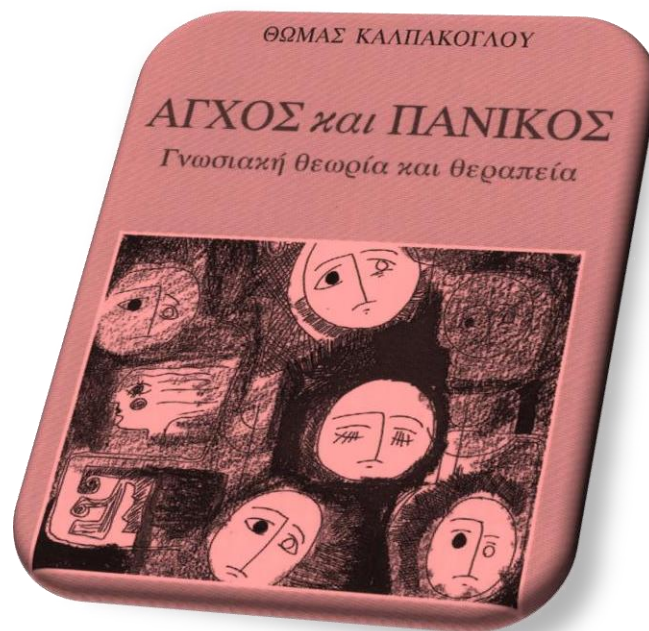


Θωμάς Καλπάκογλου

Άγχος και Πανικός

Γνωσιακή θεωρία και θεραπεία



δωρεάν έκδοση pdf
2013

Άγχος και Πανικός

Γνωσιακή θεωρία και θεραπεία

Επιμέλεια δωρεάν έκδοσης pdf – 2013: Θωμάς Καλπάκογλου

Στους αγαπημένους μου φίλους,
συναδέλφους και σπουδαστές.

Περιεχόμενα

Πρόλογος έκδοσης pdf	7
Πρόλογος πρώτης έκδοσης	8
1. Οι γνωσιακές διαστάσεις του άγχους	9
1.1. Γνωσιακά Μοντέλα	10
1.2. Γνωσιακά Σχήματα	12
1.3. Γνωσιακές Λειτουργίες	14
1.3.1. Αυτοαπασχόληση	15
1.3.2. Προκατάληψη της προσοχής	16
1.3.3. Χαρακτηριστικά της προσωπικότητας και σχετικοί φόβοι	18
1.4. Η φύση της σκέψης	21
2. Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή και διαταραχή πανικού: γνωσιακές διαστάσεις	22
2.1. Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή	22
2.1.1. Διαγνωστικά κριτήρια	22
2.1.2. Το γνωσιακό μοντέλο της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής	25
2.1.3. Η φύση της ανησυχίας στη γενικευμένη αγχώδη διαταραχή.	27
2.2. Διαταραχή Πανικού	29
2.2.1. Διαγνωστικά κριτήρια	29
2.2.2. Το γνωσιακό μοντέλο της διαταραχής πανικού	34
2.2.3. Γνωσιακό μοντέλο και υπεραερισμός	37
2.2.4. Γνωσιακό μοντέλο και φόβος του φόβου	38
2.3. Η σχέση μεταξύ των δύο διαταραχών	39
3. Γνωσιακή-συμπεριφοριστική Θεραπεία	44
3.1. Γνωσιακά-συμπεριφοριστικά θεραπευτικά μοντέλα: σύντομη αναφορά	44
3.1.1. Λογικο-θυμική θεραπεία του Ellis	46
3.1.2. Ασκήσεις αυτοκαθοδήγησης του Meichenbaum	47
3.1.3. Γνωσιακή θεραπεία του Beck	48
3.2. Γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία για τη διαταραχή πανικού	49
3.3. Γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία για τη γενικευμένη αγχώδη διαταραχή	51
3.4. Γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία για σε ομάδες	51
3.5. Η εκπαιδευτική προσέγγιση	53
3.6. Συμπεράσματα και ερωτήματα	54

4. Γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία ομάδων: ένα θεραπευτικό πακέτο	56
Συνεδρία 1 ^η	58
Συνεδρία 2 ^η	63
Συνεδρία 3 ^η	69
Συνεδρία 4 ^η	72
Συνεδρίες 5 ^η και 6 ^η	73
Συνεδρία 7 ^η	76
Συνεδρία 8 ^η	79
Συνεδρίες 9 ^η και 10 ^η	80
Συνεδρίες 11 ^η και 12 ^η	84
Κείμενα Χαλάρωσης	85
Βιβλιογραφία	90
Βιογραφικά στοιχεία του συγγραφέα	105

Πρόλογος έκδοσης pdf



Το βιβλίο *άγχος και πανικός: γνωσιακή θεωρία και θεραπεία* εκδόθηκε για πρώτη φορά από τον εκδοτικό οίκο Ελληνικά Γράμματα το 1997 και έφτασε αισίως τις εννέα εκδόσεις. Πριν από λίγα χρόνια, ο εκδοτικός οίκος πέρασε σε άλλα χέρια ιδιοκτησίας και μετά από λίγο καιρό έκλεισε απροειδοποίητα. Σταδιακά

εξαντλήθηκαν όλα τα αποθέματα του βιβλίου που υπήρχαν στα βιβλιοπωλεία. Έτσι βρέθηκα μπροστά στο δίλημμα να το αφήσω να περάσει στο χρονοντούλαπο των εκδόσεων ή να δοκιμάσω την επανέκδοσή του από έναν άλλο εκδοτικό οίκο. Στο τέλος αποφάσισα να κάνω τίποτε από τα δύο.

Σε ό,τι αφορά το πρώτο σκέλος του διλήμματός μου, μελετώντας τα νεότερα ερευνητικά δεδομένα αισθάνθηκα πως το βιβλίο είναι νωρίς για να περάσει στην ιστορία. Παρόλο που έχουν περάσει δεκαέξι χρόνια από την πρώτη έκδοση, δεν έχουν υπάρξει σημαντικές επιστημονικές εξελίξεις που να ακυρώνουν το περιεχόμενό του. Στο θεωρητικό και θεραπευτικό πεδίο, το γνωσιακό μοντέλο του άγχους παραμένει το ίδιο και οι κλινικές έρευνες συνεχίζουν να επιβεβαιώνουν την αποτελεσματικότητά του. Έτσι, θεωρώ πως το βιβλίο θα εξακολουθήσει να βοηθά στην κατανόηση του άγχους μέσα από το γνωσιακό μοντέλο και να προσφέρει στον θεραπευτή έναν άξονα παρέμβασης για ομαδική ή ατομική θεραπεία.

Σε ό,τι αφορά το δεύτερο σκέλος του διλήμματός μου, προτίμησα να αποφύγω την επαφή με έναν εκδοτικό οίκο για την επανέκδοσή του. Στα χρόνια που πέρασαν, το βιβλίο έγινε αντικείμενο μελέτης κυρίως από σπουδαστές ψυχολογίας, από συναδέλφους στο χώρο της ψυχικής υγείας και, λιγότερο, από το ευρύ κοινό. Στις δύσκολες μέρες που περνά η χώρα μας, οι σπουδές οδηγούνται σταδιακά προς το να αποτελέσουν προνόμιο των ολίγων· αισθάνομαι πως η δωρεάν διάθεση αυτού του βιβλίου αποτελεί μια ελάχιστη συνεισφορά για την αποφυγή μια τέτοιας εξέλιξης. Η έκδοση pdf είναι οικολογική, δίνοντας τη δυνατότητα μελέτης απευθείας στον υπολογιστή για τους πιο κλασικούς αναγνώστες, ο όγκος του βιβλίου σε σελίδες περιορίστηκε σημαντικά για να διευκολύνει την οικονομικότερη εκτύπωσή του.

Σε σύγκριση με την πρώτη έκδοση, αυτή η έκδοση απολαμβάνει τα πλεονεκτήματα των μοντέρνων κειμενογράφων. Όλα τα κεφάλαια γράφτηκαν από την αρχή, διορθώθηκαν πολλά λάθη, όλοι οι πίνακες επανασχεδιάστηκαν και η τελική μορφή των κειμένων έγινε φιλικότερη για τον αναγνώστη.

Θωμάς Καλπάκογλου
Ιανουάριος 2013

Πρόλογος πρώτης έκδοσης

Η θεωρία των διαταραχών άγχους μέσα από το γνωσιακό-συμπεριφοριστικό μοντέλο έχει γίνει αντικείμενο εκτεταμένης κλινικής έρευνας τα τελευταία χρόνια. Επιπλέον, η χρήση του μοντέλου αυτού στη θεραπεία έχει επιδείξει ως τώρα αισιόδοξα υψηλούς δείκτες αποτελεσματικότητας.

Αυτό το βιβλίο σχεδιάστηκε έτσι ώστε να κάνει μια σχετικά λεπτομερή αναφορά στα θέματα που άπτονται του γνωσιακού μοντέλου αυτών των διαταραχών, και ειδικότερα της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής και της διαταραχής πανικού. Τα θέματα αυτά αναπτύσσονται στα πρώτα τρία κεφάλαια.

Το τέταρτο κεφάλαιο αποτελείται από ένα θεραπευτικό πακέτο (εγχειρίδιο), το οποίο, ενώ είναι ειδικά σχεδιασμένο για τη θεραπεία ομάδων, μπορεί να γίνει και ουσιαστικό βοήθημα στο σχεδιασμό ενός ολοκληρωμένου προγράμματος ατομικής θεραπείας. Το πακέτο αυτό έχει αποτελέσει αντικείμενο κλινικής έρευνας, αποδίδοντας άριστα κλινικά αποτελέσματα, τόσο βραχυπρόθεσμα όσο και μακροπρόθεσμα.

Τέλος, η εκτενής βιβλιογραφία του βιβλίου είναι βέβαιο ότι θα εκτιμηθεί απ' όλους αυτούς που σχεδιάζουν ή πραγματοποιούν κλινική έρευνα στο χώρο αυτό.

Για τον μη ειδικό αναγνώστη, το κείμενο του βιβλίου είναι φυσιολογικά αρκετά δύσκολο και περίπλοκο στα εισαγωγικά κεφάλαια· όσο όμως προχωρεί, γίνεται περισσότερο κατανοητό. Ειδικά το τελευταίο κεφάλαιο είναι αρκετά απλό, αφού αναφέρεται στον τρόπο με τον οποίο ο θεραπευτής μπορεί να εξηγήσει με απλά λόγια τις θεωρητικές πλευρές των ζητημάτων που απασχολούν τους θεραπευόμενους, οι οποίοι ενδιαφέρονται ιδιαίτερα να λύσουν πρακτικά τις καθημερινές δυσκολίες που αντιμετωπίζουν εξαιτίας του άγχους τους. Με αυτό τον τρόπο η ορολογία που χρησιμοποιείται στα πρώτα κεφάλαια γίνεται ευκολότερα κατανοητή. Γι' αυτό το λόγο, ο αναγνώστης που δεν είναι εξοικειωμένος με τη θεωρία μπορεί να ξεκινήσει τη μελέτη του βιβλίου αρχίζοντας από αυτό το κεφάλαιο.

Θωμάς Καλπάκογλου
Ιανουάριος 1997

Οι γνωσιακές διαστάσεις του άγχους

Τα τελευταία χρόνια, το κεφάλαιο της θεωρίας και θεραπείας του άγχους έχει προσελκύσει το ιδιαίτερο ενδιαφέρον των κλινικών ερευνητών οι οποίοι εξετάζουν το άγχος ως ένα σύνθετο φαινόμενο που χαρακτηρίζεται από γνωσιακές, συμπεριφοριστικές και οργανικές διαστάσεις. Παρ' όλα αυτά, κλινικές έρευνες οι οποίες δίνουν μεγαλύτερη έμφαση στις γνωσιακές διαστάσεις του άγχους, στον τρόπο αλληλοσυσχέτισης τους με τα οργανικά και συμπεριφοριστικά συστατικά μέλη του, και στο πως μπορούν να επιδράσουν στη θεραπεία του ασθενή όταν τους δοθεί ιδιαίτερη προσοχή από το θεραπευτή, έχουν αρχίσει να διεξάγονται σχετικά πρόσφατα.

Η σημασία των μέχρι τώρα ερευνών που εξέτασαν το κλινικό άγχος μέσα από το οργανικό και συμπεριφοριστικό πρίσμα είναι αναμφίβολα σημαντική και προάγει τη γνώση μας τόσο σε θεωρητικό όσο και σε πρακτικό επίπεδο. Είναι, άλλωστε, κοινά αποδεκτό ότι οι τρεις παραπάνω διαστάσεις είναι αλληλένδετες σε τέτοιο βαθμό, που δεν μπορούν εύκολα να εξεταστούν μεμονωμένα. Ωστόσο, η σημασία που έχουν οι τρεις αυτές διαστάσεις για τη διατήρηση και τη θεραπεία του άγχους μπορεί να καθοριστεί με εξέταση, για παράδειγμα, της αποτελεσματικότητας των διαφορετικών θεραπευτικών μεθόδων που έχουν ως κεντρικό πυρήνα μία από αυτές τις διαστάσεις. Με βάση αυτή την άποψη και τα αποτελέσματα πρόσφατων κλινικών πειραμάτων, είναι βέβαιο ότι οι γνωσιακές διαστάσεις των διαταραχών του άγχους αρχίζουν να προσελκύουν το όλο μεγαλύτερο ενδιαφέρον των ερευνητών. Φυσικά, σ' αυτό συντελεί το γεγονός ότι η γνωσιακή θεραπεία του άγχους (μόνη της ή σε συνδυασμό με συμπεριφοριστική θεραπεία ή φαρμακοθεραπεία) αρχίζει να εμφανίζει παρόμοιο βαθμό επιτυχίας με αυτόν κατάθλιψης, με πολύ καλά βραχυπρόθεσμα και μακρυπρόθεσμα αποτελέσματα.

Από μια διαφορετική οπτική γωνία, η σύνταξη μια θεραπευτικής μεθόδου βασίζεται σε ένα καλά οργανωμένο και εμπειριστατωμένο μοντέλο. Στο παγκόσμιο συνέδριο της Ευρωπαϊκής Εταιρίας Γνωσιακής και Συμπεριφοριστικής Θεραπείας, που πραγματοποιήθηκε στο Λονδίνο το Σεπτέμβριο του 1993, ο Aaron Tim Beck παρουσίασε έναν καινούργιο ορισμό της γνωσιακής θεραπείας που βασίζεται στην ύπαρξη γνωσιακών μοντέλων και όχι σε διαφορετικές γνωσιακές τεχνικές. Ο νέος ορισμός ερμηνεύει τις ψυχολογικές διαταραχές ως αποτελέσματα γνωσιακών δυσλειτουργιών που απορρέουν από δυσλειτουργικά γνωσιακά σχήματα, στη μετατροπή των οποίων βασίζεται και η θεραπεία τους.

Σ' αυτό το κεφάλαιο γίνεται μια αναφορά στα γενικά γνωσιακά μοντέλα του άγχους και στις έρευνες που τα υποστηρίζουν. Τα επόμενα δύο κεφάλαια αναφέρονται στα ειδικά γνωσιακά μοντέλα - καθώς και στη θεραπευτική τους σημασία - που χαρακτηρίζουν δύο συγκεκριμένες διαταραχές του άγχους: τη γενικευμένη αγχώδη διαταραχή και τη διαταραχή πανικού. Τα τρία αυτά κεφάλαια προϋποθέτουν τη γνώση των γενικότερων ορισμών του άγχους και των οργανικών και συμπεριφοριστικών συνεπειών, θέματα τα οποία αναπτύσσονται στο τέταρτο κεφάλαιο ως μέρος της γνωσιακής-συμπεριφοριστικής αντιμετώπισης των διαταραχών αυτών σε ομαδική βάση.

1.1. Γνωσιακά Μοντέλα

Οι Hoehn-Saric & McLeod (1988, επίσης Freeman κσ, 1990) περιγράφουν το άγχος ως μια παγκοσμίως γνωστή εμπειρία η οποία λειτουργεί σαν μηχανισμός προειδοποίησης (ασφάλειας). Ο μηχανισμός αυτός εκπέμπει προειδοποιητικά σήματα σε καταστάσεις κινδύνου που έχουν σχέση με αβεβαιότητα, ενώ φαίνεται να δυσλειτουργεί σ' έναν αριθμό περιπτώσεων, όπως όταν: (α) το άγχος είναι υπερβολικά έντονο, (β) διαρκεί πέρα από την έκθεση σε κάποιο κίνδυνο, (γ) παρουσιάζεται σε καταστάσεις οι οποίες αντικειμενικά δεν εμπεριέχουν κίνδυνο ή απειλή, ή (δ) παρουσιάζεται χωρίς κανένα ιδιαίτερο λόγο.

Μετά τις θεωρίες των Lazarus (1966) και Bandura (1977), το γνωσιακό μοντέλο του άγχους του Aaron Tim Beck (Beck & Emery, 1985) παρουσιάζεται ως ένα καλά επεξεργασμένο μοντέλο του κλινικού άγχους (Clark & Beck, 1988). Το μοντέλο αυτό υποστηρίζει ότι υφίσταται μια σχέση μεταξύ συναισθημάτων και σκέψης στις διαταραχές του άγχους, οι οποίες ορίζονται πρωταρχικά ως **διαταραχές της σκέψης** (Blackburn & Davidson, 1990). Η έμφαση σ' αυτό το μοντέλο στον τρόπο με τον οποίο ερμηνεύονται γεγονότα και καταστάσεις από τους ανθρώπους, παρά στα ίδια τα γεγονότα. Αυτές οι ερμηνείες δημιουργούν με τη σειρά τους έναν αριθμό αρνητικών συναισθημάτων (πχ. άγχος, θυμό, θλίψη) που στην περίπτωση του κλινικού άγχους χαρακτηρίζονται από: (α) μη ρεαλισμό, (β) υπερεκτίμηση της πιθανότητας παρουσίασης και του βαθμού δριμύτητας των άσχημων καταστάσεων, και (γ) υποεκτίμηση των υπαρχόντων τρόπων αντιμετώπισης των καταστάσεων ή των τρόπων επίλυσης (Clark & Beck, 1988).

Οι Clark και Beck (1988) παρουσιάζουν ένα πρόγραμμα άγχους (anxiety program) το οποίο τίθεται σε λειτουργία αυτόματα από τη στιγμή που μια κατάσταση εκλαμβάνεται ως επικίνδυνη. Το πρόγραμμα αυτό θεωρείται ως εξέλιξη ενός πρωτόγονου μηχανισμού του ανθρώπου που σκοπό έχει να τον προστατέψει από κινδύνους. Έτσι παρατηρούνται οργανικές, συμπεριφοριστικές και γνωσιακές αλλαγές: (α) στο αυτόνομο νευρικό σύστημα (ΑΝΣ) με την προετοιμασία για φυγή ή επίθεση, (β) στην αναστολή της παρούσης συμπεριφοράς και στην αντικατάσταση της από κάποια άλλη συνήθως λιγότερο αποτελεσματική, και (γ) σε μια συνεχή εξέταση του περιβάλλοντος για άλλους κινδύνους ή απειλές. Με την πάροδο του χρόνου, αυτή η συμπεριφορά αποκτά το νόημα του ότι οι γνωσιακές λειτουργίες δίνουν μεγαλύτερη έμφαση στην ανίχνευση πληροφοριών για πιθανούς κινδύνους και αυτή η έμφαση συμβάλλει έτσι ώστε πληροφορίες που είναι αντίθετες με την ύπαρξη (ή πιθανή ύπαρξη) κινδύνου να μην παρατηρούνται ή να μη λαμβάνονται υπόψη. Οι Clark και Beck παρατηρούν ότι, στην πρωτόγονη εποχή, το **πρόγραμμα άγχους** θα βοηθούσε, όπως και στη σημερινή εποχή, στην προστασία του ατόμου από πραγματικούς κινδύνους. Ωστόσο, όταν ο κίνδυνος δεν είναι πραγματικός (δηλαδή

δεν απειλεί τη ζωή του ατόμου) αλλά μια λανθασμένη ερμηνεία μιας κατάστασης ή κάποιας υπερβολικής εκτίμησης ως προς το μέγεθος του κινδύνου, το πρόγραμμα για την αντιμετώπιση του άγχους είναι ακατάλληλο. Επιπλέον, τα συμπτώματα του άγχους εκλαμβάνονται ως περαιτέρω απειλές, οδηγώντας σε μια σειρά από φαύλους κύκλους οι οποίοι διατηρούν και ενισχύουν την ένταση του άγχους.

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

Οι Ingram και Kendall (1987)¹ πρότειναν τη χρήση ενός συστήματος (taxonomic system) για την ταξινόμηση των επιμέρους γνωσιακών λειτουργιών σε οποιαδήποτε ψυχοπαθολογία. Αυτές είναι:

1. Οι **γνωσιακές προτάσεις** (cognitive propositions), οι οποίες αναφέρονται στις πληροφορίες (ερεθίσματα) που γίνονται αντικείμενο επεξεργασίας.
2. Τα **γνωσιακά σχήματα** (cognitive schemata), που αναφέρονται στην οργάνωση και αναπαράσταση των γνωσιακών προτάσεων στη μνήμη.
3. Οι **γνωσιακές λειτουργίες** (cognitive operations), που αναφέρονται στις διαδικασίες επεξεργασίας (είσοδο, μεταβολή και έξοδο) των πληροφοριών.
4. Τα **γνωσιακά προϊόντα** (cognitive products), που αναφέρονται στο αποτέλεσμα όλων των παραπάνω αλληλεπιδράσεων.

Σύμφωνα με το γνωσιακό μοντέλο ψυχοπαθολογίας των Ingram και Kendall, σε οποιαδήποτε ψυχοπαθολογία υπάρχουν **κρίσιμα ψυχοπαθολογικά χαρακτηριστικά** (critical psychopathological features), τα οποία είναι ιδιαίτερα και μοναδικά στην περιγραφή της ψυχοπαθολογίας αυτής, **κοινά ψυχοπαθολογικά χαρακτηριστικά** (common psychopathological features) τα οποία υπάρχουν και σε άλλες διαταραχές, και η **μεταβλητή λάθους** (error variance) η οποία αντιπροσωπεύει τις ιδιαιτερότητες κάποιου ατόμου. Όταν όλα αυτά εξετάζονται ταυτόχρονα, οδηγούν στην **έκφραση μιας δεδομένης διαταραχής** (expression of a given disorder). Σύμφωνα με τους Clark και Beck (1989), αυτό το σύστημα μπορεί να αποτελέσει έναν χρήσιμο άξονα για την ανάπτυξη των **μοντέλων επεξεργασίας πληροφοριών** (information-processing models), τα οποία αποτελούν τον πυρήνα στην προσπάθεια να ερμηνευθούν οι κλινικές διαταραχές μέσα από το πρίσμα της γνωσιακής ψυχολογίας.

Οι παραπάνω λειτουργίες είναι βασικές και στο γνωσιακό μοντέλο του Beck, και λαμβάνουν χώρα με διαφορετικούς τρόπους, τόσο στο βαθμό της γενικότητας τους όσο και στο αποτέλεσμά τους. Οι Clark και Beck υποστηρίζουν ότι: (1) οι υπάρχουσες πληροφορίες ενός ατόμου υπάρχουν καταγραμμένες στα σχήματα, (2) τα σχήματα θέτουν σε λειτουργία τους γνωσιακούς μηχανισμούς που μπορούν να παραποιήσουν τις εισερχόμενες πληροφορίες, (3) τα υποπροϊόντα αυτών των σχημάτων συντελούν στη δημιουργία αρνητικών σκέψεων (γνωσιών) και εικόνων, που κυριαρχούν στον εσωτερικό μονόλογο, και (4) σχετικά σταθερά σχήματα μπορούν να

¹ Επίσης Kendall & Ingram (1987), και Kendall & Hollon (1989).

αποτελέσουν ομάδες που χαρακτηρίζουν την προσωπικότητα του ατόμου και συντελούν στην ψυχοπαθολογική του ευπάθεια.

1.2. Γνωσιακά Σχήματα

Τα **γνωσιακά σχήματα** ορίζονται ως λειτουργικές κατασκευές των σχετικά μόνιμων αναπαραστάσεων προηγούμενων πληροφοριών και εμπειριών (Clark & Beck, 1989). Αποτελούνται από τη γνώση που έχει κάποιος γύρω από το άτομό του, τους άλλους και τον υπόλοιπο κόσμο γενικότερα. Σύμφωνα με τους Clark και Beck (1989), το άτομο προσλαμβάνει έναν μεγάλο αριθμό ερεθισμάτων και πληροφοριών από το περιβάλλον και τα γνωσιακά σχήματα προσφέρουν έναν οικονομικό τρόπο για την επεξεργασία τους. Αν τα εισερχόμενα ερεθίσματα είναι συμβατά (παρόμοια) με τα υπάρχοντα σχήματα, τότε τυγχάνουν επεξεργασίας και κωδικοποίησης. Σε αντίθετη περίπτωση αγνοούνται ή ξεχνιούνται. Σε περιπτώσεις ψυχολογικών διαταραχών, όπως του άγχους και της κατάθλιψης, αυτή η επεξεργασία μπορεί να επηρεαστεί από συνθήκες που επιτρέπουν την ύπαρξη και την κυριαρχία αρνητικών σχημάτων, με αποτέλεσμα η πραγματικότητα πολλές φορές να παρερμηνεύεται.

Στις ψυχολογικές διαταραχές τα ενεργά αρνητικά σχήματα συνήθως αναφέρονται στον εαυτό, είναι αυστηρά και απόλυτα, επηρεασμένα από το κοινωνικό και πολιτιστικό ιστορικό, και μεταβάλλονται δύσκολα (Beck, 1987, Clark & Beck, 1989, Blackburn & Davidson, 1990). Οι Clark και Beck (1989) υποθέτουν ότι όταν υπάρχουν πολλά αρνητικά σχήματα για μια σειρά από παρόμοιες καταστάσεις, τότε τίθεται σε λειτουργία μια γενικότερη **γνωσιακή αρχή** (mode). Για παράδειγμα, στις καταστάσεις άγχους η γνωσιακή αρχή έχει σχέση με την απειλή ή τον κίνδυνο στο περιβάλλον του ατόμου (με την ευρεία έννοια). Βάσει αυτής της αρχής, το άτομο βρίσκεται σε επαγρύπνηση αναζητώντας ερεθίσματα ή πληροφορίες που θα σημαίνουν κάποιο πιθανό κίνδυνο. Το άτομο δίνει μεγαλύτερη έμφαση στις επικίνδυνες πλευρές μιας κατάστασης, ενώ τα στοιχεία που υποδηλώνουν ασφάλεια αγνοούνται. Επιπλέον, αυτή η γνωσιακή αρχή επιδρά στην αυτοεκτίμηση του ατόμου, δημιουργώντας του το αίσθημα ότι είναι περισσότερο ευάλωτο ή επιρρεπές στο άγχος.

Σύμφωνα με την άποψη των Kendall και Ingram (1987, 1989), τα ιδιαίτερα γνωσιακά σχήματα που υπογραμμίζουν τις καταστάσεις άγχους αναφέρονται σε προτάσεις σχετικές με τον τρόπο σκέψης του ατόμου, αντί της σκέψης για τον εαυτό του γενικότερα. Οι παραπάνω θεωρητικοί προτείνουν μάλιστα δύο ειδών σχήματα που είναι ενεργά στις διαταραχές του άγχους: το πρώτο έχει σχέση με τον εαυτό και περιέχει ερωτήματα αγχωτικής φύσης, ενώ το δεύτερο περιέχει προτάσεις σχετικές με τους άλλους ανθρώπους και την κριτική τους και τίθεται σε λειτουργία πριν από πιθανές στρεσογόνες καταστάσεις. Όλα αυτά όμως είναι θέματα τα οποία πρέπει να εξεταστούν περαιτέρω, για να μπορεί να καθοριστεί η σχέση αλληλεπίδρασης των ενεργών σχημάτων με την υπάρχουσα γνώση και για να μπορούμε να γνωρίζουμε ποιο από τα σχήματα είναι ενεργό σε κάποια δεδομένη κατάσταση, ποιο το περιεχόμενό του, και ποια η συμβολή του στην διαταραχή.

Με έναν παρόμοιο τρόπο, ο Buss (1980) κάνει μια διαφοροποίηση ανάμεσα στην **προσωπική αυτο-αντίληψη** (private self-awareness), που απευθύνεται στον εαυτό, στα προσωπικά αισθήματα και σε τρόπους συμπεριφοράς, και τη **δημόσια αυτο-αντίληψη** (public self-

awareness), που απευθύνεται στην πιθανή παρακολούθηση και κριτική από τους άλλους.

Ανάλογα με τη φύση και το βαθμό της ανησυχίας, οι διαταραχές του άγχους είναι πολλών ειδών (απλή φοβία, αγοραφοβία, κοινωνική φοβία, γενικευμένη αγχώδης διαταραχή, διαταραχή πανικού κ.λπ). Από τη γνωσιακή οπτική σκοπιά τονίζεται ότι, παρόλο που αυτές οι διαταραχές έχουν πολλά κοινά χαρακτηριστικά, εντούτοις έχουν και σημαντικές διαφορές που χαρακτηρίζουν την καθεμία ξεχωριστά (Clark & Beck, 1988). Για παράδειγμα, στη γενικευμένη αγχώδη διαταραχή πολλές καταστάσεις ερμηνεύονται ως απειλητικές ή επικίνδυνες για το άτομο, οι δε ασθενείς παρουσιάζονται με χαμηλότερη αυτοπεποίθηση και αισθήματα ανικανότητας (ανεπάρκειας). Από την άλλη πλευρά, οι ασθενείς με διαταραχή πανικού έχουν περισσότερες πιθανότητες να παρερμηνεύσουν με καταστροφικό τρόπο διάφορα σωματικά συμπτώματα, τα οποία άλλα άτομα θα θεωρούσαν απολύτως φυσιολογικά. Ωστόσο, υπάρχει και η διατυπωμένη άποψη των Hampl, Scott, Carmin και Fleming (1990), οι οποίοι, έχοντας εξετάσει τα σχήματα ενός μεγάλου αριθμού ασθενών με διαταραχές του άγχους, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η διαφοροποίηση των διαταραχών αυτών δεν είναι εύκολη όταν βασίζεται μόνο στο είδος των αρνητικών σχημάτων που τις χαρακτηρίζουν.

Διαφορετικές, αλλά όχι απόλυτα ξεχωριστές, κατηγορίες αρνητικών σχημάτων αποτελούν εν μέρει τη βάση της λογικο-θυμικής θεραπείας (rational-emotive therapy) του Ellis (1962). Οι Ellis και οι συνεργάτες του (1988)² υποστηρίζουν ότι οι κατηγορίες αυτές περιλαμβάνουν τα ακόλουθα:

- **Προτάσεις απαίτησης** (demand statements): Πρόκειται για ιδέες με αυστηρό χαρακτήρα, που δεν αφήνουν πιθανότητες έτσι ώστε οι καταστάσεις να εξελιχθούν άσχημα ή να γίνουν λάθη. Αυτές οι προτάσεις εμπεριέχουν συνήθως κάποιο *πρέπει* και απευθύνονται στον εαυτό, στον κόσμο, στο μέλλον και στις καταστάσεις που τις προκαλούν. Οι απαιτήσεις αυτών των προτάσεων αφορούν κυρίως σε θέματα όπως η αναγνώριση, η τελειότητα, η επιτυχία και η άνεση.
- **Καταστροφικά πιστεύω** (catastrophizing beliefs): Οι πεποιθήσεις που σχετίζονται με τις αρνητικές πλευρές μιας κατάστασης και ερμηνεύονται ως *τρομερές*. Επίσης, οι οποιεσδήποτε ενοχλήσεις που μεταφράζονται από το άτομο ως *τραγωδίες*.
- **Χαμηλή ανεκτικότητα** (Low frustration tolerance): Η τάση του ατόμου να μην ανέχεται την παραμικρή ενόχληση ή να πιστεύει ότι δεν μπορεί να την ανεχθεί.
- **Προτάσεις αξιολόγησης** (Rating statements): Πρόκειται για τις αξιολογήσεις κάποιου ατόμου οι οποίες βασίζονται σε ορισμένα μόνο χαρακτηριστικά, συμπεριφορές ή επιτυχίες.

Υπεργενίκευση για το μέλλον (Overgeneralizing about the future): Αναφέρεται συνήθως στην επιμονή για άριστες διαρκώς επιδόσεις και στην αναζήτηση της επιδοκμασίας από τρίτους. Όταν υπάρχουν αποτυχίες, το άτομο έχει την τάση να πιστεύει ότι αυτές θα επαναλαμβάνονται στο μέλλον.

² Επίσης Ellis & Yeager (1989)

1.3. Γνωσιακές Λειτουργίες

Ο τρόπος με τον οποίο ένα άτομο αντιδρά, τόσο σωματικά όσο και γνωσιακά, σε καταστάσεις που ερμηνεύονται ως απειλητικές ή επικίνδυνες ποικίλει. Ότι μπορεί να επηρεάσει την αντίδραση ενός ατόμου έχει σχέση με τη διάθεση, την προηγούμενη εμπειρία, τις αναμνήσεις, την ευπάθεια και τις απαραίτητες δεξιότητες που διαθέτει το συγκεκριμένο άτομο (Endler & Parker, 1990). Ωστόσο, στο γνωσιακό μοντέλο, η έμφαση τοποθετείται στον τρόπο με τον οποίο το σύστημα επεξεργασίας πληροφοριών (γνωσιακές λειτουργίες) επηρεάζεται από τα ενεργά αρνητικά σχήματα. Αυτή η διαδικασία υπογραμμίζει μια **αρνητική προκατάληψη** (negative bias) απέναντι: (1) στην επιλογή πληροφοριών, (2) στην εξαγωγή συμπερασμάτων γύρω από τον εαυτό, όπως η χαμηλή αυτοεκτίμηση, η ενοχή και η απόδοση αιτιών, και (3) στη συμπεριφορά αντιμετώπισης, όπως υπερεκτίμηση της απειλής και υποεκτίμηση των δυνατών τρόπων αντιμετώπισης (Rehm, 1989).

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

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

Αγχογενής γνωσιακή τριάδα



Παραδείγματα γνωσιακών λειτουργιών³, γνωστά και με τον όρο **γνωσιακά λάθη**, που παρουσιάζονται ως ενεργά στις καταστάσεις άγχους, είναι τα ακόλουθα:

Αυθαίρετα συμπεράσματα (arbitrary inference)	Συμπεράσματα που εξάγονται χωρίς να έχουν εξεταστεί επαρκώς όλα τα στοιχεία μιας κατάστασης και χωρίς να ελεγχθεί αν τα δεδομένα είναι πραγματικά.
Επιλεκτική αφαίρεση (selective abstraction)	Η αξιολόγηση μιας κατάστασης η οποία βασίζεται σε μία μόνο από τις πολλές πλευρές της και όχι στο γενικό σύνολο των στοιχείων που τη συνθέτουν.
Υπεργενίκευση (overgeneralization)	Ένα μεμονωμένο αρνητικό συμβάν θεωρείται ως αντιπροσωπευτικό παρόμοιων καταστάσεων, συναφών ή μη.
Μεγέθυνση & σμίκρυνση (magnification & minimization)	Μια τάση μεγιστοποίησης των αρνητικών και ελαχιστοποίησης των θετικών πλευρών μιας κατάστασης (γνωστό ως φαινόμενο «κυάλια»).
Προσωποποίηση (personalization)	Μια τάση του ατόμου να αναλαμβάνει την ευθύνη κάποιων αρνητικών εξωτερικών γεγονότων ακόμα κι όταν αυτά δε σχετίζονται καθόλου με το ίδιο.
Απόλυτος διχοτομισμός (absolute dichotomous thinking)	Μια τάση του ατόμου να κωδικοποιεί τα πράγματα και τις καταστάσεις σε κατηγορίες «άσπρου-μαύρου».

1.3.1. Αυτοαπασχόληση

Ο όρος **αυτοαπασχόληση** (self-preoccupation) καλύπτει εν γένει όλες τις γνωσιακές λειτουργίες που έχουν αναφερθεί ως τώρα. Ο ρόλος της αυτοαπασχόλησης είναι σημαντικός στη γνωσιακή επεξεργασία πληροφοριών, ενώ συνδέεται στενά και με το βαθμό στον οποίο το άτομο βιώνει το άγχος (Sarason, 1988)⁴. Η βασική αρχή που υπάρχει πίσω από τη σχέση της αυτοαπασχόλησης (ως χαρακτηριστικού γνωρίσματος της προσωπικότητας) και των γνωσιακών λειτουργιών ορίζεται με τον ακόλουθο τρόπο:

Η γνωσιακή θεωρία του άγχους στηρίζεται στην ιδέα ότι η προσωπικότητα του ατόμου μπορεί να γίνει κατανοητή μέσα από τη διαδικασία επεξεργασίας πληροφοριών. Οι γνωσιακές λειτουργίες περιλαμβάνουν τους τρόπους με τους οποίους το άτομο ανιχνεύει το περιβάλλον, συλλέγει τις ενδείξεις που είναι σχετικές με τη σκέψη και τις ενέργειες του, και παίρνει ανάλογες αποφάσεις

³ Βλ. Beck, Rush, Shaw & Emery (1979), Beck & Emery (1985), Clark & Beck (1989), Blackburn & Davidson (1990), Freeman κ.σ. (1990).

⁴ Επίσης Sarason κ.σ. (1990).

αναφορικά τη συμπεριφορά του. Οι γνωσιακές λειτουργίες της αυτοαπασχόλησης αποτελούν κι αυτές μια συμπεριφορά, όπως συμπεριφορά είναι και μια νευρική σύσπαση ή η υπογραφή ενός εγγράφου. Ωστόσο, οι γνωσιακές λειτουργίες δεν είναι το ίδιο εμφανείς και, συνεπώς, η υποστήριξη για την ύπαρξή τους πρέπει να αντληθεί από την ίδια την εμφανή συμπεριφορά (σελ. 3, Sarason, 1988).

Η αυτοαπασχόληση σχετίζεται με παρόντες και μελλοντικούς κινδύνους και απειλές, με την ικανότητα του ατόμου να αντιμετωπίσει κινδύνους, καθώς και με την αρνητικότητά τους ερμηνεία. Είναι πιθανό ότι μια γενικευμένη τάση για αυτοαπασχόληση μπορεί να συνιστά ένα χαρακτηριστικό της προσωπικότητας, το οποίο επιτρέπει στο άτομο να επηρεάζεται από τις αρνητικές γνωσιακές λειτουργίες⁵.

