσοστιαία εμφάνιση του ντελίου σε κοινωνικό επίπεδο είναι μόλις 1-2%, ενώ στο νοσοκομειακό περιβάλλον αυξάνεται ραγδαία σε ποσοστό 14-24%. Για παράδειγμα, το μετεγχειρητικό ντελίριο εμφανίζεται σε ποσοστό 15-53% των χειρουργημένων ασθενών ήταν σε ηλικία άνω των 65 ετών.

### **Διάγνωση και θεραπεία**

Σύμφωνα με το nurseslab.com οι εργαστηριακές δομικές μπορεί να είναι βοηθητικές για τη διάγνωση του ντελίου σε συνδυασμό με:

1. Διαφορική γενική εξέταση αίματος, η οποία βοηθά στη διάγνωση μόλυνσης και αναιμίας
2. Εξέταση για διάγνωση ηλεκτρολυτών σε χαμηλά ή υψηλά επίπεδα
3. Εξέταση γλυκόζης για διάγνωση υπογλυκαιμίας, διαβητικής κετοξέωσης και υπερομοριακές μη κετοτικές καταστάσεις.
4. Διαγνωστικά τεστ για τη λειτουργία των νεφρών και του συκωτιού.
5. Διαγνωστικά τεστ για τον θυροειδή για τυχόν υποθυροειδισμό
6. Εξέταση ούρων και τοξικολογική εξέταση σε περίπτωση χρήσης φαρμάκων ή ουσιών

7. Εξέταση θειαμίνης και βιταμίνης B12

8. Ως δείκτης ορού για το ντελίριο θα μπορούσε να λειτουργήσει και τα επίπεδα του ασβεστίου, τα οποία δεσμεύουν την πρωτεΐνη S -100 B ειδικά σε υψηλά επίπεδα

### **Φαρμακοθεραπεία (Λύκουρας)**

- Κύρια φαρμακευτική επιλογή αποτελούν τα αντιψυχωσικά φάρμακα
- Θεραπεία πρώτης επιλογής: μονοθεραπεία, με τις μικρότερες δυνατές δόσεις και τη συντομότερη δυνατή διακοπή.
- Οποιαδήποτε φαρμακευτική θεραπεία εφαρμόζεται πρέπει να επανεξετάζεται σε καθημερινή βάση
- Όταν ο ασθενής σε ντελίριο βρίσκεται σε υπερδραστηριότητα και δεν εμφανίζει ψυχωσικά συμπτώματα, τότε δεν είναι αναγκαία η φαρμακευτική αγωγή
- Προτιμώνται τα αντιψυχωσικά φάρμακα υψηλής ισχύος από τα χαμηλής
- Από τα κλασσικά αντιψυχωσικά: αλοπεριδόλη σε χαμηλές δόσεις
- Σοβαρά διεγερτικοί ασθενείς μπορεί να χρειαστούν μεγαλύτερες δόσεις ή άλλη οδό χορήγησης (ενδομυϊκά ή ενδοφλέβια) •Τα αντιχολινεργικά φάρμακα δέον να αποφεύγονται
- Τα άτυπα ΑΨ: ρισπεριδόνη ,κουετιαπίνη, ολανζαπίνη,αριπιπραζόλη, ζιπραζιδόνη
- Τα αντιχολινεργικά φάρμακα πρέπει να αποφεύγονται, γιατί επιδεινώνουν τη συγχυτική κατάσταση

<b>Delirium V's Dementia</b>		
	<b>Delirium</b>	<b>Dementia</b>
<b>Onset</b>	Abrupt	Usually insidious; can be abrupt in stroke/trauma
<b>Course</b>	Fluctuates	Slow decline
<b>Duration</b>	Hours to weeks	Months to years
<b>Attention</b>	Impaired	Intact early; often impaired late
<b>Sleep-Wake</b>	Disrupted	Usually normal
<b>Alertness</b>	Impaired	Normal
<b>Orientation</b>	Impaired	Intact early; impaired late
<b>Behaviour</b>	Agitated, withdrawn or depressed; or combination	Intact early
<b>Speech</b>	Incoherent; rapid/slowed	Word finding problems
<b>Thoughts</b>	Disorganised, delusional	Impoverished
<b>Perceptions</b>	Hallucinations/illusions	Usually intact early

**Εικόνα 10**, <http://www.ashfordstpeters.nhs.uk/delirium>

Σύμφωνα με τη μελέτη του Sebastian Reith (2019) εκτός της φαρμακευτικής αγωγής υπάρχει και εναλλακτικός θεραπευτικός τρόπος σε ασθενείς με ντελίριο. Ο εναλλακτικός μη φαρμακευτικός τρόπος περιλαμβάνει γρήγορη κινητοποίηση, προσανατολισμό, βελτίωση της εγκεφαλικής και γνωστικής δραστηριότητας και την εδραίωση επαρκών κύκλων ύπνου. Γενικά, σύμφωνα με τη μελέτη αυτή, δεν υπάρχει συγκεκριμένα στοιχεία για την ενδεδειγμένη φαρμακευτική θεραπεία σε ασθενείς με ντελίριο, τόσο για την προφύλαξη όσο και για την οριστική θεραπεία ασθενών με προφανές ντελίριο.

#### **4.2.2 Κατάθλιψη**

##### **Ορισμός**

Η κατάθλιψη είναι από τις πιο συχνές ψυχικές ασθένειες και επεκτείνεται παγκοσμίως με επιδημιολογικά στοιχεία. Η κατάθλιψη επηρεάζει τόσο ψυχολογικά όσο και σωματικά τον ασθενή, με κυρίαρχα τα λεγόμενα ψυχοσωματικά συμπτώματα. Ο ασθενής συνήθως παραπονιέται για αλλαγές στη διάθεσή του, για τις επίμονες

σκέψεις και τις σωματικές ενοχλήσεις του. Η κατάστασή του έχει ως απόρροια τη διαταραχή τόσο της όρεξης (αφαγία, υπερφαγία) όσο και της ποιότητας του ύπνου του (αϋπνία, υπερϋπνία). Δε θα πρέπει βέβαια να συγχέεται η κατάθλιψη με την απλή μελαγχολία ή με το καταθλιπτικό συναίσθημα, το οποίο και έχει βραχεία ένταση και διάρκεια. Το καταθλιπτικό συναίσθημα στην προκείμενη ψυχική ασθένεια έχει μακρόχρονη ένταση και διάρκεια και φυσικά συντελεί στη δραματική μείωση της λειτουργικότητας του ατόμου σε ποικίλους τομείς της ζωής του. (Ευθυμίου, Κ., Μαυροειδή, Αθ., Παυλάτου, Ε. & Καλαντζή -Αζίζι, Α, 2006)

### **Παράγοντες – Αιτιολογία**

Σύμφωνα με τον Βιδάλη (2015) οι κύριοι παράγοντες εμφάνισης της κατάθλιψης είναι οι εξής:

- Γενετικοί: αφορά το οικογενειακό ιστορικό ή την ενδεχόμενη κληρονομικότητα είναι. Συγκεκριμένα η κατάθλιψη είναι 1.5-3 φορές συχνότερη στους βιολογικούς συγγενείς πρώτου βαθμού απ' ότι στον γενικό πληθυσμό, ενώ υπάρχει αυξημένος κίνδυνος για εξάρτηση από αλκοόλ στους ενήλικους βιολογικούς συγγενείς πρώτου βαθμού. Επιπλέον, είναι πιθανό τα παιδιά των καταθλιπτικών ασθενών να αναπτύξουν ΔΕΠΥ (Βορβολάκος, 2011)
- Χημικοί ή ψυχολογικοί: οι βιοχημικοί και ψυχολογικοί παράγοντες αλληλεπιδρούν και αλληλοσυνδέονται
- Περιβαντολογικοί: η απώλεια συγγενικού προσώπου (πένθος), τα οικονομικά προβλήματα, τα χρόνια νοσήματα και το επαγγελματικό άγχος συντελεί στην ανάπτυξη κατάθλιψης

## **Επιδημιολογία**

Ο επιπολασμός ζωής δείχνει ποσοστό εμφάνισης 10-25% στις γυναίκες, ενώ 5-12% στους άντρες. Επίσης ο επιπολασμός σημείου δείχνει ποσοστό εμφάνισης 5-9% γυναίκες, ενώ 2-3% στους άντρες. Ως ηλικία έναρξης εμφάνισης της κατάθλιψης αναφέρονται τα 25 έτη. Η κατάθλιψη είναι δύο φορές πιο συχνή σε έφηβες και ενήλικες γυναίκες απ' ότι σε εφήβους και ενήλικους άντρες. Στις ηλικίες μεταξύ 25 – 44 ετών εμφανίζεται η υψηλότερη συχνότητα τόσο για άντρες όσο και για γυναίκες. (Βορβολάκος, 2011)

## **Είδη της κατάθλιψης**

- Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή
- Δυσθυμική Διαταραχή:
- Διπολικές Διαταραχές (I και II):
- Κυκλοθυμική Διαταραχή
- Καταθλιπτική διαταραχή μη προσδιοριζόμενη διαφορετικά.

