

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΜΟΝΑΔΕΣ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ-ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ**

**ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΣΕ ΣΥΜΠΡΑΞΗ ΜΕ ΤΟ ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ Α΄ ΤΟΥ ΤΕΙ
ΑΘΗΝΑΣ**

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΘΕΜΑ: ΑΓΧΟΣ ΚΑΙ ΦΟΒΙΚΟ ΑΓΧΟΣ ΣΤΗ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ
ΝΟΣΟ**

ΜΕΤΑΠΤ. ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ: ΣΠΥΡΟΥ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ

**ΑΘΗΝΑ
ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ, 2013**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΜΟΝΑΔΕΣ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ-ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ**

**ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΣΕ ΣΥΜΠΡΑΞΗ ΜΕ ΤΟ ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ Α΄ ΤΟΥ ΤΕΙ
ΑΘΗΝΑΣ**

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΘΕΜΑ: ΑΓΧΟΣ ΚΑΙ ΦΟΒΙΚΟ ΑΓΧΟΣ ΣΤΗ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ
ΝΟΣΟ**

ΜΕΤΑΠΤ. ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ: ΣΠΥΡΟΥ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ

**ΑΘΗΝΑ
ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ, 2013**

ΠΡΑΚΤΙΚΟ ΚΡΙΣΕΩΣ
ΤΗΣ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗΣ ΤΗΣ ΤΡΙΜΕΛΟΥΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΓΙΑ
ΤΗΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ
Της Μεταπτυχιακής Φοιτήτριας Σπύρου Αικατερίνη
Εξεταστική Επιτροπή

- Κος Χ. Βλαχόπουλος, Επιβλέπων
- Κα Ε. Κυρίτση
- Κος Χ. Στεφανάδης

Η Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή η οποία ορίσθηκε από την ΓΣΕΣ της Ιατρικής Σχολής του Παν. Αθηνών Συνεδρίαση της για την αξιολόγηση και εξέταση της υποψηφίου κας Σπύρου Αικατερίνη, συνεδρίασε σήμερα .../.../....

Η Επιτροπή **διαπίστωσε** ότι η Διπλωματική Εργασία της Κας Σπύρου Αικατερίνης με τίτλο «Άγχος και φοβικό άγχος στη στεφανιαία νόσο», είναι πρωτότυπη, επιστημονικά και τεχνικά άρτια και η βιβλιογραφική πληροφορία ολοκληρωμένη και εμπεριστατωμένη.

Η εξεταστική επιτροπή αφού έλαβε υπ' όψιν το περιεχόμενο της εργασίας και τη συμβολή της στην επιστήμη, με ψήφους προτείνει την απονομή στην παραπάνω Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια την απονομή του Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης (Master's).

Στην ψηφοφορία για την βαθμολογία ο υποψήφιος έλαβε για τον βαθμό «ΑΡΙΣΤΑ» ψήφους, για τον βαθμό «ΛΙΑΝ ΚΑΛΩΣ» ψήφους, και για τον βαθμό «ΚΑΛΩΣ» ψήφους Κατά συνέπεια, απονέμεται ο βαθμός «.....».

Τα Μέλη της Εξεταστικής Επιτροπής

-, Επιβλέπων (Υπογραφή)_____
-, (Υπογραφή) _____
-, (Υπογραφή) _____

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Είναι τιμή μου να ευχαριστήσω τους επιστημονικά υπεύθυνους του Π.Μ.Σ. «Μονάδες Εντατικής Θεραπείας- Καρδιολογική Νοσηλευτική» κ. Χ. Στεφανάδη, Καθηγητή και Πρόεδρο της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών και την κ. Κυρίτση Ε. Καθηγήτρια του Τμήματος της Νοσηλευτικής Α΄ του ΤΕΙ Αθήνας για τη δυνατότητα που μου έδωσαν να παρακολουθήσω το συγκεκριμένο πρόγραμμα. Θα ήθελα ξεχωριστά να ευχαριστήσω την κ. Ε. Κυρίτση η οποία με μεγάλη υπομονή και διάθεση με βοήθησε στην ολοκλήρωση της διπλωματικής μου εργασίας.

Ευχαριστίες εκφράζω στον επιβλέποντα της διπλωματικής μου εργασίας επίκουρο καθηγητή κ. Χ. Βλαχόπουλο, καθώς και στον ειδικευόμενο ιατρό Παναγιώτη Ξαπλαντέρη, των οποίου η βοήθεια ήταν πολύτιμη.

Ευχαριστώ επίσης, όλο το επιστημονικό διδακτικό προσωπικό του προγράμματος για της πολύτιμες γνώσεις που μετέδωσαν κατά τη διάρκεια παρακολούθησης του προγράμματος με πάντα ενδιαφέρουσες και πρωτότυπες ομιλίες.

Ευχαριστώ την κ. Κοϊμτσίδου Άννα, Νοσηλεύτρια της Μονάδας Τεχνητού Νεφρού στο Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Αθηνών, την Αναισθησιολόγο Παπαδήμα Αρτεμισία για την βοήθεια τους στην αναζήτηση και ανεύρεση του ερωτηματολογίου, καθώς και την κ. Ζουγανέλη Αικατερίνη της οποίας η βοήθεια στα ξενόγλωσσα κείμενα ήταν πολύτιμη.

Περιεχόμενα

Ευχαριστίες _____	IV
Περιεχόμενα _____	V
Εισαγωγή _____	1

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ _____	5
Ορισμός _____	5
Επιδημιολογικά στοιχεία _____	5
Παθοφυσιολογία _____	5
Προδιαθεσικοί παράγοντες κινδύνου _____	6
Κλινική εκδήλωση-Οξεία Ισχαιμικά Σύνδρομα _____	7
Διαγνωστικές μέθοδοι _____	7
Νεότερες διαγνωστικές μέθοδοι _____	9
Θεραπεία _____	10
ΑΓΧΟΣ-ΦΟΒΙΚΟ ΑΓΧΟΣ _____	13
Γενικά-Ορισμός _____	13
Επιδημιολογικά δεδομένα των αγχωδών διαταραχών _____	16
Ο ρόλος του άγχους και του στρες στην αιτιοπαθογένεια των καρδιαγγειακών νοσημάτων _____	18
Αξιολόγηση των αγχωδών διαταραχών _____	21
Αναγνώριση του άγχους _____	22
ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΟ ΑΓΧΟΣ _____	23
Βιολογικοί παράγοντες _____	23
Ψυχολογικοί παράγοντες _____	24
ΔΕΙΚΤΕΣ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ _____	30
ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΟΥ ΑΣΘΕΝΗ _____	32

ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ ΣΤΟΝ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ	34
---	-----------

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ ΣΤΟΝ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ	35
---	-----------

Φαρμακευτική αγωγή	36
---------------------------	-----------

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΑΓΧΟΣ ΚΑΙ ΦΟΒΙΚΟ ΑΓΧΟΣ ΣΤΗ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟ	38
---	-----------

ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ	38
---	-----------

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ	39
--------------------------	-----------

Δείγμα της μελέτης	39
---------------------------	-----------

Μεθοδολογία	39
--------------------	-----------

Δεοντολογία της έρευνας	40
--------------------------------	-----------

Στατιστική ανάλυση	40
---------------------------	-----------

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	41
---------------------	-----------

Περιγραφικά αποτελέσματα	41
---------------------------------	-----------

Στατιστικά Αποτελέσματα	42
--------------------------------	-----------

ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΙΝΑΚΕΣ	44
------------------------------	-----------

ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ	56
-------------------------------	-----------

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	61
---------------------	-----------

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	62
-----------------	-----------

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	64
---------------------	-----------

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	75
------------------	-----------

Εισαγωγή

Στον αντίποδα της θεώρησης, ότι δηλαδή το άγχος προκαλεί σωματικές διαταραχές, βρίσκεται η διαπίστωση ότι η ύπαρξη μιας σωματικής νόσου προκαλεί ανάδυση άγχους. Ως φοβικό άγχος λοιπόν, ορίζεται το αρνητικό συναίσθημα, που συμβαίνει ως απάντηση στους αντιλαμβανόμενους κινδύνους (φόβους), οι οποίοι προέρχονται από εξωτερικές ή εσωτερικές πηγές. Έχει παρατηρηθεί ότι 40% των ασθενών με καρκίνο εμφανίζουν φοβικό άγχος ^{1,2}.

Έτσι, ένας πόνος στο θώρακα μπορεί να γεννήσει φόβους για ύπαρξη σοβαρού καρδιακού νοσήματος, οι οποίοι είναι εντονότεροι εάν κάποιος συγγενής ή φίλος ή ακόμα και ο ίδιος, έχει πάθει έμφραγμα ².

Σε αντίθεση, το άγχος λειτουργεί ως σήμα που προειδοποιεί τον οργανισμό για έναν επερχόμενο κίνδυνο και τον προετοιμάζει να κινητοποιήσει τις άμυνές του, προκειμένου να αντιμετωπίσει μία απειλή ή να τη διαφύγει ³.

Οι καινούργιες ιατρικές θεραπείες έλυσαν πολλά αδιέξοδα, συγχρόνως όμως ανέδειξαν καινούργια ψυχοκοινωνικά και ψυχιατρικά προβλήματα. Για παράδειγμα, η αιμοκάθαρση, η καρδιοχειρουργική επέμβαση, η θεραπεία του καρκίνου και πολλές άλλες σύγχρονες θεραπείες, ανέδειξαν δευτερογενή ψυχιατρικά προβλήματα που "χρηζουν προσοχής και φροντίδας". Υπενθυμίζουμε ότι οι διαπιστώσεις αυτές είναι καθ' όλα συμβατές με τις απόψεις του Engel για τη βιοψυχοκοινωνική έννοια της αρρώστιας και αντανακλούν την ολιστική προσέγγιση στην Ιατρική. Η εφαρμογή αυτής της προσέγγισης στην άσκηση της Ιατρικής ονομάζεται σήμερα Συμβουλευτική-Διασυνδεδετική Ψυχιατρική και έχει πλέον εδραιωθεί ως ξεχωριστή ιατρική δραστηριότητα εντός των γενικών νοσοκομείων ³.

Ειδικότερα, στους καρδιολογικούς ασθενείς που υπέστησαν οξύ έμφραγμα παρουσιάζονται έντονα τα δευτερογενή βιοψυχοκοινωνικά φαινόμενα της νόσου· προβλήματα που ανατρέπουν την ψυχική ισορροπία και συναισθηματικές διαταραχές δημιουργούν δυσλειτουργίες σε ότι αφορά στη σχέση με τον ίδιο του τον εαυτό από τη μια και τις διαπροσωπικές σχέσεις τους απ' την άλλη, δηλαδή με το άλλο φύλο, την οικογένεια, το ευρύτερο φιλικό τους περιβάλλον, ειδικότερα λίγους μήνες μετά το επεισόδιο ^{4,5,6}.