1.3.2. Προκατάληψη της προσοχής

Σύμφωνα με τους Williams κ.σ. (1988), τα γνωσιακά μοντέλα υποστηρίζουν την άποψη ότι ο άνθρωπος έχει ένα περίπλοκο σύστημα επεξεργασίας πληροφοριών, και η ανθρώπινη εμπειρία και δραστηριότητα είναι το αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης κάποιων βασικών μηχανισμών και της ροής των πληροφοριών μέσα απ' αυτό το σύστημα. Στην περίπτωση του άγχους, όταν αυτοί οι μηχανισμοί δε λειτουργούν σωστά και υπάρχει μια (αρνητική) προκατάληψη της προσοχής (attentional bias) του ατόμου σε σχέση με πληροφορίες από τον εξωτερικό χώρο, τότε υπάρχει και μια μεγαλύτερη πιθανότητα αυξημένης ανησυχίας.

Έρευνες σε αυτό το χώρο έχουν δείξει ότι τέτοιες δυσλειτουργίες στην περίπτωση του άγχους έχουν άμεση σχέση με την προκατάληψη ως προς την επεξεργασία αρνητικών ή απειλητικών πληροφοριών. Οι Mathews και MacLeod (1985) έχουν δείξει την ύπαρξη τέτοιων προκαταλήψεων σε ασθενείς με άγχος. Υποστηρίζουν μάλιστα ότι το περιεχόμενο των γνωσιακών σχημάτων που σχετίζεται με τον κίνδυνο καθορίζεται από το είδος των εισερχόμενων πληροφοριών, ενώ το μέγεθος της προκατάληψης εξαρτάται από το πόσο υψηλό είναι το άγχος που βιώνει ο ασθενής.

Επιπλέον, οι Mathews και MacLeod (1986) υποστηρίζουν ότι τα άτομα με υψηλό άγχος επεξεργάζονται με διαφορετικό τρόπο τα απειλητικά μηνύματα από ό,τι τα άτομα που δεν έχουν άγχος. Σε ένα πείραμα, όπου οι συμμετέχοντες άκουγαν με ακουστικά μικρές ιστορίες, ενώ παράλληλα εκτελούσαν μια μικρή άσκηση, ακούγονταν κάποιες λέξεις με διαφορετικό περιεχόμενο οι οποίες παρεμβάλλονταν στις μικρές ιστορίες. Ενώ κανένας από τους συμμετέχοντες δεν παρατήρησε αυτή την παρεμβολή απειλητικών λέξεων στις μικρές ιστορίες, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι όσοι από αυτούς είχαν υψηλό άγχος καθυστέρησαν να ολοκληρώσουν την άσκησης. Το αποτέλεσμα αυτού του πειράματος καταδεικνύει την πιθανή ύπαρξη κάποιας υποσυνείδητης προκατάληψης που έχουν τα άτομα με άγχος ως προς τις απειλητικές πληροφορίες (Brewin, 1988).

Οι Martin, Williams και Clark (1991) έχουν επίσης παρουσιάσει αποτελέσματα από τέσσερα

⁵ Παράλληλα με την ιδέα της αυτοαπασχόλησης, άλλοι ερευνητές έχουν αναφερθεί στην ιδέα της «αυτοεστιαζόμενης προσοχής» (self-focused attention, Ingram 1990) μέσα στα ίδια περίπου πλαίσια.

πειράματα με τα οποία εξέτασαν τη γνωσιακή προκατάληψη στο άγχος. Με εξαίρεση το πρώτο πείραμα, που δεν έδειξε καμιά στατιστικώς σημαντική σχέση μεταξύ υψηλού άγχους και κάποιας ιδιαίτερης προσοχής προς την απειλή⁶, τα αποτελέσματα από τα άλλα τρία πειράματα ενίσχυσαν την άποψη αναφορικά με την ύπαρξη αυτής της γνωσιακής προκατάληψης ως προς τις πληροφορίες με απειλητικό περιεχόμενο.

Παρόμοια αποτελέσματα έχουν παρουσιαστεί και από τους MacLeod και Hagan (1992), τα οποία έδειξαν ότι το άγχος σχετίζεται με μια αυτόματη τάση για προκατειλημμένη επεξεργασία καταστροφικών και απειλητικών πληροφοριών. Οι Macleod και Rutherford (1992), που εξέτασαν ακόμα διεξοδικότερα αυτές τις εκδοχές με ασθενείς υψηλού και χαμηλού άγχους, ανέφεραν τα ακόλουθα:

Για τους ασθενείς με υψηλό χαρακτηριστικό άγχος⁷, το ειδικό άγχος⁸ υποκινεί μια αυτόματη και γενική συλλεκτική προκατάληψη επεξεργασίας που ευνοεί τις πληροφορίες με απειλητικό περιεχόμενο, ενώ για τους ασθενείς με χαμηλό χαρακτηριστικό άγχος, το ειδικό άγχος υποκινεί μια αυτόματη και γενικά μειονεκτική επεξεργασία πληροφοριών με το ίδιο περιεχόμενο (σελ. 490).

Παρ' όλα αυτά, όταν όλοι οι ασθενείς (ανεξάρτητα από τον βαθμό του χαρακτηριστικού άγχους) παρουσιάζουν αυξημένο ειδικό άγχος, τότε ευνοούν την επεξεργασία των πληροφοριών με απειλητικό περιεχόμενο, και περισσότερο των πληροφοριών που είναι άσχετες (παρά σχετικές) με τους τωρινούς στρεσογόνους παράγοντες. Οι Mathews και Klug (1993) αναφέρουν ότι ο βαθμός στον οποίο υπάρχει το φαινόμενο της παρεμβολής μπορεί να σχετίζεται με το κατά πόσον οι λέξεις που χρησιμοποιούνται συνδέονται εννοιολογικά με τα τρέχοντα συναισθηματικά προβλήματα του ατόμου (σελ. 61).

Την πιθανότητα της **οπτικής προκατάληψης της προσοχής** (visual attentional bias) σε απειλητικά μηνύματα εξέτασαν οι MacLeod, Mathews και Tata (1986). Στο πείραμα τους, αρχικά παρουσίασαν στους συμμετέχοντες ζεύγη λέξεων σε μια οθόνη, από τις οποίες η μία λέξη αντικαθίστατο αργότερα από μια τελεία. Οι συμμετέχοντες, θα έπρεπε να πατήσουν ένα κουμπί, που κρατούσαν στο χέρι τους, όσο το δυνατόν γρηγορότερα μετά την αντικατάσταση αυτή. Οι λέξεις που χρησιμοποιήθηκαν γι' αυτό το πείραμα εμπεριείχαν έννοιες σωματικής και κοινωνικής απειλής (βλ. Mathews & MacLeod, 1985). Τα αποτελέσματα του πειράματος έδειξαν ότι όσοι είχαν υψηλό άγχος έτειναν να μετατοπίζουν την προσοχή τους (στο οπτικό τους πεδίο) προς τα μηνύματα με συναισθηματικά απειλητικό περιεχόμενο, ενώ οι άλλοι συμμετέχοντες έτειναν να κάνουν το αντίθετο. Περαιτέρω έρευνα έδειξε επιπλέον μια τάση των ατόμων με υψηλό άγχος να ερμηνεύουν τα διφορούμενα μηνύματα ως απειλητικά (Mathews, Richards & Eysenk 1989).

Ενώ υπάρχουν κάποιες σοβαρές ενδείξεις για την προκατάληψη της προσοχής απέναντι σε απειλητικά ερεθίσματα, ωστόσο δεν έχει πλήρως αποδειχθεί ότι τέτοιου είδους ερεθίσματα μπορεί να καταγράφονται και να ανακαλούνται από τη μνήμη με την ίδια προκατάληψη που

⁶ Παρόμοια συμπεράσματα έχουν διατυπωθεί και από τους Mogg και Mathews (1990), Mogg, Mathews, Bird, Macgregor και Morris (1990).

⁷ Αναφέρεται στο γενικό άτομο που βιώνει το άτομο (trait anxiety).

⁸ Αναφέρεται στο άγχος που βιώνει το άτομο στο παρόν (state anxiety).

συνήθως συμβαίνει στις καταστάσεις μελαγχολίας⁹ (memory bias). Οι Mogg, Mathews και Weinman (1987), οι οποίοι χρησιμοποίησαν θετικές, αρνητικές, απειλητικές, μη απειλητικές και γενικού περιεχομένου λέξεις σε μια άσκηση μνήμης, αναφέρουν ότι τα αποτελέσματά τους δεν έδειξαν κάποια ιδιαίτερη τάση για προκατάληψη της μνήμης στα άτομα με υψηλό άγχος. Παρόμοια αποτελέσματα έχουν επίσης αναφερθεί από τους Mogg και Mathews (1990).

Οι Greenberg και Alloy (1989), που εξέτασαν το περιεχόμενο και τον τρόπο επεξεργασίας πληροφοριών σχετικών με τα ίδια τα άτομα, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι τα άτομα με υψηλό άγχος δέχονται ως αυτοχαρακτηρισμούς περισσότερα αρνητικά παρά θετικά στοιχεία σχετικά με το άγχος. Επιπλέον, τα σχετικά σχήματα έδειχναν να έχουν άμεση σχέση με χαμηλή αυτοπεποίθηση, απειλή και ευαισθησία (ευπάθεια).

Συνοψίζοντας, θα πρέπει να πούμε ότι το θέμα της προκατάληψης της προσοχής έχει υποστηριχτεί από τα αποτελέσματα πολλών ερευνών. Οι Mogg κ.σ. (1987) εξηγούν την πιθανή αιτία αυτού του φαινομένου με τον ακόλουθο τρόπο:

Το κλινικό άγχος χαρακτηρίζεται από μια συνεχή προσεκτική παρακολούθηση του περιβάλλοντος για πιθανές απειλητικές καταστάσεις, σε συνδυασμό με προσπάθειες για αποφυγή των καταστάσεων αυτών ή για μείωση του καταστροφικού τους αποτελέσματος. Έτσι, στο άγχος η πρώτη μετατόπιση της επεξεργασίας των πληροφοριών προς τα απειλητικά ερεθίσματα μπορεί να βοηθάει στην ταχύτερη εντόπιση των πιθανών κινδύνων, ενώ η καταστολή της περαιτέρω επεξεργασίας μπορεί να είναι το αποτέλεσμα μιας στρατηγικής γνωσιακής αποφυγής που είναι συνεπής με την πραγματική (συμπεριφοριστική) αποφυγή (σελ. 97).

Τα αποτελέσματα αυτών των ερευνών είναι σημαντικά όχι μόνο γιατί μας εφοδιάζουν με μια βαθύτερη γνώση για τα ενεργά σχήματα στις διαταραχές του άγχους, αλλά και γιατί μπορούν να συμβάλλουν στη σύνταξη καλύτερων γνωσιακών τεχνικών που θα αντιμετωπίζουν τις γνωσιακές δυσλειτουργίες με αποτελεσματικότερο τρόπο.

1.3.3. Χαρακτηριστικά της προσωπικότητας και σχετικοί φόβοι

Ο βαθμός άγχους ενός ατόμου μπροστά σε επικίνδυνες ή απειλητικές καταστάσεις εξαρτάται και από την προσωπικότητα και την ευαισθησία του απέναντι στις καταστάσεις αυτές. Ο Edelman (1985) σύγκρινε τον τρόπο με τον οποίο άτομα με και χωρίς κοινωνική φοβία αντιλαμβάνονται την ικανότητα τους να αντιμετωπίσουν καταστάσεις «αμηχανίας». Οι συμμετέχοντες έπρεπε: (α) να αξιολογήσουν την ικανότητά τους να αντιμετωπίσουν έξι «σενάρια καταστάσεων αμηχανίας», (β) να περιγράψουν τον τρόπο με τον οποίο θα τις αντιμετώπιζαν, και (γ) να βαθμολογήσουν πόσο καλά πίστευαν ότι άλλοι θα αντιμετώπιζαν την ίδια κατάσταση. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι, ενώ οι δύο ομάδες δε διέφεραν στην περιγραφή των τρόπων αντιμετώπισης, τα άτομα με κοινωνική φοβία έτειναν να υποτιμούν τη δική τους ικανότητα και να υπερεκτιμούν την

⁹ Βλ. Teasdale & Fogarty (1979), Kuiper & Derry (1982), Fogarty & Hemsley (1983), Powell & Hemsley (1984), Clifford & Hemsley (1987), Mogg & Mathews (1990).

ικανότητα των άλλων. Το ερώτημα που τίθεται εν προκειμένω είναι αν αυτοί οι κοινωνικοί φόβοι χαρακτηρίζουν αποκλειστικά τα άτομα με κοινωνική φοβία.

Οι Baumeister & Tice (1990) αναλύουν τη σημαντικότητα των κοινωνικών δεσμών και του άγχους που δημιουργείται μπροστά σε μια απειλή ή σ' έναν κίνδυνο που απειλεί τους δεσμούς αυτούς. Υποστηρίζουν ότι μια βιολογικά καθορισμένη **ανάγκη του ανήκειν** (need to belong) μπορεί να επηρεάζει πολλά από τα γνωρίσματα του ανθρώπου. Ο άνθρωπος έχει την τάση να αισθάνεται άγχος και θλίψη όταν απειλητικές καταστάσεις θα μπορούσαν να έχουν ως αποτέλεσμα κάποιο είδος **κοινωνικού αποκλεισμού** (social exclusion). Γι' αυτό το λόγο το άτομο πρέπει να δείχνει ικανό μέσα στην κοινωνία, να ακολουθεί συγκεκριμένους κανόνες και να είναι αρεστό στα υπόλοιπα μέλη του κοινωνικού συνόλου. Ο τρόπος με τον οποίο διατηρείται η **κοινωνική συμμετοχή** (social inclusion) εξαρτάται από τη συμπεριφορά του ατόμου μέσα στο σύνολο και από τη σχετική αξιολόγηση της συμπεριφοράς του από τα άλλα μέλη. Είναι επομένως λογικό το ότι ορισμένοι φόβοι είναι γνωσιακά κυρίαρχοι σε άτομα με υψηλό άγχος. Τέτοιοι φόβοι περιλαμβάνουν το **φόβο της αρνητικής αξιολόγησης** (fear of negative evaluation), το **φόβο της ντροπής** (fear of embarrassment) και το **φόβο απόρριψης** (fear of rejection). Επιπλέον, ο βαθμός στον οποίο αυτοί οι φόβοι συντείνουν στη δημιουργία του άγχους σε ένα άτομο εξαρτάται από άλλα στοιχεία, όπως η αυτοεκτίμηση, η αυτοπεποίθηση και η σημασία που αποδίδει το ίδιο το άτομο στην ανταπόκριση των άλλων στις ενέργειές του.

Εξετάζοντας τη φύση του φόβου της αρνητικής αξιολόγησης σε συνάρτηση με τις διαταραχές του άγχους, ο Brewin (1988) αναφέρει ότι άτομα με διαταραχή πανικού, γενικευμένη αγχώδη διαταραχή και αγοραφοβία παρουσιάζουν φόβους που δεν είναι άμεσα συνδεδεμένοι με κάποια συγκεκριμένη κατάσταση: δηλαδή δεν υπάρχουν κάποια συγκεκριμένα ερεθίσματα που να προκαλούν άγχος και προσβολές πανικού. Οι φόβοι τους σχετίζονται με γενικότερες καταστάσεις, στις οποίες υπάρχει πιθανότητα άσκησης κριτικής από τους άλλους. Παρόλο που μπορεί να θεωρηθεί ότι τέτοιου είδους φόβοι είναι περισσότερο χαρακτηριστικοί της κοινωνικής φοβίας, έχει αποδειχθεί ότι δεν ισχύει αναγκαστικά κάτι τέτοιο. Οι Turner, McCanna και Beidel (1987) σε έρευνα τους χρησιμοποίησαν την κλίμακα Κοινωνικής Αποφυγής και Ανησυχίας (Social Avoidance and Distress Scale, SAD) και την κλίμακα του Φόβου της Αρνητικής Αξιολόγησης (Fear of Negative Evaluation Scale, FNE) σε μια μεγάλη ομάδα ασθενών με διαταραχές του άγχους. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι δεν υπήρχαν σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις διαφορετικές ομάδες.

Οι Sanderson, Di Nardo, Rapee και Barlow (1990) εξέτασαν επίσης το βαθμό της αλληλοσύνδεσης των χαρακτηριστικών γνωρισμάτων των διαταραχών του άγχους. Οι ασθενείς πληρούσαν τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-III-R¹⁰ για τη γενικευμένη αγχώδη διαταραχή, την απλή φοβία, την ψυχαναγκαστική καταναγκαστική νεύρωση και τη διαταραχή πανικού με αγοραφοβία. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η κοινωνική φοβία (μαζί με την απλή φοβία) ήταν μια επιπρόσθετη διάγνωση περίπου στο ένα τρίτο των συμμετεχόντων. Τα κύρια γνωρίσματα των διαταραχών του άγχους, όπως προσβολές πανικού, ενοχλητικές σκέψεις, κοινωνικοί φόβοι και υπέρμετρη ανησυχία, φάνηκαν επίσης να είναι κοινά στις περισσότερες από αυτές τις διαταραχές. Συνεπώς, αν οι κοινωνικοί φόβοι υπογραμμίζουν πολλές από τις διαταραχές του άγχους, τότε η γνωσιακή

¹⁰ *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Third Edition Revised, American Psychiatric Association (1987).

αντιμετώπισή τους μπορεί να αποτελέσει ένα σημαντικό και ουσιαστικό μέρος για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας τους.

Συμπληρωματικά, οι διαταραχές του άγχους χαρακτηρίζονται από την **αυτο-ομιλία** (self-talk). Οι Kendall & Ingram (1987) περιγράφουν την αυτο-ομιλία ως μια σειρά από αυτόματες ερωτήσεις που κυριαρχούν στον **εσωτερικό διάλογο** (internal dialogue) και συμβάλλουν στη διατήρηση της αβεβαιότητας. Οι ερωτήσεις λαμβάνουν χώρα με έναν πολύ γρήγορο ρυθμό, κατά τη διάρκεια του οποίου αποφεύγονται οι λογικές λύσεις, ενώ οι προσπάθειες να απαντηθούν οι ερωτήσεις συμβάλλουν στη διατήρηση της έντονης ανησυχίας του ατόμου. Έτσι, η συνύπαρξη του άγχους και του εσωτερικού διαλόγου έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση των θετικών σκέψεων, την αύξηση των αρνητικών ή και το συνδυασμό των δύο συνεπειών. Οι Kendall και Ingram (1987)¹¹ υποστηρίζουν ότι οι έρευνες στο μέλλον θα πρέπει να επιχειρήσουν να καθορίσουν το είδος των γνωσιακών λειτουργιών που είναι σημαντικές για την παραγωγή, τη διατήρηση και τη θεραπεία των διαταραχών του άγχους. Αναφορικά με το θέμα αυτό καταλήγουν:

Ο τρόπος με τον οποίο το περιεχόμενο και το «κρυφό» της αυτο-ομιλίας συμβάλλουν στις διαταραχές του άγχους αποτελεί ένα σημαντικό θέμα για μελλοντικές έρευνες. Παρόλο που οι μέχρι τώρα αποδείξεις υποστηρίζουν μια περιγραφική σχέση μεταξύ κάποιων σχημάτων, περιεχομένου και αυτο-ομιλίας στο άγχος, υπάρχουν λίγες εμπειρικές αποδείξεις οι οποίες υποδεικνύουν τους μηχανισμούς που μπορούν γνωσιακά να επηρεάσουν τις λειτουργίες του άγχους. Ακόμα απαιτούνται πρόσθετες ερευνητικές προσπάθειες οι οποίες θα εξετάσουν τη λειτουργία και σημασία των γνωσιακών προϊόντων του άγχους και εμπειρικά θα συσχετίσουν αυτές τις μεταβλητές με τις γνωσιακές, οργανικές ή/και συμπεριφοριστικές μεταβλητές που επισπεύδουν τις διαταραχές του άγχους (σελ. 99).

Οι Blackburn και Davidson (1990)¹², σε σχέση με τα γνωσιακά σχήματα, περιγράφουν δύο τύπους προσωπικότητας στο άγχος:

1. Τα σχήματα του **αυτόνομου** (autonomous) ατόμου είναι σχετικά με την ανάγκη του ατόμου να είναι μόνο, ανεξάρτητο, να επιδιώκει την επίτευξη των σκοπών του και των δικαιωμάτων του.
2. Τα σχήματα του **κοινωνικού** ή **κοινωνιότροπου** (sociotropic) ατόμου, είναι σχετικά με την ανάγκη του ατόμου για αγάπη, στοργή, φιλία και κοινωνική επιδοκιμασία.

Παρόλο που οι δύο παραπάνω τύποι προσωπικότητας (οι οποίοι βασίζονται μόνο σε κλινική εμπειρία) έχουν σαφώς διαφορετικά χαρακτηριστικά, υπάρχει πάντα η πιθανότητα να συνυπάρχουν ταυτόχρονα και να χαρακτηρίζουν το ίδιο άτομο με άγχος. Για παράδειγμα, σύμφωνα με τα διαγνωστικά κριτήρια για τη γενικευμένη αγχώδη διαταραχή, μπορεί να υπάρξει περίπτωση ατόμου με έντονη ανησυχία σχετικά με τις προσωπικές του επιτυχίες, αλλά και με έντονη ανάγκη για αγάπη, στοργή και κοινωνική επιδοκιμασία.

¹¹ Βλ. επίσης Kendall & Hollon (1989), Kendall, Howard & Hays (1989).

¹² Βλ. επίσης Beck, Epstein & Harrison (1983) και Clark & Beck (1989).

Οι Zane & Milt (1984)¹³ περιγράφουν τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των ατόμων με διαταραχή πανικού και πολλαπλές φοβίες μέσα από:

- την υποτίμηση της προσωπικής ικανότητας και της χαμηλής αυτοεκτίμησης,
- την τελειομανία,
- την προσπάθεια για ευχαρίστηση των άλλων και την ευαισθησία απέναντι στην κριτική των άλλων,
- τον φόβο για πιθανό εξευτελισμό σε κοινωνικές καταστάσεις, και
- την επικέντρωση της προσοχής με σκοπό την πρόβλεψη και αποφυγή μελλοντικών απειλών και κινδύνων.

Επίσης είναι πιθανό ότι άτομα με άγχος προσπαθούν να βελτιώσουν το κοινωνικό τους παρουσιαστικό (με την ευρεία έννοια) και συνεπώς να έχουν πολύ μεγάλες απαιτήσεις από τον εαυτό τους (Gurtman & Martin, 1990, Emery & Tracy, 1987).

Οι Turner και Beidel (1985), που εξέτασαν και αξιολόγησαν το βαθμό των οργανικών αντιδράσεων και των αρνητικών σκέψεων σε άτομα με κοινωνική φοβία, κατέληξαν στην περιγραφή δύο τύπων ομάδων οι οποίες είχαν τον ίδιο βαθμό αρνητικών σκέψεων, αλλά διέφεραν ως προς το βαθμό των οργανικών τους αντιδράσεων. Οι Shostak και Peterson (1990) με τη δική τους έρευνα έχουν επίσης υποστηρίξει ότι τα γνωσιακά σχήματα που έχουν σχέση με το άγχος καθορίζουν πρωταρχικά τον τρόπο με τον οποίο ένα άτομο γνωστοποιεί το άγχος του μετά από κάποια οργανική αντίδραση. Τα παραπάνω, σε συνδυασμό με το γεγονός ότι η κοινωνική φοβία συνδέεται κλινικά με τις υπόλοιπες διαταραχές του άγχους, αφήνουν περιθώρια για την παραδοχή της ύπαρξης ενός ευρύτερου συσχετισμού μεταξύ των οργανικών και γνωσιακών διαστάσεων του άγχους.

1.4. Η φύση της σκέψης

Οι Beck και Emery (1985) υποθέτουν ότι η συνεχής απασχόληση με τον κίνδυνο των ατόμων που υποφέρουν από άγχος οφείλεται στην *επίμονη, αθέλητη και αυθαίρετη είσοδο αυτόματων σκέψεων* (λεκτικού ή οπτικού τύπου) των οποίων το περιεχόμενο εμπεριέχει πιθανή οργανική ή πνευματική βλάβη. Η διαφορά μεταξύ των αυτόματων και των εκούσιων σκέψεων βρίσκεται στο βαθμό ελέγχου για την παρουσία τους, καθώς επίσης στο βαθμό στον οποίο ένα άτομο αντιλαμβάνεται την παρουσία τους. Έτσι, ένα άτομο χρειάζεται να εκπαιδευτεί για να μπορεί να είναι σε θέση να αναγνωρίζει αυτές τις σκέψεις και εικόνες (Clark & Beck, 1989). Κατά τη διάρκεια της παρουσίας τους, οι αυτόματες σκέψεις είναι δύσκολο να πάψουν να λαμβάνουν χώρα ή να διακοπούν εντελώς (Emery & Tracy, 1987). Είναι ακόμα πιθανό ότι η παρουσία τους οφείλεται σε μια αυτόματη αντίδραση, αντιπροσωπεύοντας τα *στιγμαία σχόλια* (δηλαδή τις πρώτες σκέψεις) για κάποια κατάσταση η οποία αντιμετωπίζεται εκείνη τη στιγμή (Beck, 1976; Blackburn & Davidson, 1990).

¹³ Στους Emery & Tracy (1987).

Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή και διαταραχή πανικού: γνωσιακές διαστάσεις

Τα ειδικά γνωσιακά μοντέλα της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής (ΓΑΔ) και διαταραχής πανικού (ΔΠ) δε διαφέρουν ουσιαστικά από τα γνωσιακά μοντέλα του άγχους που περιγράφονται στο πρώτο κεφάλαιο. Παρ' όλα αυτά, υπάρχουν ιδιαίτερα χαρακτηριστικά γνωρίσματα που διακρίνουν την καθεμιά από τις δύο αυτές διαταραχές. Το παρόν κεφάλαιο περιγράφει αυτά τα γνωρίσματα, τις ειδικές γνωσιακές δυσλειτουργίες και τα αρνητικά σχήματα που τις χαρακτηρίζουν, καθώς επίσης και τα διαγνωστικά κριτήρια αυτών των δύο διαταραχών σύμφωνα με τα DSM-III-R και DSM-IV^{14, 15}.

2.1. Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή

Από τη γνωσιακή οπτική σκοπιά, η ΓΑΔ σχετίζεται με τις έννοιες της ανησυχίας, της αυτοαπασχόλησης και της προκατάληψης της προσοχής (βλ. πρώτο κεφάλαιο). Είναι αλήθεια ότι οι γνωσιακές διαστάσεις της ΓΑΔ πολλές φορές κυριαρχούν στην κλινική εικόνα των ασθενών, οι οποίοι συχνά αναφέρονται στην ανησυχία τους για πράγματα που έχουν μικρές πιθανότητες να συμβούν.

2.1.1. Διαγνωστικά κριτήρια

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, κ.ά. (Reber, 1985). Το χαρακτηριστικό γνώρισμα της ΓΑΔ είναι ένα μη ρεαλιστικό ή υπερβολικό άγχος, το οποίο είναι διάχυτο, χρόνιο και όχι αποκλειστικά συνδεδεμένο με προσβολές πανικού (Reid & Wise, 1989). Στη ΓΑΔ εμφανίζονται συχνά ήπια συμπτώματα μελαγχολίας, ενώ οι δυσκολίες στον κοινωνικό και επαγγελματικό χώρο είναι και αυτές μικρές. Η ΓΑΔ εμφανίζεται συχνότερα στις γυναίκες (Barlow κσ., 1984, Weissman, 1990).

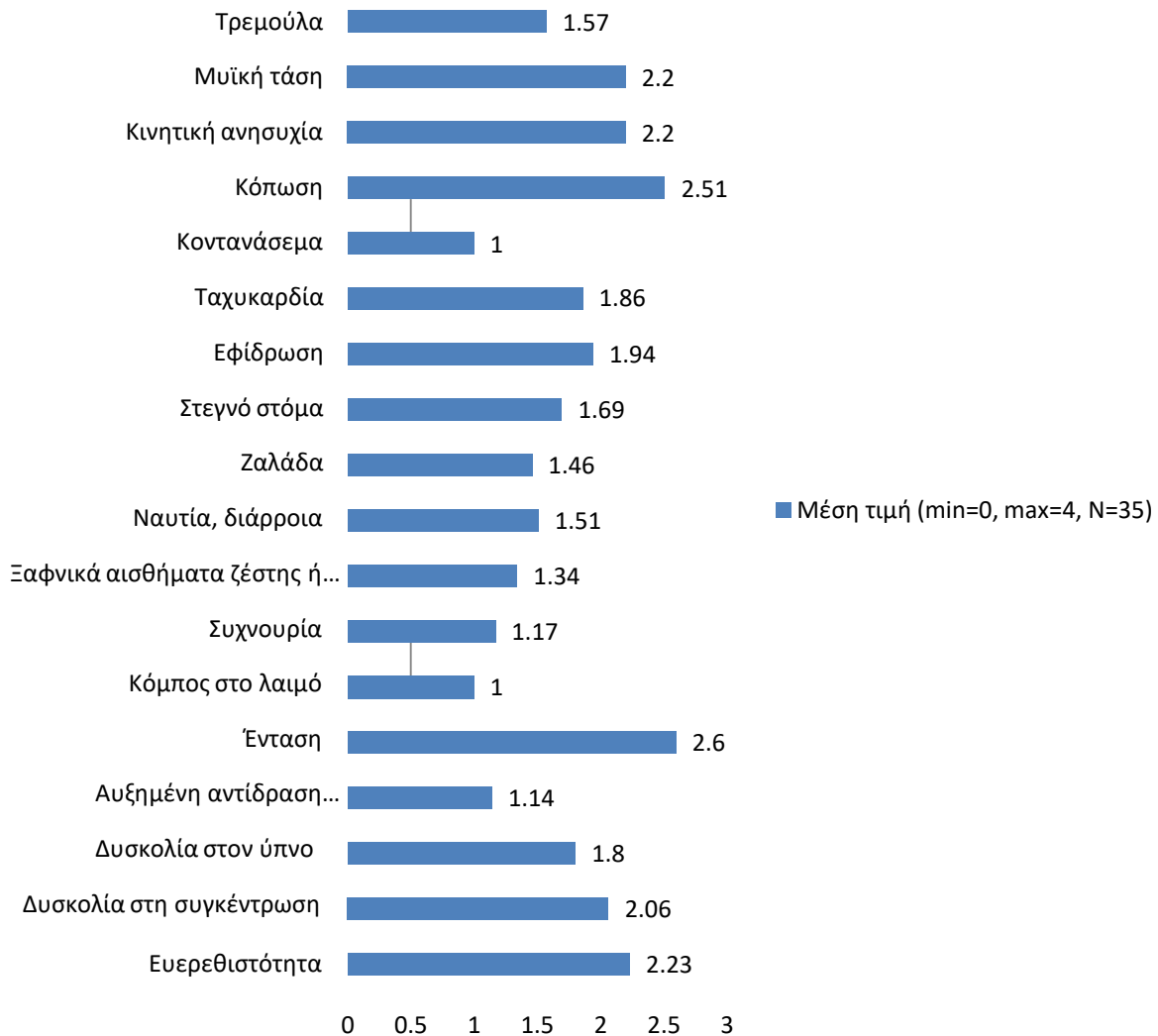
¹⁴ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, American Psychiatric Association (1994).

¹⁵ Η αναφορά στην παλαιότερη έκδοση του DSM γίνεται διότι οι περισσότερες δημοσιεύσεις που αναφέρονται σε αυτό το βιβλίο έχουν χρησιμοποιήσει τα κριτήρια του DSM-III-R. Βλ. επίσης Μάνος (1988).

- μυϊκή ένταση, μυϊκά άλγη ή μυϊκή ευαισθησία,
- κινητική ανησυχία,
- εύκολη κόπωση,
- κοντανάσεμα ή αίσθημα πλακώματος στο στήθος,
- αίσθημα παλμών ή επιτάχυνση του καρδιακού ρυθμού (ταχυκαρδία),
- εφίδρωση ή ψυχρές και υγρές παλάμες,
- στεγνό στόμα,
- ζαλάδα ή αίσθημα κενού στο κεφάλι,
- ναυτία, διάρροια ή άλλη επιγαστρική δυσφορία,
- ξαφνικά αισθήματα ζέστης ή ρίγη,
- συχνουρία,
- δυσκολία στην κατάποση ή «κόμπος στο λαιμό»,
- το άτομο νιώθει τεντωμένος(η) ή αισθάνεται σαν να κάθεται «σ' αναμμένα κάρβουνα»,
- αυξημένη αντίδραση ξαφνιάσματος,
- δυσκολία στη συγκέντρωση ή το μυαλό αδειάζει λόγω άγχους,
- δυσκολία να κοιμηθεί ή να παραμείνει κοιμισμένος(η),
- ευερεθιστότητα.

- εύκολη κόπωση,
- δυσκολία στη συγκέντρωση ή το μυαλό αδειάζει λόγω άγχους,
- ευερεθιστότητα,
- μυϊκή ένταση,
- αναστάτωση του ύπνου (δυσκολία να κοιμηθεί ή να παραμείνει κοιμισμένος(η), ή ανήσυχος μη

Συμπτώματα στη ΓΑΔ



Ένταση συμπτωμάτων στη ΓΑΔ. Πηγή: Καπρακογλου (1993)

2.1.2. Το γνωσιακό μοντέλο της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής

Είναι γενικά παραδεκτό ότι οι γνωσιακές πλευρές του άγχους αποτελούν τα κύρια χαρακτηριστικά της κλινικής εικόνας των ασθενών με ΓΑΔ, οι οποίοι αναφέρονται στην αυτοαπασχόληση και την ανησυχία τους για πράγματα που έχουν μικρές πιθανότητες να συμβούν (Taylor & Arnow, 1988). Η διαφορά της ΓΑΔ από άλλες διαταραχές άγχους βρίσκεται στο γεγονός ότι στην πρώτη το άγχος προκαλείται από ένα ευρύ φάσμα ερεθισμάτων και καταστάσεων της ζωής (Sanderson & Barlow, 1990). Σχετικές έρευνες έχουν δείξει ότι: (α) οι σκέψεις του ατόμου τείνουν να έχουν καταστροφικό, υπεργενικευμένο και απόλυτο χαρακτήρα

σε θέματα που αφορούν το παρελθόν ή/και το μέλλον· (β) οι προσωπικοί κανόνες είναι συχνά ακραίοι και άκαμπτοι· και (γ) τα κύρια θέματα ανησυχίας του ατόμου έχουν σχέση με την προσωπική αποτυχία, τελειότητα, κριτική, απόρριψη, αμηχανία και έλλειψη ελέγχου (Deffenbacher & Suinn, 1987).

Μέχρι τις μέρες μας, δεν έχει υπάρξει ένα συγκεκριμένο γνωσιακό μοντέλο ειδικά σχεδιασμένο για τη ΓΑΔ. Η σχετική βιβλιογραφία συνήθως παραπέμπει σε γενικότερα μοντέλα που περιγράφουν την αιτιολογία του άγχους και καθιστούν το αιτιολογικό μοντέλο της ΓΑΔ ως παράγωγο αυτών, με δύο ή τρεις εξαιρέσεις. Ο Barlow (1988) έχει δώσει ένα σύντομο ορισμό μέσα στον οποίο περιλαμβάνει τους πιο σημαντικούς συμπεριφοριστικούς και γνωσιακούς μηχανισμούς της ΓΑΔ:

Βασισμένες στη γνωστή μορφή των βιολογικών και ψυχολογικών ευπαθειών, οι νευροβιολογικές αντιδράσεις στο στρες παρουσιάζονται όταν προκύπτουν αρνητικές καταστάσεις στη ζωή του ατόμου. Όταν υπάρχει γενικευμένη αγχώδης διαταραχή, το κέντρο προσοχής εστιάζεται και παραμένει σε διάφορες καταστάσεις της ζωής, και εκδηλώνεται με μια εξαιρετική ευαισθησία απέναντι σε, κατά τα άλλα, σχετικά ασήμαντα γεγονότα. Οι αντιδράσεις σ' αυτά τα γεγονότα συνοδεύονται από αρνητικές συνέπειες: αυτές είναι η οργανική διέγερση που συνδέεται με τη νευροβιολογική αντίδραση και η εντύπωση ότι οι καταστάσεις εξελίσσονται με έναν ακαθόριστο και μη ελεγχόμενο από το άτομο τρόπο. Αυτό, στη συνέχεια, συνδέεται με μια δυσλειτουργική μεταφορά του κέντρου προσοχής από την απασχόληση εκείνης της στιγμής προς μια διάθεση αυτοκριτικής, η οποία καταλήγει στην αύξηση της αρχικής διέγερσης. Η αυξημένη εγρήγορση, σε συνδυασμό με τον περιορισμό της προσοχής στο κέντρο της ανησυχίας, μειώνει τις πιθανότητες και την ικανότητα του ατόμου να αντιμετωπίσει την πηγή της ανησυχίας. Αυτή η καθοδηγούμενη από τη διέγερση γνωσιακή λειτουργία συνεχίζει να στρέφεται σε έναν αρνητικά ανατροφοδοτούμενο κύκλο, μέχρις ότου το άτομο καταλήγει να ανησυχεί έντονα και υπερβολικά για το κέντρο της ανησυχίας καθώς και για την ανικανότητά του να την αντιμετωπίσει (ελέγξει). Σε ακραίες περιπτώσεις η προσοχή του ατόμου περιορίζεται σε τέτοιο βαθμό, που η συγκέντρωση σε εναλλακτικές ασχολίες να είναι δύσκολη ή αδύνατη. Κατά συνέπεια, η επίδοση (στην αρχική απασχόληση) μειώνεται σημαντικά (σελ. 579-580).

Τα παραπάνω, σε συνδυασμό με τις γενικές γνωσιακές αρχές του άγχους (που περιγράφονται στο πρώτο κεφάλαιο) είναι αρκετά για να περιγράψουν τους γνωσιακούς μηχανισμούς που παρουσιάζονται στη ΓΑΔ. Ωστόσο, το θέμα της «ανησυχίας», το οποίο είναι πρωταρχικό στη ΓΑΔ, χρειάζεται περαιτέρω ανάπτυξη (βλ. υποκεφάλαιο 2.1.3).

Τέλος, είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι οι Butler, Gelder, Hibbert, Cullington και Klimes (1987) υποστηρίζουν ότι η μορφή της **αποφυγής** στη ΓΑΔ είναι παρόμοια με αυτή που παρατηρείται στην κοινωνική φοβία. Ο Barlow (1988a) προτείνει ακόμα ότι η ΓΑΔ μπορεί να βρίσκεται πολύ κοντά σε εκείνες τις μορφές της κοινωνικής φοβίας στις οποίες ο πανικός δεν παίζει έναν αιτιολογικό ρόλο. Συμπληρωματικά, οι Sanderson και Barlow (1990) αναφέρουν ότι στους

ασθενείς με ΓΑΔ γίνεται συχνά και μια δεύτερη διάγνωση – συνήθως η διάγνωση της κοινωνικής φοβίας. Όπως προτάθηκε και στο πρώτο κεφάλαιο, τα παραπάνω παρέχουν και τα ανάλογα μηνύματα για τη θεραπεία της ΓΑΔ. Εφόσον υπάρχουν αυτά τα κοινά σημεία, ενδέχεται να έχει αποτέλεσμα ένας τρόπος παρέμβασης στον οποίο ο θεραπευτής επιδιώκει να αντιμετωπίσει συστηματικά τα γνωσιακά χαρακτηριστικά της κοινωνικής φοβίας (όπως ο φόβος της αρνητικής κριτικής) σε ασθενείς με ΓΑΔ.