## **Συμπτώματα και διαγνωστικά κριτήρια**

Ως διαγνωστικά κριτήρια για τη Μείζονα Κατάθλιψη (Major Depressive Disorder, MDD) λαμβάνονται υπόψη τα κάτωθι σύμφωνα με το nursing.com

- Η συνεχής εμφάνιση των ακόλουθων συμπτωμάτων σε διάρκεια 2 εβδομάδων: καταθλιπτική διάθεση τις περισσότερες μέρες, απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης για τις περισσότερες δραστηριότητες, απώλεια ή αύξηση σωματικού βάρους, αϋπνία ή υπερϋπνία τις περισσότερες μέρες, αργή ή επιδεινωμένη ψυχοκινητική λειτουργία, αίσθηση κούρασης ή απώλειας ενέργειας τις

- περισσότερες μέρες, αισθήματα αναξιοτήτας και ακατάλληλης ενοχής, ανικανότητα ως προς τη συγκέντρωση και αναποφασιστικότητα, επαναλαμβανόμενες σκέψεις θανάτου χωρίς ένα συγκεκριμένο σχέδιο ή απόπειρα
- Σημαντικά συμπτώματα, τα οποία επηρεάζουν την κοινωνική ή επαγγελματική λειτουργία
  - Ο ασθενής δεν έχει εμφανίσει ποτέ μανιακό ή υπομανιακό επεισόδιο

#### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ - ΜΕΙΖΟΝ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Καταθλιπτική διάθεση	Επαναφορά της φυσιολογικής διάθεσης	Συζήτηση με κατάλληλο ψυχολόγο και ψυχίατρο για πιθανή συνταγογράφηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων	Πραγματοποιήθηκε συζήτηση με κατάλληλο ψυχολόγο και επίσκεψη σε ψυχίατρο και εφαρμόστηκε αντικαταθλιπτική φαρμακευτική αγωγή	Επανήλθε η φυσιολογική διάθεση του ασθενούς

Απόσυρση από καθημερινές δραστηριότητες	Επανάταξη στις δραστηριότητες	>>	>>	Επανάταξη των καθημερινών δραστηριοτήτων
Αυπνία και αίσθημα αδιαθεσίας	Μείωση αυπνιών και αίσθηματος αδιαθεσίας	>>	>>	Μείωση έως εξάλειψη των αυπνιών και αίσθημα ψυχολογικής πληρότητας

## Θεραπεία

Η φαρμακοθεραπεία μπορεί να χωριστεί σε τρεις φάσεις (Λύκουρας):

- 1.Θεραπεία οξείας φάσης (acute phase therapy)
- 2.Συνεχιζόμενη θεραπεία (continuation phase therapy)
- 3.Θεραπεία συντήρησης (maintenance phase therapy)

Επειδή η φαρμακευτική αγωγή αφορά την κάθε φάση της θεραπείας αλλά και την ένταση ή συχνότητα των συμπτωμάτων, θα πρέπει η επιλογή των φαρμάκων αλλά και η δοσολογία να γίνεται με σύνεση και φειδώ. Για παράδειγμα μια αρχική επιλογή ενός αντικαταθλιπτικού μπορεί να γίνει ανάμεσα σε κάποιο από τα: SSRIs, SNRIS, Μιρταζαπίνη, Βουπροπιόνη, Αγκομελατίνη Γ. Στη συνέχεια μπορεί να προταθεί λήψη τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών και αναστολέων μονοαμινοξειδάσης σε περίπτωση παρενεργειών. Επιπλέον, μετά την έναρξη της χορήγησης της φαρμακευτικής αγωγής

πρέπει να γίνεται μια πρόωμη εκτίμηση της εξέλιξης στις 2 εβδομάδες. Μάλιστα στο διάστημα αυτό δίνεται μερική απάντηση (20% στις κλίμακες) στη θεραπεία, η οποία κιάλας αποτελεί ένα πρώτο δείγμα απάντησης και ανταπόκρισης στη θεραπεία με φάρμακα.(Λύκουρας)

Εκτός της συνιστώμενης φαρμακευτικής αγωγής η κατάθλιψη μπορεί να βελτιωθεί αισθητά και με την ψυχοθεραπεία. Βέβαια ο συνδυασμός των δύο θεραπειών συμβάλλει στην εξασθένιση και την ανακούφιση των συμπτωμάτων. Οι ψυχοθεραπευτικές μέθοδοι είναι αυτές οι οποίες συντελούν στα ψυχολογικά συμπτώματα της νόσου, όπως: η χαμηλή αυτοεκτίμηση, η απελπισία, το αίσθημα ανημπόριας, τα αδικαιολόγητα συναισθήματα ενοχής και οι αυτοκτονικές σκέψεις. Στην κατάθλιψη συνήθως προτείνονται – όπως και στις αγχώδεις διαταραχές - η συμπεριφοριστική και η γνωσιακή - συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία, επειδή η αποτελεσματικότητά τους βασίζεται σε κλινικά δεδομένα και στοιχεία. (Ευθυμίου, Κ., Μαυροειδή, Αθ., Παυλάτου, Ε. & Καλαντζή -Αζίζι, Α, 2006) Η συμπεριφοριστική θεραπεία μέσω των τεχνικών και των μεθόδων της στοχεύει στην αλλαγή συναισθηματικής κατάστασης του ασθενούς. Έτσι μέσω αυτής μπορεί ο ίδιος να ξανανιώσει ευχαρίστηση, αλλά συνάμα να αναπτύξει δεξιότητες, τεχνικές και μηχανισμούς με τους οποίους θα μπορεί να αντιμετωπίσει δύσκολες καταστάσεις στη ζωή του και να ανακτήσει τη χαμένη κοινωνική λειτουργικότητά του. Αυτό επιτυγχάνεται μέσω της γνωσιακής – συμπεριφοριστικής ψυχοθεραπείας και των νέων τρόπων συμπεριφοράς που υιοθετούν. Οι ψυχοθεραπευτικές αυτές προσεγγίσεις εστιάζουν στην αλλαγή του λανθασμένου τρόπου σκέψης που επικρατεί στην κατάθλιψη και στοχεύουν στην εδραίωση ενός σκεπτικού βασισμένου στον ρεαλισμό και την πραγματικότητα.



### 4.2.3 Σχιζοφρένεια

#### Ορισμός

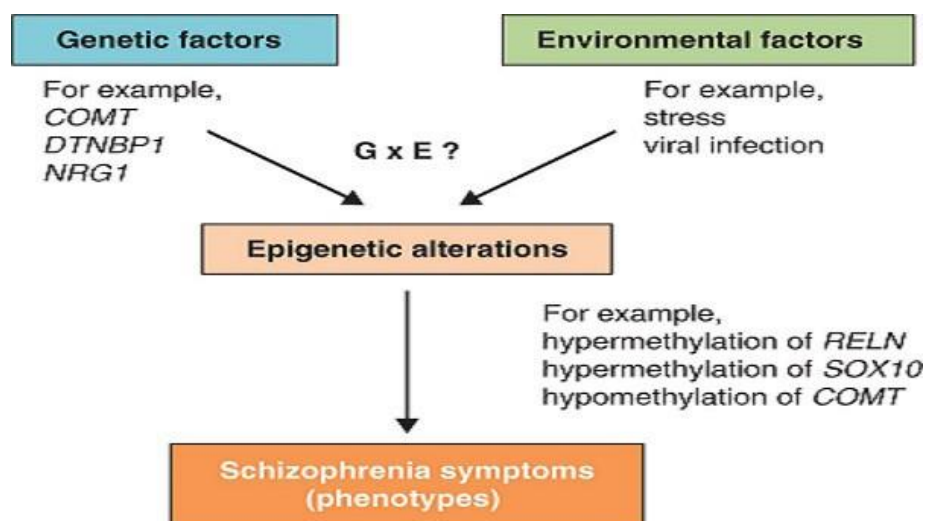
Η σχιζοφρένεια είναι μια ψυχική ασθένεια βαρύνουσας σημασίας συχνή σε εμφάνιση όπως και η κατάθλιψη. Η ασθένεια αυτή συνοδεύεται συχνά από ένα «κοινωνικό στίγμα», καθώς οι ασθενείς με αυτό το νόσημα θεωρούν ότι είναι «δακτυλοδεικτούμενοι» από το οικείο τους περιβάλλον αλλά και από ολόκληρη την κοινωνία. Οι άνθρωποι με σχιζοφρένεια εμφανίζουν διαταραχές στη σκέψη, τα συναισθήματα και τη συμπεριφορά και γι' αυτό τους είναι εξαιρετικά δύσκολο να κρίνουν την πραγματικότητα. Αυτό μπορεί να έχει σοβαρό αντίκτυπο στη ζωή του ατόμου και της οικογένειάς του.