Τα άτομα, που πάσχουν από στεφανιαία νόσο βιώνουν διαφορετικού βαθμού άγχους, το οποίο μπορεί να επιφέρει δραματικές συνέπειες τόσο στους ίδιους όσο και στο περιβάλλον τους. Ως άγχος, ορίζεται το αρνητικό συναίσθημα, που συμβαίνει ως απάντηση στους αντιλαμβανόμενους κινδύνους, πραγματικούς

ή φανταστικούς, οι οποίοι προέρχονται από εσωτερικές ή εξωτερικές πηγές. Συνεπώς, το άγχος λειτουργεί ως σήμα που προειδοποιεί τον οργανισμό για έναν επερχόμενο κίνδυνο και τον προετοιμάζει να κινητοποιήσει τις άμυνές του, προκειμένου να αντιμετωπίσει απειλή ή να την διαφύγει.^{7,8}

Στη βιβλιογραφία, η συχνότητα εμφάνισης του άγχους ανέρχεται στο 70 - 80% των ασθενών με οξύ καρδιακό επεισόδιο, ενώ στο 20-25% των ασθενών με καρδιαγγειακή νόσο το άγχος παραμένει για μακρύ χρονικό διάστημα. Ακόμα και σε ασθενείς με διαγνωσμένη στεφανιαία νόσο, που όμως δεν έχουν υποστεί ένα οξύ επεισόδιο ή δεν έχουν δεχθεί παρέμβαση, η συχνότητα εμφάνισης του άγχους είναι 20-25%. Παρότι, το άγχος θεωρείται αναμενόμενη ή ακόμα και φυσιολογική αντίδραση σε ένα αιφνίδιο καρδιακό επεισόδιο ή σε μια χρόνια νόσο, εντούτοις, όταν αυτό είναι χρόνιο ή υψηλής έντασης έχει αρνητικές επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής των ασθενών⁸.

Η εστίαση του ενδιαφέροντος σ' αυτή την πλευρά της ασθένειας είναι φυσικό απότοκο της εξέλιξης της Ιατρικής Επιστήμης και της Ιατρικής Τεχνολογίας που παρέχοντας πια τις λύσεις για την αντιμετώπιση αυτής καθ' αυτής της νόσου, επεκτείνει το ενδιαφέρον της περαιτέρω και στον ίδιο τον άνθρωπο, όχι πια ως οργανισμό αλλά ως ψυχισμό μέσα στα πλαίσια μιας ολιστικής αντιμετώπισης του ανθρώπινου παράγοντα.

Επιπλέον η εξέλιξη, της Ψυχολογίας και ο επιμερισμός της σε ποικιλία ειδικότερων κλάδων συνεπικουρεί στην λεπτομερέστερη προσέγγιση της ανθρώπινης προσωπικότητας και συμπεριφοράς τοποθετώντας την στις πραγματικές της διαστάσεις, όπως, η ψυχολογία της υγείας εστιάζει στην μελέτη της συμπεριφοράς που αναπτύσσει ένας χρόνιος ασθενής μέσα στις συνθήκες που διαμορφώνει γι' αυτόν η νόσος, στην αποκωδικοποίησή της, στη συμβουλευτική και θεραπευτική παρέμβαση. Εξάλλου, σήμερα πια είναι αποδεκτό ότι οι ψυχολογικοί παράγοντες είναι παρόντες σε όλες τις σημαντικές ασθένειες και ότι κάθε νόσος είναι μια σύνθετη βιοψυχολογική διαταραχή στην οποία η ψυχή είναι τόσο ευάλωτη, όσο και το σώμα⁹.

Σκόπιμο, επίσης, θεωρούμε ν' αναφέρουμε ότι το ενδιαφέρον για την ψυχοκοινωνική πλευρά της νόσου εντάθηκε τα τελευταία χρόνια, κατά τα οποία η βελτίωση της ποιότητας ζωής και η εξασφάλιση ανθρωπινότερων συνθηκών διαβίωσης, αλλά και η πνευματική αναβάθμιση των κοινωνιών οδήγησαν στην περισσότερο ανθρωπιστικής αντιμετώπισης του ατόμου, και του πάσχοντος ειδικά.

Υπό το πρίσμα αυτό η γνώση από πλευράς των ειδικών της ψυχοπαθολογικής συμπεριφοράς των ασθενειών, με σκοπό την υποστήριξή τους, αποτελεί υποχρέωση των πρώτων και δικαίωμα των δεύτερων.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ

Ορισμός

Το έμφραγμα του μυοκαρδίου είναι η νέκρωση ενός μέρους του τοιχώματος της καρδιάς από απόφραξη μιας στεφανιαίας αρτηρίας. Αποτελεί την ακραία περίπτωση διαταραχής της ισορροπίας μεταξύ της προσφοράς και των αναγκών της καρδιάς σε οξυγόνο. Στην περίπτωση του εμφράγματος, με την απόφραξη της στεφανιαίας αρτηρίας η προσφορά σχεδόν μηδενίζεται, οπότε επέρχεται η νέκρωση ¹⁰.

Το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου αποτελεί μία μορφή από τα οξεία στεφανιαία σύνδρομα, τα οποία είναι μια ομάδα κλινικών συνδρόμων που χαρακτηρίζονται από την εμφάνιση μυοκαρδιακής ισχαιμίας, ως αποτέλεσμα ρήξης ή διάβρωσης ασταθούς αθηρωματικής πλάκας και εμφανίζουν μη αναμενόμενη προκάρδια δυσφορία. Εκδηλώνονται με μορφή Ασταθούς Στηθάγχης, Οξείας Εμφράγματος Μυοκαρδίου με ανάσπαση του τμήματος ST, εμφράγματος χωρίς ανάσπαση του ST, και Αιφνιδίου Καρδιακού Θανάτου. Ο ορισμός του εμφράγματος με ή χωρίς ανάσπαση του ST είναι ο σύγχρονος αναθεωρημένος ορισμός με βάση τους δείκτες μυοκαρδιακής βλάβης ^{11, 12}.

Επιδημιολογικά στοιχεία

Στη χώρα μας περίπου 10.000 άνθρωποι προσβάλλονται κάθε χρόνο από έμφραγμα, με αναλογία ανδρών προς γυναίκες 3,5/1. Η συχνότητα εμφάνισης του εμφράγματος στους άνδρες αυξάνεται με γρήγορο ρυθμό από την ηλικία των 40 ετών, κορυφώνεται στην ηλικία των 70 ετών και κατόπιν μειώνεται. Στις γυναίκες αντίθετα, η αύξηση αρχίζει από την ηλικία των 55 ετών ¹³.

Παθοφυσιολογία

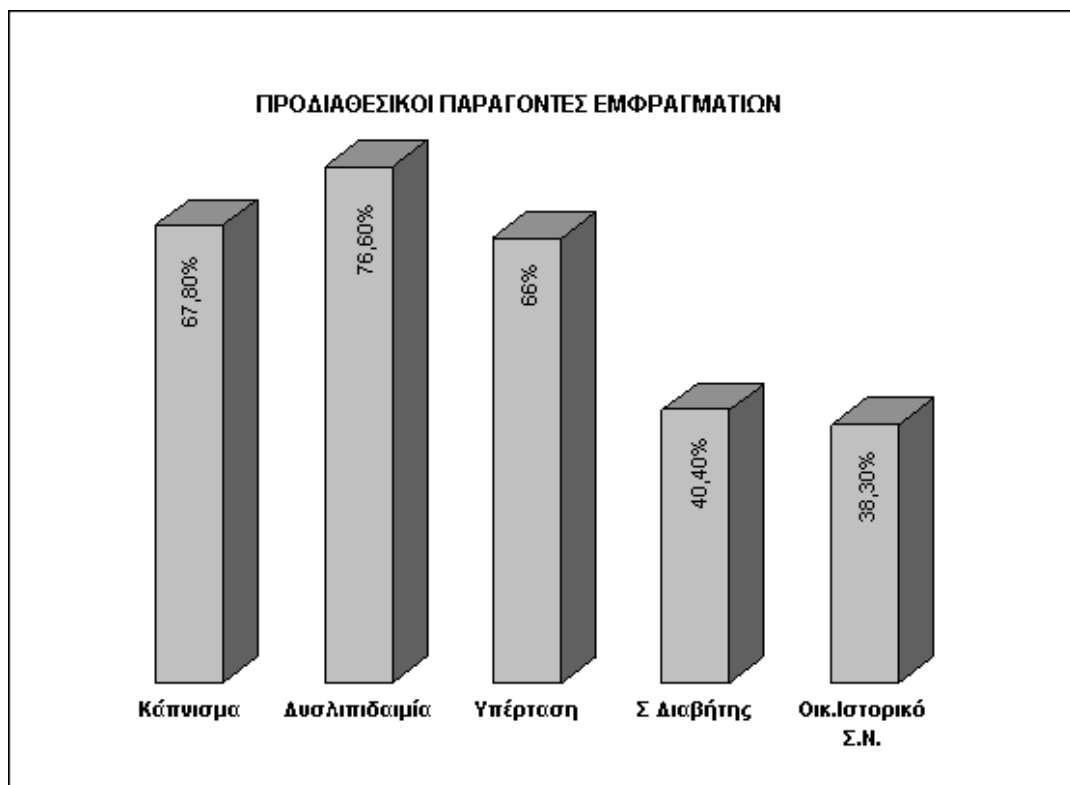
Στη μεγάλη πλειονότητα των περιπτώσεων υπεύθυνη είναι η οξεία απόφραξη της αρτηρίας που αρδεύει την περιοχή αυτή. Το έμφραγμα μυοκαρδίου είναι αιτία πρώιμου εξωνοσοκομειακού ή ενδονοσοκομειακού θανάτου. Εξάλλου, μέσω της βλάβης του μυοκαρδίου, την οποία προκαλεί, μπορεί να δημιουργήσει συνθήκες χρόνιας μετεμφραγματικής καρδιακής ανεπάρκειας, με συνέπεια αυξημένη νοσηρότητα και μακροχρονίως, αυξημένη θνησιμότητα ¹³.

Προδιαθεσικοί παράγοντες κινδύνου.

Παράγοντες κινδύνου είναι ένα ατομικό χαρακτηριστικό το οποίο σχετίζεται με την εκδήλωση μιας νόσου ή την κατάσταση της υγείας ¹⁴.

Η στεφανιαία νόσος βρίσκεται αρκετά συχνά σε άτομα που έχουν ένα ή περισσότερους προδιαθεσικούς παράγοντες κινδύνου ¹⁵.