2.1.3. Η φύση της ανησυχίας στη γενικευμένη αγχώδη διαταραχή.

Σύμφωνα με τα διαγνωστικά κριτήρια των DSM-III-R και DSM-IV, η ανησυχία (worry) αποτελεί ένα από τα κύρια χαρακτηριστικά (αν όχι το κυριότερο) της ΓΑΔ¹⁶. Πολλές έρευνες γύρω από τη φύση της ανησυχίας έχουν γίνει από τον Thomas Borkovec και τους συνεργάτες του, μετά από την αρχική τους παρατήρηση για τον συσχετισμό μεταξύ μη ελεγχόμενων ενοχλητικών σκέψεων και της αϋπνίας εξαιτίας ψυχολογικών λόγων (Barlow, 1990). Ένας από τους πρώτους ορισμούς της ανησυχίας είναι αυτός που διατυπώθηκε στην έρευνα του Borkovec και των συνεργατών του (1983):

Η ανησυχία ορίζεται ως μια αλυσίδα σκέψεων και εικόνων, η οποία είναι φορτωμένη από αρνητικές επιδράσεις και είναι σχετικά μη ελεγχόμενη. Η διαδικασία της ανησυχίας αντιπροσωπεύει μια προσπάθεια για την πνευματική επίλυση ενός προβλήματος του οποίου η επίπτωση είναι αβέβαιη, αλλά περικλείει την πιθανότητα να έχει περισσότερες από μια αρνητικές επιπτώσεις. Επομένως, η ανησυχία συγγενεύει με τη διαδικασία του φόβου (σελ. 10).

Μερικά από τα συμπεράσματα αυτής της έρευνας ήταν: (α) ότι η καθημερινή ανησυχία αναφέρεται σε (κοινωνικούς) φόβους, άγχος, κατάθλιψη και την έναρξη του ύπνου, (β) το περιεχόμενο της ανησυχίας είναι κυρίως συνδεδεμένο με μελλοντικά γεγονότα, και (γ) όσοι ανησυχούν δυσκολεύονται να σταματήσουν τη ροή των ανησυχητικών σκέψεων μετά το ξεκίνημά τους.

Πιο πρόσφατα, οι Pruzinsky & Borkovec (1990) μελέτησαν τα γνωσιακά χαρακτηριστικά και τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των ατόμων που ανησυχούν και κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι τα άτομα αυτά αισθάνονται αμήχανα, έχουν άγχος που σχετίζεται με το κοινωνικό περιβάλλον και ενοχλούνται από έμμονες ιδέες. Επίσης, τα άτομα αυτά μπορεί να χαρακτηρίζονται από μια μεγαλύτερη σε ένταση αρνητική γνωσιακή δραστηριότητα, που εμφανίζεται ως ένα γενικό χαρακτηριστικό και συμβάλλει στο συμπέρασμα ότι η ανησυχία προκαλεί και προκαλείται από το γενικότερο άγχος.

Στο γνωσιακό πάντα πλαίσιο, ο Mathews (1990) περιγράφει τρεις πιθανότητες για την εξήγηση αυτού του φαινομένου (παρόλο που ένας κατάλογος από τέτοιες πιθανότητες θα μπορούσε να είναι ατελείωτος). Τα άτομα, λοιπόν, με ΓΑΔ μπορεί: (1) να διαφέρουν ως προς την ευαισθησία τους απέναντι σε μηνύματα για πιθανούς κινδύνους, (2) να έχουν την τάση να συλλέγουν τις πιο

¹⁶ Βλ. Craske, Rapee, Jackel & Barlow (1989), Meyer κ.σ. (1990), Sanderson & Barlow (1990) και Brown, Antony & Barlow (1992).

αρνητικές ερμηνείες αυτών των μηνυμάτων, και (3) να διαφέρουν από άλλα άτομα ως προς τον τρόπο με τον οποίο καταγράφουν στη μνήμη πληροφορίες σχετικές με κινδύνους. Πρέπει να παρατηρηθεί ότι αυτές οι τρεις πιθανότητες έχουν ήδη αρχίσει να γίνονται αντικείμενο ερευνών που εξετάζουν την ύπαρξη της γνωσιακής προκατάληψης της προσοχής στη ΓΑΔ.

Κλινικές συγκρίσεις μεταξύ ατόμων με υψηλό και φυσιολογικό άγχος έχουν επίσης δείξει ότι αυτές οι δύο ομάδες δε διαφέρουν στο βαθμό της ανησυχίας τους για προβλήματα σχετικά με τον κόσμο γενικά, αλλά διαφέρουν όταν η ανησυχία έχει σχέση με προσωπικά προβλήματα. Αυτό δείχνει ότι η ανησυχία είναι πρωταρχικά συνδεδεμένη με απειλές που αφορούν τις προσωπικές και συναισθηματικές διαστάσεις των ατόμων, παρά γενικότερους ή εξειδικευμένους κινδύνους (Mathews 1990).

Η θεωρητική διάκριση μεταξύ των εννοιών της ανησυχίας και του άγχους δεν είναι αρκετά εύκολη. Στο οργανικό επίπεδο, η διαφορά φαίνεται να βρίσκεται στο βαθμό της διέγερσης, η οποία δείχνει να είναι μεγαλύτερη στην περίπτωση του άγχους απ' ό τι στην περίπτωση της ανησυχίας (Mathews 1990). Εξετάζοντας τη φαινομενολογία της ανησυχίας στο γνωσιακό επίπεδο, και το αν είναι πρωταρχικά μια λειτουργία της αντίληψης ή της φαντασίας, οι Borkovec & Inz (1990) αναφέρουν ότι το περιεχόμενο της ανησυχίας μπορεί να είναι «τύπου σκέψεων» και να αντιπροσωπεύει την αποφυγή επιπτώσεων ή αρνητικών συναισθηματικών εμπειριών. Η ανησυχία δηλαδή μπορεί να χρησιμοποιείται ως μια μέθοδος αποφυγής μελλοντικών καταστάσεων που ενδέχεται να προκαλέσουν άγχος.

Η παραπάνω υπόθεση έχει γίνει και αυτή αντικείμενο ερευνών τα τελευταία χρόνια. Το βασικό σκεπτικό που διατυπώνεται γι' αυτό είναι ότι το άτομο αισθάνεται πιο ασφαλές και πιο σίγουρο όταν μπορεί να προβλέψει και να αποτρέψει όλες τις πιθανές αρνητικές επιπτώσεις κάποιων μελλοντικών γεγονότων (Deffenbacher & Suinn, 1987, Gasperini, Battaglia, Diaferia & Bellodi, 1990, Vasey & Borkovec, 1992).

Τέλος, οι Gross και Eifert (1990) ερεύνησαν τη σχέση των κυρίαρχων αρνητικών σκέψεων στη ΓΑΔ, προκειμένου να καθορίσουν εάν τέτοιες σκέψεις συμβάλλουν στη διατήρησή της. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπήρχε διαφορά ανάμεσα στο πώς οι συμμετέχοντες στο πείραμα (φοιτητές πανεπιστημίου) αντιλαμβάνονταν την ανησυχία και στο πώς αντιλαμβάνονταν τις ενοχλητικές σκέψεις. Έτσι, οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι είναι πιθανό να υπάρχει ένας ενεργός μηχανισμός που ωθεί ένα άτομο να ανησυχεί (σε διάφορους βαθμούς), έτσι ώστε να αποφεύγει τις ενοχλητικές σκέψεις.

Τα αποτελέσματα από την ίδια έρευνα έδειξαν επίσης ότι τα άτομα με υψηλό γενικό άγχος είχαν την τάση να ανησυχούν περισσότερο για λιγότερο σημαντικά γεγονότα συγκριτικά με τα άτομα με διαταραχή πανικού. Έτσι, οι Gross και Eifert υποστηρίζουν το ενδεχόμενο ότι η ανησυχία για λιγότερο σημαντικά γεγονότα μπορεί να ξεχωρίζει τη ΓΑΔ από τις άλλες διαταραχές άγχους¹⁷.

¹⁷ Επίσης ένα άλλο χαρακτηριστικό γνώρισμα που προήλθε από τα ίδια αποτελέσματα ήταν το γεγονός ότι η ευαισθησία του άγχους (anxiety sensitivity) βρέθηκε να συμβάλλει στη δριμύτητα της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής και στη συχνότητα των προσβολών πανικού.

2.2. Διαταραχή Πανικού

Οι επιστημονικές έρευνες που πραγματοποιήθηκαν κατά το παρελθόν εξέτασαν τη φύση και τη θεραπεία της διαταραχής πανικού κυρίως μέσα σε ένα βιολογικό πλαίσιο. Σ' αυτό συντέλεσαν ιδίως οι έρευνες του Klein και των συναδέλφων του, οι οποίες έδειξαν μεταξύ άλλων τη διαφορά στην αποτελεσματικότητα της χρήσεως ιμιπραμίνης ανάμεσα στη θεραπεία του άγχους με και χωρίς προσβολές πανικού (Salkovskis, 1988). Σχετικά πρόσφατα, οι έρευνες έχουν μετατοπιστεί από τις οργανικές διαστάσεις και επιδιώκουν να ερμηνεύσουν τη διαταραχή πανικού μέσα από ένα γνωσιακό μοντέλο.

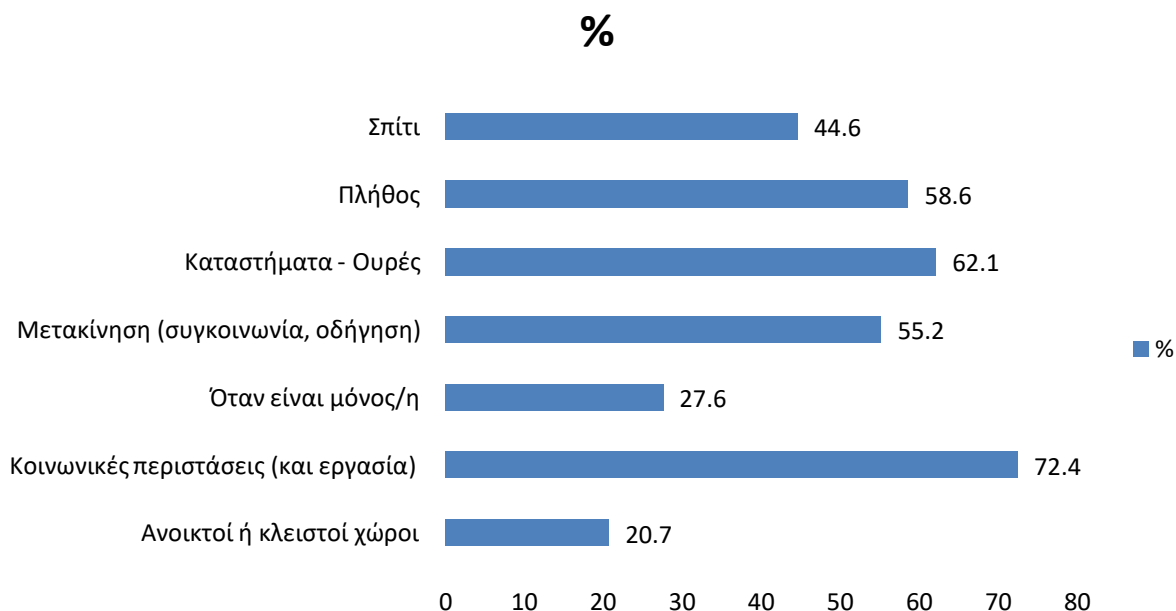
2.2.1. Διαγνωστικά κριτήρια

Η ΔΠ (με ή χωρίς αγοραφοβία) χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενες προσβολές πανικού, που είναι συνήθως απροσδόκητες και διαρκούν για λεπτά (σπανίως ξεπερνούν τη μία ώρα). Το άτομο με ΔΠ είναι συχνά ανήσυχο μεταξύ των προσβολών, καθώς έχει συνήθως το φόβο της πιθανής επανάληψης της προσβολής. Τα συμπτώματα της κατάθλιψης και της αγοραφοβίας είναι ιδιαίτερα συχνά, ενώ το άγχος του αποχωρισμού (separation anxiety), η ξαφνική αποκοπή της κοινωνικής υποστήριξης, ή η λήξη μιας προσωπικής σχέσης μπορεί να συνιστούν προδιαθετικούς παράγοντες (Reid & Wise, 1989).

- φόβος του ατόμου ότι θα πεθάνει,
- φόβος του ατόμου ότι θα τρελαθεί ή ότι θα κάνει κάτι ανεξέλεγκτο.

- εφίδρωση,
- τρεμούλα ή έντονος τρόμος,
- αισθήματα κοντανασέματος ή πλακώματος στο στήθος,
- αίσθημα πνιγμού,
- πόνος ή στεναχώρια στο στήθος,
- ναυτία ή επιγαστρικά δυσφορία,
- αίσθημα ζάλης, αστάθειας, κενού στο κεφάλι, ή λιποθυμίας,
- αποπραγματοποίηση (αισθήματα μη πραγματικότητας) ή αποπροσωποποίηση (αίσθηση

- φόβος για επερχόμενο θάνατο,
- παραισθήσεις (μουδιάσματα ή μυρμηγκιάσματα),
- ρίγη ή εξάψεις ζέστης.



Καταστάσεις στις οποίες εμφανίζονται κρίσεις πανικού. (N=29, πηγή Καπρακογλου (1993))

Σύμφωνα με το DSM-III-R, στην περίπτωση του πανικού με αγοραφοβία ισχύουν όλα τα παραπάνω κριτήρια και θα πρέπει να προσδιοριστεί η τρέχουσα βαρύτητα της αγοραφοβικής αποφυγής και των προσβολών πανικού (η βαρύτητα των προσβολών πρέπει να προσδιοριστεί και στην περίπτωση του πανικού χωρίς αγοραφοβία).

Η **αγοραφοβία**, σύμφωνα με το DSM-III-R, ορίζεται ως φόβος του ατόμου να βρίσκεται σε μέρη ή καταστάσεις από όπου η φυγή μπορεί να είναι δύσκολη (ή να προκαλεί αμηχανία), ή όπου μπορεί να μην υπάρχει δυνατότητα βοήθειας σε περίπτωση προσβολής πανικού (συμπεριλαμβανομένων περιπτώσεων στις οποίες η επίμονη συμπεριφορά αποφυγής ξεκίνησε κατά τη διάρκεια μιας ενεργούς φάσης διαταραχής πανικού, ακόμα και αν το άτομο δεν αποδίδει τη συμπεριφορά αποφυγής στο φόβο του να πάθει κάποια προσβολή πανικού). Ως αποτέλεσμα αυτού του φόβου το άτομο είτε περιορίζει τις μετακινήσεις και τα ταξίδια του, είτε χρειάζεται ένα συνοδό όταν βρίσκεται μακριά από το σπίτι, είτε αλλιώς υπομένει τις αγοραφοβικές καταστάσεις παρά το έντονο άγχος. Κοινές καταστάσεις στις οποίες μπορεί να εγκδηλωθεί η αγοραφοβία περιλαμβάνουν: το να είναι το άτομο έξω από το σπίτι μόνο του, να βρίσκεται μέσα στο πλήθος ή να στέκεται σε μια ουρά, να βρίσκεται πάνω σε μια γέφυρα, να ταξιδεύει μέσα σ' ένα λεωφορείο, τρένο ή αυτοκίνητο.

Η βαρύτητα της αγοραφοβικής αποφυγής μπορεί να ποικίλλει ως προς το βαθμό της:

Ήπια

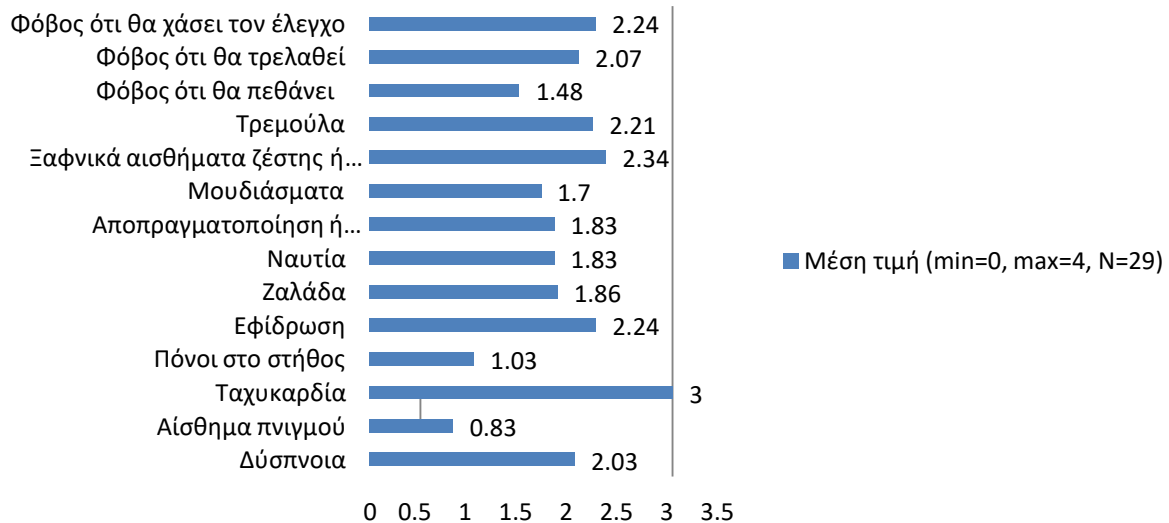
Υπάρχει κάποιου βαθμού αποφυγή (ή το άτομο υπομένει με δυσφορία), αλλά ο τρόπος ζωής είναι σχετικά φυσιολογικός για παράδειγμα, το άτομο μετακινείται χωρίς να συνοδεύεται όταν είναι απαραίτητο, όπως στην εργασία ή για ψώνια, αλλιώς αποφεύγει να ταξιδεύει μόνο του.

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.

Η βαρύτητα των προσβολών πανικού μπορεί να είναι:

Ήπια	Κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα, είτε όλες όσες εκδηλώθηκαν ήταν προσβολές με περιορισμένα συμπτώματα (δηλαδή χαρακτηρίζονταν από λιγότερο από τέσσερα συμπτώματα), είτε δεν εκδηλώθηκαν περισσότερες από μία προσβολή πανικού.
Μέτρια	Κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα, οι προσβολές είχαν ενδιάμεση βαρύτητα μεταξύ «ήπιας» και «βαριάς».
Βαριά	Κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα, εμφανίστηκαν τουλάχιστον οκτώ προσβολές πανικού.
Σε μερική ύφεση	Η κατάσταση ήταν ενδιάμεση μεταξύ της «πλήρους ύφεσης» και της «ήπιας».
Σε πλήρη ύφεση	Κατά τη διάρκεια των τελευταίων έξι μηνών, δεν υπήρξαν προσβολές πανικού ή ήταν προσβολές με περιορισμένα συμπτώματα.

Συμπτώματα κρίσεων πανικού



Τυπικά συμπτώματα κρίσεων πανικού. Πηγή: Καπρακογίου (1993)

2.2.2. Το γνωσιακό μοντέλο της διαταραχής πανικού

Η κεντρική θέση του γνωσιακού μοντέλου της ΔΠ υποστηρίζει την άποψη ότι η προσβολή πανικού είναι το αποτέλεσμα της καταστροφικής παρερμηνείας από το άτομο των φυσιολογικών οργανικών συμπτωμάτων. Οι Beck και Emery (1985) προτείνουν ότι οι προσβολές πανικού υποδηλώνουν ένα αίσθημα απόγνωσης, το οποίο είναι το αποτέλεσμα κάποιου εσωτερικού μηχανισμού που οδηγεί το άτομο να πιστέψει ότι βρίσκεται παγιδευμένο σε μια επικίνδυνη κατάσταση ή ότι έχει κατακλυστεί από μια εσωτερική διαταραχή. Ο φόβος για την ίδια την ευπάθεια συνδυάζεται με άλλες ψυχολογικές αντιδράσεις, έτσι ώστε να δημιουργήσει ένα φαύλο κύκλο (σελ. 109). Ο Beck (1988) παρουσιάζει τις βασικές θέσεις του γνωσιακού μοντέλου του πανικού στα εξής:

1. Τα άτομα με τάσεις πανικού είναι ιδιαίτερα ευαίσθητα σε εσωτερικά αισθήματα (σωματικά ή νοητικά), που δε φαίνονται να είναι φυσιολογικά.
2. Τα άτομα αυτά έχουν την τάση να επαγρυπνούν, αναζητώντας την εμφάνιση αυτών των αισθημάτων, και συγκεντρώνουν την προσοχή τους σε αυτά εάν δεν μπορούν να βρουν μια μη παθολογική ερμηνεία, ή εάν μπορούν να τα ερμηνεύσουν ως εκδήλωση κάποιας επικείμενης βιολογικής (θάνατος), πνευματικής (παραφροσύνη ή απώλεια των αισθήσεων), ή συμπεριφοριστικής (απώλεια του ελέγχου) καταστροφής.
3. Η επικέντρωση της προσοχής στα αισθήματα που οδηγούν στη γένεση του πανικού είναι ακούσια και ενισχύει την ιδέα του ασθενούς για

κάποιον επικείμενο κίνδυνο, γεγονός το οποίο οδηγεί στην αυξημένη ενεργοποίηση του αυτόνομου νευρικού συστήματος.

4. Με την αλληλεπίδραση των καταστροφικών παρερμηνειών των αισθημάτων δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος που αυξάνει την ένταση των συμπτωμάτων άγχους.
5. Το επόμενο στάδιο, που είναι σημαντικό για την εξέλιξη του πανικού, σε αντίθεση με το οξύ άγχος, είναι η έλλειψη ικανότητας του ασθενή να εκτιμήσει τα συμπτώματα ρεαλιστικά, γεγονός το οποίο σχετίζεται με την προσήλωση στα συμπτώματα. Σε αυτό το σημείο ο ασθενής είναι πάρα πολύ φοβισμένος (σελ. 93-94).

Ο Clark (1990) προτείνει ότι, παρόλο που η ταχυκαρδία, η μείωση της αναπνοής και η ζαλάδα είναι τυπικά αισθήματα που συνδέονται με κανονικές αντιδράσεις στο άγχος, στην περίπτωση της ΔΠ τα παραπάνω ερμηνεύονται ως ενδείξεις κάποιας επικείμενης φυσικής ή πνευματικής καταστροφής. Στο γνωσιακό μοντέλο του Clark¹⁸ (1986, 1988, 1989, 1990) προτείνονται μια σειρά από γεγονότα τα οποία λαμβάνουν χώρα κατά τη διάρκεια μιας προσβολής πανικού: ένα ερέθισμα (trigger stimulus), εσωτερικό ή εξωτερικό, μπορεί να γίνει αντιληπτό ως απειλή. Ως αποτέλεσμα, επικρατεί μια κατάσταση ανησυχίας, που συνοδεύεται από ένα ευρύ φάσμα σωματικών αισθημάτων (body sensations), τα οποία μπορεί να ερμηνευθούν ως καταστροφικά. Αυτή η παρερμηνεία οδηγεί στην περαιτέρω αύξηση της ανησυχίας, κ.ο.κ.

Ο Clark υποστηρίζει ότι το μοντέλο αυτό μπορεί να ερμηνεύσει τόσο τις προσβολές που ακολουθούν μια περίοδο αυξημένου άγχους, όσο και αυτές που μοιάζουν να εκδηλώνονται «εν αιθρία» (ξαφνικές). Η **πρόβλεψη** μιας επερχόμενης προσβολής (ένα σημαντικό γνωσιακό γνώρισμα που συνδέεται με τις προσβολές πανικού) από τα άτομα που έχουν βιώσει μια προσβολή στο παρελθόν διαδραματίζει ξεχωριστό ρόλο ανάμεσα στα διάφορα είδη των προσβολών. Εάν δεν υπάρχει προηγούμενη εμπειρία, τότε το ερέθισμα για την προσβολή φαίνεται να είναι η παρερμηνεία των σωματικών αισθημάτων. Όταν ο ασθενής δεν μπορεί να ξεχωρίσει ανάμεσα στα ερεθίσματα και την προσβολή που ακολουθεί, τότε η προσβολή εκλαμβάνεται ως ξαφνική. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι το ποσοστό ασθενών που αντιλαμβάνονται τις προσβολές πανικού ως αιφνίδιες φτάνει το 86,2% (Kalpakoglou, 1993).

Το **ψυχοφυσιολογικό μοντέλο** των Margraf, Ehlers και Roth (1986)¹⁹ συνδυάζει τις οργανικές, γνωσιακές και συναισθηματικές αντιδράσεις του ασθενή. Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, οι προσβολές πανικού είναι ποσοτικά και όχι ποιοτικά διαφορετικές από το είδος του άγχους που υπάρχει σε άλλες διαταραχές. Η διαφορά αυτή προκύπτει από έναν αριθμό διαστάσεων όπως **εσωτερικά-εξωτερικά** ερεθίσματα, **σωματική-ψυχική** και **ξαφνική-σταδιακή** συμπτωματολογία, και από διαφορές στο φόβο των συνεπειών (**πρόσφατα-χρόνια** αρνητικά γεγονότα). Σύμφωνα με το ψυχοφυσιολογικό μοντέλο, οι προσβολές πανικού δεν είναι ξαφνικές, δηλαδή άσχετες από κάποια ερεθίσματα, αλλά συνιστούν το αποτέλεσμα ενός θετικού κύκλου ανατροφοδότησης, που

¹⁸ Το μοντέλο έχει υποστηριχθεί και από τους Rachman & Levitt (1988), Rachman, Levitt & Lopatka (1988), Rachman, Lopatka & Levitt (1988), Rapee, Ancis & Barlow (1988), Holt & Andrews (1989), Dyck (1990), Warren, Zgourides & Englert (1990), Salkovskis (1991).

¹⁹ Βλ. επίσης Ehlers κ.σ. (1988a), Margraf & Ehlers (1989).

αποτελείται από σωματικά αισθήματα ή γνωσιακά γεγονότα, και της αντίδρασης του ασθενή σε αυτά. Τα βασικά σημεία του μοντέλου συνοψίζουν οι Margraf και Ehlers (1989) ως εξής:

1. **Εσωτερικά ερεθίσματα για το θετικό κύκλο ανατροφοδότησης.** Συμπτώματα ή συγκεκριμένα γνωσιακά γεγονότα συνήθως προηγούνται της αρχής του φόβου στις προσβολές πανικού. Οι ασθενείς έχουν περισσότερες πιθανότητες να βιώσουν οργανικά συμπτώματα, στα οποία αντιδρούν με άγχος και οργανική διέγερση.
2. **Συσχέτιση εσωτερικών ερεθισμάτων με τον κίνδυνο.** Οι ασθενείς τείνουν να συσχετίζουν συγκεκριμένα σωματικά και γνωσιακά ερεθίσματα με επικείμενους κινδύνους.
3. **Περιστασιακοί παράγοντες και ατομικές προδιαθέσεις.** Η εμφάνιση προσβολών πανικού εξαρτάται σημαντικά και από περιστασιακούς παράγοντες.
4. **Ομοιότητα των προσβολών πανικού με άλλα είδη άγχους.** Οι προσβολές πανικού και διάφορα άλλα είδη άγχους είναι ποιοτικά όμοια, παρόλο που υπάρχει ένας αριθμός ποσοτικών διαφορών (σελ. 209).

Εξετάζοντας τη φύση και το περιεχόμενο των σκέψεων στις προσβολές πανικού και συγκρίνοντας τις με τις σκέψεις κατά τη διάρκεια άγχους χωρίς προσβολές πανικού (στην ίδια ομάδα ασθενών), ο Argyle (1988) κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι σκέψεις κατά τη διάρκεια μιας προσβολής έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να σχετίζονται σε μια προσωπική καταστροφή, πνευματική ή οργανική, απ' ό,τι κατά τη σταδιακή αύξηση του άγχους. Ο Argyle κατέληξε, επίσης, στο συμπέρασμα ότι η φύση των σκέψεων σχετίζεται με την αρνητική παρερμηνεία εσωτερικών ερεθισμάτων. Το μοντέλο του Argyle υποστηρίζει τα δύο παραπάνω μοντέλα (ουσιαστικά βασίζεται σε αυτά), αλλά προχωρεί ένα βήμα παραπέρα κάνοντας το συσχετισμό μεταξύ οργανικών και γνωσιακών συμπτωμάτων, φοβικών καταστάσεων και διαφορετικών θεραπευτικών μεθόδων:

Διαφορετικές θεραπείες ενεργούν πάνω σε διαφορετικά μέρη αυτού του συσχετισμού, αλλά προσφέρουν και μια γνωσιακή ερμηνεία της διαταραχής του άγχους η οποία μπορεί να αποδυναμώσει τη λειτουργία της καταστροφικής παρερμηνείας. Η καθαρά γνωσιακή θεραπεία μπορεί να αντιμετωπίσει αυτή τη λειτουργία της παρερμηνείας (σελ. 264).

Ο Barlow (1988)²⁰ παρουσίασε ένα **ψυχοβιολογικό μοντέλο** για τη ΔΠ, σύμφωνα με το οποίο στρεσογόνες καταστάσεις μπορούν να ενεργοποιήσουν την αλληλεπίδραση βιολογικών και ψυχολογικών ευαισθησιών, η οποία παράγει την προσβολή πανικού. Οι βιολογικές ευαισθησίες αναφέρονται στην τάση των ανθρώπων να αντιδρούν (νευροβιολογικά) υπερβολικά στο στρες των αρνητικών περιστάσεων ή κάποιων «λανθασμένων συναγερμών» (false alarms). Υποστηρίζεται ότι αυτή η τάση μπορεί να εξαρτάται από γενετικούς παράγοντες. Όταν λοιπόν

²⁰ Βλ. επίσης Barlow & Craske (1988), και Barlow (1990).

συμβαίνει κάτι τέτοιο, εγκαθίσταται ένας συσχετισμός μεταξύ λανθασμένων συναγερμών και ερεθισμάτων. Μετά από αυτό το στάδιο, το άτομο αναπτύσσει μια αγχώδη διέγερση για τις αρνητικές περιστάσεις, η οποία συνιστά την ψυχολογική του ευαισθησία. Το άγχος αναπτύσσεται τόσο στην περίπτωση εσωτερικών συμπτωμάτων, όσο και μπροστά στο φόβο ότι διάφορες καταστάσεις μπορούν να συνεχίσουν να συμβαίνουν ανεξέλεγκτα.

Οι McNally, Riemann και Kim (1990)²¹ αναφέρουν ότι η ΔΠ μπορεί επίσης να χαρακτηρίζεται από μια προκατάληψη της προσοχής στην επεξεργασία απειλητικών πληροφοριών (βλέπε πρώτο κεφάλαιο). Οι συμμετέχοντες στο πείραμα τους²² έδειξαν να επηρεάζονται από λέξεις που είχαν σχέση με φόβο, καταστροφές και σωματικές αισθήσεις. Σε παρόμοια συμπεράσματα καταλήγουν και ο Ehlers και οι συνεργάτες του (1988). Αυτοί διεξήγαγαν δύο πειράματα, στα οποία το πρώτο περιλάμβανε λέξεις που είχαν σχέση με οργανική βλάβη (π.χ. ασθένεια), χωρισμό (π.χ. μόνος) κι αμηχανία (π.χ. βλάκας), ενώ στο δεύτερο πείραμα παρουσιάζονταν λέξεις που είχαν σχέση με φυσική απειλή (π.χ. θάνατος) ή ήταν ουδέτερες (π.χ. κουτί). Σε ακόλουθη παρόμοια έρευνα, ο McNally και οι συνεργάτες του (1992) αναφέρουν κι αυτοί ότι οι ασθενείς με πανικό δείχνουν να επηρεάζονται περισσότερο από λέξεις σχετικές με καταστροφές παρά από άλλες «θετικές» λέξεις. Όπως με το άγχος γενικότερα, παρόλο που αυτά τα πειράματα υποστήριξαν την ύπαρξη της προκατάληψης της προσοχής, τα αποτελέσματα δεν υποστήριξαν την ιδέα για ανάλογη προκατάληψη της μνήμης^{23, 24}.

2.2.3. Γνωσιακό μοντέλο και υπεραερισμός

Ένας σχετικά μεγάλος αριθμός ερευνών που εξέτασαν τη φύση των προσβολών πανικού μέσα από ένα βιολογικό μοντέλο έχουν δώσει έμφαση στο φαινόμενο του **υπεραερισμού** (hyperventilation) και της συμβολής του στην πρόκληση των προσβολών αυτών²⁵. Συνοπτικά, ο υπεραερισμός ορίζεται ως αναπνοή πέρα από τις ανάγκες του μεταβολισμού (Salkovskis 1988). Οι συνέπειες του υπεραερισμού είναι η αύξηση της έντασης συμπτωμάτων όπως ζαλάδα, ταχυκαρδία, επιγαστρία δυσφορία, ανεξέλεγκτες σκέψεις, τρέμουλο, παραισθήσεις, κ.λπ. (Beck & Emery, 1985).

Εντούτοις, οι απόψεις των επιστημόνων τείνουν τελευταία να αμφισβητούν αυτή την άποψη. Ο Salkovskis (1988), εξετάζοντας τη σχετική βιβλιογραφία και έχοντας πραγματοποιήσει πειράματα στον τομέα αυτόν, κατέληξε σε δύο συμπεράσματα: (1) ότι ο υπεραερισμός δεν είναι ούτε απαραίτητος ούτε αρκετός για τη δημιουργία της προσβολής πανικού, αλλά φαίνεται να παίζει ένα σημαντικό ρόλο σε ένα μέρος της προσβολής και (2) ότι ο υπεραερισμός δεν είναι

²¹ Βλ. επίσης McNally (1990), Beck, J.G.κ.σ. (1992).

²² Μια παραλλαγή του Stroop test, που πρώτο χρησιμοποιήθηκε από τον J.R. Stroop το 1935. Στην αρχική του μορφή, το τεστ αποτελούνταν από σειρές ονομασιών χρωμάτων (μπλε, κόκκινο, πράσινο), τυπωμένες σε διαφορετικά χρώματα. Τα περισσότερα υποκείμενα δυσκολεύονταν να προσέξουν το χρώμα της μελάνης μόνο, όταν έπρεπε να ονομάσουν το χρώμα αυτό, εμποδιζόμενοι από την αυτόματη τάση τους να διαβάζουν τις λέξεις.

²³ Βλ. επίσης Beck, J.G.κ.σ. (1992).

²⁴ Η ιδέα έχει μερικώς υποστηριχθεί από τους Cloitre & Liebowitz (1991).

²⁵ Βλ. Ley (1985, 1987), Salkovskis (1988), Rapee & Barlow (1988), De Ruiter κ.σ. (1989), Holt & Andrews (1989a), Craske & Barlow (1990), Van Den Hout κ.σ. (1990).

απαραίτητα η αιτία για ορισμένα από τα οργανικά συμπτώματα του πανικού, αλλά μπορεί να συμβάλλει ως ένας σημαντικός μηχανισμός στη δημιουργία κάποιων οργανικών συμπτωμάτων, η αντίδραση στα οποία συντελεί στην περαιτέρω εξέλιξη της προσβολής.

Τα παραπάνω σημαίνουν ότι υπάρχει μεγάλη πιθανότητα αυτά τα δυσάρεστα οργανικά συμπτώματα του υπεραερισμού να ερμηνευθούν με αρνητικό και καταστροφικό τρόπο, συμβάλλοντας έτσι, σε μεγάλη έκταση, στη δημιουργία της προσβολής πανικού (Clark, 1988). Οι Holt και Andrews (1989a) εξέτασαν την τάση για υπεραερισμό σε άτομα με ΔΠ, κοινωνική φοβία, ΓΑΔ και σε άτομα χωρίς ψυχοπαθολογικά συμπτώματα. Τα αποτελέσματα έδειξαν μεγάλη συσχέτιση μεταξύ των συμπτωμάτων του υπεραερισμού και του άγχους: όσο μεγαλύτερο ή εντονότερο είναι το άγχος ενός ατόμου, τόσο μεγαλύτερη είναι και η τάση του για υπεραερισμό.

Ένα πολύ ενδιαφέρον πείραμα διεξήχθη από τους Salkovskis και Clark (1990) με μη κλινικούς συμμετέχοντες (φοιτητές πανεπιστημίου). Σε δύο ομάδες συμμετεχόντων δόθηκαν δύο είδη οδηγιών πριν από μια άσκηση υπεραερισμού. Στις οδηγίες της πρώτης ομάδας οι συνέπειες της άσκησης χαρακτηρίζονταν ως «θετικές»:

Οι περισσότεροι άνθρωποι, όταν κάνουν αυτή την άσκηση, έχουν κάποια αισθήματα. Αυτά συνήθως είναι ξηρό στόμα, βούισμα στ' αυτιά, κάποια αίσθηση τεντωμένης επιδερμίδας κι ένα αίσθημα ευεξίας.

Στην δεύτερη ομάδα οι συνέπειες από την άσκηση χαρακτηρίζονταν ως «αρνητικές»:

Σε έναν αριθμό ατόμων εμφανίζονται άλλα αισθήματα όπως ζαλάδα και τρεμούλα. Ορισμένοι, βιώνοντας τα, μπορεί να λιποθυμήσουν κατά τη διάρκεια της άσκησης.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι δύο ομάδες βίωσαν τον υπεραερισμό με διαφορετικό τρόπο. Στην πρώτη ομάδα η εμπειρία ήταν ευχάριστη, ενώ στη δεύτερη δυσάρεστη. Έτσι, υποστηρίζεται η σημασία που έχει η ερμηνεία των συμπτωμάτων που σχετίζονται με τον υπεραερισμό, δηλαδή των ενδιάμεσων γνωσιακών λειτουργιών μεταξύ υπεραερισμού και πανικού.

2.2.4. Γνωσιακό μοντέλο και φόβος του φόβου

Ο **φόβος του φόβου** (fear-of-fear) είναι ένα χαρακτηριστικό γνώρισμα των διαταραχών του άγχους, ιδιαίτερα εκείνων που συνοδεύονται από αγοραραφοβία και πανικό. Ο φόβος του φόβου έχει εξεταστεί από πολλούς ερευνητές τα τελευταία χρόνια²⁶. Οι Goldstein και Chambless (1978) προτείνουν ότι ο φόβος του φόβου μπορεί να είναι βασισμένος σε μια παβλοβιανού τύπου **εξάρτηση** (ή **μάθηση**):

Ο πανικός είναι μια τρομακτική εμπειρία, η οποία, όταν συνταιριάζεται με

²⁶ Βλ. Goldstein & Chambless (1978), Chambless, Caputo, Bright & Gallagher (1984), Adler, Craske, Kirshenbaum & Barlow (1989), Chambless & Gracely (1989), McFadyen (1989), Donell & McNally (1990), McNally (1990), Clum & Knowles (1991).