Η σχιζοφρένεια προκαλείται από μία ανισορροπία στις χημικές ουσίες που στέλνουν σήματα στον εγκέφαλο, γεγονός που συμβάλλει στη δημιουργία μη ρεαλιστικών πραγματικοτήτων, τις οποίες οι σχιζοφρενείς ασθενείς εκλαμβάνουν ως αληθινές. Οι παράγοντες που δημιουργούν αυτή την ανισορροπία δεν είναι πλήρως κατανοητοί. Η σχιζοφρένεια χαρακτηρίζεται από ψυχωσικά επεισόδια (απώλεια επαφής με την πραγματικότητα), τα οποία παρεμβάλλονται σε περιόδους που χαρακτηρίζονται από συναισθηματική αμβλύτητα και απόσυρση. (lundbeck.com)

#### Παράγοντες - Αιτιολογία

Σύμφωνα με τη μελέτη των Simona A Stilo, Robin M Murray (2010) οι παράγοντες για την εμφάνιση ή ανάπτυξη σχιζοφρένειας είναι πολλοί και ποικίλοι. Καταρχάς μεγάλη βαρύτητα έχουν οι βιολογικοί παράγοντες και συγκεκριμένα ένα ιστορικό διαταραχής στην οικογένεια, αυξημένη πατρική ηλικία, μαιευτικές επιπλοκές και κατάχρηση ναρκωτικών όπως διεγερτικές ουσίες και κάνναβη. Επιπλέον, σύμφωνα

με πρόσφατη μελέτη έχει αναγνωρίσει σύνδεση της σχιζοφρένειας με κοινωνικούς παράγοντες, όπως η γέννηση και η ανατροφή σε μια πόλη, ως παιδιά μεταναστών ή συγκεκριμένοι τύποι παιδικής ηλικίας όπως η σωματική κακοποίηση και ο σχολικός εκφοβισμός, ακόμα η κοινωνική απομόνωση και αρνητικά γεγονότα στη ζωή ενός ενήλικα.



**Εικόνα 11,** Οι παράγοντες εμφάνισης σχιζοφρένειας

### Επιδημιολογία

Σύμφωνα με τη μελέτη των Simona A Stilo , Robin M Murray (2010), η σχιζοφρένεια βασισμένη στα επιδημιολογικά στοιχεία και δεδομένα, αποτελεί μια διαταραχή η οποία είναι απότοκο πολλών παραγόντων. Στη σχιζοφρένεια οι Häfner et al. (1993) υποστηρίζουν ότι η διαταραχή αυτή αλληλεπιδρά με άλλες καθώς και με περιβαλλοντικούς παράγοντες. Οι περιβαλλοντικοί κίνδυνοι οδηγούν σε διάφορα στάδια της ζωής (Howes OD et al., 2004), όμως μέχρι στιγμής έχει γίνει πολύ μικρή προσπάθεια συσχέτισης με την παθογένεια. Η δυσκολία έγκειται στο γεγονός ότι σε πολλές διαταραχές η επιδημιολογία είναι ενσωματωμένη με την αιτιολογία και την παθογένεια. Όπως για παράδειγμα, οι παράγοντες κινδύνου στο έμφραγμα του

μυοκαρδίου διευκολύνουν την ανάπτυξη του αθηρώματος στις στεφανιαίες αρτηρίες. Μια τέτοια αντίστοιχη συσχέτιση δεν υπάρχει ακόμα στην έρευνα σχετικά με τη σχιζοφρένεια.

### **Συμπτώματα – Διαγνωστικά κριτήρια (Nursing Care Plans , Mental Health Care Plans, Nursing Care Plan for Schizophrenia)**

Ο σχιζοφρενής ασθενής θα πρέπει να έχει βιώσει τουλάχιστον δύο από τα ακόλουθα συμπτώματα, ένα εκ των οποίων πρέπει να είναι θετικό σύμπτωμα. Τα συμπτώματα, για να έχουν εδραιωθεί, πρέπει να είναι παρόντα για 6 συνεχείς μήνες και με κορύφωση των συμπτωμάτων αυτών για τουλάχιστον ένα μήνα. Τα συμπτώματα αυτά δε συνάδουν με τη χρήση κάποιας ουσίας, με κακοποίηση ή με κάποια άλλη ιατρική κατάσταση.

- **Θετικά συμπτώματα**

1. Ψευδαισθήσεις
2. Παραισθήσεις
3. Αποδιοργανωμένος λόγος
4. Αποδιοργανωμένη ή κατατονική συμπεριφορά

- **Αρνητικά συμπτώματα**

1. Επίπεδη αντίδραση
2. Μείωση του συναισθηματικού φάσματος
3. Απώλεια ενδιαφέροντος για δραστηριότητες
4. Μειωμένη ομιλία

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ – ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ**

<b>ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ</b>	<b>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ</b>	<b>ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b>	<b>ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b>	<b>ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ</b>
παραισθήσεις	Εξάλλειψη των παραισθήσεων	Επίσκεψη σε ψυχίατρο για συνταγογράφηση αντιψυχωσικών φαρμάκων	Τακτική λήψη αντιψυχωσικής φαρμακευτικής αγωγής	Μείωση των παραισθήσεων
Αποδιοργανωμένος λόγος	Επαναφορά του λόγου	>>	>>	Μερική επαναφορά του φυσιολογικού λόγου
Επίπεδη αντίδραση	Επαναφορά των συναισθηματικών αντιδράσεων	>>	>>	Μερική επαναφορά των συναισθηματικών αντιδράσεων
Μειωμένη ομιλία	Επαναφορά της ομιλίας	>>	>>	Μερική επαναφορά της ικανότητας ομιλίας

## **Διάγνωση και θεραπεία**

Σύμφωνα με το DSM – 5 για να διαγνωστεί ένας ασθενής με σχιζοφρένεια θα πρέπει να παρουσιάζει σε διάστημα διάρκειας 1 μήνα δύο ή περισσότερα συμπτώματα, αλλά οπωσδήποτε να παρουσιάσει τα εξής συμπτώματα: 1) ψευδαισθήσεις, 2) παραισθήσεις, 3) αποδιοργανωμένο λόγο. Επίσης μπορεί να παρουσιάσει αποδιοργανωμένη ή κατατονική συμπεριφορά ή τα λεγόμενα αρνητικά συμπτώματα. Τα παραπάνω αρνητικά συμπτώματα έρχονται να ολοκληρώσουν την εικόνα της σχιζοφρένειας.

Η θεραπεία σύμφωνα με τον Λύκουρα μπορεί να χωριστεί ως εξής:

**1.Θεραπεία πρώτου επεισοδίου:** κατά τη φάση αυτή λαμβάνονται αντιψυχωσικά φάρμακα πρώτης γενιάς από το στόμα,, γιατί θεωρούνται πρώτης επιλογής: ολανζαπίνη, ρισπεριδόνη, κουετιαπίνη, αριπιπραζόλη, ζιπραζιδόνη, αμισουλπρίδη, παλιπεριδόνη. Σε ασθενείς, οι οποίοι δεν μπορούν να ανεχθούν κάποιο από τα παραπάνω φάρμακα, τους χορηγείται σερτινδόλη. Επιπλέον, σε πολλές περιπτώσεις είναι προτιμότερη η μονοθεραπεία, ενώ η δόση της φαρμακευτικής αγωγής είναι θεμιτό να είναι στα κατώτερα όρια. Στην πρώτη αυτή φάση της φαρμακοθεραπείας είναι σκόφρων να λαμβάνεται η αγωγή για 12-24 μήνες μετά την εκδήλωση του πρώτου επεισοδίου.