1. Ηλικία (άνδρες >45 ετών, γυναίκες > 55 ετών)
2. Κληρονομικότητα (εμφάνιση στεφανιαίας νόσου σε πατέρα ή αδελφό σε ηλικία κάτω από 55 ετών, σε μητέρα ή αδελφή σε ηλικία κάτω από 65 ετών)
3. Υπερχοληστεριναιμία (LDL-"κακή"- χοληστερόλη πάνω από 130mg/dl)
4. HDL χοληστερόλη (καλή χοληστερίνη) κάτω από 35 mg/dl. Εάν η HDL χοληστερίνη είναι πάνω από 60 mg/dl αφαιρείται ένας προδιαθεσικός παράγων
5. Σακχαρώδης διαβήτης
6. Αρτηριακή υπέρταση (πάνω από 140/90 mmHg)
7. Κάπνισμα¹⁶.



Μετασχεδίαση από: Euro Heart Survey A.C.S. Hasday et al. Eur Heart J. 2002 Aug; 23:1190-1201.

Λαμβάνοντας υπόψη όλους τους γνωστούς παράγοντες κινδύνου εκδήλωσης της στεφανιαίας νόσου βρέθηκε ότι το κάπνισμα, περισσοτέρων του ενός τσιγάρου ημερησίως, αυξάνει τον κίνδυνο εκδήλωσης της στεφανιαίας νόσου κατά 60% περίπου (OR = 1,61). Συγκεκριμένα, στους άνδρες η παρουσία καπνιστικών συνηθειών φαίνεται να σχετίζεται με υπερδιπλασιασμό του στεφανιαίου κινδύνου (OR=2,25), ενώ στις γυναίκες φαίνεται να σχετίζεται με αύξηση κατά 44% (OR=1,44) ¹⁷

Κλινική εκδήλωση - Οξεία Ισχαιμικά Σύνδρομα

Είναι ένας όρος που περιλαμβάνει μια ομάδα κλινικών συνδρόμων που οφείλονται σε ισχαιμία του μυοκαρδίου ¹⁴

- Η ασταθής στηθάγχη ¹⁸
- Οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου χωρίς ανόσπωση του ST διαστήματος (NSTEMI-Non ST Elevation Myocardial Infarction) ^{14, 19}
- Οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου με ανόσπωση του ST διαστήματος (STEMI- ST Elevation Myocardial Infarction) ^{14, 19}
- Αιφνίδιος θάνατος ^{14,19}

Διαγνωστικές μέθοδοι

A. Ηλεκτροκαρδιογράφημα: Το σύνηθες εύρημα, στην ασταθή στηθάγχη και στο NSTEMI είναι η κατάσπαση του τμήματος ST και οι αλλοιώσεις του κύματος T. Το STEMI χαρακτηρίζεται από ανόσπωση του ST τμήματος.

B. Διδιάστατη υπερηχοκαρδιογραφία: Είναι διαθωρακική απεικόνιση και λαμβάνεται παρά την κλίνη. Παρέχει σημαντικές πληροφορίες κυρίως σε περιπτώσεις με συμπτώματα συμβατά με Ο.Σ.Σ. αλλά με ΗΚΓ μη διαγνωστικό ^{20,21}.

Γ. Βιοχημικοί δείκτες: Είναι απαραίτητοι για τη διάγνωση της μυοκαρδιακής νέκρωσης, αλλά είναι σημαντικοί και για την πρόγνωση του εμφράγματος. Η λήψη για τη μέτρηση τους ανά τακτά διαστήματα επιβεβαιώνει ή αποκλείει την πιθανότητα εμφράγματος ²².

Οι βιοχημικοί δείκτες είναι η κρεατινική φωσφοκινάση (CPK), η οξαλική τρανσαμινάση (SGOT) η γαλακτική αφυδρογονάση (LDH), η μυοσφαιρίνη και η τροπονίνη.

Δ. Αναίμακτες δοκιμασίες φόρτισης.

- **Ηλεκτροκαρδιογραφική δοκιμασία κόπωσης** (κατά Brace): Είναι χρήσιμη για τη διάγνωση της στεφανιαίας νόσου, γιατί είναι σχετικά απλή και φθηνή. Παρέχει πληροφορίες για τη σοβαρότητα της ισχαιμίας, την πρόγνωση της νόσου και το βαθμό περιορισμού της λειτουργικότητας.
- **Σπινθηρογράφημα κόπωσης με θάλλιο-201**. Η αξία του σπινθηρογραφήματος με θάλλιο στη διαβάθμιση των ασθενών με στεφανιαία νόσο βασίζεται στην τεκμηρίωση σπινθηρογραφικών μεταβλητών ενδεικτικών υψηλού κινδύνου. Στο σπινθηρογράφημα χρησιμοποιούνται φάρμακα τα οποία αναδεικνύουν περισσότερο την ισχαιμία. Αυτά είναι η αδενοσίνη και η διπυριδαμόλη ^{14, 21}.
- **Δυναμική υπερηχοκαρδιογραφία με δοβουταμίνη**. Η χορήγηση της προκαλεί συνθήκες ισχαιμίας σε ύπαρξη στεφανιαίας νόσου λόγω του ότι αυξάνει τους παράγοντες που παίζουν ρόλο στην κατανάλωση οξυγόνου από το μυοκάρδιο. Έχει υψηλή ειδικότητα για τη διάγνωση της στεφανιαίας νόσου ²³.

Ε. Επεμβατικές διαγνωστικές μέθοδοι:

- **Καρδιακός καθετηριασμός και στεφανιογραφία**. Προκειμένου να τεθεί με απόλυτη βεβαιότητα η διάγνωση της στεφανιαίας νόσου και να εκτιμηθεί επακριβώς η ανατομική της έκταση και η επίδραση της στην καρδιακή της λειτουργία, απαιτείται καθετηριασμός της καρδιάς και ακολούθως διενέργεια στεφανιαίας αρτηριογραφίας (στεφανιογραφίας) και κοιλιογραφίας, μέσω έγχυσης ακτινοσκιερών ουσιών στα στόμια των στεφανιαίων αρτηριών και εντός της αριστερής κοιλίας, αντίστοιχα.
- **Στεφανιογραφία**. Παραμένει η ευρύτερα διαδεδομένη μέθοδος προκειμένου να τεθεί με απόλυτη βεβαιότητα η διάγνωση της στεφανιαίας νόσου, ο εντοπισμός, ο αριθμός και η έκταση των βλαβών καθώς και το ποσοστό απόφραξης της αρτηρίας. Ανιχνεύεται επίσης η ύπαρξη θρόμβου ή η πιθανότητα σπασμού των αγγείων. Η στεφανιογραφία παρέχει έμμεσες πληροφορίες σχετικά με την έκταση της αθηρωματικής διαδικασίας στο τοίχωμα, ενώ δεν αναγνωρίζει ποιες πλάκες είναι ή θα γίνουν ευάλωτες και επιρρεπείς σε ρήξη ^{24,21}. Σε συνδυασμό με τη στεφανιογραφία και επί καταλλήλων ενδείξεων, εφαρμόζονται οι μέθοδοι του ενδοστεφανιαίου

υπερηχογραφήματος ή και της μέτρησης της στεφανιαίας ροής. Είναι τεχνικές ιδιαίτερα χρήσιμες σε περιπτώσεις που η στεφανιογραφία αναδεικνύει στενώσεις οριακής βαρύτητας γιατί αποσαφηνίζεται η έκταση και η μορφολογία της αθηρωματικής πλάκας και ακολούθως καθοδηγείται η πιθανή διαδερμική στεφανιαία παρέμβαση^{24,21}.

Νεότερες διαγνωστικές μέθοδοι:

- **Υπολογιστική τομογραφία ηλεκτρονικής δέσμης** (Electron Beam Computed Tomography EB-CT). Μη επεμβατική στεφανιαία αγγειογραφία η οποία παρέχει τρισδιάστατες εικόνες του καρδιακού σχηματισμού για την ασβέστωση των στεφανιαίων αρτηριών και την καρδιακή αιμάτωση.
- **Η υπολογιστική τομογραφία πολλαπλών τομών** (Multislice Computed Tomography, MS-CT) είναι σαρωτής 16, 32, 64 επιπέδων και έχει τη δυνατότητα απεικόνισης του 90% περίπου του στεφανιαίου δικτύου.
- **Ο μαγνητικός συντονισμός:** (Magnetic resonance imaging, MRI). Έχει χρησιμοποιηθεί με επιτυχία για την εκτίμηση του βαθμού της στένωσης του αυλού και της σύστασης της αθηροσκληρυντικής πλάκας στις περιφερικές και εγκεφαλικές αρτηρίες. Το πλεονέκτημα του έναντι των άλλων απεικονιστικών μεθόδων είναι ότι στερείται ακτινοβολίας

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ασπιρίνη. Η αποτελεσματικότητα της ασπιρίνης στην ασταθή στηθάγχη στο STEMI και NSTEMI έχει καταδειχθεί σε πολλές μελέτες. Συνιστάται η έγκαιρη χορήγηση δισκίου 325mg. Η μάσηση του δισκίου προωθεί την απορρόφηση του φαρμάκου από τον στοματικό βλεννογόνο, αντί από τον γαστρικό που επιτυγχάνεται με την κατάποση.

Κλοπιδογρέλη. Παρατείνει το χρόνο ροής, αναστέλλει τη συσσώρευση των αιμοπεταλίων και επιβραδύνει τη συστολή του θρόμβου. Χορηγείται σε συνδυασμό με ασπιρίνη στο οξύ στεφανιαίο σύνδρομο μειώνοντας τον καρδιακό θάνατο, τον αγγειακό θάνατο και τα ισχαιμικά επεισόδια.

Οξυγόνο. Είναι κοινή πρακτική να χορηγείται οξυγόνο σε όλους τους ασθενείς με O.E.M., έμφραγμα χωρίς ανάσπαση και ασταθή στηθάγχη επί 24-48 ώρες τουλάχιστον με βάση την εμπειρική υπόθεση της ύπαρξης υποξείας και των υπάρχουσών ενδείξεων ότι η αύξηση του οξυγόνου στον εισπνεόμενο αέρα προστατεύει το ισχαιμικό μυοκάρδιο. Μπορεί να αυξήσει τις συστηματικές αγγειακές αντιστάσεις και την αρτηριακή πίεση και να μειώσει έτσι ελαφρά την καρδιακή παροχή²⁵.

Νιτρώδη. Συνήθως δεν επαρκούν για το πόνο, αναστέλλουν όμως το σπασμό των αγγείων, αυξάνοντας έτσι την αιματική ροή στην εμφραγματική περιοχή. Χορηγούνται I.V. για 24-48 ώρες ελέγχοντας την αρτηριακή πίεση να είναι πάνω από 100mmHg. Τα νιτρώδη μακράς δράσης πρέπει να αποφεύγονται στις αρχικές φάσεις του STEMI λόγω της υπότασης που προκαλούν²⁶.