χαμηλό επίπεδο αυτοπεποίθησης, ενισχύει την πεποίθηση ενός αγοραφοβικού ατόμου ότι κάποιος πρέπει να το προσέχει. Αυτό δίνει το έναυσμα για την έναρξη ενός ανατροφοδοτικού κύκλου ηττοπάθειας στον οποίο οι προσβολές αυξάνουν τα αισθήματα της εξάρτησης και της απόγνωσης, τα οποία με τη σειρά τους αυξάνουν την περίπτωση προσήλωσης σ' αυτή τη σύγκρουση, με αποτέλεσμα να εμφανίζονται περισσότερες προσβολές. ... Έχοντας βιώσει περισσότερες προσβολές, τα άτομα βρίσκονται σε επαγρύπνηση και ερμηνεύουν τα αισθήματα κάποιου ήπιου ή μέτριου άγχους ως σημάδια επικείμενων προσβολών, αντιδρώντας με τέτοιο τρόπο που η προσβολή δεν μπορεί να αποφευχθεί (σελ. 54, 55).

Η υπόθεση του φόβου του φόβου έχει γίνει αντικείμενο μεγάλης κριτικής. Σε πειραματικό επίπεδο, ο Ley (1987) υποστηρίζει ότι αυτή η υπόθεση: (α) δεν μπορεί να εξεταστεί, εφόσον ο φόβος αυξάνεται από τις οργανικές συνέπειες του ίδιου του φόβου· (β) δεν μπορεί να ερμηνεύσει την έναρξη της προσβολής ή την παραγωγή της σε πειράματα· και (γ) δεν μπορεί να εξηγήσει τη λήξη της προσβολής.

Ο Clark (1988) υποστηρίζει ότι, εκτός από λίγες ομοιότητες, υπάρχουν δύο σημαντικές διαφορές μεταξύ του μοντέλου του φόβου του φόβου και του γνωσιακού μοντέλου. Πρώτον, το πρώτο μοντέλο υποστηρίζει ότι οι ασθενείς μπορεί να έχουν μια προσβολή όταν αντιληφθούν συμπτώματα άγχους, ενώ το δεύτερο μοντέλο υποστηρίζει ότι η προσβολή παρουσιάζεται όταν αυτά τα συμπτώματα ερμηνεύονται με καταστροφικό τρόπο (η επίγνωση για τη φύση της προσβολής μπορεί να αποτρέψει κάτι τέτοιο). Δεύτερον, το μοντέλο του φόβου του φόβου υποστηρίζει ότι η προσβολή είναι το αποτέλεσμα μιας αντίδρασης που υποκινείται από το άγχος, ενώ το γνωσιακό μοντέλο υποστηρίζει ότι τα σωματικά συμπτώματα μπορεί να οφείλονται και σε άλλα γεγονότα, πέρα από το άγχος²⁷. Αξίζει ακόμα να σημειωθεί ότι υπάρχουν περιπτώσεις ασθενών που αναφέρουν την εμπειρία προσβολών χωρίς έντονο φόβο. Αυτή η κατάσταση χαρακτηρίζεται ως μη φοβική διαταραχή πανικού (non-fearful panic disorder)²⁸.

2.3. Η σχέση μεταξύ των δύο διαταραχών

Το αν η ΓΑΔ και η ΔΠ είναι ποιοτικά διαφορετικές, ή αν η μία διαταραχή είναι η συνέχεια της άλλης - δηλαδή αν ο πανικός είναι ένας υπερβολικός τύπος γενικού άγχους - είναι ένα ερώτημα που έχει απασχολήσει πολλούς ερευνητές. Οι Hoehn-Saric και McLeod (1988) περιγράφουν κλινικό άγχος (όπως ορίστηκε στο πρώτο κεφάλαιο) είτε ως παροδικό είτε ως χρόνια. Όταν είναι χρόνια, εκδηλώνεται ή ως ΔΠ, δηλαδή με συχνούς παροξυσμούς του άγχους, ή ως ΓΑΔ, κατά τη διάρκεια της οποίας το άγχος είναι παρόν σε περίπου συνεχή βάση. Οι Rosenhan και Seligman (1989) ακόμα πιο απλά δηλώνουν ότι οι προσβολές πανικού είναι εμπειρίες έντονου άγχους, ενώ η ΓΑΔ είναι η εμπειρία του χρόνιου άγχους. Επίσης, τα αποτελέσματα από τα πειράματα του Donald Klein, ξεκινώντας από το 1959, υποστηρίζουν την υπόθεση ότι ο πανικός και το χρόνια

²⁷ Βλ. επίσης Teasdale (1988), Van Den Hout (1988).

²⁸ Βλ. Kushner & Beitman (1990).

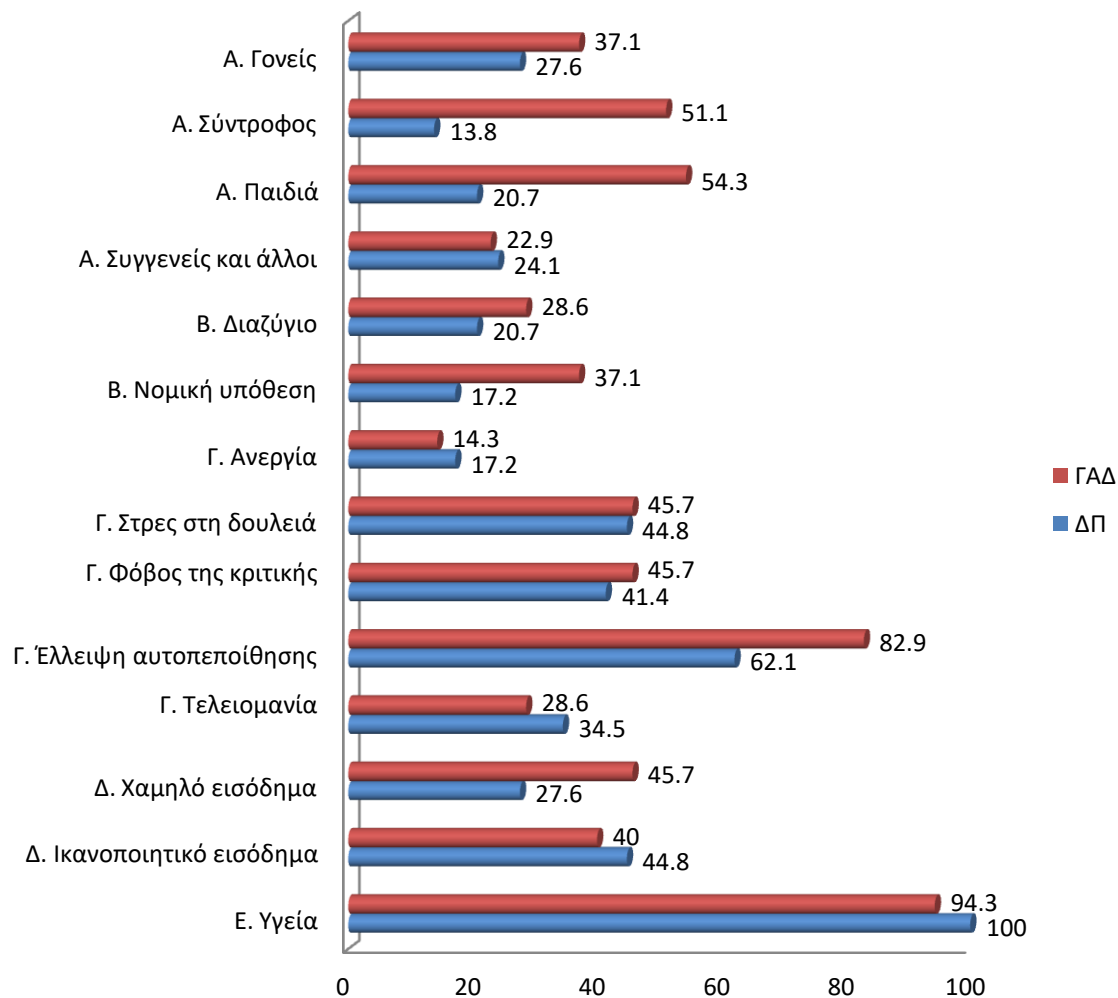
άγχος μπορούν να διαχωριστούν πάνω σε μια βιολογική βάση, εφόσον οι ασθενείς με αυτά τα συμπτώματα αντιδρούν διαφορετικά στη θεραπεία με ιμιπραμίνη²⁹.

Οι Anderson, Noyes και Crowe (1984)³⁰ μελέτησαν τις διαφορές που υπάρχουν μεταξύ μελών των ίδιων οικογενειών με ΔΠ και ΓΑΔ σε σχέση με τα συμπτώματα, την ηλικία και τον τρόπο της έναρξής τους. Τα αποτελέσματα της έρευνάς τους έδειξαν ότι υπάρχουν διαφορές μεταξύ των δύο διαταραχών. Οι ασθενείς με ΓΑΔ είχαν λιγότερα συμπτώματα του ΑΝΣ και μια πρωτύτερη και σταδιακή έναρξη. Αυτές οι διαφορές όμως δεν ήταν στατιστικά σημαντικές, οπότε και δεν αποκλείστηκε η περίπτωση να οφείλονται στο διαφορετικό αριθμό συμμετεχόντων στην κάθε ομάδα (48 με ΔΠ, ενώ μόλις 18 με ΓΑΔ). Παρόμοια αποτελέσματα έχουν αναφερθεί και από τον Raper (1985), ενώ άλλες έρευνες δε διαπίστωσαν διαφορές μεταξύ των δύο διαταραχών σε θέματα όπως η προσωπικότητα, τα κοινωνικά χαρακτηριστικά, ή το ιστορικό της παιδικής ηλικίας (Hoehn-Saric, 1982, Anderson κ.σ., 1984, Gasperini κ.σ., 1990).

Οι Nisita και οι συνεργάτες του (1990) αναφέρουν διαφορές μεταξύ των δύο διαταραχών σε ό,τι αφορά την ηλικία της έναρξης και το μεσοδιάστημα από την έναρξη των συμπτωμάτων μέχρι τη διάγνωση του ειδικού. Επίσης, οι ασθενείς με ΓΑΔ συνήθως αναφέρουν περισσότερες περιστάσεις, εργασιακά προβλήματα, προσωπικές απώλειες και ψυχοκοινωνικό στρες για να ερμηνεύσουν τα συμπτώματα τους. Προτείνουν μάλιστα ότι η ΓΑΔ μπορεί να είναι ξεχωριστή διαταραχή σε σχέση με χαρακτηριστικά γνωρίσματα όπως ο πονοκέφαλος, η ένταση και η αϋπνία, τα οποία μπορούν να κυμαίνονται με το χρόνο και να γίνονται ο πρόδρομος για τη ΔΠ, την κατάθλιψη και τις άλλες διαταραχές του άγχους.

²⁹ Βλ. Klein (1980, 1987), Pitts & McClure (1967), Kelly κ.σ. (1971), Liebowitz, κ.σ. (1984).

³⁰ Βλ. Επίσης Crowe (1990).



Περιοχές ανησυχίας σε ασθενείς με ΓΑΔ και ΔΠ. Κατηγορίες: Α. Οικογενειακές σχέσεις, Β. Νομικά θέματα, Γ. Επάγγελμα, Δ. Οικονομικά, Ε. Υγεία. Πηγή: Καπρακογιου (1993)

Σε ό,τι αφορά τη συγγένεια πρώτου βαθμού, ο Crowe και οι συνεργάτες του (1983) αναφέρουν μια υψηλότερη σχέση νοσηρότητας μεταξύ συγγενών με ΔΠ. Ο Weissman (1990) προτείνει ότι η ΓΑΔ και η ΔΠ είναι δύο ξεχωριστές διαταραχές για να υποστηρίξει την άποψή του, στηρίζεται σε επιδημιολογικά και οικογενειακά στοιχεία, καθώς και σε στοιχεία που αφορούν δίδυμα αδέρφια. Σύμφωνα με αυτή την έρευνα, η ΓΑΔ έχει μεγάλο ποσοστό εμφάνισης (2,5% με 8%) το οποίο είναι σημαντικά υψηλότερο στις γυναίκες, ενώ η ΔΠ παρουσιάζει χαμηλό ποσοστό εμφάνισης (1%) το οποίο δε διαφέρει ανάμεσα στα δύο φύλα. Οι δύο διαταραχές έχουν διαφορετικές οικογενειακές αλληλεπιδράσεις, ενώ η ΔΠ είναι συχνότερη στους μονοζυγώτες διδύμους απ' ότι στους διζυγώτες. Παρ' όλα αυτά, ο Weissman υποστηρίζει την άποψη ότι οι δύο διαταραχές συμπλέκονται και ότι η ΓΑΔ μπορεί να εξελιχθεί σε ΔΠ.

Το τελευταίο θέμα έχει εξεταστεί σε μεγάλο βαθμό, αλλά το αν η ΔΠ επιταχύνεται από μακροχρόνιες περιόδους άγχους αποτελεί ένα ερώτημα που κατά βάση παραμένει αναπάντητο.

Τα αποτελέσματα μιας σειράς ερευνών υποστηρίζουν αυτή την άποψη³¹, ενώ άλλες έρευνες υποστηρίζουν το αντίθετο, ότι δηλαδή η ΓΑΔ εξελίσσεται μετά από την εμπειρία της πρώτης προσβολής πανικού (Uhde κ.σ., 1985). Ο Barlow (1988) υποστηρίζει ότι ενώ η ΓΑΔ σχετίζεται ενδεχομένως με τις αρχικές προσβολές πανικού, η κατάσταση του ασθενούς αργότερα μπορεί να μην εξελιχθεί σε διαταραχή πανικού και, παρ' όλες τις προσβολές, η ΓΑΔ να παραμείνει το πρωτεύον πρόβλημα. Επίσης, οι Cassano, Perugi και Musetti (1990) αναφέρουν ένα επίπεδο αλληλοσυμπλοκής 63.2% μεταξύ των δύο διαταραχών σε ένα σύνολο 302 εξωτερικών ασθενών της ΔΠ, ενώ οι Barlow και οι συνεργάτες του (1985) είχαν προηγουμένως αναφέρει ένα υψηλότερο ποσοστό 83%.

Η υποστήριξη για το βιολογικό διαχωρισμό των δύο διαταραχών αντλείται από αποτελέσματα που δείχνουν ότι η πρόπτωση της μιτροειδούς εμφανίζεται συχνότερα σε ασθενείς με ΔΠ, απ' ό,τι με ΓΑΔ ή ασθενείς χωρίς ιδιαίτερο άγχος, παρόλο που οι ασθενείς με πρόπτωση σπάνια εμφανίζουν ΔΠ (Hoehn-Saric & McLeod, 1988). Οι ασθενείς με τις δύο διαταραχές εμφανίζουν διαφορετικές αντιδράσεις στον υπεραερισμό και έχουν διαφορετικούς σφυγμούς στις κανονικές περιόδους (χρόνοι ηρεμίας), ενώ οι ασθενείς με ΔΠ έχουν την τάση να ανασαίνουν γρηγορότερα στις κανονικές περιόδους (Rapee, 1986). Ο Anastasiades και οι συνεργάτες του (1990) αναφέρουν ότι οι ασθενείς με ΔΠ παρουσιάζουν μεγαλύτερη αυξομείωση του σφυγμού τους κατά τη διάρκεια της ημέρας, με αποτέλεσμα να επηρεάζεται ο τρόπος που αντιλαμβάνονται τα σωματικά τους συμπτώματα. Τέλος, οι Rapee και Barlow (1988) θεωρούν ότι τα σωματικά συμπτώματα που βιώνουν οι ασθενείς με ΔΠ είναι διαφορετικά από αυτά που υπάρχουν σε άλλες διαταραχές του άγχους (π.χ. η δύσπνοια και οι παραισθήσεις).

Στο γνωσιακό επίπεδο, προτείνεται ότι η ΔΠ και η ΓΑΔ διαφέρουν ως προς το βαθμό των καταστροφικών και δραματικών παρερμηνειών των σωματικών αισθημάτων. Μετά από περιόδους υπερβολικού άγχους, οι ασθενείς με ΓΑΔ αναφέρουν θέματα κοινωνικής αμηχανίας, προσωπικής και γενικής ασφάλειας, ανικανότητα αντιμετώπισης των προβλημάτων, απώλεια ελέγχου, αρρώστιες και θάνατο, ενώ οι ασθενείς με ΔΠ αναφέρονται κυρίως στα τελευταία τρία³². Ακόμα, οι Barlow και οι συνεργάτες του (1984) αναφέρουν ότι στα ψυχομετρικά τεστ οι ασθενείς με ΔΠ και ΓΑΔ διαφέρουν στις βαθμολογίες των συμπτωματολογικών μετρήσεων αλλά όχι και σ' εκείνες των γνωσιακών μετρήσεων. Αποτελέσματα ερευνών που προκύπτουν από σχετικές μετρήσεις έχουν υποστηρίξει ότι οι ασθενείς με ΔΠ τείνουν να παρουσιάζουν εντονότερα συμπτώματα άγχους από ό,τι οι ασθενείς με ΓΑΔ³³. Παρ' όλα αυτά, άλλες έρευνες δεν υποστηρίζουν την ίδια άποψη. Αντιθέτως, μάλιστα, υποστηρίζεται ότι οι ασθενείς με ΓΑΔ μπορεί να παρουσιάζουν μεγαλύτερο αριθμό αγχωτικών συμπτωμάτων σε σύγκριση με τους ασθενείς με ΔΠ³⁴.

Τέλος, παρόλο που η ανησυχία αποτελεί το κυρίαρχο γνώρισμα στη ΓΑΔ, οι Turner, Biedel και Jacob (1988) πρότειναν έναν τρόπο με τον οποίο η χρόνια ανησυχία μπορεί να συμβάλλει στο ξεκίνημα μιας προσβολής πανικού:

³¹ Βλ. Cloninger, Martin, Clayton & Guze (1981), Hoehn-Saric & McLeod (1988), Hibbert (1984).

³² Βλ. Hibbert (1984), Rapee (1987), Sokol κ.σ. (1989), Gelder (1990).

³³ Βλ. Butler, Gelder κ.σ. (1987), Klum κ.σ. (1990).

³⁴ Βλ. Barlow & Craske (1988), Cameron κ.σ. (1986).

Η ανησυχία θα μπορούσε να είναι ένας κοινός ψυχολογικός δρόμος για την έναρξη μιας προσβολής πανικού από ερεθίσματα από πολλαπλές πηγές. Για παράδειγμα, η χρόνια ανησυχία θα μπορούσε να δημιουργήσει μια κατάσταση αυξημένης διέγερσης τέτοια, ώστε ο οργανισμός να είναι περισσότερο πιθανό να καταπονείται από μια ποικιλία πηγών. Η ανησυχία μπορεί να υποκινεί σωματικά συνθήματα που δίνουν προφανώς το έναυσμα για την έναρξη αυθόρμητων προσβολών πανικού. Το γεγονός ότι η ανησυχία διαδραματίζει ένα τέτοιο σημαντικό ρόλο στη φαινομενολογία όλων των διαταραχών του άγχους είναι ικανό να δικαιολογήσει προσπάθειες σχεδιασμένες να προσδιορίσουν και να διευκρινίσουν τον πιθανό ρόλο της στη ΔΠ (σελ. 45).

Έτσι, παρόλο που η ΓΑΔ και η ΔΠ έχουν έναν αριθμό από χαρακτηριστικά με βάση τα οποία μπορούν να διαχωριστούν ως δύο διαφορετικές διαταραχές (π.χ. δριμύτητα της συμπτωματολογίας, ανταπόκριση στη φαρμακοθεραπεία, βιολογική προδιάθεση, κ.λπ.), μπορούν επίσης να οριστούν από έναν αριθμό κοινών χαρακτηριστικών, όπως οι βαθύτερες γνωσιακές δυσλειτουργίες, η ανησυχία και άλλα αλληλοεπικαλυπτόμενα γνωρίσματα.

Απ' όλα τα παραπάνω, μπορεί να διεξαχθεί το συμπέρασμα ότι οι ερευνητικές μελέτες που εξετάζουν τη ΓΑΔ και τη ΔΠ μέσα από ένα γνωσιακό πρίσμα οδηγούνται προς τη διευκρίνιση και τον καθορισμό των γνωσιακών λειτουργιών που ενεργοποιούνται σ' αυτές τις δύο διαταραχές. Παρ' όλα αυτά, τα αποτελέσματα αυτών των ερευνών δεν είναι ακόμα καταληκτικά και οι συνέπειές τους για τη θεραπεία αυτών των δύο διαταραχών έχουν μέχρι τώρα εξεταστεί μόνον εν μέρει. Για να είμαστε σε θέση να διαμορφώσουμε επιτυχημένες γνωσιακές θεραπείες, όλες οι παραπάνω ιδέες χρειάζονται περαιτέρω εξέταση, όπως άλλωστε προτείνουν και οι Kendall & Ingram (1987). Από θεραπευτική άποψη, οι δύο διαταραχές έχουν αλληλοεπικαλυπτόμενα και ξεχωριστά γνωρίσματα, τόσο στο βιολογικό όσο και στο γνωσιακό επίπεδο. Αυτό τις καθιστά κατά κάποιον τρόπο ένα «ιδανικό ζευγάρι» για κλινικές μελέτες που θα εξέταζαν την αποτελεσματικότητα ενός θεραπευτικού προγράμματος. Μια τέτοια μελέτη θα ανεδείκνυε τα ισχυρά σημεία του προγράμματος στην αντιμετώπιση γενικών και ειδικών θεμάτων που σχετίζονται με τις δύο διαταραχές, ενώ παράλληλα θα εξέταζε περαιτέρω τις ομοιότητες και τις διαφορές τους.

Γνωσιακή-συμπεριφοριστική Θεραπεία

Ως **γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία** μπορεί να οριστεί το σύνολο των θεραπευτικών τεχνικών οι οποίες χρησιμοποιούνται με στόχο την τροποποίηση της συμπεριφοράς και των εσωτερικών διεργασιών του ατόμου (σκέψεις-γνωσίες, εκτιμήσεις, συναισθήματα, κ.λπ.), τα οποία ευθύνονται ή επηρεάζουν τη συμπεριφορά της οποίας την αλλαγή επιδιώκουμε.

Η γνωσιακή-συμπεριφοριστική προσέγγιση για τη θεραπεία των διαταραχών του άγχους άρχισε να παρουσιάζει μεγάλο ενδιαφέρον μετά τη μεγάλη επιτυχία που σημείωσε η εφαρμογή της στη θεραπεία της κατάθλιψης. Η επιτυχία αυτή οδήγησε στο σχεδιασμό γνωσιακών τεχνικών για αυτές τις διαταραχές και, παρόλο που υπάρχει ένας αρκετά μικρότερος αριθμός κλινικών ερευνών για την περίπτωση του άγχους, τα μέχρι τώρα αποτελέσματα είναι απόλυτα ενθαρρυντικά (Beck, 1991). Γενικότερα, ωστόσο, κυριαρχεί το αίσθημα ότι οι περισσότερες από αυτές τις έρευνες έχουν δώσει μεγαλύτερη έμφαση στην εύρεση κάποιου γνωσιακού μοντέλου για τις διαταραχές του άγχους, ενώ υπάρχει σχετική έλλειψη καλών κλινικών πειραμάτων που θα εξέταζαν τα μοντέλα αυτά σε μια θεραπευτική βάση³⁵.

Τα σημαντικότερα γνωσιακά μέρη του άγχους και ιδιαίτερα της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής και της διαταραχής πανικού παρουσιάστηκαν στο πρώτο και δεύτερο κεφάλαιο. Αυτό το κεφάλαιο θα περιγράψει τα κυριότερα μέρη των μοντέλων της γνωσιακής-συμπεριφοριστικής θεραπείας και της εφαρμογής τους σε ατομική και ομαδική βάση.

3.1. Γνωσιακά-συμπεριφοριστικά θεραπευτικά μοντέλα: σύντομη αναφορά

Οι Newell και Dryden (1991) περιγράφουν τις βασικές θέσεις όλων των γνωσιακών προσεγγίσεων με έναν απλό τρόπο:

³⁵ Βλ. Heimberg (1989), Barlow (1990), Blackburn & Davidson (1990), Gelder (1990), Van der Ploeg (1990), Barlow, Rapee & Brown (1992), Eysenck (1992).

Σύμφωνα με τους Freeman και τους συνεργάτες του (1990), οι γνωσιακές-συμπεριφοριστικές τεχνικές έχουν τους ακόλουθους στόχους:

1. **Να ενημερώσουν τους ασθενείς σχετικά με τη φύση της ασθένειάς τους.** Αυτό είναι ένα σημαντικό μέρος της θεραπείας, αφού πολλοί ασθενείς πιστεύουν ότι τα προβλήματά τους είναι μοναδικά ή ακατανόητα.
2. **Να διδάξουν στους ασθενείς ορισμένες τεχνικές που θα τους βοηθήσουν να ξαναβρούν την αυτοπεποίθησή τους,** ώστε να είναι σε θέση να αντιμετωπίζουν καταστάσεις άγχους πιο αποτελεσματικά³⁶ (λόγου χάρη, τεχνικές διεκδίκησης και λύσης προβλημάτων). Επίσης, επιδιώκουν να βοηθήσουν τους ασθενείς να κατακτήσουν μεγαλύτερα επίπεδα χαλάρωσης με σκοπό όχι μόνο να μειώνουν την ένταση των σχετικών συμπτωμάτων, αλλά και να είναι σε θέση να αναγνωρίζουν τα συμπτώματα αυτά στα αρχικά τους στάδια. Σ' αυτές τις τεχνικές συμπεριλαμβάνονται και οι τεχνικές απόσπασης της προσοχής και εκτίμησης των σκέψεων, οι οποίες μπορεί να είναι αποτελεσματικές στις περιπτώσεις μεγάλου άγχους ή πανικού.
3. **Να βοηθήσουν τους ασθενείς να είναι σε θέση να αναγνωρίζουν και να προκαλούν αυτόματες τις αρνητικές τους σκέψεις,** τις γνωσιακές παραποιήσεις και τα δυσλειτουργικά τους πιστεύω.
4. **Ανάλογα με τη φύση του προβλήματος, συνδυάζονται γνωσιακές και συμπεριφοριστικές τεχνικές,** έτσι ώστε να μεγιστοποιείται η ικανότητα του ασθενή να αντιμετωπίζει αγχωτικές καταστάσεις και να αποτρέπει την επανεμφάνιση υπερβολικού άγχους.

³⁶ Βλ. Brammer (1990), Heppner (1990), Larson (1990), Strohmmer & Blustein (1990).

Οι τρεις πιο διαδεδομένες γνωσιακές προσεγγίσεις είναι η λογικο-θυμική θεραπεία του Ellis, η γνωσιακή θεραπεία του Beck και οι ασκήσεις αυτοκαθοδήγησης του Meichenbaum. Στο κεφάλαιο αυτό θα αναπτυχθούν συνοπτικά τα κυριότερα σημεία αυτών των προσεγγίσεων³⁷.

3.1.1. Λογικο-θυμική θεραπεία του Ellis

Το βασικό χαρακτηριστικό αυτής της προσέγγισης αφορά στην έμμεση σχέση ανάμεσα σε κάποιο γεγονός ή κατάσταση (ερέθισμα) και στα σχετικά αισθήματα και συμπεριφορές που εμφανίζονται (συνέπειες). Το μοντέλο υποστηρίζει ότι αυτή η σχέση είναι έμμεση, διότι ένα ερέθισμα ενεργοποιεί πρώτα τα δυσλειτουργικά γνωσιακά πιστεύω ενός ατόμου και κατόπιν γίνονται αντιληπτές οι συνέπειες αυτής της ενεργοποίησης, τόσο στο συμπεριφοριστικό όσο και στο γνωσιακό επίπεδο (Ellis, 1962, 1979). Με άλλα λόγια, η γνωσιακή επεξεργασία ενός ερεθίσματος από ένα άτομο είναι αυτή που διαμορφώνει τον τρόπο με τον οποίο το άτομο αντιμετωπίζει τελικά το ερέθισμα.

Το ίδιο μοντέλο επεκτείνεται, για να συμπεριλάβει και τή θεραπευτική του διάσταση. Ο σκοπός της θεραπείας είναι η πρόκληση των δυσλειτουργικών πιστεύω και η αντικατάστασή τους με άλλα, περισσότερο λειτουργικά (ρεαλιστικά). Αν αυτή η πρόκληση είναι επιτυχής, τότε επέρχεται μια βελτίωση όχι μόνο στο συναισθηματικό, αλλά και στο συμπεριφοριστικό και γνωσιακό επίπεδο. Σε αυτή τη διαδικασία ο ασθενής και ο θεραπευτής παίζουν πρωτεύοντα ρόλο (Ellis & Bernard, 1985, Ellis, 1989, Florsheim κ.σ., 1991).

Σύμφωνα με τους Ellis και Yeager (1989)³⁸, το μοντέλο αυτό δίνει μεγάλη έμφαση στην έμφυτη ικανότητα του ανθρώπου να προσαρμόζεται στις ανάγκες της πραγματικότητας, αναθεωρώντας τη σκέψη του και τον προσανατολισμό της ζωής του γενικότερα. Οι στόχοι συγκεντρώνονται: (α) στην προσπάθεια του θεραπευτή να βοηθήσει τον ασθενή να αναδομήσει τα αρνητικά, δυσλειτουργικά του πιστεύω που έχουν σχέση με τα συναισθηματικά και συμπεριφοριστικά του προβλήματα και (β) στην εκπαίδευση του ασθενούς στις βασικές αρχές της γνωσιακής θεωρίας: ο ασθενής δηλαδή μαθαίνει ότι τα συναισθηματικά και συμπεριφοριστικά του προβλήματα σχετίζονται άμεσα με μια σειρά αρνητικών σκέψεων και δεν οφείλονται αποκλειστικά στην επίδραση εξωτερικών ερεθισμάτων.

Στις τεχνικές της λογικο-θυμικής θεραπείας περιλαμβάνονται η αυτοπαρατήρηση, η άμεση πρόκληση από το θεραπευτή των μη ρεαλιστικών πεποιθήσεων του ασθενή, η «γνωσιακή πρόβα» περισσότερο ρεαλιστικών πεποιθήσεων, η συμπεριφοριστική εξέταση της εγκυρότητας των παράλογων δοξασιών και η αξιολόγηση μιας πιο ρεαλιστικής σκέψης μέσα από πρακτική άσκηση και με εργασίες-ασκήσεις για το σπίτι (Newell & Dryden, 1991). Επιπλέον, χρησιμοποιούνται μέθοδοι όπως τεχνικές εικόνων, ασκήσεις για αισθήματα ντροπής, η άνευ όρων αποδοχή των άλλων ανθρώπων, καθώς και η χρήση της αυτο-ομιλίας και του αυτο-διαλόγου. Στο συμπεριφοριστικό επίπεδο, η λογικο-θυμική θεραπεία περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα μεθόδων, όπως η ενθάρρυνση, η διεκδικητική συμπεριφορά και η εκπαίδευση σε δεξιότητες (Bernard &

³⁷ Βλ. επίσης Yost κ.σ. (1986), Taylor & Arnow (1988), DiGiuseppe κ.σ. (1990), Kent (1991).

³⁸ Βλ. επίσης Rorer (1989, 1989a).

DiGiuseppe, 1989). Με τη χρήση όλων αυτών των μεθόδων, ο θεραπευτής προσπαθεί να βοηθήσει τον ασθενή να αλλάξει τις παράλογες πεποιθήσεις και τα αρνητικά του πιστεύω, έτσι ώστε ο ασθενής να επιθυμεί μόνο αυτά που πιστεύει ότι πραγματικά χρειάζεται, να μην υπερεκτιμά ή να μην υποτιμά τα πράγματα, και να καταλαβαίνει ότι η αξία του ως ανθρώπου είναι ανεξάρτητη από τις ενέργειες και τα επιτεύγματά του (Ellis & Yeager, 1989).

Συμπληρωματικά, η λογικο-θυμική θεραπεία προσπαθεί να δώσει δύο ειδών λύσεις στα προβλήματα των ασθενών. Εν πρώτοις, προσπαθεί να δώσει **πρακτικές λύσεις**, οι οποίες διδάσκουν στους ασθενείς ορισμένες ικανότητες και στρατηγικές ώστε να μπορούν να αντιμετωπίζουν και να τροποποιούν κάποια από τα αρνητικά ερεθίσματα στη ζωή τους (για παράδειγμα, επίλυση προβλημάτων, αντιμετώπιση απρόοπτων καταστάσεων, επιλογή αποφάσεων και τεχνικές επικοινωνίας). Το δεύτερο είδος είναι οι **συναισθηματικές λύσεις**, οι οποίες βοηθούν τους ασθενείς να αναπτύξουν μια πιο ρεαλιστική στάση, ούτως ώστε τα αρνητικά τους συναισθήματα να μην παρεμποδίζουν τη λειτουργία των παραπάνω ικανοτήτων τους, ή να τους κάνουν να μην αισθάνονται άσχημα μπροστά σε κάποιες πιθανές αποτυχίες κατά τη διάρκεια της εφαρμογής τους (Ellis κσ 1988).

3.1.2. Ασκήσεις αυτοκαθοδήγησης του Meichenbaum

Στο μεγαλύτερο μέρος της, η προσέγγιση αυτή προέκυψε από τη λογικο-θυμική θεραπεία. Ωστόσο, οι δύο προσεγγίσεις έχουν δύο σημαντικές διαφορές. Η πρώτη διαφορά σχετίζεται με την έμφαση που δίδεται στα διαφορετικά μέρη της θεραπείας: η λογικο-θυμική θεραπεία δίνει έμφαση στον τρόπο σκέψης, ενώ οι ασκήσεις αυτοκαθοδήγησης δίνουν ιδιαίτερο βάρος στην παραγωγή εναλλακτών λύσεων (Last, 1987). Η δεύτερη διαφορά μεταξύ των δύο θεραπειών βρίσκεται στο ρόλο που διαδραματίζει ο θεραπευτής. Αναφορικά με αυτό οι Yost κ.σ. γράφουν (1986):

Ο Ellis υποστηρίζει ότι ο θεραπευτής είναι ο αντιπροπαγανδιστής, ενώ ο Meichenbaum διατυπώνει την άποψη ότι ο θεραπευτής πρέπει να αναλαμβάνει το ρόλο του υπερασπιστή και του δασκάλου. Μέσα από την επακόλουθη διαδικασία, η οποία δεν έχει το χαρακτήρα της αντιπαράθεσης που έχει η διαδικασία του Ellis, ο Meichenbaum υποστηρίζει ότι οι ασθενείς πρέπει να εκπαιδευτούν ώστε να αναλάβουν το ρόλο του εξωτερικού παρατηρητή της δικής τους συμπεριφοράς, για να ορίσουν τη συστηματική αυτοκαθοδήγηση στις τεχνικές αντιμετώπισης. Οι ασθενείς γίνονται αντιπροπαγανδιστές του εαυτού τους. Ο θεραπευτής ενθαρρύνει τους ασθενείς να παρατηρούν τη διαδικασία της συμπεριφοράς τους και να ορίζουν την αυτοκαθοδήγηση και τον αυτοπροσανατολισμό (σελ. 9).

Ο στόχος της συγκεκριμένης θεραπείας είναι να εξοπλίσει τους ασθενείς με γνωσιακές τεχνικές και να τους εφοδιάσει με ένα βασικό τρόπο επίλυσης προβλημάτων. Αυτά τα εφόδια θα βοηθήσουν τους ασθενείς να αντιδρούν αποτελεσματικά σε στρεσογόνες καταστάσεις (Meichenbaum, 1985). Οι έξι φάσεις της θεραπείας είναι σχεδιασμένες έτσι ώστε να βοηθήσουν τον ασθενή:

- Να αξιολογεί τις ανάγκες μιας κατάστασης και να σχεδιάζει ανάλογα για μελλοντικά ερεθίσματα.
- Να ελέγχει τις αρνητικές, ηττοπαθείς και στρεσογόνες σκέψεις, εικόνες και αισθήματα.
- Να αναγνωρίζει, να χρησιμοποιεί και να επανεκτιμά τη διέγερση που αισθάνεται.
- Να αντιμετωπίζει τα έντονα δυσλειτουργικά συναισθήματα που πιθανόν να αισθάνεται.
- Να προετοιμάζεται ψυχολογικά για την αντιμετώπιση στρεσογόνων καταστάσεων
- Να αξιολογεί κάθε προσπάθεια του και να επιδοκιμάζει τον εαυτό του για το γεγονός ότι προσπάθησε να αντιμετωπίσει την κατάσταση (σελ. 70).

Τα μηνύματα αυτοκαθοδήγησης που χρησιμοποιούνται στις ασκήσεις οφείλουν να ανταποκρίνονται στις ειδικές ανάγκες του κάθε ασθενή, ο οποίος ενθαρρύνεται να τα χρησιμοποιήσει με τον πιο προσωπικό τρόπο. Αυτά τα μηνύματα είναι συνήθως πιο αποτελεσματικά όταν δεν είναι πολύ γενικά, σχετίζονται με την ικανότητα και τον έλεγχο, και αναφέρονται περισσότερο στο παρόν παρά στις πιθανές αρνητικές συνέπειες κάποιων καταστάσεων. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι η θεραπεία δεν προάγει απλώς τη δύναμη της θετικής σκέψης στη χρήση αυτών των μηνυμάτων· η βασική και πιο αξιόλογη προσφορά της βρίσκεται στη βοήθεια που δίδεται στον ασθενή ώστε αυτός να εφαρμόζει περισσότερο λειτουργικές αντιδράσεις (Meichenbaum, 1985).

3.1.3. Γνωσιακή θεραπεία του Beck

Όπως και με τις δύο πρώτες προσεγγίσεις, η γνωσιακή θεραπεία υποστηρίζει ότι οι δυσλειτουργικοί τρόποι σκέψης μπορούν να οδηγήσουν σε διαταραχές, τόσο του συναισθήματος όσο και της συμπεριφοριστικής. Η θεραπεία επικεντρώνει την προσοχή της στην ανακάλυψη των αυτόματων αρνητικών σκέψεων, την αναγνώριση των πιθανών συνεπειών και στην προσπάθεια αντικατάστασης αυτών των σκέψεων με άλλες, περισσότερο λειτουργικές (ρεαλιστικές, λογικές) σκέψεις. Μετά από αυτή τη διαδικασία, χρειάζεται η κατάλληλη επεξεργασία και αξιολόγηση έτσι ώστε να καθοριστεί η ορθότητα των καινούργιων σκέψεων (Beck, 1976). Οι Beck και Emery (1985, σελ. 167) συνοψίζουν τις τεχνικές και στρατηγικές σε δέκα αρχές, σύμφωνα με τις οποίες η γνωσιακή θεραπεία:

- Βασίζεται στο γνωσιακό μοντέλο των ψυχολογικών διαταραχών.
- Έχει σύντομη χρονική διάρκεια.
- Θεωρεί τη σωστή θεραπευτική σχέση ως απαραίτητη προϋπόθεση για τη θεραπεία.
- Βασίζεται στη συνεργασία θεραπευτή και θεραπευόμενου.
- Χρησιμοποιεί κατά βάση τη σωματική μέθοδο.
- Είναι μεθοδική και καθοδηγητική.
- Επικεντρώνεται στο πρόβλημα.
- Βασίζεται σ' ένα εκπαιδευτικό μοντέλο.