**2.Θεραπεία οξείας φάσης:** Σε αυτή τη φάση χορηγείται θεραπεία με λήψη αντιψυχωτικών φαρμάκων δεύτερης γενιάς από το στόμα. Κι εδώ είναι άκρως σημαντικό να καθορίζονται τα θεραπευτικά όρια. Τα αντιψυχωσικά φάρμακα δεύτερης γενιάς προτείνονται σε ασθενείς οι οποίοι έλαβαν τα πρώτης γενιάς και είτε δεν ήταν αποτελεσματικά είτε τους δημιούργησαν παρενέργειες. Σε περίπτωση όμως που οι ασθενείς έλαβαν φάρμακα ΑΨ πρώτης γενιάς με καλή λειτουργία και χωρίς

εμφάνιση παρενεργειών, τότε παραμένουν σε αυτά. Στην οξεία φάση η διάρκεια της θεραπείας κρατά το λιγότερο 6 εβδομάδες. Σε περιπτώσεις υψηλών ποσοστών υποτροπής και μετά το τέλος της οξείας φάσης, η θεραπεία θα πρέπει να συνεχίζεται για 12-24 μήνες. Τέλος, σε περίπτωση διακοπής ή παύσης της θεραπείας, θα πρέπει να γίνει με τρόπο σταδιακό και όχι απότομο, ενώ είναι αναγκαία η στενή παρακολούθηση για τυχόν εντοπισμό συμπτωμάτων υποτροπής.

### **3.Θεραπεία συντήρησης, Πρόληψη υποτροπών**

Συνεχίζεται η ίδια φαρμακοθεραπεία, εάν ο ασθενής έχει ωφεληθεί από αυτή στην οξεία φάση. Στη φάση αυτή προτείνεται η χορήγηση φαρμάκων εκ του στόματος ή εναλλακτικά χορηγούνται ενέσιμα αντιψυχωσικά φάρμακα, για τη συντήρηση του ασθενούς. Όσον αφορά τους ασθενείς που λάμβαναν αγωγή πρώτης γενιάς αντιψυχωσικών είτε λόγω μη αποτελεσματικότητας είτε εξαιτίας ανεπιθύμητων παρενεργειών προτείνεται η χορήγηση φαρμάκων δεύτερης γενιάς εκ του στόματος. Σε περίπτωση όμως που ο ασθενής εμφανίζει πρόοδο, δεν παρουσιάζει ανεπιθύμητες παρενέργειες και γενικά είναι ευχαριστημένος με τη φαρμακευτική αγωγή που ακολουθεί, τότε συνεχίζεται η ίδια αγωγή. Έτσι δικαιολογείται και η προτίμηση στη μονοθεραπεία. Όσον αφορά όμως τη διάρκεια της φαρμακευτικής αγωγής, αυτή έγκειται στη συχνότητα των υποτροπών. Για παράδειγμα, ένας ασθενής με εμφανιζόμενη μια υποτροπή συνεχίζει τη θεραπεία για 2-5 χρόνια, ενώ ασθενής με παραπάνω από μια υποτροπές συνεχίζει τη θεραπεία για περισσότερο από 5 χρόνια ή ακόμα και δια βίου. Τέλος, θα πρέπει να προσεχθεί η χρήση των αντιψυχωσικών φαρμάκων μακράς διάρκειας, τα οποία αποτελούν επιλογή εάν αποτελούν επιθυμία του ασθενούς και εάν τίθενται ζητήματα προσκόλλησης στη θεραπεία.

**4.Θεραπεία ανθεκτικής σχιζοφρένειας:** Στη φάση αυτή θα πρέπει να εξεταστούν οι πιθανοί παράγοντες, οι οποίοι δεν ανταποκρίνονται στη φαρμακευτική αγωγή, όπως η δόση, η διάρκεια, η συμμόρφωση, η κατάχρηση ουσιών, η σωματική νόσος και η λήψη πολλών φαρμάκων. Αν η ασθένεια είναι ανθεκτική στη θεραπεία με τυπικά αντιψυχωσικά φάρμακα, τότε μπορεί να γίνει κλινική δοκιμή για χρήση άτυπου ψυχωσικού φαρμάκου. Συνίσταται ο ασθενής έχει λάβει τουλάχιστον δύο αντιψυχωσικά, εκ των οποίων το ένα άτυπο, θα πρέπει να εξεταστεί το ενδεχόμενο της ανθεκτικότητας της νόσου (για 6-8 εβδομάδες). Σε κάποιες περιπτώσεις βέβαια, είναι χρήσιμη η προσθήκη δεύτερου αντιψυχωσικού φαρμάκου.

### **4.3 Νοσηλευτική παρέμβαση σε ασθενείς με Ντελίριο (Delirium)**

#### **4.3.1 Νοσηλευτική διάγνωση**

**Η νοσηλευτική διάγνωση για άτομα με ντελίριο σύμφωνα με την NANDA περιλαμβάνουν (nurseslab.com):**

- Ενοχλητικές και επίμονες σκέψεις και νοητές διαδικασίες οι οποίες σχετίζονται με τις παραισθήσεις
- Χρόνια σύγχυση η οποία σχετίζεται με νοητική βλάβη
- Μειωμένη προφορική επικοινωνία η οποία σχετίζεται με νοητική βλάβη
- Ρίσκο τραυματισμού το οποίο σχετίζεται με αυτοκτονικές ιδεοληψίες, ψευδαισθήσεις και παραισθήσεις
- Μειωμένη μνήμη η οποία σχετίζεται με νοητική βλάβη
- Ρίσκο για καθοδηγούμενη βία προς τους άλλους το οποίο σχετίζεται με την καχυποψία για άλλους

### **4.3.2 Νοσηλευτικό πλάνο φροντίδας και στόχοι**

Οι στόχοι του νοσηλευτικού πλάνου φροντίδας για ασθενείς με Ντελίριο περιλαμβάνουν τα εξής:

- 1) Ο πελάτης – ασθενής θα διατηρήσει τη σύγχυσή του σε ένα διαχειρίσιμο επίπεδο έτσι ώστε να μη γίνεται βίαιος
- 2) Ο ασθενής δε θα βλάψει ούτε τον εαυτό του ούτε τους άλλους

### **4.3.3 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις**

Ο νοσηλευτής προκειμένου να επιτύχει τους παραπάνω στόχους οφείλει να ακολουθήσει μια πληθώρα σταδίων και ταυτόχρονα να αναπτύξει μια σχέση εμπιστοσύνης με τον ασθενή.

1. Αξιολόγηση του επιπέδου του άγχους. Αν ο νοσηλευτής μπορέσει να κάνει σωστή και έγκαιρη εκτίμηση της αγχώδους κατάστασης του ασθενούς είναι πιθανό να παρέμβει σε περίπτωση που εμφανιστεί η βία
2. Παροχή ενός κατάλληλου περιβάλλοντος. Συντήρηση ενός χαμηλού επιπέδου των ερεθισμάτων στο περιβάλλον του ασθενούς. Ο νοσηλευτής δημιουργεί στο δωμάτιο του ασθενούς τις κατάλληλες συνθήκες με χαμηλό φωτισμό, λιγότερους επισκέπτες, απλή διακόσμηση και απομάκρυνση των ενοχλητικών θορύβων, επειδή τα έντονα ερεθίσματα προκαλούν επιπλέον άγχος στον ασθενή
3. Εξασφάλιση της σωματικής ακεραιότητας του ασθενή. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να μετακινήσει όλα τα επικίνδυνα αντικείμενα, γιατί είναι πολύ πιθανό να τα χρησιμοποιήσει ο ίδιος είτε για να βλάψει τον εαυτό του είτε για να βλάψει τους άλλους



4. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να ζητά βοήθεια σε περιπτώσεις ανάγκης. Χρειάζεται επαρκές προσωπικό, για να εκτελέσει μια σωματική αντιπαράθεση, εάν είναι δυνατόν.
5. Ο νοσηλευτής πρέπει να μένει ήρεμος και να καθησυχάζει τον ασθενή.
6. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να διακόπτει τις περιόδους της μη πραγματικότητας και του αποπροσανατολισμού. Επιπλέον θα πρέπει να είναι εξαιρετικά προσεκτικός στις περιπτώσεις που ο ασθενής είναι αποπροσανατολισμένος, γιατί μπορεί να βλάψει τον εαυτό του ή τους γύρω του
7. Ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος για τη χορήγηση φαρμάκων και την ακινητοποίηση του ασθενούς. Στην περίπτωση ακινητοποίησης θα πρέπει να χρησιμοποιεί φάρμακα νάρκωσης και μαλακά δεσμά, για να προστατευθεί ο ασθενής και οι άλλοι κατά την περίοδο υψηλού άγχους.
8. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να λειτουργεί και σαν παρατηρητής και να λαμβάνει μέτρα προφύλαξης σε τυχόν αυτοκτονικές σκέψεις ή ιδέες του ασθενούς. Πρώτο μέλημα του νοσηλευτή είναι να κάνει παρατηρήσεις, αν αξιολογεί μια ενδεχόμενη απόπειρα και με τη συνδρομή του να μπορέσει να την αποτρέψει
9. Ο διδακτικός ρόλος του νοσηλευτή έγκειται και σε αυτό το στάδιο, όπου διδάσκει ασκήσεις χαλάρωσης στον ασθενή, ώστε να μπορεί να διαχειρίζεται εν μέρει το άγχος στις στιγμές κορύφωσής του
10. Ο νοσηλευτής διδάσκει στους πιθανούς φροντιστές του ασθενή τον τρόπο να αναγνωρίζουν τη συμπεριφορά του τελευταίου ειδικά, όταν το άγχος του αυξάνεται και τρόπους ώστε να μπορούν να παρέμβουν προτού εκδηλωθεί βία.