Η μορφίνη ανακουφίζει από τον εμφραγματικό πόνο. Χορηγούνται I.V. 4 με 8 mg και η χορήγηση επαναλαμβάνεται κάθε 10 με 15 λεπτά σε δόσεις 2 με 8 mg μέχρι να υποχωρήσει ο πόνος. Η χορήγηση της διακόπτεται αν εμφανιστούν υπόταση, καταστολή της αναπνοής ή μη αντιμετωπίσιμοι σοβαροί εμετοί, καταστάσεις που αποτελούν τις σημαντικότερες παρενέργειες της μορφίνης²⁷. Αποτελεί πλέον, μετά από δοκιμασίες πάρα πολλών αναλγητικών, το φάρμακο εκλογής για επίτευξη ικανοποιητικών επιπέδων αναλγησίας στο έμφραγμα, εκτός από περιπτώσεις υπερευαισθησίας στο φάρμακο. Εκτός της αναλγησίας όμως που επιτυγχάνει η μορφίνη ελαττώνει την ανησυχία του ασθενούς και την ενεργοποίηση του αυτόνομου νευρικού συστήματος, με τελικό αποτέλεσμα τη μείωση των μεταβολικών απαιτήσεων της καρδιάς.

Αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτενσίνης.(α-ΜΕΑ). Χορηγούνται από τη πρώτη μέρα του οξέος στεφανιαίου συνδρόμου σε όλους τους ασθενείς. Μακροχρόνια λήψη όμως προσφέρει σημαντικό όφελος μειώνοντας τα ποσοστά επανεμφράγματος, και τις επεμβάσεις επαναιμάτωσης²⁸.

Αναστολείς β-αδρενεργικών υποδοχέων (β-αναστολείς). Στη πορεία πολλών μελετών βρέθηκε ότι οι β-αποκλειστές ανακουφίζουν από τον πόνο και μειώνουν την ανάγκη για αναλγητικά σε πολλούς ασθενείς, πιθανόν λόγω μείωσης της ισχαιμίας. Χορηγούνται στις πρώτες ώρες του Ο.Ε.Μ. στην προσπάθεια να περιοριστεί το μέγεθος του.

1. **Υπολιπιδαιμικά.** Η αντιφλεγμονώδης δράση των στατινών είναι πλέον γνωστή και ενδείκνυται η χορήγηση τους από τις πρώτες ώρες του οξέος ισχαιμικού συνδρόμου επιδιώκοντας σταθεροποίηση των αθηρωματικών πλακών οι οποίες το προκάλεσαν. Η χορήγηση στατινών μετά από ασταθή στηθάγχη και NSTEMI μειώνει τη θνητότητα, τις επεμβάσεις επαναιμάτωσης, το επανέμφραγμα και τις νέες εισαγωγές στο νοσοκομείο²⁵.

Αναστολείς γλυκοπρωτεϊνικών υποδοχέων IIb/IIIa. Τα φάρμακα αυτά εμποδίζουν τη σύνδεση με το ινωδογόνο και τη διαδικασία της συγκόλλησης¹⁴.

Θρομβόλυση. Τα θρομβολυτικά είναι ενεργοποιητές του πλασμινογόνου μετατρέποντας το σε πλασμίνη η οποία είναι ικανή να διασπάσει το ινώδες, που αποτελεί μαζί με τα αιμοπετάλια τα βασικά συστατικά του θρόμβου και που έχει εγκλωβίσει ερυθρά. Βρίσκεται δε μέσα στην αθηρωματική πλάκα. Η θρομβόλυση έχει συμβάλλει σημαντικά στη μείωση της θνητότητας τα τελευταία 25 χρόνια και αποτελεί το κύριο θεραπευτικό μέσο στην αντιμετώπιση του οξέως εμφράγματος του μυοκαρδίου¹⁴.

Ενδοστεφανιαία θρομβόλυση: Σήμερα υπάρχει ομοφωνία ως προς το ότι η ενδοστεφανιαία χορήγηση θρομβολυτικής θεραπείας θα πρέπει να επιφυλάσσεται για τους ασθενείς που αναπτύσσουν στεφανιαία θρόμβωση κατά τη διάρκεια της αγγειογραφικής εξέτασης όταν υπάρχει ήδη τοποθετημένος στεφανιαίος καθετήρας, η τοποθέτηση του είναι εύκολη και γρήγορη¹⁴.

Αγγειοπλαστική: Η αγγειοπλαστική είναι η πλέον διαδεδομένη τεχνική που χρησιμοποιείται στις επεμβάσεις επαναγγείωσης των στεφανιαίων αρτηριών.

Η αγγειοπλαστική στο οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου μπορεί να διενεργείται ως: α) άμεση αγγειοπλαστική χωρίς θρομβόλυση, β) αγγειοπλαστική διάσωσης, δηλαδή επί αποτυχίας της θρομβόλυσης να διανοίξει το αποφραγμένο αγγείο, γ) αγγειοπλαστική που εφαρμόζεται αμέσως μετά τη θρομβόλυση σε ασθενείς οι οποίοι δεν έχουν συμπτώματα, δ) αγγειοπλαστική που εφαρμόζεται σε ασυμπτωματικούς ασθενείς μετά από επιτυχή θρομβόλυση και ε) αγγειοπλαστική που συνδυάζεται με θρομβολυτικά ή άλλα φάρμακα και ονομάζεται διευκολυνομένη αγγειοπλαστική ¹⁴.

ΑΓΧΟΣ – ΦΟΒΙΚΟ ΑΓΧΟΣ

Γενικά-Ορισμός

Το άγχος, από το ρήμα άγχω (=σφίγγω πειστικά, ιδίως στο λαιμό εξ ου και αγχόνη), αντιπροσωπεύει βασική ανθρώπινη εμπειρία και έχει παγκόσμια παρουσία. Υπάρχει σε όλες τις παθολογικές και μη παθολογικές καταστάσεις.

Ο Επίκτητος (55 - 135 μ.Χ.) χαρακτηρίζει το άγχος όχι ως φόβο αρρώστιας, πόνου ή θανάτου, αλλά ως φόβο του φόβου²⁹. Ο ψυχολόγος Liddel έγραφε το 1949 πως το άγχος συνοδεύει πάντα σαν σκιά τη νόσηση²⁵. Όλοι βιώνουμε άγχος: μια διάχυτη, δυσάρεστη, ασαφή αίσθηση ανησυχίας, που συνοδεύεται συχνά από μία ποικιλία νευροφυτικών συμπτωμάτων²⁶.

Το άγχος, όπως και ο φόβος, λειτουργεί ως σήμα εγρήγορσης και προειδοποιεί για επικείμενο κίνδυνο. Έτσι εξασφαλίζει την εγρήγορση και προετοιμάζει τον οργανισμό ή το άτομο να αντιμετωπίσει ή να διαφύγει από μία επικίνδυνη κατάσταση, επιτυγχάνοντας ισορροπία ανάμεσα στο άτομο και στο περιβάλλον²⁹. Το άγχος, ως σύμπλοκο συναίσθημα πρέπει να διακρίνεται από το πρωτογενές συναίσθημα του φόβου²⁷. Ο φόβος, η αντίδραση σε μια γνωστή, εξωτερική και σαφή απειλή, κατά τον Δαρβίνο (1896) αφορά κάτι «αιφνίδιο» και «επικίνδυνο»²⁶. Αντίθετα το άγχος είναι η συναισθηματική αντίδραση στην προσδοκία κάποιου κινδύνου που δεν είναι πάντα άμεσος ούτε σαφώς καθορισμένος, και που μπορεί να μην απειλεί αποκλειστικά την φυσική μας ύπαρξη αλλά και τις αξίες ή το νόημα που δίνουμε σε αυτήν²⁷. Το άγχος διαρκεί πολύ, αφού δεν είναι γνωστό το ερέθισμα για να διαφύγει ή να αποφύγει το άτομο, ενώ ο φόβος διαρκεί όσο και ο κίνδυνος, αποτελεί απάντηση σε συγκεκριμένη δυνητική βλάβη και μπορεί να αποφευχθεί²⁹. Αν και οι ασθενείς παρουσιάζουν συχνότερα άγχος όταν υπάρχει κίνδυνος ζωής ή αναπηρίας και κατάθλιψη όταν υπάρχει απώλεια λειτουργικότητας και ελπίδων, οι ψυχολογικές αντιδράσεις εξατομικεύονται και δεν υπάρχουν σαφώς αναμενόμενοι τρόποι αντίδρασης ενός συγκεκριμένου ασθενούς σε κάθε πρόβλημα που παρουσιάζεται²⁸.

Όταν το άγχος γίνεται πολύ έντονο και παρατεταμένο, παύει να παίζει τον προσαρμοστικό του ρόλο και γίνεται παθολογικό. Με το παθολογικό άγχος η κανονική λειτουργικότητα διαταράσσεται και το άτομο κυριαρχείται από αρνητικές αντιδράσεις, απωθημένες σκέψεις, προσμονή απρόσφορης απειλής, αδυναμία ανταπόκρισης στις καθημερινές δραστηριότητες και αυξημένο τόνο του αυτόνομου

Ν.Σ ²⁹. Είναι προφανές, ότι τόσο η ύπαρξη κατάθλιψης, όσο και η εμφάνιση άγχους, προδιαθέτουν στην ανάπτυξη διαταραχών της καρδιαγγειακής λειτουργίας. Ειδικά, μάλιστα, όταν η ύπαρξη του άγχους είναι συνεχής, το καρδιαγγειακό σύστημα βομβαρδίζεται από την συνεχή διέγερση του αυτόνομου Ν.Σ. ³⁰. Το παθολογικό άγχος εκφράζεται με συμπτώματα που αποτελούν το κεντρικό σύμπτωμα των αγχωδών διαταραχών.

Οι αγχώδεις διαταραχές αντιπροσωπεύουν μία από τις συχνότερες ψυχικές διαταραχές στον γενικό πληθυσμό με επικράτηση στη διάρκεια ενός έτους 13% και στη διάρκεια της ζωής 25% περίπου. Οι αγχώδεις διαταραχές και η κατάθλιψη μπορεί να επηρεάσουν τον καρδιακό ρυθμό, να αυξήσουν την αρτηριακή πίεση και να μεταβάλλουν την πηκτικότητα του αίματος. Μπορούν επίσης να αυξήσουν τα επίπεδα ινσουλίνης και χοληστερόλης. Επιπλέον, η κατάθλιψη και το άγχος μπορεί να έχουν σαν αποτέλεσμα χρονίως αυξημένα επίπεδα ορμονών του stress όπως κορτιζόλης και αδρεναλίνης ³¹. Συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο εμφράγματος, εγκεφαλικού αγγειακού επεισοδίου, με μειωμένη παραγωγικότητα, απασχόληση και οικονομική εξάρτηση από προγράμματα κρατικής βοήθειας ^{29,31}.

Το 25% έως 70% των εσωτερικών και εξωτερικών ασθενών γενικού νοσοκομείου πάσχουν από ψυχικές διαταραχές με συχνότερες το άγχος και την κατάθλιψη ²⁹.