- Στηρίζει τη θεωρία και τις στρατηγικές της σε μια επαγωγική μέθοδο.
- Υιοθετεί τη μέθοδο της εργασίας για το σπίτι και τη θεωρεί κεντρικό χαρακτηριστικό της θεραπείας.

Η βασική τεχνική για τη γνωσιακή αναδόμηση παρουσιάζεται επιπλέον μέσα από τρία βασικά ερωτήματα:

- Ποιες είναι οι αποδείξεις;
- Πως αλλιώς θα μπορούσαμε να δούμε (εξετάσουμε) την ίδια κατάσταση;
- Τι θα γίνει εάν συμβεί όντως αν η κατάσταση που φοβόμαστε;

Οι ομοιότητες μεταξύ των τριών γνωσιακών θεραπευτικών προσεγγίσεων περιγράφονται από τους Yost και τους συνεργάτες του (1986) ως εξής:

Όπως ο Meichenbaum, έτσι και ο Beck δεν προσπαθεί να αναγνωρίσει έναν περιορισμένο αριθμό από ακατάλληλες και παράλογες τάσεις οι οποίες χαρακτηρίζουν όλους τους ασθενείς. Όπως και ο Ellis, έτσι και ο Beck κάνει την υπόθεση ότι η διόρθωση των τάσεων, αντί της ανάπτυξης τεχνικών λύσης προβλημάτων, αποτελεί το κλειδί για την αλλαγή παθολογικών συναισθημάτων και συμπεριφορών. Επιπλέον, ο Beck αφιέρωσε χρόνο και προσπάθεια για να καθορίσει τις βασικές μορφοποιήσεις των γνωσιακών σχημάτων που υπογραμμίζουν πολλά είδη διαταραχών. Ενώ ο Beck διατηρεί μια σχέση διαφοροποίησης ανάμεσα στις γνωσιακές και τις συμπεριφοριστικές τεχνικές, οι δύο είναι στενά συνδεδεμένες σ' ένα σύστημα που αναγνωρίζει τον προεξέχοντα ρόλο που έχει η ποιότητα της θεραπευτικής σχέσης σε διαπροσωπικό και συνεργασιακό επίπεδο (σελ. 10).

Η βασική διαφορά μεταξύ της γνωσιακής θεραπείας και των άλλων δύο προσεγγίσεων βρίσκεται στο ρόλο του θεραπευτή, ο οποίος λιγότερο αντιπαραθετικός απ' ό,τι στις άλλες δύο. Αυτός ο ρόλος *συνίσταται κυρίως από την οδηγία προς τον ασθενή να ανακαλύψει για τον εαυτό του, μέσα από μια έμμεση αντανάκλαση, ότι οι σκέψεις του είναι ανακριθείς και δυσλειτουργικές* (Last, 1987, σελ. 181).

3.2. Γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία για τη διαταραχή πανικού

Οι τεχνικές της γνωσιακής-συμπεριφοριστικής θεραπείας για τη διαταραχή πανικού άρχισαν να αναπτύσσονται σχετικά πρόσφατα (Rapee & Barlow, 1988). Οι λανθασμένες εκτιμήσεις του κινδύνου, οι καταστροφικές ερμηνείες των σωματικών συμπτωμάτων και οι σχετικές αυτόματες σκέψεις παίζουν σημαντικό ρόλο στους γνωσιακούς φαύλους κύκλους που χαρακτηρίζουν το γνωσιακό μοντέλο της ΔΠ. Έτσι, η αναγνώριση και η διόρθωσή τους είναι τα δύο πιο σημαντικά μέρη της γνωσιακής-συμπεριφοριστικής θεραπείας³⁹. Μαζί με τη γνωσιακή αναδόμηση, δύο άλλα σημαντικά μέρη είναι η εκπαίδευση στην αναπνοή (χαλάρωση μυών, έλεγχος της διαφραγματικής αναπνοής κ.λπ.) και η τεχνική της έκθεσης (εκούσιος υπεραερισμός, κράτημα της

³⁹ Βλ. Beck (1988), Clark (1988), Rachman, Levitt & Lopatka (1988), Greenberg (1989), Moras, Craske & Barlow (1990).

αναπνοής, έκθεση κ.ά.), που μπορεί να είναι τόσο θεραπευτικά⁴⁰ όσο και βοηθητικά στη γνωσιακή αναδόμηση (Rapee & Barlow 1988). Παρ' όλα αυτά, τα αποτελέσματα από την έρευνα των Salkovskis, Clark και Hackmann (1991) έδειξαν ότι η γνωσιακή θεραπεία από μόνη της, δηλαδή χωρίς την εκπαίδευση στην αναπνοή και χωρίς την έκθεση στο ερέθισμα, μπορεί να μειώσει τις προσβολές πανικού. Γενικότερα, όλο και περισσότερο κυριαρχεί η άποψη ότι η επιτυχία της θεραπείας της διαταραχής πανικού μπορεί να βασιστεί σε μεγάλο βαθμό σε γνωσιακές τεχνικές.

Σύμφωνα με την Greenberg (1989), η φύση των πεποιθήσεων που σχετίζονται με τον πανικό έχει τρία βασικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα:

1. **Ευπάθεια** (π.χ. «είμαι ευπαθής στον κίνδυνο»),
2. **Κλιμάκωση** (π.χ. «τα συμπτώματα θα εξελιχθούν σε κάτι άσχημο»),
3. **Ανικανότητα** (π.χ. «δεν μπορώ να ελέγξω τα συμπτώματα ή να αντιμετωπίσω το πρόβλημα μόνος μου»).

Ταξινομήσεις όπως αυτή (η οποία δε διαφέρει σημαντικά από τις γενικότερες αρχές των γνωσιακών μοντέλων του άγχους) μπορούν να βοηθήσουν το θεραπευτή να εκτιμήσει, με όσο το δυνατόν μεγαλύτερη ακρίβεια, όλα τα δυσλειτουργικά πιστεύω και τις αυτόματες αρνητικές σκέψεις που σχετίζονται με τις προσβολές πανικού, και στα οποία μπορεί να δώσει ιδιαίτερη βαρύτητα κατά τη διάρκεια της θεραπείας.

Ο Beck (1988, σελ. 106) έχει συνοψίσει τα βήματα της θεραπείας της διαταραχής πανικού στα ακόλουθα:

1. Ερμηνεία της μη παθολογικής φύσης των συμπτωμάτων.
2. Επανεξέταση των αισθημάτων που γεννούν πανικό και των ιδιοσυγκρασιακών εξηγήσεων και ερμηνειών τους.
3. Απόσπασση των αυτόματων σκέψεων και εικόνων που σχετίζονται με τον πανικό.
4. επαναξιολόγηση των συμπτωμάτων και των αντιδράσεων στις αυτόματες σκέψεις.
5. Χαλάρωση και ασκήσεις αναπνοής.
6. Προβολή σε μικροπανικούς με υπεραερισμό, άσκηση, εικόνες, κ.λπ.
7. Απόσπασση της προσοχής.
8. Συστηματική έκθεση.
9. Χρήση καρτών.

Παρόλο που η εφαρμογή της γνωσιακής-συμπεριφοριστικής θεραπείας για τη διαταραχή πανικού είναι σχετικά πρόσφατη, τα αποτελέσματα από σχετικές έρευνες, που εξετάζουν τη γνωσιακή θεραπεία μόνη της ή σε συνδυασμό με φαρμακοθεραπεία, είναι ενθαρρυντικά⁴¹. Οι Rapee και Barlow (1988) αναφέρουν ότι 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. Παρόμοιο αλλά και υψηλότερο ποσοστό επιτυχίας έχει υποστηριχθεί πιο πρόσφατα από τους Kalpakoglou (1993) και

⁴⁰ Clark, Salkovskis & Chalkley (1985), Salkovskis, Jones & Clark (1986), Ost (1988), Wells (1990).

⁴¹ Βλ. Barlow κ.σ. (1984), Waddell κ.σ. (1984), Pecknold (1987), Beck (1988), Sokol κ.σ. (1989), Barlow (1990), Barrows (1990), Michelson κ.σ. (1990), Michelson & Marchione (1991), Margraf, Barlow, Craske & Telch (1993).

Magraf (Magraf κ.σ., 1993).

3.3. Γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία για τη γενικευμένη αγχώδη διαταραχή

Ο σχεδιασμός της γνωσιακής-συμπεριφοριστικής θεραπείας της ΓΑΔ και οι αρχές πάνω στις οποίες στηρίζεται δε διαφέρουν σημαντικά απ' αυτή της ΔΠ. Στην περίπτωση της ΓΑΔ, το άγχος και η ανησυχία μπορεί να αφορούν σε προσωπικές σχέσεις, στο επάγγελμα, στα οικονομικά προβλήματα, στην οικογένεια, στους γείτονες, στους φίλους κ.λπ. Από τη στιγμή που εμφανίζεται το πρόβλημα, ο ασθενής μπορεί να ανησυχεί για την υγεία του, την κριτική των άλλων και την ικανότητά του να αντιμετωπίσει καταστάσεις που προκαλούν άγχος (Trower, Casey & Dryden, 1988). Η γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία δίνει βάρος σε όλα αυτά, αλλά επικεντρώνει επίσης την προσοχή της στην πιθανή αδυναμία του ασθενή να χαλαρώσει, να συγκεντρωθεί, ή ακόμα και στο φόβο μήπως χάσει τον έλεγχο.

Έρευνες που εξετάζουν τη χρήση της γνωσιακής-συμπεριφοριστικής θεραπείας στην περίπτωση της ΓΑΔ έχουν αρχίσει και πάλι σχετικά πρόσφατα. Σε γενικές γραμμές, τα αποτελέσματα υποστηρίζουν τη χρήση της συγκεκριμένης θεραπείας (την υπεροχή της απέναντι σε άλλες μεθόδους ή σε συνδυασμούς άλλων μεθόδων), επισημαίνοντας την ανάγκη για περισσότερη έρευνα σ' αυτό το πεδίο^{42, 43}.

3.4. Γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία για σε ομάδες

Τα τελευταία χρόνια, σημειώθηκε μια σημαντική αύξηση του αριθμού κλινικών πειραμάτων που εξετάζουν την εφαρμογή της γνωσιακής-συμπεριφοριστικής θεραπείας για τη διαταραχή πανικού και τη γενικευμένη αγχώδη διαταραχή σε ατομική βάση. Υπάρχουν ωστόσο πολύ λιγότερα πειράματα που εξετάζουν την εφαρμογή της θεραπείας αυτής σε ομάδες. Αυτή η διαπίστωση είναι γενικότερα αποδεκτή για τις περισσότερες διαταραχές του άγχους, με εξαίρεση ίσως την κοινωνική φοβία⁴⁴.

Υπάρχει ένας αριθμός επιχειρημάτων που κάνουν την ομαδική θεραπεία για τις διαταραχές του άγχους περισσότερο επιθυμητή από άλλα είδη θεραπειών:

- Είναι οικονομική (με την ευρεία έννοια).
- Επιτρέπει στα μέλη να μην αισθάνονται μόνα τους όταν αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα, και να μαθαίνουν από τις εμπειρίες των άλλων.
- Ενθαρρύνει τα μέλη να αναζητήσουν και άλλες πηγές βοήθειας, πέρα από το θεραπευτή.

⁴² Βλ. Woodward & Jones (1980), Barlow κ.σ. (1984), Blowers, Cobb & Mathews (1987), Borkovec κ.σ. (1987), Butler, Cullington, Hibbert, Klimes & Gelder (1987), Butler, Gelder, Hibbert, Cullington, & Klimes (1987), Durham & Turvey (1987), Butler, Anastasiades (1988), Barlow (1988), Power κ.σ. (1989), Cadbury, Childs-Clark & Sandhu (1990), Meyer κ.σ. (1990), Van der Ploeg (1990), Power κ.σ. (1990), Butler, Fennell, Robson & Gelder (1991).

⁴³ Παρ' όλα αυτά, δεν υπάρχουν έρευνες που δεν υποστηρίζουν αυτή την υπεροχή, όπως των Borkovec και Mathews (1988), και White, Keenan & Brooks (1992).

⁴⁴ Βλ. Ost κ.σ. (1981), Emmelkamp κ.σ. (1985), Jerremalm κ.σ. (1986), Van Dam-Baggen & Kraaimaat (1986), Lucock, Salkovskis (1988), Mersch κ.σ. (1989), Heimberg κ.σ. (1990).

- Παρακινεί τα μέλη να δεσμευτούν δημόσια για μια θετική αλλαγή⁴⁵.

Σύμφωνα με τον McKain (1984), τα γνωσιακά προγράμματα για ομάδες μπορεί να έχουν πολλά πλεονεκτήματα. Το πρώτο πλεονέκτημα απορρέει από την εκπαιδευτική ή διδακτική φύση της και από το γεγονός ότι οι επεξηγήσεις και οι οδηγίες είναι πιο εύκολο να δοθούν στους ασθενείς μιας ομάδας. Το δεύτερο πλεονέκτημα είναι ότι, όπως η γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία θέλει τους ασθενείς να είναι γνώστες των δυσλειτουργικών γνωσιών, ο θεραπευτής μπορεί να βοηθηθεί από σχόλια και προτάσεις των μελών. Τέλος, ορισμένες βοηθητικές συμπεριφοριστικές τεχνικές που χρησιμοποιούνται στη συγκεκριμένη θεραπεία, τέτοιες όπως η ανάλυση της συμπεριφοράς και η ανάληψη ρίσκου, απαιτούν την ύπαρξη μιας ομάδας (σελ. 19).

Οι Sank & Shaffer (1984, *Therapist's manual for cognitive-behaviour therapy in groups*) παρέχουν ένα επιτυχημένο παράδειγμα για τον σχεδιασμό ενός προγράμματος γνωσιακής-συμπεριφοριστικής θεραπείας ομάδων. Το πρόγραμμα αποσκοπεί στην καθιέρωση ενός σύντομου και οικονομικού τρόπου διδασκαλίας ορισμένων ικανοτήτων αυτοβοήθειας για ασθενείς με υψηλό άγχος ή κατάθλιψη. Το κύριο χαρακτηριστικό αυτού του προγράμματος είναι ότι αποτελείται από τέσσερα μέρη που παρουσιάζονται με την ακόλουθη σειρά:

1. Εκπαίδευση στη **χαλάρωση** (συνεδρίες 1-2), με δύο βασικές τεχνικές.
2. **Γνωσιακή αναδόμηση** (συνεδρίες 3-6). Οι ασθενείς εκπαιδεύονται στην εύρεση εναλλακτικών τρόπων σκέψης, στην πρόκληση και την αλλαγή των αυτόματων αρνητικών σκέψεων.
3. Εκπαίδευση στη **διεκδικητική συμπεριφορά** (συνεδρίες 8-11), η οποία επιδιώκει να ενισχύσει τις ικανότητες των ασθενών για την καλύτερη αντιμετώπιση των διαπροσωπικών τους σχέσεων.
4. Η **λύση προβλημάτων** (συνεδρίες 12-13) είναι μια τεχνική που μαθαίνουν οι ασθενείς έτσι ώστε να αντιμετωπίζουν δημιουργικά τα προβλήματά τους.

Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι ο Ellis (1984) περιγράφει το πρόγραμμα αυτό ως ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα, που παρέχει στους θεραπευτές όλο το απαραίτητο υλικό μιας θεραπείας· επιπλέον, τονίζει ότι μπορεί να εφαρμοστεί και σε άλλες διαταραχές με τις ανάλογες τροποποιήσεις.

Είναι αλήθεια ότι το πρόγραμμα των Sank και Shaffer περιέχει τα απαραίτητα υλικά ενός καλού πακέτου γνωσιακής-συμπεριφοριστικής θεραπείας. Με το συνδυασμό των τεσσάρων μερών, το πακέτο ανταποκρίνεται σε έναν μεγάλο αριθμό προβληματικών περιοχών που αναγνωρίζονται στις διαταραχές άγχους. Παρ' όλα αυτά, μια ενδελεχής εξέταση του προγράμματος δείχνει ότι η σπουδαιότητα της χαλάρωσης υπερτονίζεται σε σχέση με τη σημασία που αποδίδεται στα υπόλοιπα μέρη του πακέτου. Εκτός από τις δύο πρώτες συνεδρίες, οι ασθενείς εξακολουθούν να μαθαίνουν και νέες τεχνικές χαλάρωσης στις συνεδρίες 3-6 και 8, και η χαλάρωση συμπεριλαμβάνεται πάντα στις ασκήσεις για το σπίτι. Έτσι μπορεί να υποστηριχθεί ότι δεν δίνεται ίση βαρύτητα σε όλα τα μέρη του πακέτου. Επιπλέον, η μεγάλη αυτή έμφαση στην πρακτική της χαλάρωσης μπορεί να κάνει τους ασθενείς να υποτιμήσουν τη σημασία των

⁴⁵ βλ. Atkinson κ.σ. (1983), McKain (1984), Sank & Shaffer (1984), Brown (1988), Allen (1990 & 1990a), Berger (1990), Rose (1990).

υπόλοιπων μερών. Σε μια τέτοια περίπτωση το αποτέλεσμα μπορεί να αποδειχθεί αντιπαραγωγικό. Με άλλα λόγια, οι ασθενείς μπορεί να οδηγηθούν στο να συγκεντρώνουν την προσοχή τους στη χαλάρωση και όχι στο να αναγνωρίζουν και να προκαλούν τις αρνητικές σκέψεις και πιστεύω τους – που είναι ο βασικός στόχο της γνωσιακής-συμπεριφοριστικής θεραπείας.

Οι Sank και Shaffer υποστηρίζουν την καταλληλότητα της σειράς των μερών του προγράμματος με την ακόλουθη θέση:

Παιδαγωγικά, η σειρά των μερών προχωρά από τις ικανότητες που είναι λιγότερο δύσκολο να διδαχθούν προς τις περισσότερο δύσκολες. Λογικά, η σειρά ακολουθεί το χτίσιμο ενός κορμού, βαδίζοντας από τις ευκολότερες προς τις πιο πολύπλοκες ικανότητες αυτοβοήθειας, οι οποίες βασίζονται στις τεχνικές που έχουν διδαχθεί στα προηγούμενα μέρη (σελ 6).

Παρ' όλα αυτά, η σταδιακή εκπαίδευση στη γνωσιακή αναδόμηση μπορεί να είναι εξίσου εύκολη (ή δύσκολη) με την εκπαίδευση στις τεχνικές χαλάρωσης. Σε μια γνωσιακά προσανατολισμένη θεραπεία, τόσο *παιδαγωγικά* όσο και *λογικά*, ίσως είναι προτιμότερο να προηγείται το μέρος της γνωσιακής αναδόμησης. Είναι σημαντικό να τονίζεται ότι η χαλάρωση και οι άλλες ικανότητες δεν αποτελούν τον πρωταρχικό στόχο της θεραπείας, αλλά παίζουν ένα δεύτερο, βοηθητικό ρόλο για την καλύτερη γνωσιακή αναδόμηση (Καίρακογλου, 1993).

3.5. Η εκπαιδευτική προσέγγιση

Η θεραπεία των διαταραχών του άγχους, ιδιαίτερα μέσα από το γνωσιακό μοντέλο, αναφέρεται συχνά στην εκπαίδευση των ασθενών πάνω σε ορισμένες ικανότητες ή τεχνικές που βοηθούν στην αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση του άγχους. Έχει δικαιολογημένα, λοιπόν, διατυπωθεί το ερώτημα αν τέτοιες τεχνικές θα μπορούσαν να αντικαταστήσουν σε μεγάλο βαθμό άλλες προσεγγίσεις που βασίζονται ολοκληρωτικά σε ψυχοθεραπευτικές μεθόδους.

Οι Heimberg και οι συνεργάτες του (1990), για παράδειγμα, σύγκριναν την αποτελεσματικότητα ενός προγράμματος γνωσιακής-συμπεριφοριστικής θεραπείας για ομάδες ασθενών με κοινωνική φοβία με ένα πρόγραμμα που ονόμασαν *εκπαιδευτική υποστηρικτική ψυχοθεραπεία*. Το πρώτο πρόγραμμα περιείχε όλες τις γνωστές διαδικασίες της γνωσιακής-συμπεριφοριστικής θεραπείας, ενώ το δεύτερο πρόγραμμα αποτελούνταν από μια σειρά διαλέξεων (παρουσιάσεων) πάνω σε γενικά θέματα σχετικά με το άγχος και τις φοβίες, άλλα και πάνω σε ειδικά θέματα, άμεσα συνδεδεμένα με αυτά και την κοινωνική φοβία. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας, τα δύο προγράμματα δε διέφεραν σημαντικά μεταξύ τους ως προς την αποτελεσματικότητά τους, ενώ οι ασθενείς και των δύο ομάδων παρουσίασαν αξιόλογη βελτίωση. Μετά από αυτό, οι συγγραφείς σημειώνουν:

Μελλοντικές έρευνες θα πρέπει να διερευνήσουν τα ακόλουθα: (α) την αναγνώριση των αποτελεσματικών στοιχείων (μερών) του πακέτου της γνωσιακής-συμπεριφοριστικής θεραπείας ομάδων, (β) τη διερεύνηση της αποτελεσματικότητας της γνωσιακής-συμπεριφοριστικής θεραπείας ομάδων σε

σύγκριση με την ατομική θεραπεία, (γ) την εξέταση της αποτελεσματικότητας της γνωσιακής-συμπεριφοριστικής θεραπείας ομάδων σε σύγκριση με άλλες θεραπευτικές διαδικασίες, συμπεριλαμβανομένης και της εκπαίδευσης στη χαλάρωση και στις κοινωνικές δεξιότητες, (δ) τη σύγκριση της γνωσιακής-συμπεριφοριστικής θεραπείας ομάδων με αγχολυτική και αντικαταθλιπτική φαρμακολογία, (ε) την αναγνώριση χαρακτηριστικών των ασθενών που θα βοηθούσαν στην πρόβλεψη του θεραπευτικού αποτελέσματος, και (στ) την εξέταση των μηχανισμών με τους οποίους η γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία ομάδων αποφέρει τη μείωση του άγχους (σελ. 21).

Σχετική έρευνα που σύγκρινε την αποτελεσματικότητα της γνωσιακής-συμπεριφοριστικής θεραπείας ομάδων με μια παρόμοια εκπαιδευτική προσέγγιση υποστήριξε ότι η ΓΑΔ και η ΔΠ μπορούν να αντιμετωπιστούν με λιγότερο ειδικές προσεγγίσεις στο τμήμα της γνωσιακής αναδόμησης, εφόσον υπάρχει ικανοποιητική παροχή πληροφοριών σχετικά με τη φύση του άγχους και τις τεχνικές γνωσιακής αναδόμησης. Σ' αυτή την περίπτωση, ο ρόλος του θεραπευτή μπορεί να μεταβληθεί σε ρόλο ενός καλού θεραπευτικού επόπτη της όλης διαδικασίας, που μπορεί επίσης να επέμβει με ειδικότερες μεθόδους όταν αυτό κρίνεται απαραίτητο (Kalpakoglou 1993).

3.6. Συμπεράσματα και ερωτήματα

Η μελέτη της σχετικής βιβλιογραφίας όλων των παραπάνω θεωρητικών και κλινικών θεμάτων, ερευνητικών αποτελεσμάτων και προτάσεων οδηγεί στην παραδοχή των ακόλουθων θέσεων:

- Οι προσεγγίσεις της γνωσιακής-συμπεριφοριστικής θεραπείας τείνουν να καταξιωθούν ως προσεγγίσεις πρώτης επιλογής.
- Υπάρχει ανάγκη για περισσότερες κλινικές μελέτες με θέμα τη χρήση αυτών των προσεγγίσεων στη θεραπεία των διαταραχών του άγχους.
- Θα πρέπει να εξεταστούν οι γνωσιακές ομοιότητες των διαταραχών αυτών.

Όπως προαναφέρθηκε, τα αρνητικά δυσλειτουργικά πιστεύω χαρακτηρίζονται ως αυστηρές κατασκευές ή κανόνες που συνήθως δεν επιτρέπουν την πιθανότητα σε καταστάσεις να είναι ή να πάνε λάθος. Λαμβάνοντας υπόψη τις μεταβλητές που μπορεί να επηρεάζουν την ύπαρξη τέτοιων πιστεύω (π.χ. το κοινωνικό και πολιτιστικό ιστορικό, οι γονεϊκές και άλλες επιρροές, οι συγγενικές πεποιθήσεις και στάσεις κ.λπ.), θα ήταν λογικό να ανμένουμε ότι αυτά τα πιστεύω θα είναι σταθερά παγιωμένα κι εδραιωμένα στο άτομο και, ως εκ τούτου, η πρόκληση και η αντικατάστασή τους θα συνιστούν δύσκολο έργο. Ωστόσο, η τεχνική της πρόκλησης και αντικατάστασης δεν είναι πλέον άγνωστη στην κλινική ψυχολογία. Το γεγονός ότι έχουν βρεθεί επιτυχημένες στρατηγικές στη γνωσιακή θεραπεία που μπορούν να πετύχουν το σκοπό αυτό δείχνει τελικά ότι αυτά τα πιστεύω δεν ανθίστανται σε αλλαγές. Παρ' όλα αυτά, δεν είναι ακόμα ξεκάθαρο πόση προσπάθεια, επιμονή και χρόνο πρέπει να αφιερώσει ο θεραπευτής, κατά τη διάρκεια της γνωσιακής θεραπείας, για να επιτύχει ικανοποιητικά βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα αποτελέσματα. Είναι η απλή διδασκαλία μιας καλής τεχνικής αρκετή ώστε να μάθουν οι ασθενείς να προκαλούν και να αντικαθιστούν αρνητικές σκέψεις και πιστεύω; Μπορεί η χρήση γενικών παραδειγμάτων να βοηθήσει αυτή τη διαδικασία; Ή πρέπει ο θεραπευτής να παίζει έναν ιδιαίτερα ενεργό ρόλο; Αν όντως ισχύει αυτό, πως καθορίζεται η κατάλληλη χρονική

διάρκεια γι' αυτό το ρόλο; Τέλος, είναι όλα τα πιστεύω το ίδιο δύσκολο ή εύκολο να προκληθούν και να αντικατασταθούν; Από τη στιγμή της πρόκλησης και αντικατάστασης, υπάρχουν πιθανότητες αυτή η αλλαγή να μη διατηρηθεί στο μέλλον; Πόσο επηρεάζει το άγχος την απόλυτη φύση αυτών των πιστεύω;

Είναι αρκετά σημαντικό να καθορίσουμε τη σημασία μιας ενεργού ή μη ενεργού συμμετοχής του γνωσιακού θεραπευτή, διότι η γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία είναι σε γενικές γραμμές μια ακριβής προσέγγιση, εφόσον συνήθως έχει διάρκεια 6-12 μηνών (Freeman κ.σ., 1990). Είναι αλήθεια ότι οι περισσότερες από τις κλινικές έρευνες που προαναφέρθηκαν περιλαμβάνουν μεγάλο αριθμό θεραπευτικών συνεδριών. Παράλληλα όμως, υπάρχουν μερικές αρχικές σκέψεις (Heimberg κ.σ., 1990) που προτείνουν ότι οι εκπαιδευτικές προσεγγίσεις μπορούν να είναι εξίσου αποτελεσματικές. Εάν το τελευταίο είναι αλήθεια, τότε ασφαλώς προκύπτουν και καινούριες συντεταγμένες στην παροχή ψυχολογικής υποστήριξης και θεραπείας ευρύτερα.

Γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία ομάδων: ένα θεραπευτικό πακέτο

Τα μέχρι τώρα αποτελέσματα ερευνών, τόσο σε θεωρητικό όσο και κλινικό επίπεδο, οδηγούν στην παραδοχή ότι η γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία για τις διαταραχές του άγχους μπορεί να αποτελεί την καλύτερη επιλογή του θεραπευτή. Παρ' όλα αυτά, είναι γενικότερα αποδεκτό ότι χρειάζεται περισσότερη έρευνα στον τομέα αυτόν και ιδιαίτερα σε ό,τι αφορά τη γενικευμένη αγχώδη διαταραχή και διαταραχή πανικού.

Στα πλαίσια μιας τριετούς έρευνας (Καϊρακογλου, 1993) που διεξήχθη στο Πανεπιστήμιο του Manchester της Αγγλίας, σχεδιάστηκε ένα πακέτο θεραπείας ομάδων γι' αυτές τις δύο διαταραχές, το οποίο είχε τους εξής στόχους:

- Να ακολουθήσει τις βασικές αρχές της γνωσιακής-συμπεριφοριστικής θεραπείας.
- Να προσφέρει ικανοποιητικές πληροφορίες σχετικά με τη φύση των δύο διαταραχών.
- Να συμπεριλάβει τη διδασκαλία των γνωσιακών τεχνικών για την αναγνώριση και αναδόμηση των σχετικών πιστεύω.
- Να συμπεριλάβει τη διδασκαλία άλλων ικανοτήτων, όπως της χαλάρωσης, της διεκδικητικής συμπεριφοράς και της λύσης προβλημάτων.
- Να είναι οικονομικό με την ευρεία έννοια.

Το πρόγραμμα του Sank και Shaffer (1984), που αναπτύχθηκε στο προηγούμενο κεφάλαιο, αποτέλεσε την μνήμη ορισμένων πολύ καλών οδηγιών για τη σύνταξη αυτού του θεραπευτικού πακέτου και για το διαχωρισμό του σε τέσσερα μέρη. Ωστόσο, η σειρά και η διάρκεια αυτών των μερών άλλαξε σημαντικά στο συγκεκριμένο θεραπευτικό πακέτο. Η μεγαλύτερη έμφαση δόθηκε στη γνωσιακή αναδόμηση, που ήταν το πρώτο μέρος. Έτσι, η διδασκαλία των γνωσιακών τεχνικών δεν επηρεάστηκε από τη διδασκαλία των υπόλοιπων τεχνικών.

Πριν από το σχηματισμό των ομάδων προηγούνται ατομικές συνεντεύξεις που καθορίζουν το ιστορικό και τις ανάγκες των ασθενών, προσδιορίζοντας επιπλέον την καταλληλότητα και

διευκρινίζοντας την επιθυμία τους να συμμετάσχουν σε μια τέτοια θεραπευτική προσέγγιση. Επίσης, παρόλο που το πρόγραμμα είναι ουσιαστικά το ίδιο τόσο για την περίπτωση της ΓΑΔ όσο και για τη ΔΠ, καλό είναι οι ομάδες να αποτελούνται από ασθενείς που εκδηλώνουν την ίδια διαταραχή και μόνο. Η κλινική εμπειρία έχει δείξει ότι, κατά τη διάρκεια της θεραπείας, οι ασθενείς με ΔΠ τείνουν να ασχολούνται περισσότερο με τη φύση και τις προσωπικές και κοινωνικές συνέπειες των προσβολών πανικού, ενώ οι ασθενείς με ΓΑΔ ενδιαφέρονται για ένα ευρύτερο φάσμα θεμάτων τα οποία έχουν συνήθως σχέση με τον υπόλοιπο κόσμο, τη ζωή γενικότερα και τις αλλαγές στην κοινωνία.

Το θεραπευτικό πακέτο αποτελείται από δώδεκα συνεδρίες, διάρκειας 1½-2 ωρών η καθεμία, το περιεχόμενο των οποίων περιγράφεται παρακάτω. Για κάθε συνεδρία ισχύει το γνωστό γνωσιακό πλαίσιο – ατζέντα (έλεγχος ψυχολογικής διάθεσης των μελών της ομάδας, ανασκόπηση των ασκήσεων για το σπίτι, το πρόγραμμα της ημέρας, ανάθεση καινούριων ασκήσεων για το σπίτι και ανατροφοδότηση). Στη θεραπεία ομάδων τον κύριο συντονιστικό ρόλο έχει πάντα ο θεραπευτής. Εφόσον όμως το επιθυμούν τα μέλη, μπορούν να γίνουν αλλαγές στο πρόγραμμα κάποιας συνεδρίας. Ο θεραπευτής οφείλει να αφήνει χρόνο για ερωτήσεις ή για σχόλια σε τακτά διαστήματα, έτσι ώστε να αποσαφηνίζονται οι θεωρίες και οι χρησιμοποιούμενες τεχνικές. Ο τρόπος ανάπτυξης των θεμάτων κατά τη διάρκεια της συνεδρίας μπορεί να είναι «συγκρατημένα» απλός, με πολλά παραδείγματα, και να αποφεύγει τη δύσκολη ορολογία και την πολύωρη θεωρητική ανάπτυξη. Ωστόσο, τα σημαντικά στοιχεία της θεραπείας δε θα πρέπει να παραλείπονται στο όνομα της απλούστευσης. Αρκετό υλικό από το θεραπευτικό πακέτο μπορεί να δοθεί στους συμμετέχοντες υπό μορφή σημειώσεων.

Γενικές οδηγίες - εισαγωγή

Οι βασικοί στόχοι της πρώτης αυτής συνεδρίας είναι να γνωριστούν τα μέλη της ομάδας μεταξύ τους, να περιγραφεί η οργανική φύση του άγχους και των σχετικών συμπτωμάτων που εμπλέκονται στο φαύλο κύκλο της αδρεναλίνης, να δοθεί ένας ορισμός της προσβολής πανικού, να περιγραφούν τα πλεονεκτήματα της ομαδικής θεραπείας και να γίνει μια απλή αναφορά στο περιεχόμενο των επόμενων συνεδριών.

Σ' αυτή τη συνεδρία τα μέλη γνωρίζονται για πρώτη φορά. Ο θεραπευτής θα πρέπει να καταβάλει μεγάλη προσπάθεια ώστε τα μέλη να αισθανθούν όσο το δυνατόν πιο άνετα.

Γενικές συστάσεις

Από το θεραπευτή:

- ✓ Καλωσόρισμα.
- ✓ Η ομάδα για πρώτη φορά.
- ✓ Σχετικό άγχος.
- ✓ Συνοπτική αναφορά στους στόχους της ομάδας.
- ✓ Η σημερινή ατζέντα.

Σ' αυτή την ομάδα το κύριο θέμα μας θα είναι το άγχος, το οποίο απασχολεί τον καθένα από εμάς για διαφορετικούς λόγους. Σήμερα, στα σχέδιά μας συμπεριλαμβάνονται το να γνωρίσουμε ο ένας τον άλλο, να συζητήσουμε για τη φύση του άγχους και να αναφέρουμε συνοπτικά τι πρόκειται να κάνουμε κατά τις επόμενες συναντήσεις μας.

Η σημασία της ομαδικής θεραπείας

- ✓ Η αρχή είναι δύσκολη. Σύντομα όμως τα πράγματα αλλάζουν.
- ✓ Ο άγνωστο μεταξύ αγνώστων.
- ✓ Τα πλεονεκτήματα της ομαδικής θεραπείας.
- ✓ Η σημασία που έχει να γνωρίζει κανείς ότι δεν είναι ο μόνος που αντιμετωπίζει κάποιο συγκεκριμένο πρόβλημα.
- ✓ Μαθαίνουμε από τις εμπειρίες των άλλων.
- ✓ Έχουμε δυνατότητα να βοηθηθούμε και να βοηθήσουμε.
- ✓ Υπάρχουν διαφορετικές αιτίες για το ίδιο πρόβλημα.
- ✓ Αρχές της εχεμύθειας. Η ανάγκη να συμφωνήσουμε όλοι πάνω σ' αυτό.
- ✓ Άλλοι όροι, κάπνισμα, διαλείμματα.

Γνωρίζω ότι μερικοί από εσάς, ή ίσως όλοι σας, μπορεί να μην αισθάνεστε άνετα με την ιδέα τού να συμμετέχετε σε μια ομάδα και να μοιράζεστε κάποιες πτυχές της ζωής σας με άλλους ανθρώπους. Παρόλο που μπορεί να φαίνεται δύσκολο στην αρχή, είμαι βέβαιος ότι αυτό το

αίσθημα θα αλλάξει καθώς θα προχωρούμε. Πιστεύω ότι η θεραπεία θα ομάδων σε πολλές περιπτώσεις έχει περισσότερα πλεονεκτήματα σε σύγκριση με την ατομική θεραπεία. Θα το ανακαλύψετε με την πάροδο του χρόνου.

Όταν ένα άτομο ακούει κάποιους άλλους ανθρώπους να μιλούν για προβλήματα παρόμοια με τα δικά του, του δημιουργείται το αίσθημα ότι μοιράζεται αυτά τα προβλήματα – και αυτό είναι το πρώτο βήμα στη διαδικασία τού να νιώσει καλύτερα. Το άτομο συνειδητοποιεί ότι δεν είναι μόνο του κι αυτό είναι πολύ σημαντικό. Επίσης, όλοι μπορούμε να μάθουμε ακούγοντας τις εμπειρίες άλλων ατόμων και το πώς αυτοί τα έβγαλαν πέρα σε παλαιότερες δύσκολες στιγμές. Θυμηθείτε, άλλωστε, ότι οι λόγοι που μας οδηγούν σήμερα εδώ μπορεί να είναι διαφορετικοί για τον καθένα μας, αλλά το αποτέλεσμα είναι το ίδιο για όλους μας.

Όπως καταλαβαίνετε, είναι πολύ σημαντικό να σεβαστούμε ο ένας τον άλλο, και να δεσμευθούμε πως οτιδήποτε συζητιέται μέσα στην ομάδα μας δε θα πρέπει να βγαίνει έξω απ' αυτήν. Οποιοσδήποτε πληροφορίες ή ονόματα θα πρέπει να παραμείνουν εμπιστευτικά για τώρα και για πάντοτε. Είμαι σίγουρος ότι όλοι συμφωνούμε σ' αυτό. Μεταξύ σας, φυσικά, μπορείτε να αισθάνεστε άνετα να μιλάτε ελεύθερα, τόσο εδώ όσο και σε άλλες ώρες που πιθανόν εσείς να διαλέξετε. Επίσης, πρέπει να συμφωνήσουμε για τη γενικότερη στάση μας κατά τη διάρκεια των συναντήσεών μας. Για παράδειγμα, αν θα καπνίζουμε ή όχι, πόσα διαλείμματα θα κάνουμε κ.λπ.

Συστάσεις από τους συμμετέχοντες

Όνομα – ετικέτες.

Το πρόβλημα του καθενός («Είμαι εδώ γιατί ...»)

Τι είναι το άγχος;

Ο θεραπευτής μπορεί να αναπτύξει μερικά βασικά σημεία γύρω από τη φύση του άγχους, όπως:

- ✓ Το άγχος είναι κάτι καλό ή κακό;
- ✓ Η ανάγκη να αντιδράσουμε άμεσα και με επιτυχία μπροστά στους κινδύνους.
- ✓ Πιθανοί τρόποι αντιμετώπισης.
- ✓ Πότε το άγχος γίνεται κακό;
- ✓ Τα οργανικά συμπτώματα.
- ✓ Ο ρόλος της αδρεναλίνης.