#### **4.4 Νοσηλευτικό πλάνο φροντίδας για τις Διαταραχές Διάθεσης (Μείζονα Κατάθλιψη και Διπολική Διαταραχή)**

Καταρχάς ο νοσηλευτής θα πρέπει να αναγνωρίσει των διαταραχές διάθεσης βάσει υποκειμενικών και αντικειμενικών δεδομένων (nursing.com):

#### **4.4.1 Υποκειμενικά δεδομένα:**

- Παρατεταμένη θλίψη
- Αλλαγή στην όρεξη
- Αλλαγή στις συνήθειες του ύπνου
- Ευερεθιστότητα
- Ενοχικά αισθήματα
- Αδυναμία συγκέντρωσης
- Ανικανότητα απόλαυσης σε συνήθεις δραστηριότητες και ενδιαφέροντα
- Αυτοκτονικές ιδέες και σκέψεις
- Πομπώδεις αυταπάτες, ψευδαισθήσεις ή παραισθήσεις
- Ανεξήγητοι πόνοι
- Αυξημένη και ανεξήγητη κόπωση
- Μειωμένη ανάγκη για ξεκούραση και ενεργητικότητα
- Μεταπτώσεις της διάθεσης

#### **Αντικειμενικά δεδομένα:**

- Απαισιοδοξία
- Απερίσκεπτη συμπεριφορά
- Εύκολη διάσπαση της προσοχής
- Γρήγορη ροή του λόγου
- Πλεονάζων κλάμα
- Αεικνησία

#### 4.4. 2Νοσηλευτικές παρεμβάσεις και πρακτικές

Στις διαταραχές της διάθεσης, όπως η Μείζων Διαταραχή και η Διπολική Διαταραχή, ο νοσηλευτής θα πρέπει να δημιουργήσει μια σχέση εμπιστοσύνης, ώστε πρώτα να προσεγγίσει τον ασθενή κι έπειτα να παρέμβει, ώστε να υπάρξουν τα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα.

1. Αξιολόγηση του επιπέδου της αυτοκτονικότητας και λήψη μέτρων προφύλαξης, όπου κρίνεται αναγκαίο. Σε αυτή την περίπτωση ο ασθενής είτε εκφράζει προφορικά την επιθυμία του να διαπράξει αυτοκτονία είτε έχει σχέδιο αυτοκτονίας είτε έχει στο ιστορικό του προηγούμενες αυτοκτονικές απόπειρες.
2. Προσδιορισμός σχετικά με τον ασθενή, αν δηλαδή ο ίδιος αποτελεί κίνδυνο για τον ίδιο ή τους γύρω του και εάν χρειάζονται μέτρα προφύλαξης
3. Εκπαίδευση μέτρων προφύλαξης ανά ειδικότητα σύμφωνα με το πρωτόκολλο. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να έχει τον ασθενή υπό την επίβλεψή του και ταυτόχρονα να απομακρύνει οποιοδήποτε αντικείμενο μπορεί να χρησιμεύσει ως όπλο (π.χ. αιχμηρά αντικείμενα, ζώνες κ.λπ.)
4. Παροχή ασφάλειας του ασθενούς και των υπολοίπων. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να ακολουθήσει το συγκεκριμένο πρωτόκολλο της ειδικότητάς του σχετικά με την επιτήρηση και την καταγραφή των δεδομένων.
5. Ο νοσηλευτής θα λειτουργήσει παιδαγωγικά και θα συντάξει ένα συμβόλαιο μη – αυτοκτονίας. Οι ασθενείς που συμφωνούν και υπογράφουν ένα τέτοιου είδους συμβόλαιο συχνά μειώνουν την επιθυμία τους για σχεδιασμό ενός αυτοκτονικού πλάνου. Έτσι, ο νοσηλευτής κάνει τον ασθενή να νιώθει ότι αξίζει.

6. Λήψη ιστορικού από τον ασθενή ή τα μέλη της οικογένειας σχετικά με τωρινά στοιχεία ή περιεχόμενο κακομεταχείρισης. Εδώ θα πρέπει να γίνει επισήμανση της συσχέτισης των συμπτωμάτων με αλκοόλ ή ναρκωτικά.
7. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να απομακρύνει τα πολύτιμα αντικείμενα του ασθενή με έμπιστο άτομο της οικογένειας ή να τα κλειδώσει σε ασφαλές μέρος. Οι καταθλιπτικοί ασθενείς με αυτοκτονικές σκέψεις ή μανιακά επεισόδια συχνά σκορπίζουν ή χαρίζουν πολύτιμα αντικείμενα ή χρήματα και μοιραία πέφτουν θύματα κλοπής
8. Ενθάρρυνση του ασθενή να μιλήσει για τις σκέψεις και τα συναισθήματά του. Το στάδιο αυτό χτίζει μια σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ ασθενή και νοσηλευτή. Μέσω της προφορικής έκφρασης ο ασθενής μπορεί να αναγνωρίσει την αιτία της κατάστασής του.
9. Παροχή δραστηριοτήτων οι οποίες δεν απαιτούν ιδιαίτερη αυτοσυγκέντρωση ή ανταγωνισμό (π.χ. ζωγραφική, περπάτημα, σωματική άσκηση, άκουσμα μουσικής), επειδή οι καταθλιπτικοί ασθενείς παρουσιάζουν δυσκολία στη συγκέντρωση. Επίσης οι δραστηριότητες αυτές επιτρέπουν στον ασθενή να ηρεμήσει. Τα παιχνίδια με κάρτες απαγορεύονται – εκτός της πασιέντζας – διότι αναπτύσσουν ανταγωνισμό μεταξύ των παικτών, κάτι που οι καταθλιπτικοί ασθενείς δεν μπορούν να διαχειριστούν.
10. Παροχή ενός ήρεμου και χαλαρωτικού περιβάλλοντος
11. Διδαχή τεχνικών δημιουργίας νοερών εικόνων στον ασθενή, οι οποίες αναπληρώνουν τις αρνητικές εικόνες με θετικές εικόνες. Ο διδακτικός ρόλος του νοσηλευτή βοηθά τον ασθενή να βελτιώσει την αυτό-εικόνα του και να αποκτήσει αυτοπεποίθηση

12. Ελαχιστοποίηση των περιβαλλοντικών ερεθισμάτων με συγκεκριμένες κινήσεις, όπως: κλείσιμο των κουρτίνων, κλείσιμο της πόρτας για μείωση θορύβων, περιορισμένοι επισκέπτες και ομαδική φροντίδα
13. Παρατήρηση για τυχόν καταστροφικές ή χειριστικές συμπεριφορές. Για παράδειγμα, οι ασθενείς με μανία έχουν ελάχιστο αυτοέλεγχο και μπορεί να γίνουν εχθρικοί
14. Παροχή και σχεδιασμός θρησκευτικής συμβουλής ή ψυχοθεραπείας ανάλογα με την προτίμηση του πελάτη και ανάλογα με το πρωτόκολλο της ειδικότητας
15. Ενθάρρυνση για διατήρηση μιας ρουτίνας ύπνου, η οποία μπορεί να περιλαμβάνει ζεστό μπάνιο, απαλή μουσική και έλλειψη διεγερτικών και αποφυγή καφεΐνης. Ο καλός ύπνος μπορεί να συμβάλλει στην βελτίωση της διάθεσης
16. Παροχή βοήθειας με ADLs σε σταδιακά βήματα
17. Σωστή διαχείριση και παροχή φαρμάκων στον ασθενή. Σε τέτοιες περιπτώσεις ο νοσηλευτής θα παρέχει αντικαταθλιπτικά (SSRI's, SNRI's, MAOI's, TCA's) και αντιμανιακά φάρμακα (Haloperidol, Benzodiazepines, Lithium), τα οποία δίνονται, για να βελτιωθεί η λειτουργικότητα του ασθενούς και η αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων

#### **4.5 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις και αρχές σε σχιζοφρενείς ασθενείς**

1. Καταγραφή ιστορικού και πρόσβαση του ασθενούς για τυχόν εχθρικές ή αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές
2. Προσδιορισμός ρίσκου και πιθανότητας πρόκλησης κακού ή βλάβης εκ μέρους του ασθενούς σε άλλους και τι είδους προφυλάξεις μπορεί να απαιτηθούν. Η αγχώδης απόκριση συχνά πυροδοτεί αυταπάτες και παραισθήσεις.