Εν γένει, λοιπόν, μπορούμε να κατατάξουμε την αγχωσική εμπειρία σε δύο μεγάλες κατηγορίες ³².

Στην πρώτη μπορούμε να υπαγάγουμε τη μορφή ενός εντόνου κύματος άγχους, που είναι σύντομο αλλά οξύ και παράλληλα με το οποίο υπάρχουν έντονες μεταβολές στη νόηση, τη φυσιολογία και τη συμπεριφορά. Η κατάσταση αυτή θυμίζει ισχυρό φόβο και αίσθημα συναγερμού απέναντι σε καταστάσεις απειλητικές για τη ζωή. Τρόμος, αίσθημα αβοήθητου και επικείμενης καταστροφής είναι αυτό που νιώθει κάποιος στη μορφή αυτή. Επιπλέον, υπάρχει και έντονη αυτονομική διέγερση από το συμπαθητικό σύστημα, που εκφράζεται ως εσωτερική πίεση για απόδραση από την απειλητική κατάσταση και αναζήτηση ασφάλειας. Υπάρχει πλήρης αντιστοιχία της μορφής αυτής του άγχους με αυτό που ονομάζουμε κρίση πανικού και συνδέεται με την πυροδότηση του νοραδρενεργικού υπομέλανα τόπου στο στέλεχος ^{32,33,34}.

Στη δεύτερη κατηγορία, αντίθετα με την πρώτη, υπάρχει μια χρόνια και επίμονη δυσφορία χαμηλού βαθμού, άρα ποσοτικά διαφορετική από την πρώτη

μορφή. Εδώ έχουμε απλώς αυξημένη εγρήγορση για κινδύνους που πιθανόν να εμφανιστούν. Η μορφή αυτή αντιστοιχεί στο βίωμα που αποκαλείται προσδοκητικό άγχος συνδέεται με τους υποδοχείς βενζοδιαζεπινών σε περιοχές του μεταχιακού συστήματος, ειδικότερα σε διαφραγματοϊπποκάμπειες περιοχές. Τούτο συνάδει με τον επιμέρους ρόλο του μεταχιακού για συνεχή έλεγχο του περιβάλλοντος προς ανίχνευση σημάτων κινδύνου και ασφάλειας.

Ο φλοιός αποτελεί επίπεδο διαμεσολάβησης μεταξύ της επεξεργασίας των εξωτερικά και εσωτερικά προσλαμβανομένων σημάτων και του σχεδιασμού δράσης μετά από αξιολόγησή τους. Μια τραυματική εμπειρία του παρελθόντος μπορεί να συνδεθεί, μέσα από συνειδητούς και μη συνειδητούς συμβολικούς και μαθησιακούς μηχανισμούς, με τμήματα της παρούσας πραγματικότητας και να την μετατρέψουν σε αγχογόνο. Μια τέτοια εκτίμηση εκ μέρους του φλοιού, ότι απειλείται η ομοιοστασία, καλείται στρες και αποτελεί το έναυσμα για την κινητοποίηση στρατηγικών διαχείρισης και μηχανισμών άμυνας απέναντι στο άγχος. Κατ'επέκταση, άλλοτε στέφονται από επιτυχία ενώ άλλοτε δεν επαρκούν ή δυσλειτουργούν. Τα παραπάνω έχουν ως αποτέλεσμα το άτομο να εγκλωβίζεται σε "φαύλους κύκλους" που διαιωνίζουν την κατάσταση του άγχους συντηρώντας την³⁵.

Πλήθος νευροδιαβιβαστές και νευροτροποποιητές ενέχονται στην ρύθμιση και τροποποίηση των τριών συστημάτων που αναφέρθηκαν, ήτοι του κεντρικού νευρικού συστήματος στο στέλεχος του συστήματος επαγρύπνησης στο μεταχιακό και τέλος του συστήματος επεξεργασίας σημάτων στο φλοιό, όπου και σχεδιάζεται η δράση. Μεταξύ αυτών μπορούμε να συγκαταλέξουμε την νοραδρεναλίνη, τη σεροτονίνη, το γ-αμινοβουτυρικό οξύ, τα οπιοειδή και ορισμένα πεπτιδία^{32,33}.

Φαίνεται, λοιπόν, ότι παρά το ότι η επιστήμη τριχοτομεί το άτομο σε βιολογικό, ψυχολογικό και κοινωνικό, εν τούτοις ο ίδιος ο οργανισμός επιμένει στην ενοποιημένη λειτουργία του, και εμφανίζεται ως βιοψυχοκοινωνική ενότητα, ειδικότερα σε θέματα που έχουν να κάνουν με επιβίωση, αντιμετώπιση κινδύνων και ομοιοστασία. Έτσι, το μη ειδικό σύμπτωμα του άγχους μπορεί να θεωρηθεί ως γενικευμένο συναίσθημα, που πυροδοτείται και από βιολογικές και από ψυχολογικές, αλλά και από κοινωνικού τύπου απειλές, είτε ψευδώς είτε αληθώς· λειτουργεί δε ως σήμα προειδοποίησης του οργανισμού προς ανασύνταξη και

επιβίωση, με ένταση ανάλογη του μεγέθους της πραγματικής ή φανταστικής απειλής^{36,37}.

Τέλος, τελευταίο είδος άγχους είναι αυτό του «φοβικού άγχους», όπου βασική διαφορά από τους άλλους τύπους, είναι το γεγονός ότι εδώ το άγχος είναι περιστασιακό και γίνεται αντιληπτό μόνο όταν το άτομο έρθει σε επαφή μ' ένα συγκεκριμένο ερέθισμα. Όπως γίνεται εμφανές το φοβικό άγχος εστιάζει σε κάτι που συμβαίνει τώρα και όχι σε κάτι που αναμένεται να συμβεί στο μέλλον. Ενδεικτικά είναι η φοβία για τα ζώα, κοινωνική φοβία, αγοραφοβία, κ.α.³⁸

Οι επικρατέστεροι ορισμοί του άγχους είναι:

Ορισμός 1^{ος}

Το άγχος είναι η δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση που περιλαμβάνει αισθήματα τάσης φόβου ή ακόμη και τρόμου σαν απάντηση σε κίνδυνο του οποίου η πηγή είναι σε μεγάλο βαθμό άγνωστη ή μη αναγνωρίσιμη. Όπως και ο φόβος έτσι και το άγχος εκτός της ψυχολογικής διάστασης της τάσης φόβου και τρόμου συνοδεύεται από διέγερση του συμπαθητικού συστήματος που εκδηλώνεται με ιδρώτα, ταχυκαρδία, τρόμο, επιτάχυνση της αναπνοής και γαστρεντερική δυσφορία (φυσιολογική διάσταση)³⁹.

Ορισμός 2^{ος}

Το άγχος είναι ένα υποκειμενικό συναίσθημα ανησυχίας, αόριστου φόβου ή κακής προαίσθησης που συνοδεύεται από ένα πλήθος συμπτωμάτων από το αυτόνομο κυρίως νευρικό σύστημα. Αρκετά συχνά, η εμφάνισή του επηρεάζει την αντίληψη του πάσχοντος για διάφορες κοινές και συνηθισμένες εκδηλώσεις της καθημερινής ζωής και σε ένα μεγάλο ποσοστό τροποποιεί την ομαλή λειτουργικότητα του ατόμου²⁹.

Επιδημιολογικά δεδομένα των αγχώδων διαταραχών

Στη χώρα μας, οι αγχώδεις διαταραχές εμφανίζονται να είναι η συχνότερη ψυχιατρική διάγνωση με τη συχνότητά της να αγγίζει σύμφωνα με μελέτες το 13% του πληθυσμού⁴⁰.

Έχει υπολογιστεί ότι στις δυτικές κοινωνίες το 13% του πληθυσμού, ηλικίας 16-54 ετών, πάσχει από αγχώδεις διαταραχές και το 8% πάσχει από αγχώδεις διαταραχές και μία τουλάχιστον ακόμη ψυχική διαταραχή⁴¹.

Σύμφωνα με στοιχεία του 2001 από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), ένα στα τέσσερα άτομα στον κόσμο θα προσβληθεί από ψυχονοητικές ή νευρολογικές διαταραχές κάποια στιγμή στη ζωή του. Υπολογίζεται ότι περίπου το 7% του συνολικού πληθυσμού της γης εμφανίζουν αυτή τη στιγμή τέτοιες διαταραχές, τοποθετώντας έτσι τις ψυχονοητικές διαταραχές μεταξύ των κυριότερων αιτιών νόσησης και αναπηρίας παγκοσμίως. Σύμφωνα με στοιχεία του 2001 από την Εταιρία Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας (ΕΠΑΨΥ), υπολογίζεται ότι στη χώρα μας πάσχουν από κάποια ψυχονοητική διαταραχή περίπου 750.000 άτομα ⁴².

Σύμφωνα με στοιχεία του 2004, στην Ευρωπαϊκή Ένωση, το 8,89% του πληθυσμού της ηλικίας 18-65 ετών, πάσχει από αγχώδεις διαταραχές. Στην Ελλάδα το ποσοστό αυτό υπολογίζεται στο 10% ⁴³.

Όσον αφορά στο οικονομικό κόστος αυτών των διαταραχών, έχει βρεθεί ότι στη Μ. Βρετανία, στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ), ήταν υψηλότερο από το κόστος της υπέρτασης, ενώ το κόστος υπηρεσιών ΠΦΥ στις ΗΠΑ ήταν διπλάσιο σε ασθενείς με αγχώδεις ή καταθλιπτικές διαταραχές σε σύγκριση με ασθενείς χωρίς ψυχικές διαταραχές ⁴⁴.

Στην Ελλάδα, σε όλες σχεδόν τις έρευνες, οι αγχώδεις διαταραχές αποτελούν τη συχνότερη ομάδα ψυχικών διαταραχών στον γενικό πληθυσμό. Η συχνότητα των διαταραχών αυτών στο γυναικείο φύλο είναι σημαντικά υψηλότερη σε σύγκριση με το ανδρικό, με μια αναλογία 2/1 έως και 3/1. Επίσης, συχνά έχει διαπιστωθεί συσχέτιση της συχνότητας των αγχωδών διαταραχών με μεταβλητές όπως είναι το εισόδημα (συχνότερες σε άτομα με χαμηλά εισοδήματα), η εκπαίδευση (συχνότερες σε άτομα χαμηλού επιπέδου εκπαίδευσης) και η εργασία (συχνότερες σε άνεργα άτομα). Όμως είναι εξαιρετικά δύσκολο στις διάφορες έρευνες να πιστοποιηθεί η κατεύθυνση της συσχέτισης αυτής, δηλαδή αν οι κοινωνικές μεταβλητές προκαλούν τη διαταραχή ή αν αντίθετα αυτές οφείλονται στα εμπόδια και περιορισμούς που θέτει η ψυχική διαταραχή στα άτομα που πάσχουν από αυτήν.