Το άγχος είναι κάτι που βιώνουμε όλοι μας και εκδηλώνεται συνήθως για το καλό μας. Το άγχος είναι αυτό που μας προετοιμάζει για να αντιδράσουμε σωστά και αποτελεσματικά σε ορισμένες δύσκολες, επικίνδυνες καταστάσεις. Φανταστείτε τον εαυτό σας να περπατά αμέριμνα μέσα στο δάσος ένα ωραίο πρωινό και ξαφνικά να βρεθείτε αντιμέτωποι με μια αρκούδα που σας κοιτάει κατάματα. Οποιαδήποτε λύση και αν υιοθετήσετε για να αντιμετωπίσετε αυτό τον κίνδυνο, το άγχος θα είναι αυτό που θα σας προετοιμάσει ανάλογα. Είναι, με άλλα λόγια, μια υγιής αντίδραση.

Πότε λοιπόν το άγχος γίνεται κακό για μας; Ορισμένες φορές το άγχος παρουσιάζεται και σε καταστάσεις στις οποίες δεν υπάρχει πραγματικός κίνδυνος - ή μπορεί και να εξακολουθεί να υπάρχει αφού ο κίνδυνος έχει περάσει. Μολονότι όμως ο πραγματικός κίνδυνος δεν υφίσταται πλέον, το σώμα μας αντιδρά σε αυτές τις καταστάσεις με ό,τι αποκαλούμε «φυσικά (σωματικά)

συμπτώματα» του άγχους, τα οποία θα εξετάσουμε με λεπτομέρεια σε λίγο. Βεβαίως, όσο περισσότερο αισθανόμαστε έτσι, τόσο το άγχος επεμβαίνει στη ζωή μας και εξελίσσεται σε ολοένα και μεγαλύτερο πρόβλημα.

Ποιός είναι ο κύριος υπεύθυνος γι' αυτά τα συμπτώματα; Αυτό που συμβαίνει στην πραγματικότητα είναι ότι, όταν βρισκόμαστε αντιμέτωποι με μια επικίνδυνη κατάσταση στην οποία χρειάζεται να πάρουμε κάποια μέτρα, ένας αδένας κοντά στα νεφρά μας εκκρίνει την αδρεναλίνη στο αίμα μας. Η αδρεναλίνη είναι μια ορμόνη η οποία ενεργοποιεί το σώμα μας με πολλούς τρόπους, έτσι ώστε να μπορέσει να ανταπεξέλθει στη δύσκολη αυτή κατάσταση, είτε για να την αντιμετωπίσει είτε για να την αποφύγει. Όταν ο κίνδυνος έχει περάσει, τότε το σώμα μας επανέρχεται στη φυσιολογική του κατάσταση. Στις καταστάσεις χρόνιου άγχους και έντασης ο κίνδυνος είναι σαν να μην έφυγε ποτέ. Το σώμα μας βρίσκεται σε μια διαρκή ετοιμότητα, παρόλο που δεν υπάρχει ιδιαίτερος λόγος για αυτό.

Τα αποτελέσματα της έκκρισης της αδρεναλίνης μετά από κάποιο ερέθισμα (συμπτώματα):

1. Περισσότερο αίμα κατευθύνεται προς τον εγκέφαλο ούτως ώστε να αυξηθεί η ποσότητα του οξυγόνου (αύξηση της πίεσης, πονοκέφαλοι, ημικρανίες, βούισμα των αυτιών, κ.λπ.).
2. Ο μυϊκός τόνος αυξάνεται (προβλήματα εστίασης των ματιών, τρεμούλες, πιάσιμο του λαιμού και του κεφαλιού, μυϊκοί πόνοι, ρίγη, ανατριχίλες, κ.λπ.).
3. Το πεπτικό σύστημα διαταράσσεται (πεταλούδες του στομάχου, ναυτία, εμετός, στομαχικές κράμπες, στεγνό στόμα, δυσκολία στην κατάποση, κ.λπ.).
4. Διαταράσσεται η λειτουργία των εντέρων (διάρροια).
5. Οι πνεύμονες ανοίγουν για να πάρουν περισσότερο οξυγόνο (αίσθημα ασφυξίας, μείωση της αναπνοής, καταναγκαστικός αναστεναγμός, τέντωμα του προσώπου, των χεριών ή όλου του σώματος, κ.λπ.).
6. Η καρδιά λειτουργεί γρηγορότερα για να στείλει αίμα και οξυγόνο στους μυς και στον εγκέφαλο (ταχυκαρδία).
7. Αποπραματοποίηση, αποπροσωποποίηση, παραισθήσεις (το άτομο μπορεί να πιστέψει ότι σημαντικές αλλαγές πραγματοποιούνται είτε εσωτερικά είτε εξωτερικά στο περιβάλλον: δεν αισθάνεται αληθινά τα πράγματα γύρω του, αισθήματα αποκοπής, ο κόσμος φαίνεται μακρινός, κ.λπ.).

Είναι μια λογική εξήγηση; Άλλοι παράγοντες που συντελούν: αριθμός των προβλημάτων και ο τύπος της προσωπικότητας του ατόμου.

Ο φαύλος κύκλος της αδρεναλίνης μετά από ένα ερέθισμα

Τι είναι η προσβολή πανικού;

Ένας σύντομος ορισμός:

Υπάρχουν φορές που τα συμπτώματα του άγχους μπορούν να εμφανιστούν πολύ έντονα, με συνέπεια να αισθανθούμε ασφυξία, ζαλάδα, ταχυπαλμία, πόνους στο στήθος, ιδρώτα, αστάθεια, ναυτία, εξάψεις, τρεμούλα και φόβο ότι θα πεθάνουμε ή ότι θα χάσουμε τον έλεγχο. Επίσης, αισθανόμαστε την ανάγκη να ξεφύγουμε από την κατάσταση ή από το μέρος όπου συμβαίνουν αυτά. Τα συμπτώματα αυτά είναι χαρακτηριστικά μιας κατάστασης που ονομάζουμε «προσβολή πανικού» ή, πιο απλά, «πανικό». Μπορεί να παρουσιάσουμε μόνο ένα μικρό αριθμό από αυτά τα συμπτώματα ή και όλα τα συμπτώματα μαζί. Με άλλα λόγια, ο πανικός είναι μια μεγάλη δόση άγχους, κατά τη διάρκεια της οποίας τα συμπτώματα εμφανίζονται γρήγορα, όλα μαζί και είναι όλα έντονα.

- Ο στόχος της θεραπείας δεν είναι να δώσει το μήνυμα «μην ανησυχείς ή μην έχεις άγχος», αλλά «μάθε να ελέγχεις το άγχος πριν σου δημιουργήσει παραπάνω προβλήματα».
- Ο θεραπευτής τονίζει ότι η συμμετοχή πρέπει να είναι συνεχής.

Άσκηση για το σπίτι

Ημερολόγιο Α: Καταγράφονται οι στιγμές που τα μέλη αισθάνονται άγχος, τα συμπτώματα τα οποία βιώνουν και η ένταση των συμπτωμάτων σε μια κλίμακα αξιολόγησης 0-10.

Ημερολόγιο Α – Καταστάσεις Άγχους

Καταγράψτε όλες τις καταστάσεις στις οποίες αισθάνεστε άγχος, αμέσως μόλις συμβούν (εάν είναι δυνατό) ή στο τέλος της ημέρας. Μην το αφήνετε για παραπάνω από μια μέρα. Βαθμολογήστε το άγχος σας κάθε φορά από το 0 ως το 10.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Καθόλου άγχος

Αρκετό άγχος

Πάρα πολύ άγχος

Ημερομηνία – ώρα

Περιγράψτε την κατάσταση

Βαθμός (0-10)

Γνωσιακή Αναδόμηση 1: "Αρνητικές σκέψεις"

Ο στόχος της συνεδρίας αυτής είναι να παρουσιάσει το θεωρητικό γνωσιακό υπόβαθρο του άγχους και τους σχετικούς γνωσιακούς φαύλους κύκλους, τη φύση των αυτόματων αρνητικών σκέψεων (γνωσιών) και τις βασικές αρχές της γνωσιακής θεραπείας.

Γιατί αισθανόμαστε άγχος;

- ✓ Η γνωσιακή πλευρά.
- ✓ Οι σκέψεις μας.
- ✓ Απλή άσκηση (κλείνουμε τα μάτια και προσπαθούμε να αισθανθούμε ανησυχία μέσα σε 15-20 δευτερόλεπτα. Ποιοι είναι οι μηχανισμοί; Πως μπορούμε να το καταφέρουμε; Τι μας λέει αυτό για τη συμβολή της σκέψης στο άγχος;).
- ✓ Η ανησυχία είναι εύκολη υπόθεση.
- ✓ Οι γνωσιακοί φαύλοι κύκλοι

Η αρνητική τριάδα:

Όταν τα άτομα είναι αγχωμένα ή ανησυχούν, τείνουν να σκέφτονται με ένα διαφορετικό, αρνητικό τρόπο για: (1) τον εαυτό τους, (2) τον κόσμο, και (3) το μέλλον. Ο αρνητικός τρόπος σκέψης οδηγεί στην αύξηση του άγχους, το οποίο στη συνέχεια εντείνει τις αρνητικές σκέψεις κ.ο.κ. Οι αρνητικές σκέψεις παρουσιάζονται αυτόματα, γι' αυτό και τις αποκαλούμε Αυτόματες Αρνητικές Σκέψεις (ΑΑΣ): έχουν δε τα ακόλουθα χαρακτηριστικά: (Α) μας κάνουν να νομίζουμε ότι είναι περισσότερο πιθανό τα πράγματα να πάνε λάθος (με καταστροφικές συνέπειες), και (Β) αν πάνε λάθος, τότε θα είναι δύσκολο να βοηθήσουμε τον εαυτό μας ή να βρούμε βοήθεια από άλλες πηγές.

Ο φαύλος κύκλος του ερεθίσματος



Ο φαύλος κύκλος του άγχους



Η περίπτωση του πανικού

Όπως έχουμε πει και προηγουμένως, ο πανικός δεν είναι τίποτε παραπάνω από ένα οξύ επεισόδιο άγχους. Παρ' όλα αυτά, πρέπει να υπάρχει κάτι στον τρόπο σκέψης μας που να συμβάλει στο να είναι τα συμπτώματα του άγχους τόσο έντονα. Οι ψυχολόγοι διαπίστωσαν ότι, εκτός από τις περιστάσεις, υπάρχει και μια ομάδα από αυτόματες αρνητικές σκέψεις που συμβάλουν στον πανικό. Η φύση αυτών των σκέψεων είναι συνήθως καταστροφική. Αυτό σημαίνει ότι μερικοί άνθρωποι τείνουν να παρερμηνεύουν μερικά από τα συμπτώματα του

άγχους, θεωρώντας τα ως την αρχή κάποιας πνευματικής ή οργανικής καταστροφής: για παράδειγμα, όταν υπάρχει μια μικρή ταχυπαλμία και αυτή ερμηνεύεται ως η αρχή ενός εμφράγματος, ή όταν μερικά αισθήματα ζαλάδας θεωρηθεί ότι θα οδηγήσουν στην πλήρη απώλεια των αισθήσεων. Με τον ίδιο τρόπο που διαιωνίζεται το άγχος με όλες αυτές τις σκέψεις και τα συμπτώματα, οι άνθρωποι οδηγούνται σε ένα φαύλο κύκλο, ο οποίος οδηγεί στην αύξηση της έντασης των συμπτωμάτων που καταλήγουν στον πανικό.

Γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία

- ✓ Μια μέθοδος αυτοβοήθειας που μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να ελαττώσει ή να σταματήσει τις ανεπιθύμητες ψυχολογικές αντιδράσεις.
- ✓ Η βασική θεωρία αφορά στο γεγονός ότι οι καταστάσεις δεν μπορούν να προκαλέσουν κάποια συγκεκριμένη αντίδραση, όμως οι σκέψεις μας γι' αυτές τις καταστάσεις μπορούν.
- ✓ Υπάρχει κάποιος σύνδεσμος ανάμεσα στο πώς σκεφτόμαστε και στο πώς αισθανόμαστε.
- ✓ Η αντίδραση μας ακολουθεί τις σκέψεις μας.
- ✓ Αλλάζοντας τις σκέψεις μας, μπορούμε να αλλάξουμε την αντίδραση μας.

Η αρχή της γνωσιακής-συμπεριφοριστικής θεραπείας δεν είναι «η δύναμη της θετικής σκέψης». Με τη γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία δε μαθαίνουμε μόνο πώς να είμαστε θετικοί, αλλά αποκτούμε την ικανότητα να αντιμετωπίζουμε τόσο τις καταστάσεις που δεν μπορούσαμε να αντιμετωπίσουμε πριν, όσο και τις πιθανές άσχημες καταστάσεις στο μέλλον. Θυμηθείτε ότι καθημερινά ερχόμαστε αντιμέτωποι με στρεσογόνες καταστάσεις – γεγονός που είναι άλλωστε απόλυτα φυσιολογικό. Πρέπει να αποδεχθούμε και να κατανοήσουμε τον τρόπο με τον οποίο αντιδρούμε σ' αυτές τις καταστάσεις. Πρέπει να θυμόμαστε ότι αυτές είναι ανθρώπινες αντιδράσεις. Παρ' όλα αυτά, μετά από την αρχική μας αντίδραση, εάν τα συναισθήματά μας παραμένουν αρνητικά, θα πρέπει να προσπαθήσουμε να τα σταματήσουμε ώστε να μη μας κυριαρχήσουν.

Ένας σύντομος τρόπος για να αρχίσουμε να καταλαβαίνουμε τις αυτόματες αρνητικές σκέψεις είναι, κάθε φορά που αισθανόμαστε άσχημα, να ρωτούμε: «τι λέω στον εαυτό μου γι' αυτή την κατάσταση;» Εάν πάλι υπάρχει κάποια αρνητική σκέψη, μπορούμε να ρωτήσουμε:

- Είμαι σίγουρος/η γι' αυτό το πράγμα;
- Υπάρχει άλλη πιθανή εξήγηση;
- Ποιες είναι οι αποδείξεις μου γι' αυτές τις σκέψεις;

Τα στάδια της θεραπείας

Τα βασικά βήματα:

- Παρατηρούμε τα άσχημα συναισθήματα.
- Μαθαίνουμε να ξεχωρίζουμε αρνητικές σκέψεις και εικόνες.
- Αναγνωρίζουμε τη σχέση μεταξύ σκέψεων, συναισθημάτων και συμπεριφοράς.
- Εξετάζουμε τις αποδείξεις που στηρίζουν καθώς και τις αποδείξεις που δε στοιχειοθετούν τις αρνητικές σκέψεις.

- Τις αντικαθιστούμε με πιο ρεαλιστικές ερμηνείες για τις ίδιες σκέψεις.
- Δοκιμάζουμε τις νέες σκέψεις και εκτιμούμε το αποτέλεσμα.

Παραδείγματα **γνωσιακών λαθών**⁴⁶:

Διπολική σκέψη	Σκεφτόμαστε τα πράγματα με διάθεση ή «άσπρου» ή «μαύρου». Όταν η δουλειά του ανθρώπου είναι λιγότερο από τέλεια, τότε αυτός θεωρεί τον εαυτό του πλήρως αποτυχημένο.
Υπεργενίκευση	Βλέπουμε μια αρνητική κατάσταση ως αντιπροσωπευτική παρόμοιων καταστάσεων.
Νοητικό φίλτρο	Διαλέγουμε ό,τι θέλουμε να δούμε ή ό,τι ταιριάζει στη συγκεκριμένη κατάσταση της σκέψης μας. Μια μικρή αρνητική λεπτομέρεια αμαυρώνει την πραγματικότητα και παραμένουμε σε αυτήν αποκλειστικά, έτσι ώστε η πραγματικότητα να μας φαίνεται σκοτεινή.
Αποκλεισμός του θετικού	Απορρίπτουμε τις θετικές εμπειρίες, επιμένοντας πως «δεν ισχύουν» για κάποιο λόγο. Μ' αυτό τον τρόπο διατηρούμε ένα αρνητικό πιστεύω, το οποίο θα μπορούσε να αντικρουστεί από τις καθημερινές μας εμπειρίες.
Γρήγορα συμπεράσματα	Δίνουμε αρνητικές ερμηνείες σε γεγονότα για τα οποία δεν έχουμε όλα τα στοιχεία. Πολλές φορές δικαιολογούμε αυτές τις ερμηνείες επικαλούμενοι το <i>διάβασμα της σκέψης</i> ή κάποια <i>διαίσθησή μας</i> .
Μεγέθυνση και σμίκρυνση	Πολλές φορές υπερβάλλουμε για τη σπουδαιότητα ορισμένων πραγμάτων ή καταστάσεων (συνήθως πρόκειται για αρνητικά γεγονότα), ενώ υποτιμούμε τη σημασία κάποιων άλλων (συνήθως πρόκειται για θετικά γεγονότα).
Συναισθηματική απόδοση	Πιστεύουμε ότι τα αρνητικά μας συναισθήματα αντικατοπτρίζουν τα πράγματα όπως στ' αλήθεια είναι.
Τα «πρέπει»	Πολλές φορές προσπαθούμε να παρακινήσουμε τον εαυτό μας με τα «πρέπει» και τα «δεν πρέπει». Όταν εφαρμόζουμε αυτά τα «πρέπει» στον εαυτό μας, το αρνητικό συναίσθημα που μπορεί να προκύψει είναι η ενοχή. Όταν τα χρησιμοποιούμε για τους άλλους, μπορεί να νιώσουμε θυμό και αγανάκτηση.
Ετικέτα	Μια ακραία περίπτωση υπεργενίκευσης, που συνήθως είναι πολύ δύσκολο να αναθεωρηθεί (π.χ. «είμαι πάντα πολύ άτυχος»).

⁴⁶ Βλ. επίσης Παπακώστας (1994).

Προσωποποίηση Όταν θεωρούμε τον εαυτό μας υπεύθυνο για κάποιες αρνητικές καταστάσεις ή για εξωτερικά συμβάντα στα οποία δεν παίξαμε κάποιο σημαντικό ρόλο.

Γιατί είναι ανάγκη να μάθουμε να καταγράφουμε τις αγχωτικές μας σκέψεις;

- ✓ Σκέψεις και εικόνες υπάρχουν πάντα.
- ✓ Είναι η πηγή του άγχους μας.
- ✓ Έχουν γίνει συνήθεια.
- ✓ Η φύση τους είναι αυτόματη, παρουσιάζονται δηλαδή πάρα πολύ γρήγορα, και είναι πιθανό να είναι υποσυνείδητες, με αποτέλεσμα το άγχος να μας φαίνεται «ουρανοκατέβητο».
- ✓ Είναι δύσκολο να θυμηθούμε και να καταγράψουμε τις σκέψεις μας όταν δεν έχουμε άγχος.

Άσκηση για το σπίτι

Ημερολόγιο Β: Καταγραφή των αρνητικών σκέψεων χωρίς πρόκληση.

Ημερολόγιο Β – Καταστάσεις και σκέψεις

Ημ/νία	Κατάσταση Τι συνέβη; Ποια ώρα;	Συναίσθημα Τι συναισθήματα είχατε; Πόσο άσχημα ήταν; Βαθμολογήστε 0-10	Σκέψεις Τι σκεφτόσασταν εκείνη την ώρα, ή τι πιστέψατε πως θα συμβεί;

Γνωσιακή Αναδόμηση 2: "εναλλακτικές λύσεις"

Η συνεδρία αυτή έχει ως στόχο να αποσαφηνίσει τις τεχνικές στη γνωσιακή αναδόμηση, δηλαδή στην ανακάλυψη και την πρόκληση των αρνητικών (δυσλειτουργικών) ιδεών και συμπεριφορών μας. Στη συνέχεια παρουσιάζεται το μοντέλο του Ellis καθώς και παραδείγματα αρνητικών πιστεύω.

Το ABCDE μοντέλο του Ellis

A -Activating Event	Ερέθισμα
B - Belief System	Γνωσιακό σύστημα
iB - Irrational Belief	δυσλειτουργικά πιστεύω
rB - Rational Belief	λειτουργικά πιστεύω
C - Consequence	Συνέπειες
D - Dispute iB	Πρόκληση των δυσλειτουργικών πιστεύω
E - Effect	Αποτέλεσμα
aE - Affective	συναισθηματικό
bE - Behavioural	συμπεριφοριστικό
cE - Cognitive	γνωσιακό

Η φύση των δυσλειτουργικών πιστεύω

Η βάση της σκέψης μας αποτελείται από απόλυτες προτάσεις που εμπεριέχουν πολλά «πρέπει», και συνήθως δεν επιτρέπουν την πιθανότητα στα πράγματα να είναι ή να πάνε λάθος. Όταν όμως τα πράγματα είναι λάθος, τότε η πραγματικότητα εναντιώνεται στα πιστεύω, υπάρχει σύγκρουση και το αποτέλεσμα είναι το αρνητικό συναίσθημα. Ο στόχος της θεραπείας είναι να εντοπίσει τα αρνητικά πιστεύω που χαρακτηρίζουν τη σκέψη μας, να τα προκαλέσει και να τα αντικαταστήσει με άλλα πιο θετικά, περισσότερο λειτουργικά πιστεύω.

Ερωτήσεις για εναλλακτικές λύσεις

1. Υπάρχουν αποδείξεις γι' αυτή μου τη σκέψη;
2. Υπάρχουν εναλλακτικές ερμηνείες;
3. Πως θα σκεφτόταν κάποιος άλλος στη θέση μου;
4. Σκέφτομαι με βάση αυτό που αισθάνομαι ή βασιζόμενος στις πράξεις μου;
5. Κρίνω τον εαυτό μου με ρεαλιστικά κριτήρια;
6. Μήπως ξεχνώ σχετικές λεπτομέρειες ή μήπως επικεντρώνω την προσοχή μου σε άσχετες λεπτομέρειες;

7. Μήπως σκέφτομαι απόλυτα, κάνοντας σκέψεις του τύπου «άσπρο-μαύρο»;
8. Μήπως υπερεκτιμώ το πόσο υπεύθυνος είμαι; Μήπως υπερεκτιμώ τον έλεγχο που έχω για την κατάσταση;
9. Τι κι αν συμβεί αυτό που φοβάμαι; Ποιο θα είναι το χειρότερο πράγμα που θα μου συμβεί μετά;
10. Πως θα είναι τα πράγματα σε μερικούς μήνες ή χρόνια;
11. Μήπως υπερεκτιμώ την πιθανότητα να συμβεί;
12. Μήπως υποτιμώ αυτά που μπορώ να κάνω για να αντιμετωπίσω την κατάσταση;

Άσκηση για το σπίτι

Ημερολόγιο Γ: Καταγραφή και πρόκληση των αρνητικών σκέψεων και πιστεύω.

Ημερολόγιο Γ – Καταγραφή και πρόκληση αρνητικών σκέψεων και πιστεύω

Ημ/νία	Κατάσταση Τι συνέβη; Τι σκεφτόσασταν;	Αυτόματες σκέψεις Ποιες είναι οι σκέψεις σας; Πόσο πιστεύετε καθεμιά απ' αυτές; (0-10)	Εναλλακτικές λύσεις Πόσο πιστεύετε καθεμιά; (0-10)	Αποτελέσματα Πόσο πιστεύετε τις πρώτες σας σκέψεις τώρα; (0-10) Τι μπορείτε να κάνετε;

Γνωσιακή Αναδόμηση 3: "αρνητική κριτική"

Το μεγαλύτερο μέρος αυτής της συνεδρίας αφιερώνεται στην ανασκόπηση των ασκήσεων για το σπίτι. Ο θεραπευτής πρέπει να συμβάλει έτσι ώστε όλοι οι συμμετέχοντες να γνωρίζουν καλά το σκεπτικό και την τεχνική της γνωσιακής αναδόμησης. Παράλληλα, και με σκοπό την εμπέδωση, την ομάδα θα απασχολήσει «ο φόβος της αρνητικής κριτικής».

Ο φόβος της αρνητικής κριτικής

- ✓ Καταστάσεις που φοβόμαστε.
- ✓ Παραδείγματα.
- ✓ Η κριτική είναι πιθανή και μας δημιουργεί άγχος.
- ✓ Συνδέουμε την κριτική με την ατομική μας αξία.
- ✓ Αν νιώθουμε άγχος ή πάθουμε πανικό, τότε αυξάνονται οι πιθανότητες της αρνητικής κριτικής.
- ✓ Αν έχουμε κάποια συγκεκριμένη γνώμη για το άτομό μας, αυτό δε σημαίνει ότι και οι άλλοι μας βλέπουν έτσι. Συνήθως οι άλλοι μας βλέπουν διαφορετικά. Παρ' όλα αυτά, εμείς δεν το προσέχουμε, και γι' αυτό εκ των πραγμάτων είναι δύσκολο να αλλάξουμε τη γνώμη μας για τον εαυτό μας.
- ✓ Μερικές φορές «φιλτράρουμε» τις πληροφορίες που δεχόμαστε από το περιβάλλον μας, κρατώντας μόνο αυτές που ενισχύουν τις απόψεις μας.

Άσκηση στη συνεδρία: «η γιορτή»

Ας υποθέσουμε ότι σας έχουν προσκαλέσει σε μια γιορτή, αλλά δεν υπάρχει κάποιος να σας συνοδέψει. Ας προσπαθήσουμε να απαντήσουμε όλοι μαζί σε μερικές υποθετικές ερωτήσεις:

1. *Θα πηγαίνατε μόνοι σας; Αν όχι, γιατί;*
2. *Τι σκέψεις περνούν από το μυαλό σας για τον εαυτό σας;*
3. *Πως αισθάνεστε;*
4. *Αν πάτε, τι κάνετε όταν αντιλαμβάνεστε ότι δε γνωρίζετε κανέναν άλλο από τους προσκεκλημένους;*
5. *Τι σκέπτονται οι άλλοι που σας βλέπουν να είσαστε μόνοι;*
6. *Αν πείτε με δυνατή φωνή «γεια και χαρά σας», ποια νομίζετε ότι θα ήταν η αντίδραση των άλλων;*
7. *Αν είσαστε εκεί και κάποιος άλλος έκανε αυτό το πράγμα, τι θα σκεφτόσασταν γι' αυτόν;*
8. *Είναι υπερβολικό ή άσχημο για κάποιον να είναι νευρικός σε αυτές τις περιπτώσεις;*

Άσκηση για το σπίτι

Η ίδια με την προηγούμενη

Γνωσιακή Αναδόμηση 4: "αποφυγή"

Ο στόχος αυτών των συνεδριών είναι η συνεχής χρήση των τεχνικών της γνωσιακής αναδόμησης και ειδικότερα σε θέματα που αφορούν την αποφυγή.

Αποφυγή

- ✓ Μέρη και καταστάσεις που αποφεύγουμε.
- ✓ Οι αιτίες που τις αποφεύγουμε.
- ✓ Η αποφυγή είναι ένας τρόπος αντιμετώπισης. Αν δε βρεθούμε στη δύσκολη κατάσταση, τότε δε θα αισθανθούμε και άσχημα.
- ✓ Το πρόβλημα δε λύνεται. Το αντίθετο όμως μπορεί να συμβεί.

Ας σκεφτούμε για λίγο στιγμές ή καταστάσεις που μπορούν να μας προκαλέσουν άγχος και πόσες φορές έχουμε επιλέξει να τις αποφύγουμε αντί να τις αντιμετωπίσουμε. Τι ακριβώς σκεφτόμαστε γι' αυτές τις καταστάσεις; Νιώθουμε πράγματι καλύτερα όταν τις αποφεύγουμε; Ή μήπως συμβαίνει και το αντίθετο; Ας εξετάσουμε ένα παράδειγμα.

Κάποιος που πιστεύει ότι δεν είναι ενδιαφέρον άτομο και αισθάνεται μεγάλο άγχος σε διάφορες κοινωνικές καταστάσεις μπορεί να πιστεύει ότι θα γίνει το αντικείμενο αρνητικής κριτικής και άσχημων σχολίων και ότι πιθανώς θα αισθανθεί μεγάλη αμηχανία όταν βρεθεί σε τέτοιες καταστάσεις. Έτσι αποφασίζει να μη συμμετέχει σε συζητήσεις. Η αποφυγή πιθανώς να το βολέψει στην αρχή, αλλά θα καταλήξει να κάνει ακόμα πιο δύσκολο για τους άλλους να τον συμπεριλάβουν στην συζήτηση, πράγμα το οποίο θα ενισχύσει τους αρχικούς του φόβους. Συγχρόνως, θα χάνει ολοένα και περισσότερο την αυτοπεποίθησή του.

Ο συνδυασμός της αποφυγής δραστηριοτήτων και η έλλειψη της αυτοπεποίθησης δημιουργεί έναν εξίσου επικίνδυνο φαύλο κύκλο, που οδηγεί στην αύξηση του άγχους αλλά και στην πιθανή αύξηση άλλων «ψυχολογικών» υποστηρικμάτων, όπως το κάπνισμα και η κατανάλωση αλκοόλ. Μια άλλη πολύ πιθανή συνέπεια είναι η αγοραφοβία.

Στο γνωσιακό επίπεδο, μπορούμε και πάλι να κάνουμε μερικές ερωτήσεις για να σπάσουμε το φαύλο κύκλο της αποφυγής:

1. Τι αποφεύγω επειδή μου προκαλεί άγχος; Τι σκέψεις με κάνουν να το αποφεύγω;
2. Αποφεύγω πράγματα γιατί αισθάνομαι αγχωμένος; Ή την περίπτωση που θα με κάνουν να αισθανθώ πιο άσχημα; Ποια είναι αυτά τα πράγματα; Ποιες σκέψεις με κάνουν να τα αποφεύγω;
3. Αφήνω ευκαιρίες να κάνω πράγματα, αναβάλλω ενέργειες ή περιορίζω τις δραστηριότητές μου; Τι είδους πράγματα; Ποιες σκέψεις με κάνουν να ενεργώ έτσι;
4. Τι προβλήματα ή δυσκολίες αποφεύγω να σκεφτώ; Ποιες σκέψεις με κάνουν να τα αποφεύγω;

Ο πρώτος στόχος είναι να απαντηθούν αυτές οι ερωτήσεις και ο δεύτερος στόχος να προκληθούν (με την ως τώρα γνωστή μέθοδο). Κατόπιν πρέπει να γίνουν προσπάθειες για να κάνουμε τα πράγματα που αποφεύγαμε ως τώρα. Στην αρχή μπορεί να αισθανθούμε πολύ άγχος επειδή αντιμετωπίζουμε μια κατάσταση μετά από πολύ καιρό, αλλά δεν πρέπει να την αναβάλουμε και πάλι, εκτός αν το άγχος είναι υπερβολικό. Στην τελευταία περίπτωση πρέπει να επεξεργαστούμε ξανά τον τρόπο αντιμετώπισής της. Δε θα πρέπει να περιμένουμε να εξαφανιστεί το άγχος. Μερικές σκέψεις για ορισμένες καταστάσεις τις έχουμε για πάρα πολύ καιρό και είναι δύσκολο να τις διορθώσουμε αμέσως. Πρέπει να κάνουμε μικρά βήματα στην αρχή και όσο το δυνατόν πιο εύκολα. Όσο περνάει ο καιρός και τα καταφέρνουμε, τόσο περισσότερο θα επανακτούμε την αυτοπεποίθησή μας.

Ο φαύλος κύκλος της μείωσης της αυτοπεποίθησης

Άγχος

Μείωση της
αυτοπεποίθησης

Λιγότερες
δραστηριότητες

Τεχνική αντιμετώπισης της αποφυγής

A. Βήμα-βήμα απέναντι στο φόβο

Αντιμετωπίζοντας το φόβο βήμα-βήμα ή με σταδιακή εξάσκηση, μπορούμε να τον υπερνικήσουμε, αφού μας δίνεται η ευκαιρία να μάθουμε ότι ορισμένες καταστάσεις ή πράγματα δεν είναι πραγματικά επικίνδυνα ή επίφοβα. Βιώνοντας μια κατάσταση στην οποία δε νιώθουμε άνετα ή φοβόμαστε, το άγχος μας μειώνεται από τη στιγμή που η προσπάθεια είναι οργανωμένη με το σωστό τρόπο. Μαθαίνουμε να αντιμετωπίζουμε καταστάσεις σταδιακά, επιχειρώντας κάτι σχετικά εύκολο στην αρχή και κάτι πιο δύσκολο αργότερα. Έτσι ξαναχτίζουμε την αυτοπεποίθησή μας.

B. Μέθοδος

1. Κάνουμε μια λίστα από όλα τα πράγματα και τις καταστάσεις που αποφεύγουμε ή που

μας προκαλούν άγχος.

2. Τα ταξινομούμε κατά σειρά δυσκολίας. Αυτά είναι οι στόχοι μας.
3. Διαλέγουμε τον στόχο μας. Ο πρώτος στόχος πρέπει να είναι ο «ευκολότερος» στη λίστα. Πρέπει να καταγράψουμε με λεπτομέρεια όλα όσα σχετίζονται μ' αυτό το στόχο.
4. Πρέπει να επιτύχουμε τους στόχους μας κάνοντας μικρά βήματα. Αυτό μπορούμε να το καταφέρουμε εάν «τεμαχίσουμε» τους στόχους σε μικρότερα μέρη.
5. Παίρνουμε το ευκολότερο μέρος. Αυτό πρέπει να είναι κάτι το οποίο νιώθουμε άνετα να κάνουμε. Ίσως να χρειαστούμε κάποια βοήθεια για να αποφασίσουμε με ποιο μέρος θα ξεκινήσουμε.
6. Κάνουμε πρακτική εξάσκηση με κάθε μέρος ώσπου να το καταφέρνουμε χωρίς καμιά δυσκολία. Κατόπιν προχωρούμε στο επόμενο μέρος κ.ο.κ. Αν αισθανόμαστε άγχος στην πορεία, αυτό είναι φυσιολογικό. Πρέπει να μάθουμε να υπερνικούμε το άγχος αντί να το αποφεύγουμε.

Πρέπει να θυμόμαστε ότι η πρακτική εξάσκηση πρέπει να γίνεται τακτικά, αρκετά συχνά, έτσι ώστε να μη χάνουμε τα οφέλη, και να επαναλαμβάνεται μέχρις ότου δε θα υπάρχει υπερβολικό άγχος, αναγνωρίζοντας και επιβραβεύοντας κάθε επιτυχία. Αν αντιμετωπίζουμε δυσκολίες, αυτό δε σημαίνει ότι πρέπει να σταματήσουμε ή ότι αποτύχαμε. Πρέπει ίσως να «ξανατεμαχίσουμε» το στόχο μας.

Πρέπει επίσης να μάθουμε να ζούμε και με πιθανές ατυχίες. Ο καθένας μας έχει καλές και άσχημες μέρες. Αν υπάρξουν αποτυχίες, πρέπει να σκεφτούμε πώς να κάνουμε το στόχο μας ευκολότερο και να μην υποβαθμίζουμε την προσπάθειά μας. Πρέπει να μην κρίνουμε άσχημα τον εαυτό μας αλλά να τον ενθαρρύνουμε για τις επόμενες προσπάθειες.

Άσκηση για το σπίτι

Η

ίδια

με

την

προηγούμενη

• Χαλάρωση 1

Εισαγωγή στη χαλάρωση

- ✓ Άγχος σημαίνει ένταση.
- ✓ Η ένταση δημιουργεί συμπτώματα όπως πονοκεφάλους, πόνους στη μέση, στην πλάτη και στο πίσω μέρος του λαιμού.
- ✓ Αυτοί οι πόνοι επιτείνουν την ανησυχία.
- ✓ Η ένταση φέρνει εύκολα κούραση.
- ✓ Η χαλάρωση βοηθά στην επιβράδυνση του οργανικού μας συστήματος, το οποίο διεγείρεται όταν έχουμε άγχος.
- ✓ Μαθαίνοντας πώς να χαλαρώνουμε, μαθαίνουμε πώς να ελέγχουμε το άγχος.

Η χαλάρωση μπορεί να βοηθήσει...

1. Στην ικανότερη αντιμετώπιση των γενικών επιδράσεων του στρες και την αποφυγή της υπερβολικής αντίδρασης.
2. Στην ελάττωση συγκεκριμένων συμπτωμάτων του άγχους, όπως οι πονοκέφαλοι, οι ημικρανίες, η αύπνια και η υπερένταση.
3. Στην μείωση της έντασης και, συνεπώς, στην ελάττωση των σχετικών πόνων.
4. Στον έλεγχο του αναμενόμενου άγχους πριν και κατά την διάρκεια των αγχωτικών καταστάσεων.
5. Στη μείωση της περιττής κούρασης ή στην ξεκούραση μετά από μια δύσκολη μέρα.
6. Στην αύξηση της ολικής μας ικανότητας για δράση.
7. Στην ανατροπή της έναρξης άλλων διαταραχών άγχους.
8. Στην μείωση της ανάγκης του ατόμου να καπνίζει ή να πίνει πολύ (ή και να τρώει πολύ).
9. Στο να μπορεί το άτομο να αντιμετωπίζει αγχωτικές καταστάσεις αντί να τις αποφεύγει.
10. Στη βελτίωση της συγκέντρωσης και στην ενίσχυση της μάθησης.
11. Στις προσωπικές σχέσεις, εφόσον θα υπάρχουν λιγότερες γνωσιακές δυσλειτουργίες και ο τρόπος αντιμετώπισης των δύσκολων καταστάσεων θα είναι ηπιότερος.
12. Στη βελτίωση της επικοινωνίας με άλλα άτομα.
13. Στην αύξηση του επιπέδου της αυτοεκτίμησης και αυτοπεποίθησης, εφόσον υπάρχει μεγαλύτερος έλεγχος του άγχους.
14. Στην αύξηση των επιπέδων ανεκτικότητας στον πόνο.
15. Στην ταχύτερη ανάρρωση μετά από αρρώστιες ή εγχειρήσεις.
16. Σε περιπτώσεις κατάθλιψης ή θυμού, εφόσον οι γνωσιακές δυσλειτουργίες θα είναι λιγότερες.
17. Στην ελάττωση της ανάγκης εξάρτησης από φάρμακα και άλλες ουσίες.
18. Στην ξεκούραση μετά από έντονες σωματικές ασκήσεις.
19. Στη βελτίωση των διαφόρων επιδόσεων (π.χ. στη μουσική, στα αθλήματα).
20. Στον περιορισμό της τάσης για ατυχήματα.

Γιατί πρέπει να μάθει κάποιος τη χαλάρωση;

- ✓ Η χαλάρωση δεν έρχεται φυσικά (ο άνθρωπος δεν μπορεί να επιβάλει στον εαυτό του τη χαλάρωση, ακόμα και αν το επιθυμεί).
- ✓ Είναι δύσκολη όταν υπάρχει έντονο άγχος.