3. Παροχή ενθάρρυνσης μέσω ενός μη κατακριτέου και συμπονετικού τρόπου, γεμάτου κατανόησης, έτσι ώστε ο ασθενής να αντιληφθεί την πραγματική υπόσταση των συμπτωμάτων. Η ανάπτυξη ενός κύκλου εμπιστοσύνης μεταξύ ασθενούς και νοσηλευτή είναι επιτακτική ανάγκη, έτσι ώστε να βελτιωθεί η επιρροή των παρεμβάσεων και η συνεργασία μεταξύ των δύο προσώπων
4. Ενθάρρυνση του ασθενή – εκ μέρους του νοσηλευτή – για επικοινωνία (μέσω του λόγου- προφορικού ή γραπτού, του σχεδίου και της ζωγραφικής) και για εξήγηση σχετικά με τι συναισθήματα του προκαλούν οι παραισθήσεις. Σ' αυτό το στάδιο ο νοσηλευτής μπορεί να καταλάβει και να αντιληφθεί συμπεριφορές, αλλά και να βοηθήσει στην αναγνώριση στρεσογόνων συναισθημάτων όπως ο φόβος ή η απελπισία, με αποτέλεσμα τη μείωση του άγχους.
5. Στο επόμενο βήμα ο νοσηλευτής θα ρωτήσει τον ασθενή εάν οι παραισθήσεις τον προστάζουν να κάνει κακό στον εαυτό του ή στους άλλους. Τότε ο νοσηλευτής θα πρέπει να παρέχει ασφάλεια στον ασθενή και στους γύρω του - ανά ειδικότητα και σύμφωνα με το πρωτόκολλο – αν χρειαστεί. Σε περίπτωση που ο ασθενής εμμένει ότι πρέπει να ακολουθήσει τις διαταγές των αυταπατών του, τότε ο νοσηλευτής θα πρέπει άμεσα να καλέσει την ασφάλεια ή την αστυνομία, όταν κρίνεται αναγκαίο.
6. Παροχή ανακατεύθυνσης για απρεπείς συμπεριφορές, διατήρηση ορίων και κατευθυντηρίων γραμμών. Η ανακατεύθυνση βοηθά τον ασθενή να μετακινήσει τη συγκέντρωσή του από την επερχόμενη απειλή κι έπειτα να εστιάσει σε μια πιο αισιόδοξη δραστηριότητα. Τα όρια και οι κατευθυντήριες γραμμές θα πρέπει να συστήνονται με συνέπεια μεταξύ των φροντιστών, ώστε να αποτρέψει τη σφοδρότητα μεταξύ των ίδιων των φροντιστών

7. Ενθάρρυνση του ασθενή για ενασχόληση με ρεαλιστικές δραστηριότητες και την τέχνη(π.χ. μουσική, επιτραπέζια παιχνίδια κ.λπ.), η οποία βοηθά τον ασθενή να αποδεχτεί δραστηριότητες και συμπεριφορές, καθώς και να μειώσει το ρίσκο των αυταπατών και των παραισθήσεων.
8. Επεξήγηση όλων των διαδικασιών αργά και προσεκτικά πριν από την έναρξη της θεραπείας. Αυτό το στάδιο μειώνει την παράνοια και ενθαρρύνει τη συνεργασία ασθενούς και νοσηλευτή. Ο ασθενής νιώθει λιγότερο παγιδευμένος, αν έχει πλήρη εικόνα του τι συμβαίνει εκείνη τη στιγμή. Για παράδειγμα, ακόμα και η μέτρηση της πίεσης μπορεί να του φανεί τρομακτική, αν προηγουμένως δεν έχει εξηγηθεί λεπτομερώς.
9. Ο «μαλακός» προσανατολισμός του ασθενούς όταν είναι αναγκαίο, διότι έτσι μπορεί να διαχωρίσει την πραγματικότητα από τις παραισθήσεις.
10. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να του διδάξει την αντιγραφή κάποιων δεξιοτήτων προς παύση των παραισθήσεων όπως: σωματική άσκηση, τραγούδι και μουσική, γράψιμο, ζωγραφική, συζήτηση με κάποιο άτομο εμπιστοσύνης.
11. Στην περίπτωση βελτίωσης της συμπτωματολογίας, ο νοσηλευτής επιτρέπει σταδιακά στον ασθενή να λάβει μικρές αποφάσεις όπως το τι να φάει, τι να φορέσει ή τι επιλογή δραστηριότητας να κάνει. Η παρέμβαση αυτή δίνει στον ασθενή την αίσθηση του ελέγχου του εαυτού του, καθώς και της ανεξαρτησίας.
12. Η κατάλληλη διαχείριση και παροχή φαρμακευτικής αγωγής, καθώς η καθημερινή φαρμακευτική θεραπεία είναι σημαντική για τη βελτίωση των συμπτωμάτων. (nursing.com)

## **5.ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ**

Η εκπόνηση της παρούσης εργασίας και η επιλογή του συγκεκριμένου θέματος είχε ως στόχο την ανάδειξη της συσχέτισης του άγχους με όλες τις διαταραχές, αγχώδεις, σωματόμορφες και ψυχικές, αλλά και τη μεταξύ τους σχέση, η οποία και διαφαίνεται μέσω της συννοσηρότητας. Οι βιβλιογραφικές αναφορές, παραπομπές αλλά και τα επιστημονικά άρθρα τέθηκαν ως βάση για τη συλλογή στοιχείων και πληροφοριών σχετικά με τις διαταραχές και τα χαρακτηριστικά τους (παράγοντες, συμπτωματολογία, διάγνωση και θεραπεία). Σε όλα τα κεφάλαια που αναπτύχθηκαν επαρκώς, εντάσσεται μεμονωμένα αλλά και συνδυαστικά η νοσηλευτική παρέμβαση αναλογικά με την κατάσταση του ασθενούς. Οι πληροφορίες που συλλέχθηκαν για τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις, τα νοσηλευτικά plána φροντίδας, προσέγγισης και εκτίμησης προήλθαν από ξενόγλωσσα σάιτ και επιστημονικά άρθρα, για να επιδείξουν τον πολυπαραγοντικό ρόλο του νοσηλευτή, προκειμένου να βοηθήσει τον ασθενή όχι μόνο να βελτιώσει τη σωματική αλλά και την ψυχική του κατάσταση.

#### **4. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

##### **Ξενόγλωσσα**

1. Alexander, F. (1950). *Psychosomatic Medicines*, New York, Norton
2. Alonso R., Marzo F. , Aguirre A . (2000). *Effect of extrusion and traditional processing methods on antinutrients and in vitro digestibility of protein and starch in faba and kidney bean*, Article in *Food Chemistry* 68 (2):159-165
3. Alonso J, M. C. Angermeyer, S. Bernert, R. Bruffaerts, T. S. Brugha, H. Bryson, G. De Girolamo, R. De Graaf, K. Demyttenaere, D. Gasquet, J. M. Haro, S. J.