Όσον αφορά την κατανομή τους στις διάφορες ηλικίες, δεν υπάρχουν σαφή δεδομένα. Είναι όμως γνωστό ότι η συχνότητά τους είναι πολύ μικρότερη στις ηλικίες άνω των 65 ετών. Έχει επίσης βρεθεί ότι ορισμένες ομάδες είναι ιδιαίτερα ευπαθείς στην ανάπτυξη τέτοιων διαταραχών, όπως ασθενείς με χρόνιες σωματικές παθήσεις, άστεγα άτομα που ζουν στο περιθώριο και άλλοι ⁴⁴. Η

μεγαλύτερη μέχρι σήμερα έρευνα στην ΠΦΥ πραγματοποιήθηκε υπό την αιγίδα του ΠΟΥ σε 15 ερευνητικά κέντρα 14 χωρών και σε αυτή πήραν μέρος 26.000 ασθενείς των υπηρεσιών αυτών. Από την Ελλάδα έλαβε μέρος η Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική της Αθήνας. Τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής έδειξαν ότι το 24% των ασθενών των υπηρεσιών ΠΦΥ, παρουσίαζαν ψυχικές διαταραχές, συνήθως καταθλιπτικές ή αγχώδεις διαταραχές. Επιπλέον, το 9 % των ασθενών που επισκέπτονται τις υπηρεσίες ΠΦΥ, παρουσίαζαν σημαντική ψυχοπαθολογία αυτού του τύπου, αν και δεν πληρούσαν τα διαγνωστικά κριτήρια των διαταραχών αυτών. Στο γενικό πληθυσμό της Αθήνας οι αγχώδεις διαταραχές υπερτερούν σε συχνότητα της κατάθλιψης. Πιθανολογείται ότι στον Ελληνικό πολιτισμό τα αγχώδη συμπτώματα αποτελούν ιδιαίτερο τρόπο έκφρασης των ψυχικών διαταραχών⁴⁴.

Ο ρόλος του άγχους και του στρες στην αιτιοπαθογένεια των καρδιαγγειακών νοσημάτων

Ως στρες ορίζεται η μη προσαρμοστική σωματική-συναισθηματική απάντηση σε καταστάσεις «καταστροφών» ή «υπερβολικών απαιτήσεων», ενώ στρεσογόνος παράγοντας θεωρείται ο παράγοντας που μπορεί να προκαλέσει στρες σε δεδομένη χρονική στιγμή.

Η μετάβαση από μια κατάσταση στρες σε μια νοσηρή κατάσταση ακολουθεί μια προοδευτική διαδικασία. Έτσι, η αντίδραση σε μια αλλαγή στη ζωή ενός ατόμου εξαρτάται από την εμπειρία του ατόμου σε ανάλογες καταστάσεις κατά το παρελθόν, αλλά και από την ύπαρξη ή όχι υποστηρικτικού κοινωνικού συστήματος το οποίο θα συμβάλλει στην αντιμετώπιση του συγκεκριμένου γεγονότος. Το άτομο ενδεχομένως θα χρησιμοποιήσει ψυχολογικούς αμυντικούς μηχανισμούς όπως μετάθεση, απώθηση, άρνηση προκειμένου να αντιπαρέλθει το επώδυνο γεγονός και να μη φτάσει σε ψυχοφυσιολογικού τύπου αντιδράσεις. Εάν αυτό δεν γίνει εφικτό οι ψυχοφυσιολογικές αντιδράσεις που θα ακολουθήσουν μπορεί να είναι εμφανείς, όπως πόνος, μυϊκή τάση, εφίδρωση, ταχυκαρδία ή μη εμφανείς όπως αύξηση αρτηριακής πίεσης, μεταβολές της κορτιζόλης και της αδρεναλίνης του πλάσματος, αύξηση των λιπιδίων και άλλα. Εφόσον το άτομο συνειδητοποιήσει την απειλητική για τη ζωή του κατάσταση, θα υιοθετήσει τεχνικές απάντησης και ελέγχου των ψυχοφυσιολογικών αντιδράσεων, όπως τεχνικές χαλάρωσης ή χρησιμοποίηση φαρμάκων. Εάν αυτό δεν καταστεί δυνατό και

παραταθεί η ψυχοφυσιολογική διέγερση του ατόμου, το παρατεινόμενο και σοβαρό άγχος οδηγεί στη συμπτωματολογία της νόσου.

Οι συνέπειες του άγχους, που σχετίζονται με το παρατεταμένο στρες, εκδηλώνονται κυρίως από το καρδιαγγειακό, γαστρεντερικό, ουρογεννητικό, ανοσοποιητικό σύστημα ή το δέρμα. Η επιλογή του οργανικού συστήματος σχετίζεται με τη βιολογική «ευπάθεια»⁴⁵.

Ένας συνεχώς αυξανόμενος όγκος κλινικών και πειραματικών ενδείξεων υποστηρίζει, ότι οξείες και χρόνιες μορφές ψυχοκοινωνικού στρες μπορούν να ενεργοποιήσουν το συμπαθητικό νευρικό σύστημα (ΣΝΣ), συμμετέχοντας έτσι στην παθογένεια της αθηροσκλήρυνσης^{46,47,48,49}.

Φαίνεται ότι το ψυχοκοινωνικό στρες μέσω της αυξημένης έκκρισης νοραδρεναλίνης που προκαλεί, συντελεί στην πρόκληση ενδοθηλιακής βλάβης μέσω της διέγερσης των β' και α¹-αδρενεργικών υποδοχέων⁵⁰.

Αυτή η άποψη υποστηρίζεται και από μελέτες παρέμβασης οι οποίες δείχνουν όχι μόνο την ενεργοποίηση των διεργασιών αυτών από το στρες, αλλά και τη βελτίωση της ενδοθηλιακής λειτουργίας μετά από τη μείωση του στρες μέσω της αναστολής των β' αδρενεργικών υποδοχέων⁵¹.

Στρες μόνο λίγων λεπτών επιβαρύνει τη λειτουργία των αγγείων της καρδιάς για τουλάχιστον μία ώρα, όπως έδειξε μελέτη της Α' Καρδιολογικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών μετρώντας τις επιπτώσεις του στρες στο καρδιαγγειακό σύστημα. Η μελέτη πραγματοποιήθηκε με τη συμμετοχή εθελοντών, οι οποίοι υποβλήθηκαν σε ορισμένα στρεσογόνα τεστ με διάρκεια από 7 ως 20 λεπτά. Για μία ώρα μετά την κάθε δοκιμασία το αγγειακό σύστημα των εθελοντών παρουσίαζε σημεία επιβάρυνσης. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν, ότι το στρες στον εργασιακό χώρο, η χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση, η χρόνια ψυχολογική φόρτιση και το αίσθημα απόγνωσης οδηγούν σε αύξηση του καρδιαγγειακού κινδύνου. Μάλιστα 30% του κινδύνου για οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου μπορεί να αποδοθεί στο άγχος. Ειδικά λόγω του εργασιακού στρες, ο κίνδυνος αυξάνεται πάνω από 50%⁵².

Το οξύ στρες και το άγχος μέσω της ενεργοποίησης του συμπαθητικού νευρικού συστήματος, μπορεί να προκαλέσουν σημαντική αύξηση της αρτηριακής πίεσης. Η ένταση, η τελειομανία, η συναισθηματική φόρτιση και ο ψυχικός κάματος μπορεί να αυξήσουν οξέως την αρτηριακή πίεση και να συμβάλλουν τόσο στην εκδήλωση, όσο και στη διατήρηση της υπέρτασης⁵³.

Όταν η καρδιά λειτουργεί συνεχώς σε υψηλές συχνότητες, χωρίς σωματικό λόγο, είναι πολύ πιθανό να εμφανίσει νωρίτερα από το αναμενόμενο προβλήματα. Το ίδιο συμβαίνει και με τα άλλα όργανα που ελέγχονται από το αυτόνομο νευρικό σύστημα. Ο οργανισμός των ανθρώπων που παρουσιάζουν αγχώδεις διαταραχές πλημμυρίζεται συχνά από κατεχολαμίνες. Η αρτηριακή πίεση αυξάνεται με αποτέλεσμα μακροχρόνια να προκαλούνται αλλοιώσεις, τόσο στα αγγεία όσο και στα όργανα που αυτά αρδεύουν ⁵⁴.

Ειδικά στην καρδιά, οι κατεχολαμίνες προκαλούν σύσπαση των στεφανιαίων αγγείων και αύξηση της δραστηριότητας των αιμοπεταλίων, παράγοντες που ευνοούν την αθηροσκλήρυνση. Επιπλέον, η αύξηση της καρδιακής συχνότητας αυξάνει την ηλεκτρική αστάθεια και επομένως μπορεί να οδηγήσει σε αρρυθμίες και σε αιφνίδιο θάνατο ^{54,55}.

Μια προοπτική μελέτη 35.000 ανδρών, οι οποίοι στην έναρξή της δεν είχαν κανένα καρδιαγγειακό νόσημα, έδειξε ότι αυτοί με τα εντονότερα αγχώδη και φοβικά συμπτώματα παρουσίασαν υψηλότερο κίνδυνο αιφνίδιου θανάτου, λόγω στεφανιαίας νόσου. Ο κίνδυνος αυτός ήταν ανεξάρτητος από την ηλικία και τους άλλους γνωστούς παράγοντες κινδύνου στεφανιαίας νόσου ⁵⁶.

Επίσης, μια πρόσφατη ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας αναφέρει δέκα προοπτικές μελέτες, οι οποίες καταλήγουν στη σύνδεση άγχους και στεφανιαίας νόσου ⁵⁷. Η υπερβολική αύξηση του καρδιακού ρυθμού λόγω άγχους πριν από μία δοκιμασία διπλασιάζει τον κίνδυνο αιφνίδιου θανάτου από έμφραγμα του μυοκαρδίου στη μετέπειτα ζωή του ανθρώπου, σύμφωνα με τα αποτελέσματα μιας γαλλικής μελέτης που δημοσιεύθηκε στο European Heart Journal ⁵⁸.

Από τα παραπάνω συνάγεται ότι το καρδιαγγειακό σύστημα αποτελεί στόχο του ψυχοκοινωνικού στρες, το οποίο μπορεί να προκαλέσει ισχαιμία του μυοκαρδίου, αύξηση της αρτηριακής πίεσης και της καρδιακής συχνότητας, εμφάνιση αρρυθμιών, αθηροσκλήρυνση και θάνατο ⁴⁷.