Στόχοι

1. Να μάθουμε τη διαδικασία χαλάρωσης.
2. Να μάθουμε να αισθανόμαστε τότε το σώμα μας είναι απόλυτα χαλαρωμένο.
3. Να γνωρίζουμε τα κέντρα έντασης του σώματός μας.
4. Η πρακτική πρέπει να είναι συχνή και όχι βιαστική, χωρίς διακοπές. Πρέπει να γίνεται σ' ένα μέρος που να μην είναι ούτε πολύ ζεστό ούτε πολύ κρύο, ήσυχο και χωρίς πολύ φως. Ο καλύτερος χρόνος για χαλάρωση είναι αργά το απόγευμα, αλλά όχι λίγο πριν τον ύπνο (τουλάχιστον στα αρχικά στάδια), και όχι με πολύ γεμάτο ή άδειο στομάχι.

Άσκηση για το σπίτι

Πρακτική της χαλάρωσης και συμπλήρωση του ημερολογίου της χαλάρωσης.

Ημερολόγιο Χαλάρωσης

Ημ/νία και ώρα	Ένταση πριν τη χαλάρωση 0-10	Ένταση μετά τη χαλάρωση 0-10	Σχόλια Αίσθημα ευχαρίστησης ή παράγοντες διάσπασης

• Χαλάρωση 2

- ✓ Συζήτηση για πιθανές δυσκολίες στην πρακτική της χαλάρωσης.
- ✓ Πρακτική της άσκησης χαλάρωσης (δεύτερο επίπεδο, βλ. σχετικό κείμενο στο τέλος του κεφαλαίου) στη συνάντηση.

Γενίκευση της χαλάρωσης

1. Σποραδικός έλεγχος για ένταση.
2. Χαλάρωση όταν καθόμαστε, βλέπουμε τηλεόραση, διαβάζουμε, δουλεύουμε στο γραφείο, κ.λπ.
3. Χαλάρωση όταν αντιμετωπίζουμε στρεσογόνες καταστάσεις ή γεγονότα κ.λπ.
4. Τα σωματικά συμπτώματα χρησιμοποιούνται ως σήματα για να ξεκινήσουμε χαλάρωση.
5. Παρακολουθούμε την αναπνοή.
6. Σε πολύ δύσκολες καταστάσεις τεντώνουμε όλους τους μυς για μερικά δευτερόλεπτα και αφήνουμε να χαλαρώσουν.

Άσκηση για το σπίτι

Πρακτική της χαλάρωσης και συμπλήρωση του ημερολογίου της χαλάρωσης.

• Εκπαίδευση στη διεκδικητική συμπεριφορά

Τι είναι η διεκδικητική συμπεριφορά⁴⁷;

- ✓ Το διεκδικητικό άτομο.
- ✓ Η σχέση ανάμεσα στη διεκδίκηση και στην ευαισθησία.
- ✓ Διεκδικητική συμπεριφορά και εγωισμός.
- ✓ Λέμε «ναι», ενώ θα θέλαμε να πούμε «όχι».
- ✓ Μη διεκδικητική και επιθετική συμπεριφορά.

Μερικοί άνθρωποι αντιλαμβάνονται τη διεκδίκηση ως το αντίθετο της ευαισθησίας, φαντάζονται δηλαδή ότι οι άνθρωποι μπορεί να είναι διεκδικητικοί ή ευαίσθητοι, αλλά όχι και τα δύο. Το αποτέλεσμα αυτού του σκεπτικού είναι ότι αυτοί οι άνθρωποι αποφεύγουν να συμπεριφέρονται διεκδικητικά για να εξασφαλίσουν ότι δεν θα γίνουν αντικείμενο αρνητικής κριτικής. Άλλοι άνθρωποι βλέπουν τη διεκδίκηση να συμβαδίζει με την ευαισθησία. Για να είναι αληθινά διεκδικητικοί και όχι επιθετικοί, αισθάνονται ότι πρέπει να είναι ευαίσθητοι στα αισθήματα και τις ανάγκες των άλλων ανθρώπων.

Ορισμός και στόχοι της διεκδικητικής συμπεριφοράς

Διεκδικητική συμπεριφορά είναι ο ευθύς, ειλικρινής και κατάλληλος τρόπος έκφρασης της γνώμης, των πιστεύω, των αναγκών και των συναισθημάτων. Με άλλα λόγια, ο βασικός στόχος της διεκδικητικής συμπεριφοράς είναι η υπεράσπιση των δικαιωμάτων του εαυτού μας, χωρίς εντούτοις να εκφράζεται άρνηση των δικαιωμάτων του άλλου.

Το βασικό μήνυμα της διεκδίκησης είναι: «αυτό σκέφτομαι», «αυτό αισθάνομαι», «έτσι βλέπω την κατάσταση». Η διεκδικητική συμπεριφορά χαρακτηρίζεται από το σεβασμό για τα δικά μας δικαιώματα και για τις ανάγκες του άλλου, εφόσον ανταποκρίνεται και στα δύο. Μπορεί οι άλλοι να μην παίρνουν την απάντηση που επιθυμούν, αλλά τους έχουμε μεταχειριστεί με αξιοπρέπεια.

Επιθετική συμπεριφορά

Στην επιθετική συμπεριφορά το άτομο αναγνωρίζει μόνο τα δικά του δικαιώματα και ανάγκες. Η έκφραση των συναισθημάτων γίνεται με ένα μη ειλικρινή, ακατάλληλο τρόπο, που παραβιάζει τα δικαιώματα του άλλου. Ο συνηθισμένος στόχος είναι η κυριαρχία και η νίκη, εξαναγκάζοντας το άλλο άτομο σε «ήττα». Η επιθετικότητα εκδηλώνεται με τον εξευτιλισμό και τη μείωση του άλλου που είναι ασθενέστερος και λιγότερο ικανός να εκφράσει τα δικαιώματα και τις ανάγκες του.

⁴⁷ Βλ. επίσης Καλπάκογλου (1996).

Το βασικό μήνυμα της επιθετικής συμπεριφοράς είναι: «αυτό σκέφτομαι - είσαι βλάκας που σκέφτεσαι το αντίθετο», «αυτό θέλω - αυτό που θέλεις εσύ δεν είναι σημαντικό», «έτσι αισθάνομαι - αυτό που αισθάνεσαι εσύ δεν μετράει».

Μη διεκδικητική συμπεριφορά

Με τη μη διεκδικητική συμπεριφορά το αποτέλεσμα της επικοινωνίας μεταξύ δύο ατόμων είναι μη ικανοποιητικό. Με τη μη διεκδικητική συμπεριφορά το άτομο παραβιάζει τα δικά του δικαιώματα, καθώς δεν μπορεί να εκφράσει τα ειλικρινή του συναισθήματα και σκέψεις, επιτρέποντας του άλλους να τα παραβιάσουν.

Το μήνυμα της μη διεκδικητικής συμπεριφοράς είναι: «εγώ δεν μετρώ», «μπορείς να με χρησιμοποιήσεις», «τα συναισθήματά μου δεν έχουν αξία - μόνο τα δικά σου», «οι σκέψεις μου δεν είναι σημαντικές - μόνο οι δικές σου αξίζει να ακουστούν», «εγώ είμαι ένα τίποτα - εσύ είσαι ανώτερος». Ο στόχος της μη διεκδικητικής συμπεριφοράς είναι να ευχαριστήσουμε τους άλλους και να αποφύγουμε οποιαδήποτε τριβή.

Η στρατηγική των διεκδικητικών απαντήσεων

1. Δείξε ότι καταλαβαίνεις την σημασία του αιτήματος και τα συναισθήματα του άλλου.
2. Εξήγησε γιατί δεν μπορείς να ανταποκριθείς. Μην αφήνεις το άλλο άτομο να μαντέψει τους λόγους σου.
3. Πρότεινε εναλλακτικές λύσεις (αν γνωρίζεις). Αυτό δείχνει ότι ενδιαφέρεσαι.

Για να αποκτήσουμε διεκδικητική συμπεριφορά, χρειάζεται να **επιθυμούμε να αλλάξουμε συμπεριφορά** και να:

- ✓ ρισκάρουμε, ξεκινώντας από λιγότερο απειλητικές καταστάσεις,
- ✓ δίνουμε αξία στον εαυτό μας και τους άλλους,
- ✓ κατανοούμε ότι μερικές φορές δε θα μπορέσουμε να πετύχουμε αυτό που θέλουμε, παρ' όλες τις προσπάθειές μας,
- ✓ καταλαβαίνουμε ότι δεν υπάρχουν τέλειες απαντήσεις για κάθε πρόβλημα,
- ✓ καταλαβαίνουμε ότι δεν υπάρχουν μαγικές λύσεις για περίπλοκες καταστάσεις,
- ✓ εξετάσουμε ειλικρινά καινούριους τρόπους συμπεριφοράς και σκέψης,
- ✓ αποδεχθούμε ότι δεν πρόκειται να αλλάξουμε μέσα σε ένα βράδυ,
- ✓ βάλουμε μικρούς στόχους στην αρχή,
- ✓ θέλουμε να είμαστε αγαπητοί στους άλλους, αλλά και να γνωρίζουμε ότι αυτό πολλές φορές δεν είναι εφικτό,
- ✓ επιθυμούμε δίκαια μεταχείριση, αλλά να μην στεναχωριόμαστε όταν δεν την έχουμε, και
- ✓ καταλάβουμε ότι για να αλλάξουμε, απαιτείται μεγάλη πρακτική εξάσκηση, και να αφιερώσουμε χρόνο σ' αυτή.

Προτεινόμενα διεκδικητικά πιστεύω

1. Δεν υποχρεομένος να πω «ναι» επειδή κάποιος μου ζήτησαν κάτι.
2. Δεν υπάρχει κανένας νόμος που να λέει ότι οι γνώμες των άλλων ισχύουν πάντα περισσότερο από τις δικές μου.

3. Αν είπα «όχι» σε κάποιον και θύμωσε, αυτό δε σημαίνει ότι θα έπρεπε να είχα πει «ναι».
4. Έχω το δικαίωμα να είμαι διεκδικητικός, ακόμα κι όταν αυτό δεν αρέσει στους άλλους.
5. Μπορώ να αισθάνομαι καλά ακόμα κι αν κάποιος είναι ενοχλημένος μαζί μου.
6. Αν οι άλλοι είναι μη διεκδικητικοί, αυτό δε σημαίνει ότι πρέπει να είμαι κι εγώ.
7. Η διεκδίκηση από την πλευρά μου μικρών πραγμάτων μπορεί να είναι το ίδιο σημαντική όσο η διεκδίκηση μεγάλων πραγμάτων από τους άλλους.
8. Το γεγονός ότι μπορεί να πω «όχι» σε κάποιον δε με κάνει εγωιστή.
9. Έχω το δικαίωμα να διαφωνώ με τους άλλους, όσο έντονα και αν εμμένουν στις απόψεις τους.
10. Επειδή είχα συμφωνήσει να κάνω κάτι, αυτό δε σημαίνει ότι δεν μπορώ να αλλάξω γνώμη και να μην το κάνω.
11. Έχω το δικαίωμα να πω στους άλλους ότι η συμπεριφορά τους με ενοχλεί και να τους προτείνω εναλλακτικούς τρόπους συμπεριφοράς.
12. Αν αρνηθώ κάτι σε κάποιο φίλο, αυτό δε σημαίνει ότι θα είναι για πάντα δυσαρεστημένος.
13. Οι άνθρωποι που με ενδιαφέρουν μπορεί να δυσαρεστηθούν αν δεν κάνω τα πράγματα που μου ζητούν, αλλά αυτό δεν είναι η καταστροφή.
14. Αν κάνω πράγματα μόνο και μόνο για να γίνομαι αρεστός, θα πρέπει να αρχίσω να σκέφτομαι πόσο σημαντικό είναι τελικά αυτό για μένα.
15. Οι άλλοι άνθρωποι δεν έχουν μαγικές ικανότητες να γνωρίζουν αυτά που θέλω, αν δεν τους τα πω.
16. Μπορεί η συμπεριφορά των άλλων να είναι πάρα πολύ ενοχλητική, αλλά δεν υπάρχει κανένας νόμος που να λέει ότι δε θα έπρεπε να είναι έτσι.
17. Έχω το δικαίωμα να διασκεδάζω με αυτό που κάνω και να ζητώ από τους άλλους να μην κάνουν πράγματα που με διακόπτουν.
18. Επιτρέπεται να θέλω να ευχαριστήσω τα άτομα που με ενδιαφέρουν, αλλά αυτό δε σημαίνει ότι θα πρέπει να τα ευχαριστώ πάντα.
19. Το να δίνεις δεν είναι η αρχή και το τέλος της ζωής. Έχω το δικαίωμα να εκφράσω τις ιδιαιτερότητές μου.
20. Το να αρνηθώ να κάνω μια χάρη σε κάποιον δε σημαίνει πως δεν τον αγαπάω. Θα το καταλάβει και αυτός.
21. Δε χρειάζεται να θεωρώ τον εαυτό μου υπεύθυνο για τη λύση των προβλημάτων των άλλων ή να τους κάνω πάντα χαρούμενους.
22. Έχω το δικαίωμα της διεκδίκησης. Δε χρειάζεται να φαίνομαι πάντα συγκαταβατικός για να μη νιώθουν απειλημένοι οι άλλοι.
23. Μπορώ να επιλέγω να μην είμαι διεκδικητικός και να εξακολουθώ να αισθάνομαι ευχάριστα γι' αυτό.

Παραδείγματα

Στη διάρκεια της συνεδρίας, οι συμμετέχοντες μπορούν με τη βοήθεια του θεραπευτή να προσπαθήσουν να γίνουν «διεκδικητικοί» μέσα από υποθετικές καταστάσεις και παιχνίδια ρόλων, όπως τα παρακάτω παραδείγματα:

- ✓ Έχεις ως γενικό και απαράβατο κανόνα να μη δανείζεις το αυτοκίνητό σου σε άλλους. Κάποιος καλός φίλος σου σου το ζητάει επίμονα ένα βράδυ. Τι του λες;

- ✓ Το αφεντικό σου σε διαλέγει ξαφνικά για να συνοδεύσεις έναν πολύ καλό πελάτη σε ένα γεύμα εργασίας. Εσύ είχες κλείσει ραντεβού με τον οδοντίατρο επειδή υποφέρεις από φοβερό πονόδοντο. Τι κάνεις;
- ✓ Σε ένα κατάστημα υποδημάτων έχεις ήδη δοκιμάσει πολλά ζευγάρια παπούτσια, αλλά ακόμα δεν έχεις αποφασίσει. Ο πωλητής είναι πολύ ευγενικός και εξυπηρετικός. Τι κάνεις;

Άσκηση για το σπίτι

Πρακτική των ασκήσεων χαλάρωσης και συμπλήρωση των ημερολογίων Γ και χαλάρωσης.

• Λύση προβλημάτων

Ο στόχος αυτών των συνεδριών είναι να συνοψίσουν τα θέματα όλων των προηγούμενων συνεδριών και να παρουσιάσουν τρόπους με τους οποίους όλες οι τεχνικές μπορούν να συνδυαστούν κατάλληλα και αποτελεσματικά απέναντι σε καταστάσεις που προκαλούν άγχος.

Επτά βήματα στη λύση προβλημάτων⁴⁸

1. Όρισε το πρόβλημα

- Το πρόβλημα αφορά στο παρελθόν, στο παρόν ή στο μέλλον;
- Είναι ξεκάθαρο; Τι πρόκειται να συμβεί; Πότε;
- Ποιον ή ποιους αφορά το πρόβλημα;
- Υπερεκτιμάται η σοβαρότητα του προβλήματος, ή υποτιμούνται οι ικανότητες αντιμετώπισής του;

2. Κάνε μια λίστα από πιθανές λύσεις

- Τοποθέτησε τις λύσεις κατά σειρά χρησιμότητας ή σύμφωνα με το πόσο άνετα μπορείς να τις πραγματοποιήσεις.

3. Διάλεξε μια λύση

- Διάλεξε την πρώτη λύση από τη λίστα σου.

4. Σχεδίασε τη λύση

- Τι θα γίνει; Πώς θα γίνει; Πότε θα γίνει;
- Ποιοι θα συμμετέχουν; Πού θα γίνει;

5. Πραγματοποίησε τη λύση

6. Αξιολόγησε τον εαυτό σου και το αποτέλεσμα

- Αν πέτυχες το σκοπό σου, επιβράβευσε τον εαυτό σου που τα κατάφερες. Αν δεν πέτυχες αυτό που ήθελες, μην κρίνεις τον εαυτό σου άσχημα, αλλά προσπάθησε να δεις τι πήγε λάθος στην προσπάθειά σου. Είναι πολύ πιθανό να έθεσες μεγάλους και δύσκολους στόχους. **Δεν απέτυχες**. Μάθε από την εμπειρία, πάνε πίσω στη λίστα με τις υπόλοιπες λύσεις και διάλεξε την επόμενη.

7. Να θυμάσαι να προετοιμάζεσαι για κάποια προβλήματα

- Μερικές φορές είναι δύσκολο να αντιμετωπίσεις ένα πρόβλημα, αλλά στο τέλος θα αξίζει τον κόπο. Δεν υπάρχουν μεγάλα και μικρά προβλήματα. Η διαφορά βρίσκεται στη σπουδαιότητα των καταστάσεων, στην εμπειρία μας να τις αντιμετωπίσουμε και στο πόσο άγχος μάς προκαλούν.

⁴⁸ Βλ. Kennerley (1990).

• Kennerley, 1990

Κείμενο

Αυτή η άσκηση θα σας βοηθήσει να καταλαβαίνετε τη διαφορά ανάμεσα στην ένταση και στη χαλάρωση των μυών, και θα σας διδάξει πώς να χαλαρώνετε όταν το θέλετε. Θα δουλέψουμε πάνω σε ομάδες μυών, πρώτα τεντώνοντας και μετά χαλαρώνοντας τους. Θα ξεκινήσουμε από τις πατούσες και σταδιακά θα ανεβαίνουμε προς τα πάνω με σταθερό ρυθμό. Προσπαθήστε να μη βιάζεστε κι αφήστε το αίσθημα της χαλάρωσης να γίνεται όλο και πιο βαθύ...

Πρώτα, αισθανθείτε όσο πιο άνετα γίνεται... ξαπλώστε στο πάτωμα με ένα μαξιλάρι κάτω από το κεφάλι σας, ή καθίστε χαλαρά στην πολυθρόνα σας... εάν φοράτε γυαλιά, βγάλτε τα... βγάλτε τα παπούτσια και ξεσφίξτε τα ρούχα που σας ζορίζουν... χαλαρώστε τα χέρια δίπλα σας... κλείστε τα μάτια και μη σας πειράζει αν τρεμοπαίζουν, αυτό είναι συνηθισμένο...

Τώρα αρχίστε να χαλαρώνετε... ανασαίνετε αργά... εισπνεύστε αργά και βαθιά... εκπνεύστε αργά και φανταστείτε το σώμα σας να γίνεται βαρύτερο... σαν να βουλιάζετε στο πάτωμα ή στην πολυθρόνα σας... αναπνέετε αργά και ρυθμικά και νιώστε ένα αίσθημα ανακούφισης... προσπαθήστε να λέτε «χαλάρωσε» στον εαυτό σας όταν εισπνέετε... αναπνέετε έτσι για λίγα ακόμα λεπτά...

Τώρα, θα αρχίσετε να τεντώνετε και να χαλαρώνετε τους μυς του σώματός σας... σκεφτείτε τις πατούσες σας... τεντώστε τους μυς στις πατούσες και στους αστραγάλους, γυρίζοντας τα δάκτυλα των ποδιών σας προς τα πάνω... με προσοχή τεντώστε τους μυς... αισθανθείτε την ένταση στις πατούσες και στους αστραγάλους... κρατήστε την ένταση... τώρα χαλαρώστε... αφήστε τις πατούσες χαλαρές... νιώστε την ένταση να φεύγει απ' αυτές... αφήστε τις πατούσες ελεύθερες και αισθανθείτε τες βαρύτερες... φανταστείτε ότι γίνονται τόσο βαριές, σαν να αρχίζουν να βυθίζονται στο πάτωμα... ολοένα και πιο χαλαρά... ολοένα και πιο βαριά και χαλαρά...

(επανάληψη)

Τώρα, σκεφτείτε τις γάμπες σας... τεντώστε τους μυς στις γάμπες... εάν κάθιστε, σηκώστε τα πόδια προς τα πάνω και κρατήστε τα μπροστά σας... με προσοχή τεντώστε τους μυς... αισθανθείτε την ένταση... κρατήστε την ένταση... τώρα χαλαρώστε... αφήστε τα πόδια να ακουμπήσουν στο πάτωμα... αφήστε τα χαλαρά... νιώστε τη διαφορά... αισθανθείτε την ένταση να φεύγει από αυτά... να αφήνει τα πόδια σας βαριά... φανταστείτε τα πόδια και τις πατούσες σας να γίνονται τόσο βαριά, σαν να βυθίζονται στο πάτωμα... τα αισθάνεστε ολοένα και πιο χαλαρά... ολοένα και πιο βαριά και χαλαρά...

(επανάληψη)

Τώρα, σκεφτείτε τους μηρούς σας... τεντώστε τους μυς στους μηρούς πιέζοντας τον έναν με τον άλλο όσο πιο δυνατά γίνεται... αισθανθείτε την ένταση να μεγαλώνει... κρατήστε την ένταση... τώρα χαλαρώστε τα πόδια... αφήστε τα χαλαρά... νιώστε τη διαφορά... αισθανθείτε την ένταση να φεύγει από τα πόδια σας... να αφήνει τα πόδια σας βαριά... αισθάνεστε τις γάμπες βαριές... αισθάνεστε τις πατούσες βαριές... φανταστείτε την ένταση να φεύγει... ν' αφήνει τα πόδια σας... να τ' αφήνει τόσο βαριά, σαν να βυθίζονται στο πάτωμα ή στην πολυθρόνα... αφήστε το αίσθημα της χαλάρωσης να ανέβει στη λεκάνη... χαλαρώστε τους γλουτούς και το κάτω μέρος της πλάτης...

(επανάληψη)

Τώρα, τεντώστε τους μυς της λεκάνης και της μέσης, πιέζοντας τους γλουτούς τον έναν με τον άλλο όσο πιο δυνατά γίνεται... σηκώστε ελαφρώς τη μέση σας... αισθανθείτε την ένταση... κρατήστε την ένταση... τώρα χαλαρώστε... αφήστε τους μυς να χαλαρώσουν... ολοένα και βαθύτερα... περισσότερο χαλαρά... να γίνονται ολοένα και πιο βαριοί... η μέση σας είναι χαλαρή... τα πόδια σας είναι χαλαρά... οι πατούσες σας είναι βαριές... η ένταση φεύγει από το σώμα σας...

(επανάληψη)

Τεντώστε τους μυς στο στομάχι και στο στήθος... φανταστείτε πως κάποιος θα σας δώσει μια μπουινιά και ετοιμαστείτε γι' αυτό... πάρτε ανάσα και παράλληλα τραβήξτε το στομάχι προς τα μέσα νιώθοντας τους μυς να τεντώνονται... νιώστε τους μυς να τεντώνονται και το στήθος σας να γίνεται βράχος... κρατήστε την ένταση... τώρα αφήστε την ανάσα σας σιγά-σιγά και διώξτε την ένταση... αισθανθείτε τους μυς του στομάχου χαλαρούς... αισθανθείτε την ένταση ν' αφήνει το στήθος σας... όπως αναπνέετε ήρεμα και σταθερά, το στήθος πρέπει να ανεβαίνει και να κατεβαίνει απαλά... αφήστε την αναπνοή να γίνει ρυθμική και χαλαρώστε...

(επανάληψη)

Τώρα, σκεφτείτε τις παλάμες και τα χέρια σας... αργά διπλώστε τα δύκτυλα κάνοντας μπουινιές... αισθανθείτε την ένταση... σηκώστε τα χέρια σας μπροστά με τις μπουινιές σφιχτές... αισθανθείτε την ένταση στις παλάμες, στους βραχίονες και στα μπράτσα... κρατήστε την ένταση... τώρα αφήστε την... αργά φέρτε τα χέρια στην αρχική τους θέση... φανταστείτε την ένταση να φεύγει από τα μπράτσα σας... να φεύγει από τα χέρια σας... να τ' αφήνει χαλαρά... τα χέρια σας γίνονται βαριά και χαλαρά...

(επανάληψη)

Τώρα, σκεφτείτε τους μυς στους ώμους σας... τεντώστε τους τραβώντας τους προς τα πάνω, προς τ' αφτιά σας, και προς τα μέσα... αισθανθείτε την ένταση να μεγαλώνει στους ώμους και στο λαιμό... τεντώστε τους μυς λίγο ακόμα, γέρνοντας το κεφάλι λίγο προς τα πίσω... κρατήστε την ένταση... τώρα χαλαρώστε... αφήστε το κεφάλι να έρθει στην αρχική του θέση... αφήστε τους ώμους να κατέβουν προς τα κάτω... αφήστε τους να πάνε ακόμα πιο κάτω... αισθανθείτε την ένταση να φεύγει από το λαιμό και τους ώμους... αισθανθείτε τους μυς να χαλαρώνουν όλο και περισσότερο... αισθανθείτε το λαιμό χαλαρό και τους ώμους βαρείς...

(επανάληψη)

Σκεφτείτε τους μυς του προσώπου σας... τους μυς στο μέτωπο... τεντώστε τους όσο πιο δυνατά γίνεται... κρατήστε την ένταση και σκεφτείτε τους μυς στο πιγούνι... τεντώστε τους μυς στο πιγούνι δαγκώνοντας σκληρά... αισθανθείτε την ένταση του προσώπου σας... πάνω στο μέτωπο... πίσω από τα μάτια... στο πιγούνι... τώρα χαλαρώστε... χαλαρώστε το μέτωπο και κατεβάστε το πιγούνι... νιώστε την ένταση να φεύγει... αισθανθείτε την ένταση να φεύγει από το πρόσωπο... αισθανθείτε το μέτωπο χαλαρό... το πιγούνι γίνεται βαρύ και χαλαρό... φανταστείτε την ένταση να αφήνει το πρόσωπό σας... να αφήνει το λαιμό σας... να φεύγει από τους ώμους σας... το κεφάλι, ο λαιμός και οι ώμοι γίνονται βαριοί και χαλαροί...

(επανάληψη)

Σκεφτείτε όλο το σώμα σας τώρα... είναι όλο βαρύ και χαλαρό... αφήστε οποιαδήποτε ένταση... φανταστείτε την ένταση να εξατμίζεται από το σώμα σας... ακούστε τον ήχο της ηρεμίας σας, της ρυθμικής ανάσας... αισθάνεστε τα χέρια, τα πόδια και το κεφάλι ευχάριστα βαριά... πολύ βαριά για να τα κουνήσετε... μπορεί να νιώσετε ότι αιωρείστε... δεν πειράζει... αφήστε το να συμβεί... είναι κι αυτό μέρος της χαλάρωσης...

Όταν έρθουν εικόνες στο μυαλό σας, μη τις πολεμάτε... αφήστε τες να περάσουν... είστε ένας παρατηρητής... ενδιαφέρεστε, αλλά δε συμμετέχετε... χαρείτε το αίσθημα της χαλάρωσης για λίγα ακόμα λεπτά... εάν θέλετε, φανταστείτε μια εικόνα που σας ευχαριστεί και σας ηρεμεί...

Σε λίγο, θα μετρήσω προς τα πίσω από το τέσσερα μέχρι το ένα... όταν φτάσω στο ένα, θέλω να ανοίξετε τα μάτια και να καθίσετε ακίνητοι για λίγο ακόμα, πριν αρχίσετε να κινείστε ξανά... θα αισθανθείτε ευχάριστα χαλαρωμένοι και ανανεωμένοι... τέσσερα: αρχίζετε να αισθάνεστε σε εγρήγορση... τρία: ετοιμάζεστε να κινηθείτε ξανά... δύο: αντιλαμβάνεστε το περιβάλλον... ένα: ανοίγετε τα μάτια και αισθάνεστε χαλαροί και σε εγρήγορση.

• Kennerley, 1990

Κείμενο

Τώρα που μπορείτε να κάνετε την πρώτη άσκηση με επιτυχία, μπορούμε να μειώσουμε την άσκηση βγάζοντας έξω τα στάδια της έντασης. Με την πρόοδό σας σ' αυτή την άσκηση θα μπορείτε να την χρησιμοποιείτε σε διαφορετικά μέρη και στιγμές. Ας ξεκινήσουμε την άσκηση με το να καθήσουμε άνετα. Καθίστε όρθια στην καρέκλα σας (ή πολυθρόνα), έτσι ώστε να στηρίζεται η πλάτη σας. Ακουμπήστε τα χέρια δίπλα σας ή στα μπράτσα της καρέκλας και αφήστε τις πατούσες σας να πατήσουν στο πάτωμα κάτω από τα γόνατα σας...

Όταν κάθεστε άνετα, κλείστε τα μάτια σας και αφήστε τον εαυτό σας να χαλαρώσει... αφήστε την ανάσα σας... τώρα πάρτε μια ανάσα, όσο βαθιά χρειάζεστε... συνεχίστε να ανασαίνετε ρυθμικά, αργά και βαθιά, χαλαρώνοντας όλο και περισσότερο με κάθε ανάσα... αισθανθείτε την ένταση να ελαττώνετε κάθε φορά που αφήνετε την ανάσα σας... αρχίζετε να χαλαρώνετε πιο βαθιά... αφήστε την ανάσα σας αργά... πάρτε μια ανάσα απαλά και βαθιά... τώρα αφήστε την ανάσα σας ξανά και βυθιστείτε στην καρέκλα σας... συνεχίστε να αναπνέετε ρυθμικά και νιώστε ένα αίσθημα ανακούφισης... προσπαθήστε να λέτε «χαλάρωσε» κάθε φορά που εκπνέετε... αναπνέετε έτσι για λίγα ακόμα λεπτά...

Τώρα θα χαλαρώσετε τους μυς του σώματός σας... σκεφτείτε τις πατούσες σας... αφήστε τις πατούσες χαλαρές... αισθανθείτε την ένταση να φεύγει απ' αυτές... αφήστε τις πατούσες ελεύθερες και αισθανθείτε τες βαρύτερες... φανταστείτε ότι γίνονται τόσο βαριές, που είναι σαν να βυθίζονται στο πάτωμα... ολοένα και πιο χαλαρά... ολοένα και πιο βαριά και χαλαρά...

Τώρα σκεφτείτε τις γάμπες σας... φανταστείτε τα πόδια και τις πατούσες να χαλαρώνουν και να γίνονται βαριές... αισθανθείτε την ένταση να φεύγει από τα πόδια και τις γάμπες... να αφήνει τα πόδια σας βαριά... να φεύγει από τις πατούσες... αφήνοντάς τες βαριές και χαλαρές... φανταστείτε τα πόδια και τις πατούσες σας να γίνονται τόσο βαριές, σαν να βυθίζονται στο πάτωμα... τα αισθάνεστε ολοένα και πιο χαλαρά... ολοένα και πιο βαριά και χαλαρά...

Τώρα σκεφτείτε τους μηρούς σας... χαλαρώστε τους... αισθανθείτε την ένταση να φεύγει από τα πόδια σας... να αφήνει τα πόδια σας βαριά... αισθάνεστε τις γάμπες βαριές... αισθάνεστε τις πατούσες βαριές... φανταστείτε την ένταση να φεύγει... να αφήνει τα πόδια σας... να τ' αφήνει τόσο βαριά, σαν να βυθίζονται στο πάτωμα ή στην πολυθρόνα...

Τώρα σκεφτείτε τους μυς της λεκάνης και της μέσης... αφήστε την ένταση να φύγει... αφήστε τους μυς να χαλαρώσουν... αισθανθείτε την πλάτη σας να στηρίζετε στην καρέκλα... αισθανθείτε τους μυς να χαλαρώνουν... ολοένα βαθύτερα... περισσότερο χαλαρά... να γίνονται ολοένα και πιο

βαριοί... η μέση σας είναι χαλαρή... τα πόδια σας είναι χαλαρά... οι πατούσες σας είναι βαριές... η ένταση φεύγει από το σώμα σας...

Σκεφτείτε τους μυς στο στομάχι και στο στήθος... αφήστε την ανάσα σας σιγά-σιγά και διώξτε την ένταση... αισθανθείτε τους μυς του στομάχου χαλαρούς... αισθανθείτε την ένταση ν' αφήνει το στήθος σας... όπως αναπνέετε ήρεμα και σταθερά, το στήθος ανεβαίνει και κατεβαίνει απαλά... αφήστε την αναπνοή να γίνει ρυθμική και χαλαρώστε...

Σκεφτείτε τις παλάμες και τα χέρια σας... φανταστείτε την ένταση να φεύγει από τα μπράτσα σας... να φεύγει από τα χέρια σας... να τ' αφήνει χαλαρά... τα χέρια σας γίνονται βαριά και χαλαρά...

Σκεφτείτε τους μυς στους ώμους και στο λαιμό σας... αφήστε τους ώμους να κατέβουν προς τα κάτω... αφήστε τους να πάνε ακόμα πιο κάτω... αισθανθείτε την ένταση να φεύγει από το λαιμό και τους ώμους... αισθανθείτε τους μυς να χαλαρώνουν όλο και περισσότερο... αισθάνεστε το λαιμό χαλαρό και τους ώμους βαρείς...

Σκεφτείτε τους μυς του προσώπου σας... χαλαρώστε το μέτωπο και κατεβάστε το πιγούνι... νιώστε την ένταση να φεύγει... αισθανθείτε την ένταση να φεύγει από το πρόσωπό σας... αισθάνεστε το μέτωπο χαλαρό... το πιγούνι γίνεται βαρύ και χαλαρό... φανταστείτε την ένταση να αφήνει το πρόσωπό σας... να αφήνει το λαιμό σας... να φεύγει από τους ώμους σας... το κεφάλι, ο λαιμός και οι ώμοι γίνονται βαριοί και χαλαροί...

Σκεφτείτε όλο το σώμα σας τώρα... είναι όλο βαρύ και χαλαρό... αφήστε οποιαδήποτε ένταση... φανταστείτε την ένταση να εξατμίζεται από το σώμα σας... ακούστε τον ήχο της ηρεμίας σας, της ρυθμικής ανάσας... αισθάνεστε τα χέρια, τα πόδια και το κεφάλι ευχάριστα βαριά... πολύ βαριά για να τα κουνήσετε... μπορεί να νιώσετε ότι αιωρείστε... δεν πειράζει... αφήστε το να συμβεί... είναι κι αυτό μέρος της χαλάρωσης...

Όταν έρθουν εικόνες στο μυαλό σας, μη τις πολεμάτε... αφήστε τες να περάσουν... είστε ένας παρατηρητής... ενδιαφέρεστε, αλλά δε συμμετέχετε... χαρείτε το αίσθημα της χαλάρωσης για λίγα ακόμα λεπτά... εάν θέλετε, φανταστείτε μια εικόνα που σας ευχαριστεί και σας ηρεμεί...

Σε λίγο, θα μετρήσω προς τα πίσω από το τέσσερα μέχρι το ένα... όταν φτάσω στο ένα, θέλω να ανοίξετε τα μάτια και να καθίσετε ακίνητοι για λίγο ακόμα, πριν αρχίσετε να κινείστε ξανά... θα αισθανθείτε ευχάριστα χαλαρωμένοι και ανανεωμένοι... τέσσερα: αρχίζετε να αισθάνεστε σε εγρήγορση... τρία: ετοιμάζεστε να κινηθείτε ξανά... δύο: αντιλαμβάνεστε το περιβάλλον... ένα: ανοίγετε τα μάτια και αισθάνεστε χαλαροί και σε εγρήγορση.

Βιβλιογραφία

- Adler, C.M., Craske, M.G., Kirshenbaun, S., Barlow, D.H. (1989). Fear of panic: an investigation of its role in panic occurrence, phobic avoidance, and treatment outcome. *Behaviour research and therapy*, 27(4), 391-396.
- Allen, M.G. (1990). Group psychotherapy: Past, present and future. *Psychiatric annals*, 20(7), 358-361.
- Allen, M.G. (1990a). Using extended sessions in ongoing group therapy. *Psychiatric annals*, 20(7), 368-371.
- American Psychiatric Association (APA, 1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (third edition - revised), American Psychiatric Association, Washington, DC.
- American Psychiatric Association (APA, 1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (fourth edition), American Psychiatric Association, Washington, DC.
- Anastasiades, P., Clark, D.M., Salkovskis, P.M., Middleton, H., Hackman, A., Gelder, M.G., Johnston, D.W. (1990). Psychophysiological responses in panic and stress. *Journal of psychophysiology*, 4, 331-338.
- Anderson, D.J., Noyes, R., Crowe, R.R. (1984). A comparison of panic disorder and generalized anxiety disorder. *American journal of psychiatry*, 141, 572-575.
- Argyle, N. (1988). The nature of cognitions in panic disorder. *Behaviour research and therapy*, 26(3), 261-264.
- Atkinson, R.L., Atkinson, R.C., Hilgard, E.R. (1983). *Introduction to psychology: eighth edition*, Harcourt Brace Jovanovich, Inc., New York.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioural change. *Psychological review*, 84, 191-215.
- Barlow, D.H. (1988). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. Guilford Press, New York.
- Barlow, D.H. (1988a). Current models of panic disorder and a view from emotion theory. *Review of Psychiatry*, volume 7, 10-28.
- Barlow, D.H. (1990). Long-term outcome for patients with panic disorder treated with cognitive-behavioural therapy. *Journal of clinical psychiatry*, 51(12), 17-23.

- Barlow, D.H., Cohen, A.S., Waddell, M.T., Vermilyea, B.B., Klosko, J.S., Blanchard, E.B. Di Nardo, P.A. (1984). Panic and generalized anxiety disorders: nature and treatment. *Behavior therapy*, 15, 431-449.
- Barlow, D.H., Craske, M.G. (1988). *The phenomenology of panic*. In S. Rachman & J.D. Maser (eds), *Panic: psychological perspectives*, Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, Hillsdale, New Jersey.
- Barlow, D.H., Craske, M.G., Cerny, J.A., Klosko, J.S. (1989). Behavioral treatment of panic disorder. *Behavior therapy*, 20, 261-282.
- Barlow, D.H., Rapee, R.M., Brown, T.A. (1992). Behavioral treatment of generalized anxiety disorder. *Behavior therapy*, 23, 551-570.
- Barlow, D.H., Vermilyea, J., Blanchard, E., Vermilyea, B., Di Nardo, P.A., Cerny, J. (1985). The phenomenon of panic. *Journal of abnormal psychology*, 94, 320-328.
- Baumeister, R.F., Tice, D.M. (1990). Anxiety and social exclusion (point-counterpoints). *Journal of social and clinical psychology*, 9(2), 165-195.
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*, International Universities Press, New York. Paperback edition by Penguin Books, London.
- Beck, A.T. (1987). Cognitive models of depression. *Journal of cognitive psychotherapy, an international quarterly*, 1(1), 5-37.
- Beck, A.T. (1988). Cognitive approaches to panic disorder: theory and therapy. In S. Rachman & J.D. Maser (eds), *Panic: psychological perspectives*, Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, Hillsdale, New Jersey.
- Beck, A.T. (1991). Cognitive therapy: A 30-year retrospective. *American Psychologist*, 46(4), 368-375.
- Beck, A.T., Emery, G. (with Greenberg, R.) (1985). *Anxiety disorders and phobias*. Basic Books, New York.
- Beck, A.T., Epstein, N., Brown, G., Steer, R.A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of consulting and clinical psychology*, 56(6), 893-897.
- Beck, A.T., Epstein, N., Harrison, R. (1983). Cognitions, attitudes, and personality dimensions in depression. *British journal of cognitive psychotherapy*, 1(1), 1-16.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford Press, New York.
- Beck, J.G., Stanley, M.A., Averill, P.M., Baldwin, L.E., Deagle III, E.A. (1992). Attention and memory

for threat in panic disorder. *Behaviour research and therapy*, 30(6), 619-629.