- Katz, R. C. Kessler, Y. Kovess, J. P. Lépine, J. Ormel, G. Polidori, L. J. Russo, G. Vilagut, J. Almansa. (2004). *Prevalence of mental disorders in Europe: Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project*
4. American Psychological Association's (APA). (2000). 108th Annual Convention to be Held in Washington
  5. Barlow, D. H., Hayes, S. C. & Nelson, R. O. (1984). *The Scientist Practitioner: Research and Accountability in Clinical and Educational Settings*. New York: Pergamon Press. 358 pages
  6. Barlow, D. H. (1988). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. Guilford Press.
  7. Barlow, D. H. (2000). Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory. *American Psychologist*, 55(11), 1247–1263. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.11.1247>
  8. Bauer Ursula E, Peter A Briss, Richard A Goodman, Barbara A Bowman (2014). 5;384(9937):45-52. *Prevention of chronic disease in the 21st century: elimination of the leading preventable causes of premature death and disability in the USA*, Affiliations PMID: 24996589 DOI: 10. ,doi: 10.1016/S0140-6736
  9. Bogusz R, Humeniuk E. (2017). *Psychosocial determinants of disease acceptance in selected mental disorders*. *Ann Agric Environ Med*. 24(4): 644–647. doi: 10.5604/12321966.1235164
  10. Boos Christopher J, Gregory Y.H. Lip. (2005). The role of inflammation in atrial fibrillation, <https://doi.org/10.1111/j.1368-5031.2005.0599b.x>

11. Boyle JP, Thompson TJ, Gregg EW, Barker LE, Williamson DF. (2010). *Projection of the year 2050 burden of diabetes in the US adult population: dynamic modeling of incidence, mortality, and prediabetes prevalence*. *Popul Health Metr*, 8(1):29.
12. Callaway Ragan M., Brooker† R. W., Choler‡ Philippe, Kikvidze Zaal. (2002). Positive Interactions Among Alpine Plants Increase with Stress, Article (PDF Available) *in* *Nature* 417(6891):844-8
13. Calleo Jessica and Melinda Stanley. (2008). Anxiety disorders in later life: differentiated diagnosis and treatment strategies
14. Cororve, M. B., & Gleaves, D. H. (2001). Body dysmorphic disorder: a review of conceptualizations, assessment, and treatment strategies. *Clinical Psychology Review*, 21 (6), 949–970.
15. Cohen Norman H.. (1995). *The principles of adult mentoring scale*
16. Center et al. (2007). The Central Question in Entrepreneurial Cognition Research 2007 Article (PDF Available) *in* *Entrepreneurship: Theory and Practice* 31(1):1
17. Craske Michelle G, Murray B Stein . (2016). Anxiety, 388(10063):3048-3059, doi: 10.1016/S0140-6736(16)30381-6. Epub 2016 Jun 24.
18. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM – IV – TR . (2000). American Psychiatric Association Publishing, 980 pages, 4th ed text revision, United States
19. Fong G Tamara, Samir R. Tulebaev, and Sharon K. Inouye, *Delirium in elderly adults: diagnosis, prevention and treatment*. Published in final edited form as: Nat

- Rev Neurol. (2009). 5(4): 210–220. , doi: 10.1038/nrneuro.2009.24, PMID: PMC3065676, NIHMSID: NIHMS116049, PMID: 19347026
20. Feusner JD, Yaryura-Tobias J, Saxena S. (2008). *The pathophysiology of body dysmorphic disorder*. *Body Image*, 5(1):3–12.
  21. Häfner H, Riecher-Rössler A, An Der Heiden W, Maurer K, Fätkenheuer B, Löffler W. (1993). *Generating and testing a causal explanation of the gender difference in age at first onset of schizophrenia*. *Psychol Med*.
  22. Heidenreich PA, Trogon JG, Khavjou OA, Butler J, Dracup K, Ezekowitz MD, et al. (2011). *Forecasting the future of cardiovascular disease in the United States: a policy statement from the American Heart Association*. *Circulation* 123(8):933–44.
  23. Hossenfelder Malte. (1991). *Epikur*, Auflage, Verlag C.H.Beck, München
  24. Hoyer B F, F Hiepe: (16 May). 113(5):373-9. [*Immunomodulatory therapy of autoimmune diseases : Quo vadis?*] [Article in German] , doi: 10.1007/s00347-016-0263-3
  25. Howes OD, McDonald C, Cannon M, Arseneault L, Boydell J, Murray RM. (2004). *Pathways to schizophrenia: the impact of environmental factors*. . *Int J Neuropsychopharmacology*.
  26. Hughes Claire. (1996). *Control of Action and Thought: Normal Development and Dysfunction in Autism: A Research Note*
  27. Karger AG. (2003). *Treatment of Drug Addiction in Traumatized Refugees: A Case Report*

28. Karno Marvin, MD; Jacqueline M. Golding, PhD; Susan B. Sorenson, PhD; et al December. (1988). *The Epidemiology of Obsessive-Compulsive Disorder in Five US Communities*
29. Kessler Ronald C., Ph.D., Michael Gruber, M.A., John M. Hettema, MD., Ph.D., Irving Hwang, M.A., Nancy Sampson, BA, and Kimberly A. Yonkers, M.D. (1994). *Comorbid Major Depression and Generalized Anxiety Disorders in the National Comorbidity Survey follow-up*
30. Kessler Ronald C. , Olga Demler, Patricia Berglund, Robert Jin. (July 2005). *Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication*
31. Kretschmer Ernst. (1937). 2(3999): 403–406. , *Heredity and Constitution in Aetiology of Psychic Disorders*: doi: 10.1136/bmj.2.3999.403, PMID: PMC2087159, PMID: 20780864
32. Kroenke Kurt, Robert L Spitzer, Janet B W Williams, Patrick O Monahan, Bernd Löwe, *Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection*
33. Lazarus S. Richard, Folkman Susan. (1984). *Stress and Cognitive Appraisal*
34. Leichsenring F. , A. Abbass , M. J. Hilsenroth, F. Leweke... (2017). pp. 1000-1011 , *Biases in research: risk factors for non-replicability in psychotherapy and pharmacotherapy research*
35. Mataix-Cols D, van den Heuvel OA. (2006). *Common and distinct neural correlates of obsessive-compulsive and related disorders*. *Psychiatr Clin North Am*,; 29(2):391–410

36. McGrandles Amanda, McMahon Karen. (1992). Transition from child and adolescent to adult mental health services *British Journal of Nursing* Vol. 21, No. 17 Mental Health
37. Mechanic, D. (1962). *Students under stress: A study of the social psychology of adaptation*. Free Press Glencoe.
38. Mei-Yan Liu, Na Li, William A. Li & Hajra Khan. (2016). *Association between psychosocial stress and hypertension: a systematic review and meta-analysis* , Pages 573-580 |, Accepted 23 Mar 2017, Published online: 17 Apr 2017, Original Research Paper
39. Murray, C.J.L. and Lopez, A.D. (1996). *The Global Burden of Disease: A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020*. Harvard School of Public Health, Boston.
40. NIMH .(2016). Conference on Mental Health Services Research: Harnessing Science to Strengthen the Public Health Impact, Location: Bethesda, MD
41. Peplau Hildegard. E. (2017) 30(2): 160–167. Peplau's Theory of Interpersonal Relations: An Alternate Factor Structure for Patient Experience Data? *Nurs Sci Q*. Author manuscript; available in PMC 2018 Apr 1. Published in final edited form as:, *Nurs Sci Q*. doi: 10.1177/0894318417693286
42. Rapee, Ronald M. Ancis, Julie R. Barlow, David H. (1988). *Emotional reactions to physiological sensations: Panic disorder patients and non-clinical Ss*.
43. Reber S. (1985). *The Penguin Dictionary of Psychology*, 4<sup>th</sup> edition, 849 pages
44. Reid W.H. Michael G. Wise. (1989). *Dsm-iii-R Training Guide* Paperback

45. Reid & Wise. (1989). Thomas Reid and the Aberdeen years: Common Sense at the Wise Club. , National Library of Medicine Audiovisuals Catalog, National Library of Medicine (U.S.)
46. Reith Sebastian. (2019). *Non-pharmacological and pharmacological therapy of delirium*, [Article in German] doi: 10.1055/a-0826-2780. PMID: 31752035 ,DOI: 10.1055/a-0826-2782019 Nov;144(23):1629-1635.
47. Rousseau Jean-Jacques. (1750). *Lettres écrites de la montagne*
48. Ruscio Ayelet Meron, Timothy A. Brown. (2008). Social fears and social phobia in the USA: Results from the National Comorbidity Survey Replication, Article (PDF Available) *in Psychological Medicine*
49. Sadock B.J., Kaplan, H.I. (2000). “Learning Theory, In: Synopsis of Psychiatry”: Behavioural Sciences/Clinical Psychiatry, 8th edn, 148-15.
50. Sanjeev Kumar Shukla, Govind Singh ,Shahzad Ahmad, Prabhat Pant. (2018). 116:279-288., *Infections, genetic and environmental factors in pathogenesis of autoimmune thyroid diseases*, doi: 10.1016/j.micpath.2018.01.004. Epub 2018 Jan 8.
51. Sartorius Norman. (2013). *Comorbidity of mental and physical diseases: a main challenge for medicine of the 21st century*, 25(2): 68–69. PMCID: PMC4054544, PMID: 24991137 , doi: 10.3969/j.issn.1002-0829.2013.02.002
52. Sass et al. (1996). Specific localization of zebrafish hsp90 alpha mRNA to myoD-expressing cells suggests a role for hsp90 alpha during normal muscle development. *Mechanisms of Development* 54:195-204