Τα τελευταία χρόνια έχει έντονα επισημανθεί ο ρόλος του άγχους στη δημιουργία και διατήρηση σεξουαλικών δυσλειτουργιών. Οι περισσότεροι κλινικοί ερευνητές σεξουαλικών διαταραχών αναφέρουν σε άρθρα τους ότι το άγχος παίζει σημαντικό ρόλο στην αιτιοπαθογένεια και στη διατήρηση των σεξουαλικών δυσλειτουργιών και στα δύο φύλα ^{59,60,61}

Οι ασθενείς με αγχώδεις διαταραχές παρουσιάζουν σε υψηλό ποσοστό σεξουαλικές διαταραχές. Το γεγονός αυτό ασκεί αρνητική επίδραση στην ποιότητα της ζωής τους⁶¹.

Οι ορμόνες του stress ενδέχεται να εμφανίσουν ποικίλες μεταβολές ως αντίδραση στο stress. Μερικά από τα άτομα που εκτέθηκαν σε ψυχολογικούς στρεσογόνους παράγοντες, παρουσίασαν αύξηση των επιπέδων της αδρεναλίνης και της νοραδρεναλίνης, αύξηση του καρδιακού ρυθμού και της συστολικής αρτηριακής πίεσης και μεταβολή ορισμένων ανοσολογικών παραμέτρων. Άλλα άτομα δεν εμφάνισαν βιοχημικές ή ανοσολογικές μεταβολές⁶².

Αξιολόγηση των αγχωδών διαταραχών

Η εμφάνιση άγχους απαιτεί διαγνωστική αξιολόγηση με μία βιοψυχοκοινωνική μεθοδολογική προσέγγιση⁶³. Η νοσηλευτική και η ιατρική συνέντευξη αποτελεί το θεμέλιο λίθο της διάγνωσης και της αποτελεσματικής θεραπείας των αγχωδών διαταραχών. Συχνά, το βασικό σύμπτωμα δεν είναι το πρώτο που θα συζητήσει ο άρρωστος με τον νοσηλευτή ή τον γιατρό του, και αυτός θα πρέπει να αποφεύγει επιμελώς μια ιεραρχική οργανικά προσανατολισμένη διαγνωστική προσέγγιση, διότι το άγχος θα πρέπει να αξιολογηθεί μόνο όταν αποκλειστούν όλα τα πιθανά σωματικά νοσήματα που εκδηλώνουν παρόμοια συμπτωματολογία²⁹.

Πρέπει να τονιστεί, ότι δεν επιτρέπεται να μειωθεί η σημασία του άγχους, θεωρώντας για παράδειγμα ότι είναι φυσικό ένας ασθενής να παρουσιάζει άγχος, (όλοι μας παρουσιάζουμε σε ανάλογες καταστάσεις)⁶⁴. Αντίθετα, χρειάζεται έμφαση στη διαγνωστική του αξιολόγηση, όπου η προσέγγιση θα είναι σύνθετη ή βιοψυχοκοινωνική από μεθοδολογικής απόψεως. Τούτο, επειδή η αιτιολογία αυτού που αποκαλείται άγχος μπορεί να είναι όντως η αντίδραση προσαρμογής στο στρες της ασθένειας ή έστω και να οφείλεται σε άλλα προβλήματα, άσχετα με την ασθένεια, που ευνοήθηκε η ανάδειξή τους λόγω αυτής, δηλαδή να είναι ευκαιριακό άγχος. Υπάρχει όμως και η μη αμελητέα περίπτωση να αποτελεί σύμπτωμα οργανικής παθολογίας ή και διαταραχής ψυχιατρικού τύπου^{64,65}.

Ο κλινικός χρειάζεται να αντιμετωπίσει το άγχος θεωρώντας το ως ένα μη ειδικό δείκτη ενός ενδυνάμει προβλήματος, το οποίο έχει ανάγκη από διαφορετική διάγνωση, ακόμη κι αν η αιτία του σε πρώτη προσέγγιση μοιάζει πρόδηλη. Ακόμη και στην περίπτωση όπου είναι δυνατόν να εντοπιστεί κάποια τετριμμένη αιτία ως

παράγων, και τότε ακόμη δεν θα πρέπει να αποκλειστούν και οι υπόλοιπες παράμετροι, διότι συνήθως οι επιμέρους παράγοντες (βιολογικοί, ψυχιατρικοί, ψυχολογικοί, κοινωνικοί) συμπλέκονται, και το άγχος αποτελεί συνισταμένη κοινή έκφρασή τους. Έτσι, ο κλινικός αποφεύγει την παγίδα να θεωρήσει το άγχος του ασθενούς ως απλή αντίδραση προσαρμογής, αλλά αναγνωρίζει την πιθανότητα ψυχολογικών εκκρεμών ζητημάτων που απαιτούν ανθρώπινη αντιμετώπιση ^{64,66}.

Αναγνώριση του άγχους

Πρέπει να ειπωθεί ότι γενικά δεν είναι δύσκολη η αναγνώριση του άγχους από τον κλινικό, αφού όπως και κάθε ανθρώπινο βίωμα εκφράζεται με σκέψεις, συναισθήματα, σωματικές αναδράσεις, συμπεριφορές (4Σ) ⁶⁷. Όντας, ιδιαίτερα δυσάρεστο ως συναίσθημα, εκφράζεται από τον ασθενή ως κάτι το βασανιστικό και συχνά με σωματικές ενοχλήσεις λόγω αυξημένης δραστηριοποίησης του αυτόνομου νευρικού συστήματος. Άλλες φορές υποδηλώνεται με ανήσυχες σκέψεις και συμπεριφορές, αναφερόμενες σε φαντασιακές επιπτώσεις της ασθένειάς του στην υγεία του ή στην επαγγελματική και οικογενειακή του κατάσταση. Το άγχος αναγνωρίζεται ως παθολογικό όταν τέτοιες σκέψεις έχουν ένα έντονο χαρακτήρα, και εμμένουν επανεμφανιζόμενες, μη ανταποκρινόμενες στα αντικειμενικά πλαίσια της ασθένειας και επηρεάζοντας την λειτουργικότητα του ασθενούς στα πλαίσια αυτά ⁶⁵.

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΟ ΑΓΧΟΣ

Βιολογικοί παράγοντες

Η ύπαρξη οργανικών αιτίων είναι η υπ' αριθμόν ένα ερώτηση που είναι αναγκαία να τίθεται σε ότι αφορά το άγχος που εμφανίζει ο ασθενής. Οι ασθένειες που είναι υπαίτιες για εμφάνιση οργανικού άγχους είναι κατά χονδρική εκτίμηση κατά 25% νευρολογικής φύσεως, κατά 25% καρδιαγγειακές 12% ανοσολογικές, 12% κολλαγόνου, 12% λοιμώδεις, ενώ το υπόλοιπο 14% αποδίδεται σε διάφορους άλλους παράγοντες, όπως είναι αρκετά φάρμακα⁶⁵. Η διαφοροδιάγνωση των παθολογικών αιτίων γίνεται με τη βοήθεια ορισμένων αρχών³².

Αν ο ασθενής έχει γνωστή παθολογική νόσο, τότε μπορεί να ενέχονται η ίδια η νόσος ή και η θεραπεία της (πχ άσθμα). Ενδείκνυται η λεπτομερής και εκτεταμένη αναζήτηση στο οικογενειακό ιστορικό για ύπαρξη αγχογόνων νόσων.

- Υπάρχουν ασθένειες που φορούν την "μάσκα" του άγχους, όπου όμως βασικός παράγοντας διαφοροποίησης είναι η ποιότητα των αγχωδών συμπτωμάτων σε σχέση με τις κλασσικές αγχώδεις διαταραχές (πλέον άτυπα, ηπιότερα μη ιδιαιζόντως φοβικά)⁶⁸. Στις περιπτώσεις αυτές υπάρχει έλλειψη νευρωσικών χαρακτηριστικών προσωπικότητας, ψυχοτραυματικές εμπειρίες, αγχώδης διαταραχή, και ενδεχομένως πτωχή ανταπόκριση σε αντιαγχώδη φάρμακα. Μπορεί μάλιστα η εμφάνιση του άγχους να "καταδείχνει" επακριβώς μέσω των σωματικών συμπτωμάτων το πάσχον σύστημα (πχ καρδιά) ή να έχουμε συγκεκριμένα ευρήματα (αρρυθμία στο ΗΚΓ, αιχμές στο ΗΕΓ). Ειδικότερα για το καρδιαγγειακό και κυκλοφοριακό σύστημα, οι συνηθέστερες παθήσεις είναι: αρρυθμία, έμφραγμα, στηθάγχη, καρδιακή ανεπάρκεια, πρόπτωση μιτροειδούς, υποογκαιμία, αναιμία και εγκεφαλική ανοξία^{69,70}.

- Οι συνηθέστερες οργανικές αιτίες άγχους είναι, οι αρρυθμίες, η θυρεοειδοπάθεια, η κατάχρηση καφέ και τσιγάρων, τα υπογλυκαιμικά επεισόδια, η χρήση διάφορων φαρμάκων, και τα στερητικά σύνδρομα (από αλκοόλ ή ηρεμιστικά φάρμακα). Χρειάζεται λοιπόν να διερευνηθούν οι αιτίες αυτές και για τους πλέον υγιείς ασθενείς.

- Οι ανώτερες νοητικές λειτουργίες χρειάζεται να εξετάζονται, διότι για παράδειγμα ενδεχόμενη έλλειψη προσανατολισμού και διαταραχές στην προσοχή μπορεί να διαγνωσθούν ως συγχυτικό επεισόδιο, οπότε επιβάλλεται διερεύνηση

οργανικών αιτίων (όπως υποξαιμία, μεταβολικές διαταραχές κλπ), το οποίο εκδηλώνεται επιφανειακά ως άγχος⁶⁵.

Ψυχολογικοί παράγοντες

Αφήνοντας απέξω αίτια που σχετίζονται με ψυχιατρικές διαταραχές του ασθενούς, αγόμεθα στην εκτίμηση των ψυχολογικών "μηχανισμών διαχείρισης" (coping mechanisms) και των "μηχανισμών άμυνας" (defense mechanisms), με τους οποίους ο ασθενής αντιμετωπίζει το άγχος. Πολλοί από τους προαναφερθέντες μηχανισμούς αποτελούν κοινές πρακτικές (νοητικές, συναισθηματικές και συμπεριφορικές) για όλους μας, υπό το κράτος εξωτερικής απειλής. Μηχανισμοί όπως εκλογίκευση, άρνηση, θρησκευτική πίστη και άλλες τέτοιες στρατηγικές διαχείρισης και άμυνας εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από την προσωπικότητα του ασθενούς³².