Berger, M.M. (1990). Combined therapy: update 1990. *Psychiatric annals*, 20(7), 379-384.

Bernard, M.E., DiGiuseppe, R. (1989). Rational-Emotive therapy today. In M.E. Bernard & R. DiGiuseppe (eds), *Inside rational-emotive therapy: a clinical appraisal of the theory and therapy of Albert Ellis*, Academic Press, London.

Blackburn, I., Davidson, K. (1990). *Cognitive therapy for depression and anxiety*. Blackwell Scientific Publications, Oxford.

Blowers, C., Cobb, J., Mathews, A. (1987). Generalized anxiety: a controlled treatment study. *Behavior research and therapy*, 25(6), 493-502.

Borkovec, T.D., Inz, J. (1990). The nature of worry in generalized anxiety disorder: a predominance of thought activity. *Behaviour research and therapy*, 28(2), 153-158.

Borkovec, T.D. Mathews, A.M. (1988). Treatment of nonphobic anxiety disorders: a comparison of nondirective, cognitive, and coping desensitization therapy. *Journal of consulting and clinical psychology*, 56(6), 877-884.

Borkovec, T.D. Mathews, A.M., Chambers, A., Ebrahimi, S., Lytle, R., Nelson, R. (1987). The effects of relaxation training with cognitive or nondirective therapy and the role of relaxation-induced anxiety in the treatment of generalized anxiety. *Journal of consulting and clinical psychology*, 55(6), 883-888.

Borkovec, T.D., Robinson, E., Pruzinsky, T., DePree, J.A. (1983). Preliminary exploration of worry: some characteristics and processes. *Behaviour research and therapy*, 21(1), 9-16.

Brammer, L. (1990). Teaching personal problem solving to adults. *Journal of cognitive psychotherapy: an international quarterly*, 4(3), 267-279.

Brewin, C.R. (1988). *Cognitive foundations of clinical psychology*, Lawrence Erlbaum Associates, Hove.

Brown, R. (1988). *Group processes: dynamics within and between groups*. Basil Blackwell, Oxford.

Brown, T.A., Antony, M.M., Barlow, D.H. (1992). Psychometric properties of the Penn State Worry Questionnaire in a clinical anxiety disorder sample. *Behaviour research and therapy*, 30(1), 33-37.

Buss, A.H. (1980). *Self-consciousness and social anxiety*. Freeman, San Francisco.

Butler, G., Anastasiades, P. (1988). Predicting response to anxiety management in patients with generalized anxiety disorder. *Behaviour research and therapy*, 26(6), 531-534.

- Butler, G., Cullington, A., Hibbert, G., Klimes, L., Gelder, M. (1987). Anxiety management for persistent generalized anxiety. *British journal of psychiatry*, 151, 535-542.
- Butler, G., Fennell, M., Robson, P., Gelder, M. (1991). Comparison of behavior therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*, 59, 1, 167-175.
- Butler, G., Gelder, M., Hibbert, G., Cullington, A., Klimes, I. (1987). Anxiety management: developing effective strategies. *Behaviour research and therapy*, 25, 6, 517-522.
- Cadbury, S., Childs-Clark, A., Sandhu, S. (1990). Group anxiety management: effectiveness, perceived helpfulness and follow-up. *British journal of clinical psychology*, 29, 245-247.
- Cameron, O.G., Thyer, B.A., Nesse, R.M., Curtis, G.C. (1986). Symptom profiles of patients with DSM-III anxiety disorders. *American journal of psychiatry*, 143(9), 1132-1137.
- Cassano, G.B., Perugi, G., Musetti, L. (1990). Comorbidity in panic disorder. *Psychiatric annals*, 20(9), 517-521.
- Chambless, D.L., Caputo, G.C., Bright, P., Gallegher, R. (1984). Assessment of fear of fear in agoraphobics: the body sensations questionnaire and the agoraphobic cognitions questionnaire. *Journal of consulting and clinical psychology*, 52(6), 1090-1097.
- Chambless, D.L., Gracely, E.J. (1989). Fear of fear and the anxiety disorders. *Cognitive therapy and research*, 13(1), 9-20.
- Clark, D.M. (1986). A cognitive approach to Panic. *Behaviour research and therapy*, 24, 4, 461-470.
- Clark, D.M. (1988). A cognitive model of panic attacks. In S. Rachman & J.D. Maser (eds), *Panic: psychological perspectives*, Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, Hillsdale, New Jersey.
- Clark, D.M. (1989). Anxiety states: panic and generalized anxiety. In K. Hawton, P.M. Salkovskis, J. Kirk, D.M. Clark (Eds), *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: a practical guide*, Oxford University Press, Oxford.
- Clark, D.M. (1990). Cognitive therapy for Panic Disorder. In D. Gath & N.L.M. Goeting (eds) *Current Approaches: Panic, symptom or disorder?*, Duphar Medical Relations.
- Clark, D.M., Beck, A.T. (1988). Cognitive Approaches. In C.G. Last & M. Hersen (eds), *Handbook of Anxiety Disorders*, Pergamon Press, Oxford.
- Clark, D.M., Beck, A.T. (1989). Cognitive theory and therapy of anxiety and depression. In P.C. Kendall & D. Watson (eds), *Anxiety and depression: distinctive and overlapping features*, Academic Press, London.
- Clark, D.M., Salkovskis, P.M., Chalkley, A.J. (1985). Respiratory control as a treatment for panic

attacks. *Journal of behavioural therapy and experimental psychiatry*, 16(1), 23-30.

Clifford, P.I., Hemsley, D.R. (1987). The influence of depression on the processing of personal attributes. *British journal of psychiatry*, 150, 98-103.

Cloitre, M., Liebowitz, M.R. (1991). Memory bias in panic disorder: an investigation of the cognitive avoidance hypothesis. *Cognitive therapy and research*, 15(5), 371-386.

Cloninger, C.R., Martin, R.L., Clayton, P., Guze, S.B. (1981). A blind follow-up and family study of anxiety neurosis: preliminary analysis of the St. Louis 500. In D.F. Klein & J.G. Rabkin (Eds), *Anxiety: new research and changing concepts*, Raven Press, New York.

Clum, G.A., Broyles, S., Borden, J., Watkins, P.L. (1990). Validity and reliability of the panic attack symptoms and cognitions questionnaires. *Journal of psychopathology and behavioural assessment*, 12(3), 233-245.

Clum, G.A., Knowles, S.L. (1991). Why do some people with panic disorders become avoidant? A review. *Clinical psychology review*, 11, 295-313.

Craske, M.G., Barlow, D.H. (1990). Nocturnal panic: response to hyperventilation and carbon dioxide challenges. *Journal of abnormal psychology*, 99(3), 302-307.

Craske, M.G., Rapee, R.M., Jackel, L., Barlow, D.H. (1989). Qualitative dimensions of worry in DSM-III-R generalized anxiety disorder subjects and nonanxious controls. *Behaviour research and therapy*, 27(4), 397-402.

Crowe, R.R. (1990). Panic disorder: genetic considerations. *Journal of psychiatric research*, 24(2), 129-134.

Crowe, R.R., Noyes, R., Pauls, D.L., Symen, D.J. (1983). A family study of panic disorder. *Archives of general psychiatry*, 40, 1065-1069.

Deffenbacher, J.L., Suinn, R.M. (1987). Generalized anxiety syndrome. In L. Michelson & L.M. Ascher (eds), *Anxiety and stress disorders*, Guildford Press, London.

DiGiuseppe, R., McGowan, L., Simon, K.S., Gardner, F. (1990). A comparative outcome study of four cognitive therapies in the treatment of social anxiety. *Journal of rational-emotive and cognitive-behavior therapy*, 8(3), 129-146.

Donnell, G.D., McNally, R.J. (1990). Anxiety sensitivity and panic attacks in a non-clinical population. *Behaviour research and therapy*, 28(1), 83-85.

Durham, R.C., Turvey, A.A. (1987). Cognitive therapy vs behaviour therapy in the treatment of chronic general anxiety. *Behaviour research and therapy*, 25, 3, 229-234.

Dyck, M.J. (1990). "Non-Cognitive" panics: the missing catastrophic link. *Journal of cognitive*

- psychotherapy*, 4(4), 393-395.
- Edelmann, R.J. (1985). Dealing with embarrassing events: socially anxious groups compared. *British journal of clinical psychology*, 24, 281-288.
- Ehlers, A., Margraf, J., Davies, S., Roth, W.T. (1988). Selective processing cues in subjects with panic attacks. *Cognition and emotion*, 2(3), 201-219.
- Ehlers, A., Margraf, J., Roth, W.T., Taylor, C.B., Birbaumer, N. (1988a). Anxiety induced by false heart rate feedback in patients with panic disorder. *Behaviour research and therapy*, 26(1), 1-11.
- Ellis, A. (1962). *Reason and Emotion in Psychotherapy*, New York: Lyle Stuart.
- Ellis, A. (1979). Rational-emotive therapy. In R.J. Corsini & Contributors (Eds), *Current Psychotherapies*, F.E. Peacock Publishers, Inc., Itasca, Illinois.
- Ellis, A. (1984). Foreword. In L.I. Sank & C.S. Shaffer (eds), *A therapist's manual for cognitive behaviour therapy in groups*. Plenum Press, London.
- Ellis, A. (1989). Comments on my critics. In M.E. Bernard & R. DiGiuseppe (eds), *Inside rational-emotive therapy: a clinical appraisal of the theory and therapy of Albert Ellis*, Academic Press, London.
- Ellis, A., Bernard, M.E. (1985). What is rational-emotive therapy (RET)? In A. Ellis & M.E. Bernard (eds), *Clinical applications of rational-emotive therapy*, Plenum, New York.
- Ellis, A., Yeager, R.J. (1989). *Why some therapies don't work: the dangers of transpersonal psychology*. Prometheus Books, Buffalo, New York.
- Ellis, A., McNerney, J.F., DiGiuseppe, R., Yeager, R.J. (1988). *Rational-emotive therapy with alcoholics and substance abusers*. Pergamon Press, Oxford.
- Emery, G., Tracy, N.L. (1987). Theoretical issues in the cognitive-behavioural treatment of anxiety disorders. In L. Michelson & L.M. Ascher (eds), *Anxiety and stress disorders: cognitive-behavioral assessment and treatment*, The Guildford Press, London.
- Emmelkamp, P.M.G., Mersch, P.P., Vissia, E., Helm, Van der Mieke (1985). Social phobia: a comparative evaluation of cognitive and behavioural interventions. *Behaviour research and therapy*, 23(3), 365-369.
- Endler, N.S., Parker, J.D. (1990). Stress and anxiety: conceptual and assessment issues. *Stress medicine*, 6, 243-248.
- Eysenck, M.W. (1992). *Anxiety: the cognitive perspective*. Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, Hove (UK).

- Florsheim, M.J., Leavesley, G., Hanley-Peterson, P., Gallagher-Thompson, D. (1991). An expansion of the A-B-C approach to Cognitive Behavioural therapy. *Clinical gerontologist*, 10(4), 65-69.
- Fogarty, S.F., Hemsley, D.R. (1983). Depression and the accessibility of memories. *British journal of psychiatry*, 142, 232-237.
- Freeman, A., Pretzer, J., Fleming, B., Simon, K.M. (1990). *Clinical applications of cognitive therapy*, Plenum, New York.
- Gasperini, M., Battaglia, M., Diaferia, G., Bellodi, L. (1990). Personality features related to generalized anxiety disorder. *Comprehensive psychiatry*, 31(4), 363-368.
- Gelder, M.G., (1990). Psychological treatment of panic anxiety. *Psychiatric annals*, 20(9), 529-532.
- Goldstein, A.J., Chambless, D.L. (1978). A reanalysis of agoraphobia. *Behavior therapy*, 9, 47-49.
- Greenberg, M.S., Alloy, L.B. (1989). Depression versus anxiety: processing of self- and other-referent information. *Cognition and emotion*, 3(3), 207-223.
- Greenberg, R.L. (1989). Panic disorder and agoraphobia. In J. Scott, J. Mark, G. Williams, A.T. Beck (eds), *Cognitive therapy in clinical practice*, Routledge, London.
- Gross P.R., Eifert, G.H. (1990). Components of Generalized Anxiety: The role of intrusive thoughts vs worry. *Behaviour research and therapy*, 28, 5, 421-428.
- Gurtman, M.B., Martin, K.M. (1990). Interpersonal reactions to displays of depression and anxiety. *Journal of social and clinical psychology*, 9(2), 256-267.
- Hampl, S., Scott, W., Carmin, C., Fleming, B. (1990). Irrational beliefs test: diagnostic utility with anxiety disorder patients. *Phobia practice and research journal*, 3(1), 27-32.
- Heimberg, R.G. (1989). Cognitive and behavioural treatments for social phobia: a critical analysis. *Clinical psychology review*, 9, 107-128.
- Heimberg, R.G., Dodge, C.S., Hope, D.A., Kennedy, C.R., Zollo, L.J., Becker, R.E. (1990). Cognitive behavioral group treatment for social phobia: comparison with a credible placebo control. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 1, 1-23.
- Heppner, P.P. (1990). Future directions of problem-solving training for adults. *Journal of cognitive psychotherapy: an international quarterly*, 4(3), 243-246.
- Hibbert, G.A. (1984). Ideational components of anxiety: their origin and content. *British journal of psychiatry*, 144, 618-624.
- Hoehn-Saric, R. (1982). Comparison of generalized anxiety disorder with panic disorder patients.

Psychopharmacology Bulletin, (18), 104-108.

Hoehn-Saric, R., McLeod, D.R. (1988). Panic and Generalized Anxiety Disorders. In C.G. Last & M. Hersen (eds), *Handbook of Anxiety Disorders*, Pergamon Press, Oxford.

Holt, P.E., Andrews, G. (1989). Provocation of panic: three elements of the panic reaction to four anxiety disorders. *Behaviour research and therapy*, 27(3), 253-261.

Holt, P.E., Andrews, G. (1989a). Hyperventilation and anxiety in panic disorder, social phobia, GAD, and normal controls. *Behaviour research and therapy*, 27(4), 453-460.

Ingram, R.E. (1990). Attentional nonspecificity in depressive and generalized anxious affective states. *Cognitive therapy and research*, 14(1), 25-35.

Ingram, R.E., Kendall, P.C. (1987). The cognitive side of anxiety. *Cognitive therapy and research*, 11(5), 523-536.

Jerremalm, A., Jansson, L., Ost, L.G. (1986). Cognitive and physiological reactivity and the effects of different behavioural methods in the treatment of social phobia. *Behaviour research and therapy*, 24(2), 171-180.

Kalpakoglou, T. (1993). *Generalized anxiety and panic disorders: cognitive-behavioural group therapy*. PhD thesis, Victoria University of Manchester, England.

Καλπάκογλου, Θ. (1996). Εκπαίδευση στη διεκδικητική συμπεριφορά. Στο βιβλίο *Θέματα γνωσιακής και συμπεριφοριστικής θεραπείας*, γ' τόμος, επιμ. Γ. Μπουλουγούρης, σελ. 28-68. Ελληνικά Γράμματα.

Kelly, D., Mitchell-Heggs, N., Sherman, D. (1971). Anxiety in the effects of sodium lactate assessed clinically and psychologically. *British journal of psychiatry*, 119, 468-470.

Kendall, P.C., Hollon, S.D. (1989). Anxious self-talk: development of the anxious self-statements questionnaire (ASSQ). *Cognitive therapy and research*, 13(1), 81-93.

Kendall, P.C., Howard, B.L., Hays, R.C. (1989). Self-referent speech and psychotherapy: the balance of positive and negative thinking. *Cognitive therapy and research*, 13(6), 583-598.

Kendall, P.C., Ingram, R. (1987). The future for cognitive assessment of anxiety: Let's get specific. In L. Michelson & L.M. Ascher (eds), *Anxiety and stress disorders: cognitive-behavioral assessment and treatment*, The Guildford Press, London.

Kendall, P.C., Ingram, R. (1989). Cognitive-behavioral perspectives: theory and research on depression and anxiety. In P.C. Kendall & D. Watson (eds), *Anxiety and depression: distinctive and overlapping features*, Academic Press, London.

Kennerley, H. (1990). *Managing anxiety: a training manual*. Oxford Medical Publications, Oxford.

- Kent, G (1991). Anxiety. In W. Dryden & R. Rentoul (eds), *Adult clinical problems: a cognitive-behavioural approach*, Routledge, London.
- Klein, D.F. (1980). Anxiety reconceptualized. *Comprehensive psychiatry*, 21(6), 411-427.
- Klein, D.F. (1987). Anxiety reconceptualized: gleanings from pharmacological dissection - early experience with imipramine and anxiety. *Mod. Probl. Pharmacopsychiat.*, 22, 1-35.
- Kuiper, N.A., Derry, P.A. (1982). Depressed and nondepressed content self-reference in mild depressives. *Journal of personality*, 50(1), 67-79.
- Kushner, M.G., Beitman, B.D. (1990). Panic attacks without fear: an overview. *Behaviour research and therapy*, 28(6), 469-479.
- Larson, L.M. (1990). A critique of problem-solving training: where to from here? *Journal of cognitive psychotherapy: an international quarterly*, 4(3), 257-265.
- Last, C.G. (1987). Simple phobias. In L. Michelson & L.M. Ascher (eds), *Anxiety and stress disorders: cognitive-behavioral assessment and treatment*, The Guildford Press, London.
- Lazarus, R.S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. McGraw Hill, New York.
- Ley, R. (1985). Agoraphobia, the panic attack and the hyperventilation syndrome. *Behaviour research and therapy*, 23(1), 79-81.
- Ley, R. (1987). Panic disorder: a hyperventilation interpretation. In L. Michelson & L.M. Ascher (eds), *Anxiety and stress disorders: cognitive-behavioral assessment and treatment*, The Guildford Press, London.
- Liebowitz, M.R., Fyer, A.J., Gorman, J.M., Dillon, D.J., Appleby, I.L., Levy, G., Anderson, S., Levitt, M., Palij, M., Davies, S.O., Klein, D.F. (1984). Lactate provocation of panic attacks. I. Clinical and behavioral findings. *Archives of general psychiatry*, 41, 764-770.
- Luckock, M.P., Salkovskis, P.M. (1988). Cognitive factors in social anxiety and its treatment. *Behaviour research and therapy*, 26(4), 297-302.
- Μάνος, Ν. (1988). *Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής*. University studio press, Θεσσαλονίκη.
- MacLeod, C., Hagan, R. (1992). Individual differences in the selective processing of threatening information, and emotional responses to a stressful life event. *Behaviour research and therapy*, 30(2), 151-161.
- MacLeod, C., Mathews, A., Tata, P. (1986). Attentional bias in emotional disorders. *Journal of abnormal psychology*, 95(1), 15-20.

- MacLeod, C., Rutherford, E.M. (1992). Anxiety and the selective processing of emotional information: mediating roles of awareness, trait and state variables, and personal relevance of stimulus materials. *Behaviour research and therapy*, 30(5), 479-491.
- Margraf, J., Barlow, D.H., Clark, D.M., Telch, M.J. (1993). Psychological treatment of panic: work in progress on outcome, active ingredients, and follow-up. *Behaviour research and therapy*, 31(1), 1-8.
- Margraf, J., Ehlers, A. (1989). Etiological models of panic; psychophysiological and cognitive aspects. In R. Baker (ed), *Panic Disorder: Theory, research and therapy*. John Wiley & Sons, Chichester, England.
- Margraf, J., Ehlers, A., Roth, W.T. (1986). Biological models of panic disorder and agoraphobia. *Behaviour research and therapy*, 24, 553-567.
- Martin, M., Williams, R.M., Clark, D.M. (1991). Does anxiety lead to selective processing of threat-related information? *Behaviour research and therapy*, 29(2), 147-160.
- Mathews, A. (1990). Why worry? The cognitive function of anxiety. *Behaviour research and therapy*, 28(6), 455-468.
- Mathews, A., Klug, F. (1993). Emotionality and interference with colour-naming in anxiety. *Behaviour research and therapy*, 31(1), 57-62.
- Mathews, A., MacLeod, C. (1985). Selective processing of threat cues in anxiety states. *Behaviour research and therapy*, 23, 5, 563-569.
- Mathews, A., MacLeod, C. (1986). Discrimination of threat cues without awareness in anxiety states. *Journal of abnormal psychology*, 95(2), 131-138.
- Mathews, A., Richards, A., Eysenck, M. (1989). Interpretation of homophones related to threat in anxiety states. *Journal of abnormal psychology*, 98, 31-34.
- Meichenbaum, D. (1985). *Stress inoculation training*, Pergamon Press, New York.
- Mersch, P.P.A., Emmelkamp, P.M.G., Bogels, S.M., Van der Sleen, J. (1989). Social phobia: individual response patterns and the effects of behavioural and cognitive interventions. *Behaviour research and therapy*, 27(4), 421-434.
- Meyer, T.J., Miller, M.L., Metzger, R.L., Borkovec, T.D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour research and therapy*, 28(6), 487-495.
- Mogg, K., Mathews, A. (1990). Is there a self-referent mood-congruent bias in anxiety? *Behaviour research and therapy*, 28(1), 91-92.
- Mogg, K., Mathews, A., Bird, C., Macgregor-Morris, R. (1990). Effects of stress and anxiety on

- processing of threat stimuli. *Journal of personality and social psychology*, 59(6), 1230-1237.
- Mogg, K., Mathews, A., Weinman, J. (1987). Memory bias in clinical anxiety. *Journal of abnormal psychology*, 96(2), 94-98.
- Moras, K., Craske, M.G., Barlow, D.H. (1990). Behavioural and cognitive therapies for panic disorder. In J.R. Noyes, M. Roth, & G.D. Burrows (eds), *Handbook of Anxiety, Volume 4: The treatment of anxiety*, Elsevier Science Publishers B.V., Amsterdam.
- McFadyen, M. (1989). The cognitive invalidation approach to panic. In R. Baker (ed), *Panic Disorder: Theory, research and therapy*. John Wiley & Sons, Chichester, England.
- McKain, T.L. (1984). Coping skills training and cognitive behavior therapy. In L.I. Sank & C.S. Shaffer (eds), *A therapist's manual for cognitive behaviour therapy in groups*. Plenum Press, London.
- McNally, R.J. (1990). Psychological approaches to panic disorder: a review. *Psychological Bulletin*, 108(3), 403-419.
- McNally, R.J., Riemann, B.C., Kim, E. (1990). Selective processing of threat cues in panic disorder. *Behaviour research and therapy*, 28(5), 407-412.
- McNally, R.J., Riemann, B.C., Louro, C.E., Lukach, B.M., Kim, E. (1992). Cognitive processing of emotional information in panic disorder. *Behaviour research and therapy*, 30(2), 143-149.
- Newell, R., Dryden, W. (1991). Clinical problems: an introduction to the cognitive-behavioural approach. In W. Dryden & R. Rentoul (eds), *Adult clinical problems: a cognitive-behavioural approach*, Routledge, London.
- Nisita, C., Petracca, A., Akiskal, H.S., Galli, L., Gepponi, I., Cassano, G.B. (1990). Delimitation of generalized anxiety disorder: Clinical comparisons with panic and major depressive disorders. *Comprehensive psychiatry*, 31(5), 409-415.
- Ost, L.G. (1988). Applied relaxation vs progressive relaxation in the treatment of panic disorder. *Behaviour research and therapy*, 26(1), 13-22.
- Ost, L.G., Jerremalm, A., Johansson, J. (1981). Individual response patterns and the effects of different methods in the treatment of social phobia. *Behaviour research and therapy*, 19, 1-16.
- Παπακώστας, Ι.Γ. (1994). *Γνωσιακή ψυχοθεραπεία: θεωρία και πράξη*. Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς. Αθήνα.
- Pecknold, J.C. (1987). Behavioural and combined therapy in panic states. *Prog. Neuro-Psychopharmacol. & Biol. Psychiat.*, 11, 97-104.
- Pitts, F.N. Jr, McClure, J.N. Jr, (1967). Lactate metabolism anxiety neurosis. *New Engl. J. Med.*, 277,

1329-1336.

- Powell, M., Hemsley, D.H. (1984). Depression of perceptual defence? *British journal of psychiatry*, 145, 358-362.
- Power, K.G., Jerrom, D.W.A., Simpson, R.J., Mitchel, M.J., Swanson, V. (1989). A controlled comparison of cognitive-behaviour therapy, diazepam and placebo in the management of generalized anxiety. *Behavioural Psychotherapy*, 17, 1-14.
- Power, K.G., Simpson, R.J., Swanson, V., Wallace, L.A., Feistner, A.T.C., Sharp, D. (1990). A controlled comparison of cognitive-behavior therapy, Diazepan, placebo, alone and in combination for the treatment of GAD. *Journal of anxiety disorders*, 4, 267-292.
- Pruzinsky, T., Borkovec, T.D. (1990). Cognitive and personality characteristics of worries. *Behaviour research and therapy*, 28(6), 507-512.
- Rachman, S., Levitt, K. (1988). Panic, fear reduction and habituation. *Behaviour research and therapy*, 26(3), 199-206.
- Rachman, S., Levitt, K., Lopatka, C. (1988). Experimental analysis of panic - III. Claustrophobic subjects. *Behaviour research and therapy*, 26(1), 41-52.
- Rachman, S., Lopatka, C., Levitt, K. (1988). Experimental analysis of panic - II. Panic patients. *Behaviour research and therapy*, 26(1), 33-40.
- Rapee, R. (1985). Distinctions between panic disorder and generalized anxiety disorder. *Australian & New Zealand journal of psychiatry*, 19, 227-232.
- Rapee, R. (1986). Differential response to hyperventilation in panic disorder and generalized anxiety disorder. *Journal of abnormal psychology*, 95, 24-28.
- Rapee, R. (1987). The psychological treatment of panic attacks: theoretical conceptualization and review of evidence. *Clinical psychology review*, 7, 427-438.
- Rapee, R.M., Ancis, J.R., Barlow, D.H. (1988). Emotional reactions to physiological sensations: panic disorder patients and non-clinical subjects. *Behaviour research and therapy*, 26(3), 265-269.
- Rapee, R.M., Barlow, D.H. (1988). Cognitive-Behavioural treatment (Panic disorder). *Psychiatric annals*, 18(8), 473-477.
- Reber, A.S. (1985). *The Penguin dictionary of psychology*. Penguin Books, London.
- Reid, W.H., Wise, M.G. (1989). *DSM-III-R Training Guide*. Brunner/Mazel, New York.
- Rorer, L.G. (1989). Rational-Emotive theory: I. An integrated psychological and philosophical basis. *Cognitive therapy and research*, 13(5), 475-492.

- Rorer, L.G. (1989a). Rational-Emotive theory: II. Explication and evaluation. *Cognitive therapy and research*, 13(6), 531-548.
- Rose, S.D. (1990). Putting the group into cognitive-behavioural treatment. *Social work with groups*, 13(3), 71-83.
- Rosenhan, D.L., Seligman, M.E.P. (1989). *Abnormal Psychology*, W.W. Norton & Company, London.
- de Ruiter, C., Garssen, B., Rijken, H., Kraaimaat, F. (1989). The hyperventilation syndrome in panic disorder, agoraphobia and generalized anxiety disorder. *Behaviour research and therapy*, 27(4), 447-452.
- Salkovskis, P.M. (1988). Phenomenology, assessment, and the cognitive model of panic. In S. Rachman & J.D. Maser (eds), *Panic: psychological perspectives*, Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, Hillsdale, New Jersey.
- Salkovskis, P.M. (1991). The importance of behaviour in the maintenance of anxiety and panic: a cognitive account. *Behavioural psychotherapy*, 19, 6-19.
- Salkovskis, P.M., Clark, D.M. (1990). Affective responses to hyperventilation: a test of the cognitive model of panic. *Behaviour research and therapy*, 28(1), 51-61.
- Salkovskis, P.M., Clark, D.M., Hackmann, A. (1991). Treatment of panic attacks using cognitive therapy without exposure or breathing retraining. *Behaviour research and therapy*, 29(2), 161-166.
- Salkovskis, P.M., Jones, D.R.O., Clark, D.M. (1986). Respiratory control in the treatment of panic attacks: replication and extension with concurrent measurement of behaviour and PCO₂. *British journal of psychiatry*, 148, 526-532.
- Sanderson, W.C., Barlow, D.H. (1990). A description of patients diagnosed with DSM-III-R generalized anxiety disorder. *The journal of nervous and mental disease*, 178(9), 588-591.
- Sanderson, W.C., Di Nardo, P.A., Rapee, R.M., Barlow, D.H. (1990). Syndrome comorbidity in patients diagnosed with a DSM-III-R anxiety disorder. *Journal of abnormal psychology*, 99(3), 308-312.
- Sank, L.I., Shaffer, C.S. (1984). *A therapist's manual for cognitive behaviour therapy in groups*. Plenum Press, London.
- Sarason, I.G. (1988). Anxiety, self-preoccupation and attention. *Anxiety research*, 1, 3-7.
- Sarason, I.G., Sarason, B.R., Pierce, G.R. (1990). Anxiety, cognitive interference, and performance. In M. Booth-Buttfield, (Ed, 1991), *Communication, cognition, and anxiety*, Selected Press, Sage Publications, London.

- Shostak, B.B., Peterson, R.A. (1990). Effects of anxiety sensitivity on emotional response to a stress task. *Behaviour research and therapy*, 28(6), 513-521.
- Sokol, L., Beck, A.T., Greenberg, R.L., Wright, F.D., Berchick, R.J. (1989). Cognitive therapy of panic disorder: a nonpharmacological alternative. *The journal of nervous and mental disease*, 177(12), 711-716.
- Strohmer, D.C., Blustein, D.L. (1990). The adult problem solver as person scientist. *Journal of cognitive psychotherapy: an international quarterly*, 4(3), 281-291.
- Taylor, C.B., Arnou, B. (1988). *The nature and treatment of anxiety disorders*. Free Press, London.
- Teasdale, J. (1988). Cognitive models and treatments for panic: a critical review. In S. Rachman & J.D. Maser (eds), *Panic: psychological perspectives*, Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, Hillsdale, New Jersey.
- Teasdale, J.D., Fogarty, S.J. (1979). Differential effects of induced mood on retrieval of pleasant and unpleasant events from episodic memory. *Journal of abnormal psychology*, 88(3), 248-257.
- Turner, S.M., Beidel, D.C. (1985). Empirically derived subtypes of social anxiety. *Behaviour therapy*, 16, 384-392.
- Turner, S.M., Beidel, D.C. (1989). Social phobia: clinical syndrome, diagnosis, and comorbidity. *Clinical psychology review*, 9, 9-13.
- Turner, S.M., Beidel, D.C., Jacob, R.G. (1988). Assessment of panic. In S. Rachman & J.D. Maser (eds), *Panic: psychological perspectives*, Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, Hillsdale, New Jersey.
- Turner, S.M., McCanna, M., Biedel, D.C. (1987). Validity of the social avoidance and distress and fear of negative evaluation scales. *Behaviour research and therapy*, 25(2), 113-115.
- Uhde, T.W., Boulenger, J.P., Roy-Byrne, P.R., Geraci, M.F., Vittone, B.J., Post, R.M. (1985). Longitudinal course of panic disorder: clinical and biological considerations. *Progress in neuro-psychopharmacology and biological psychiatry*, 9, 39-51.
- Van Dam-Baggen, R., Kraaimaat, F. (1986). A group social skills training program with psychiatric patients: outcome, drop-out and prediction. *Behaviour research and therapy*, 24(2), 161-169.
- Van den Hout, M.A. (1988). The explanation of experimental panic. In S. Rachman & J.D. Maser (eds), *Panic: psychological perspectives*, Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, Hillsdale, New Jersey.

- Van den Hout, M.A., De Jong, P., Zandbergen, J., Merckelbach, H. (1990). Waning of panic sensations during prolonged hyperventilation. *Behaviour research and therapy*, 28(5), 445-448.
- Van der Ploeg, H.M. (1990). Anxiety research in Europe. In P.J.D. Drenth, J.A. Sergeant & R.J. Takens (eds), *European Perspectives in Psychology* (Volume 2), Wiley, Chichester.
- Vasey, M.W., Borkovec, T.D. (1992). A catastrophizing assessment of worrisome thoughts. *Cognitive therapy and research*, 16(5), 505-520.
- Waddell, M.T., Barlow, D.H., O'Brien, G.T. (1984). A preliminary investigation of cognitive and relaxation treatment of panic disorder: effects on intense anxiety versus 'background' anxiety. *Behaviour research and therapy*, 22(4), 393-402.
- Warren, R., Zgourides, G., Englert, M. (1990). Relationships between catastrophic cognitions and body sensations in anxiety disordered, mixed diagnosis, and normal subjects. *Behaviour research and therapy*, 28(4), 355-357.
- Weissman, M.M. (1990). Panic and generalized anxiety: are they separate disorders? *Journal of psychiatric research*, 24(2), 157-162.
- Wells, A. (1990). Panic disorder in association with relaxation induced anxiety: an attentional training approach with treatment. *Behaviour therapy*, 21, 273-280.
- White, J., Keenan, M., Brooks, N. (1992). Stress control: a controlled comparative investigation of large group therapy for generalized anxiety disorder. *Behavioural psychotherapy*, 20, 97-114.
- Williams, J.M.G., Watts, F.N., MacLeod, C., Mathews, A. (1988). *Cognitive psychology and emotional disorders*, John Wiley & Sons, Chichester.
- Yost, E.B., Beutler, L.E., Corbishley, M.A., Allender, J.R. (1986). *Group cognitive therapy: a treatment approach for depressed older adults*. Pergamon Press, New York.
- Zane, M.D., Milt, H. (1984). *Your phobia: understanding your fears through contextual therapy*. Washington DC: American Psychiatric Press.

Βιογραφικά στοιχεία του συγγραφέα

Ο **Θωμάς Καλπάκογλου** γεννήθηκε και μεγάλωσε στη Δράμα. Είναι πτυχιούχος ψυχολογίας και πληροφορικής του πανεπιστημίου Keele με ειδίκευση στην κλινική ψυχολογία. Εκπόνησε τη διδακτορική του διατριβή στην *ιατρική σχολή* του πανεπιστημίου Manchester, με αντικείμενο κλινικής έρευνας τη γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία ομάδων στη γενικευμένη διαταραχή άγχους και διαταραχή πανικού. Έχει ειδικευτεί στη γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία και στη θεραπεία σχημάτων.

Συμμετέχει στο *ιστιτούτο έρευνας και θεραπείας της συμπεριφοράς (ΙΕΘΣ)* ως μέλος του διοικητικού συμβουλίου, εκπαιδευτής και επόπτης. Είναι διευθυντής του νεοσύστατου *εργαστηρίου ελευθέρων σπουδών (ΕΕΣ)* της *ανώνυμης εταιρείας γνωσιακών-συμπεριφοριστικών σπουδών*. Είναι μέλος της *ελληνικής ψυχολογικής εταιρείας (ΕΛΨΕ)* και της *ελληνικής εταιρείας έρευνας της συμπεριφοράς (ΕΕΕΣ)*, στην οποία είναι πρόεδρος της επιτροπής πιστοποίησης. Είναι μέλος του διοικητικού συμβουλίου της *ευρωπαϊκής εταιρείας συμπεριφοριστικών και γνωσιακών θεραπειών (ΕΑΒCT)* ως υπεύθυνος εκπαίδευσης και πιστοποίησης. Είναι ιδρυτικό μέλος της *ελληνικής εταιρείας θεραπείας σχημάτων (ΕΕΘΣ)*.

Έχει διδάσκει στον *τομέα ψυχολογίας της φιλοσοφικής σχολής* του πανεπιστημίου Αθηνών ως επιστημονικός συνεργάτης. Έχει εργασθεί στο νοσοκομείο *Birch Hill* του Rochdale, στο *κέντρο ψυχοκοινωνικής υποστήριξης του δήμου αμαρουσίου* και ως διευθυντής στο *κέντρο ζωής και έμπνευσης*. Έχει συνεργαστεί με το *συμβουλευτικό κέντρο φοιτητών* του πανεπιστημίου Αθηνών και τη *νοσηλευτική σχολή Αθηνών*. Έχει συμμετάσχει ως εκπαιδευτής σε εκπαιδευτικά προγράμματα του Ε.Π.Ι.Ψ.Υ., του κέντρου βρεφών «*Μητέρα*», του ψυχιατρικού τμήματος του νοσοκομείου ο *Ευαγγελισμός* και του πανεπιστημίου Αθηνών.

Έχει συμμετάσχει με επιστημονικές ανακοινώσεις σε συνέδρια του εσωτερικού και εξωτερικού, ενώ αντιπροσωπευτικές εκδόσεις συμπεριλαμβάνουν: *Άγχος και πανικός: γνωσιακή θεωρία και θεραπεία* (Ελληνικά Γράμματα, 1997), *Εκπαίδευση στη διεκδικητική συμπεριφορά* (στο βιβλίο *θέματα γνωσιακής και συμπεριφοριστικής θεραπείας*, Ελληνικά Γράμματα, 1996), *Γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία* (στο βιβλίο *Σύγχρονες ψυχοθεραπείες στην Ελλάδα*, University of Indianapolis Athens Press, 1999), *Ξεπερνώντας τον πανικό: ένας οδηγός αυτοβοήθειας με γνωσιακές-συμπεριφοριστικές τεχνικές* (Επιστημονική επιμέλεια του ομότιτλου βιβλίου των Derrick Silove & Vijaya Manicavasagar, Ελληνικά Γράμματα, 2000), *Γνωσιακή-Συμπεριφοριστική Θεραπεία: επιρροές και θεραπευτικά εργαλεία* (με την Ντιάνα Χαρίλα στο βιβλίο *Συμβουλευτική Ψυχολογία: σύγχρονες προσεγγίσεις*, Ατραπός, 2007).

Διεύθυνση γραφείου: Παπαδιαμαντοπούλου 11, 115 28 Αθήνα

Τηλέφωνο γραφείου: 210 72 55 442 και 694 46 66 431

Email: kalpakoglou@ath.forthnet.gr