53. Scott Ann. (2011). EDITORIAL, Volume 27, Number 2, First published: 14 April 2011
54. Sheridan, C. L., & Radmacher, S. A. (1992). *Health psychology: Challenging the biomedical model*. John Wiley & Sons.
55. Stahl, G. K., Mäkelä, K. & Zander, L. & Maznevski, M. (2010). Applying a positive organizational scholarship lens to multicultural team research: A look at the bright side of team diversity. *Scandinavian Journal of Management*, 26, 439-447.
56. Simona A-, Robin M Murray. (2010). *The epidemiology of schizophrenia: replacing dogma with knowledge* , Affiliations , PMID: 20954427 , PMCID: [PMC318198](#)
57. Townsend Patricia. (2015). Creativity and Destructiveness in Art and Psychoanalysis, <https://doi.org/10.1111/bjp.12123>
58. Vashi NA (Ed). (2015). *Beauty and Body Dysmorphic Disorder*. 1st ed. Switzerland: Springer International Publishing, Bienvenu OJ, Samuels JF, Riddle MA, Hoehn-Saric R, Liang KY, Cullen BA, Grados MA, Nestadt G. (2000). The relationship of obsessive-compulsive disorder to possible spectrum disorders: results from a family study. *Biol Psychiatry*,; 48:287–293.
59. Yan Li, PhD; Mark A. Lawley, PhD; David S. Siscovick, MD, MPH; Donglan Zhang, PhD; José A. Pagán, PhD. (2016). *Agent-Based Modeling of Chronic Diseases: A Narrative Review and Future Research Directions*, TOOLS AND TECHNIQUES — Volume 13

60. Yeung E., Hans van Veen, Divya Vashisht, Ana Luiza Sobral Paiva, Maureen Hummel, Tom Rankenberg, Bianka Steffens, Anja Steffen-Heins, Margret Sauter, Michel de Vries, Robert C. Schuurink, Jérémie Bazin, Julia Bailey-Serres, Laurentius A. C. J. Voesenek, and Rashmi Sasidharan. PNAS. (2018). A stress recovery signaling network for enhanced flooding tolerance in *Arabidopsis thaliana*
61. Weissman M M, H Orvaschel, N Padian. (1980). Dec;168 (12):736-40. Children's symptom and social functioning self-report scales. Comparison of mothers' and children's reports, doi: 10.1097/00005053-198012000-00005.
62. Wittchen H U, F Jacobi, J Rehm, A Gustavsson, M Svensson, B Jönsson, J Olesen, C Allgulander, J Alonso, C Faravelli, L Fratiglioni, P Jennum, R Lieb, A Maercker, J van Os, M Preisig, L Salvador-Carulla, R Simon, H-C Steinhausen. (2010). *The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010*

### Ελληνόγλωσση

Αλεξόπουλος (Δρ) Π.Κ., Επίκουρος Καθηγητής Ψυχιατρικής Πανεπιστημίου Πατρών Υφηγητής Ψυχιατρικής & Ψυχοθεραπείας Τεχνικού Πανεπιστημίου Μονάχου, Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΤΑ ΣΥΓΧΡΟΝΑ ΤΑΞΙΝΟΜΙΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ

Αυγουστάτος Ιωάννης. (2008). ΘΕΜΑ: « Το στρες από ψυχολογική βία. στον εργασιακό χώρο (Mobbing)», Ψυχίατρος - Ψυχοθεραπευτής



Βάρβογλη Λίζα. (2006). Ερευνώντας τους λαβυρίθους του εγκεφάλου, Κλινική νευροψυχολογία, Εκδόσεις Καστανιώτη, 608 σελίδες

Βιδάλης Α.Α. (2015). Η επίδραση του άγχους και της κατάθλιψης στην εξέλιξη των χρόνιων νοσημάτων, ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ «Τεκμηριωμένη αντιμετώπιση των μυοσκελετικών παθήσεων, των συννοσηροτήτων και των επιπτώσεων στην ποιότητα ζωής των ασθενών», Ξενοδοχεία FILOXENIA & ELITE ΚΑΛΑΜΑΤΑ, ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΓΙΑ ΤΗ ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ (ΕΠΕΜΥ)

Βορβολάκος Θεοφάνης. (2011). Ψυχίατρος, Λέκτορας ΔΠΘ, Διαταραχές της διάθεσης

Γιαπράκη, Α. (2012) . Αγχώδεις Διαταραχές. Διαθέσιμο στην: <<http://psychiatros-pyrgos.gr/dimosieyseis>>.[Ανακτήθηκε 22 Μαΐου 2016] ΓΝΩΣΙΑΚΗ - ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΣΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ & ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΜ. 2, ΤΕΥΧ. 1, ΣΕΛ. 19-28, 2016© Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς

Δημητροπούλου Ελίνα, Γιαννοπούλου Ιωάννα, Σωματοδυσμορφική Διαταραχή σε Εφήβους: Σύγχρονα Δεδομένα και Γνωσιακή-Συμπεριφοριστική Θεραπεία Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς2, Β΄ Ψυχιατρική Κλινική ΕΚΠΑ, Π.Γ.Ν. «Αττικόν»

Διεθνής Στατιστική Ταξινόμηση Νόσων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας Δέκατη Αναθεώρηση (ICD – 10). (2008). Τόμος 1: Κατάλογος Κωδικών Τεύχος Α Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας Γενεύη Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης Αθήνα Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας Αθήνα

Ευθυμίου Κ. – Κουλουβάρη Μ. Σ. (2014). Τεχνικές της Γνωσιακής - Συμπεριφοριστικής Θεραπείας» Εκδόσεις του ΙΕΘΣ , Αθήνα

Ευθυμίου, Κ., Μαυροειδή, Αθ., Παυλάτου, Ε. & Καλαντζή -Αζίζι, Α. (2006). Πρώτες Βοήθειες Ψυχικής Υγείας. Ένας οδηγός για τις ψυχικές διαταραχές και την αντιμετώπιση τους. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Καλπάκογλου Θ. (2013). Άγχος και Πανικός, Γνωσιακή θεωρία και θεραπεία, δωρεάν έκδοση pdf

Κοτρώτσιου Ευαγγελία, Εισαγωγή στη Νοσηλευτική Επιστήμη, Ενότητα 1: Εισαγωγή – Ψυχική Υγεία – Ψυχική Διαταραχή, Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής, Τ.Ε.Ι. Θεσσαλίας

Λύκουρας Ε., Καθηγητής Ψυχιατρικής, ΕΚΠΑ Μέλη: Παναγιώτης Φερεντίνος Λέκτορας Ψυχιατρικής, ΕΚΠΑ Θεόδωρος Μουγιάκος Ψυχίατρος, Αρχίατρος 414 ΣΝΕΝ, Θεραπευτικά πρωτόκολλα ψυχικών διαταραχών

Μαδιανός Γ. Μ. (2006). Κλινική ψυχιατρική, εκδόσεις Καστανιώτης, 738 σελίδες

Μάνος Ν., Δεκέμβριος. (1997). Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής, university studio press, 890 σελίδες

Μασδράκης Β.Γ., Βαϊδάκης Ν. (2007). Συμπεριφορικές και γνωσιακές θεραπείες για την αιτιολογία και τη θεραπεία της διαταραχής πανικού με αγοραφοβία, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, Ανασκόπηση

Μαυρέας Β. – Σκαπινάκης. (2015). Κατευθυντήριες Οδηγίες Ελλήνων Εμπειρογνομόνων για την αντιμετώπιση των ψυχιατρικών διαταραχών,

Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής, Ψυχιατρική κλινική

Μπόχτσου Βαλεντίνη, ψυχολόγος, Mental Health Europe, Ένας σύντομος οδηγός για την ψυχιατρική διάγνωση,

Σιδηροπούλου Κυριακή. (2015). Ανώτατες γνωστικές λειτουργίες, Κεφάλαιο Συγγραμματος, Εκδόσεις Κάλλιπος

Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας, Πακέτο Οδηγιών για την Πολιτική και τις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας. (2003). Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

#### **Διαδικτυακές πηγές**

[eclass.uoa.gr](http://eclass.uoa.gr)

[lundbeck.com](http://lundbeck.com)

[medicalpq.gr](http://medicalpq.gr)

[nurseslabs.com](http://nurseslabs.com)

[nursing.com](http://nursing.com)

[Pfizer.gr](http://Pfizer.gr) – GAD – JAN14

[stavrianakos.gr](http://stavrianakos.gr)