Για να ορίσουμε ακριβέστερα τους ανωτέρω όρους, οι μηχανισμοί διαχείρισης είναι συνειδητές κατά βάση στρατηγικές που μετέρχονται οι άνθρωποι για τον έλεγχο (αλλαγή και αποφυγή) προβληματικών ή δυνητικά ζημιογόνων καταστάσεων για την ψυχική τους ισορροπία. Οι μηχανισμοί άμυνας, απ' την άλλη, είναι μη συνειδητές στρατηγικές που μετέρχονται προς ανακούφιση δυσάρεστων συναισθημάτων που κινδυνεύουν να τους κατακλύσουν και τα οποία αποδίδουν σε μια "μη ελέγξιμη" κατάσταση^{69,70}. Έτσι, οι μηχανισμοί διαχείρισης αναφέρονται κυρίως στην προσαρμογή του οργανισμού στις εξωτερικές συνθήκες, ενώ οι μηχανισμοί άμυνας αποβλέπουν στην προστασία του από οδυνηρά συναισθήματα, που αναδύονται λόγω εξωτερικών προβλημάτων, είναι δηλαδή προσανατολισμένοι στον εσωτερικό ψυχικό κόσμο⁷¹. Γι' αυτό το λόγο οι μηχανισμοί διαχείρισης αναφέρονται και ως διαχείριση εστιασμένη στο πρόβλημα (problem-focused coping) ενώ οι μηχανισμοί άμυνας αποκαλούνται και διαχείριση εστιασμένη στο συναίσθημα (emotion-focused coping). Κατά την αντιμετώπιση του στρες συνήθως υπάρχει χρήση και των δύο ειδών μηχανισμών^{69,72}. Η διαχείριση που εστιάζεται στο πρόβλημα εμφανίζεται είτε ως ενεργητική (επιδίωξη αλλαγής) είτε ως παθητική (αποφυγή) με κατεύθυνση είτε προς τα έξω (αλλαγή κατάστασης) είτε προς τα έσω (αλλαγή εαυτού - φιλοδοξιών, στόχων κλπ). Η διαχείριση που εστιάζεται στο συναίσθημα επιστρατεύει συμπεριφορικές στρατηγικές (θυμός, χρήση φαρμάκων, αλκοόλ, ναρκωτικών, προσευχές κλπ) ή νοητικές στρατηγικές (πχ προσπάθεια αλλαγής οπτικής γωνίας, αγνόηση κλπ)⁷⁰.

Δεν χρησιμοποιούνται από κάθε ασθενή όλοι οι δυνατοί μηχανισμοί διαχείρισης και άμυνας, αλλά επιλέγονται επί τη βάση της προσωπικότητάς του, απ' την οποία εξαρτάται για παράδειγμα το ρεπερτόριο των ψυχολογικών μηχανισμών που διαθέτει. Σημαντικό ρόλο στην ικανότητα αντιμετώπισης του στρες παίζουν το μέγεθος και το αιφνίδιο στοιχείο του ψυχοπιεστικού παράγοντα (διαφοροποίηση πχ αντίκτυπων ανάμεσα σε διάγνωση καρκίνου σε αρχικό στάδιο ή οξέως εμφράγματος μυοκαρδίου), η χρονική περίοδος στη ζωή κάποιου όπου εμφανίζεται η νόσος (πχ οικονομική δυσχέρεια και ανάγκη εργασίας) και η επάρκεια του υποστηρικτικού συστήματος που υπάρχει για τον ασθενή ^{66,73}.

Αυτά μπορούν να θεωρηθούν ως προσπάθεια του οργανισμού να ελέγξει την εξωτερική κατάσταση αποδιοργάνωσης ή τα εσωτερικά συναισθήματα αποδιοργάνωσης και να επανέλθει στην κατάσταση ομοιοστασίας. Η ένταση του στρες και του άγχους που γεννά μια κατάσταση αποτελεί μέγεθος ανάλογο του βαθμού που τη βιώνει το άτομο ως ανεξέλεγκτη ⁶⁹.

Έτσι, επιτυχής διαχείριση συντελεί στη μείωση του άγχους, ενώ αποτυχία σημαίνει πιθανότητα χρόνιου άγχους και ειδικότερα τραυματικού για τον οργανισμό, με επιπτώσεις στην ίδια την πορεία της σωματικής νόσου ⁷⁴. Λαμβάνοντας υπ' όψη ότι η διαχείριση του στρες είναι μια διεργασία κι όχι κάτι το σταθερό, άλλοι μηχανισμοί έχουν βραχυπρόθεσμη επιτυχία (πχ αποφυγής, όπως η άρνηση) και άλλοι μακροπρόθεσμη (πχ ενεργητικής στάσης και αντιμετώπισης).

Είναι σημαντικό να κατανοηθεί το γεγονός πως δεν είναι οι ίδιες οι καταστάσεις που προκαλούν το άγχος, αλλά κυρίως η σημασία με την οποία επενδύονται ^{64,67}. Έτσι, έχει ιδιαίτερη βαρύτητα, πέραν της προηγούμενης εκτίμησης των μηχανισμών διαχείρισης, και το προσωπικό νόημα, το οποίο δίνει ο ασθενής στις εμπειρίες και τις συμπεριφορές του. Πολλές φορές, δηλαδή το προσωπικό νόημα διαφέρει από το προφανές. Μια θεραπεία πχ όπως η χημειοθεραπεία μπορεί να επιφέρει απώλεια των τριχών της κεφαλής, και ίσως ο ασθενής δεν φοβάται τόσο το θάνατο ή και την απώλεια των τριχών, αλλά την ενδεχόμενη απομόνωση και αποξένωση από τους οικείους του, που μπορεί να προκληθεί από την αλλοίωση της εμφάνισής του. Πάντως, το προσωπικό νόημα πρέπει μεν να συνυπολογίζεται, αλλά όχι να υποκαθιστά τη διάγνωση του κλινικού σε ότι αφορά τη νόσο του και το ειδικό της βάρος στην προσαρμογή του ⁶⁴.

Παρ' όλο που η θέση που αποδίδεται σε κοινωνικές παραμέτρους κατά τις ανταλλαγές απόψεων περί του στρες είναι εν γένει υποτονική έως υπό λήθην, εν

τούτοις πολλές μελέτες έχουν αναδείξει την σημασία τους, και μάλιστα με emphaticό τρόπο ^{75,76}. Η θνητότητα ευνοείται από την κοινωνική απομόνωση ⁷⁷, ενώ η υγεία προάγεται από την κοινωνική στήριξη.⁷² Τούτο επιβεβαιώνεται από πολλά παραδείγματα ασθενών που έχουν υποστεί εγχείρηση στεφανιαίας παράκαμψης, όπου οι δεχόμενοι πολλές συζυγικές επισκέψεις παρουσίασαν καλύτερη πορεία από όσους δέχθηκαν λίγες ⁷⁸.

Η κοινωνική στήριξη, πάντως, παρά τον ισχυρό και σχεδόν προφανή της χαρακτήρα ως αντίδοτο στο στρες, αποτελεί κατ' ουσίαν μόνο έναν από τους παράγοντες που συντελούν στη μείωσή του. Άτομα, όπου συνυπάρχει μεγαλύτερος αριθμός υποστηρικτικών παραγόντων παρουσιάζουν μειωμένη πιθανότητα νόσησης. Πάντως, ούτε και η επίδραση της κοινωνικής στήριξης είναι σαφής, η δε προφάνειά της μπορεί να παραπλανήσει, όπως σε περιπτώσεις οικογενειακής κατάστασης που παρουσιάζει τριβές και απαιτήσεις απόδοσης από τον ασθενή, οπότε η στήριξη αλλάζει πρόσημο ⁷⁹. Η προσωπικότητα του αποδεχόμενου τη στήριξη, επηρεάζει επίσης την αποτελεσματικότητά της, αφού για παράδειγμα άτομα με μειωμένες συναισθηματικές ανάγκες χρειάζονται μεγαλύτερο βαθμό υλικής στήριξης, σε αντίθεση με άτομα με αυξημένες, όπου τότε πρωταρχικότερη σημασία έχει η συναισθηματική στήριξη ⁸⁰.

Στα χαρακτηριστικά της κοινωνικής στήριξης που μετρούν ιδιαίτερα ανήκει η αμοιβαιότητα της υποστηρικτικής αλληλεπίδρασης. Απ' αυτήν εξαρτάται η αυτοεκτίμηση του αποδέκτη, ο οποίος πρέπει να νιώθει ότι μπορεί να ανταποδώσει. Άλλα σημαντικά χαρακτηριστικά αποτελούν η ποσότητα, η συχνότητα, η ένταση της υποστηρικτικής αλληλεπίδρασης, καθώς και το είδος της⁷⁶.

Η στάθμιση των υποστηρικτικών αναγκών και η αξιολόγηση του υποστηρικτικού περιβάλλοντος του ασθενούς αποτελούν σημαντικό μέλημα και έργο του ιατρού, όπως και η κατ' αρχήν διαχείριση των δυνατοτήτων και της δυναμικής του περιβάλλοντος αυτού ⁶⁴. Στα πλαίσια αυτά είναι επιβεβλημένος ο εντοπισμός αγχογόνων ή επιβαρυντικών εν γένει παραγόντων στο περιβάλλον του και η αποτίμηση της σοβαρότητας τους ³².

Τα σήματα που ο ασθενής αφήνει να διαφανούν κατά την επικοινωνία του είναι ενδεικτικά της εν γένει κατάστασής του, και ως εκ τούτου σημάδια αποξένωσης και απομόνωσης χρήζουν ιδιαίτερης προσοχής, ως πιθανός δρόμος προς κατάθλιψη και περαιτέρω επιβάρυνση της κατάστασής του. Η αναζήτηση

και εντόπιση όσο το δυνατόν περισσότερων συμπτωμάτων από τα όσα αναφέρονται στον **Πίνακα 1** και χωρίς να υπάρχει οργανικό υπόβαθρο, πιθανολογούν ότι ο άρρωστος πάσχει από κάποια μορφή αγχώδους διαταραχής⁸¹

Πίνακας 1. Ψυχολογικά και σωματικά συμπτώματα του άγχους²⁹	
Ψυχιατρικά Συμπτώματα	Σωματικά Συμπτώματα
Ανησυχία και ανυπομονησία, αίσθημα αόριστου φόβου και αγωνίας, νευρικότητα, διάσπαση της προσοχής, δυσκολία στην συγκέντρωση, αίσθημα μειωμένης αντιληπτικής ικανότητας	Δύσπνοια, αίσθημα πνιγμού, αίσθημα κόμβου στο λαιμό, πόνος στο στήθος, δυσκαταποσία, αίσθημα παλμών, λιποθυμική τάση, ξηροστομία, ανορεξία, ναυτία, ίλιγγος, κοιλιακά παραισθησίες, κόπωση κ.α.

Κατά τη διάρκεια της επαφής με τον άρρωστο θα πρέπει να εκτιμηθούν:

- Η εμφάνιση και η συμπεριφορά του.
- Η ψυχική του διάθεση.
- Ο τρόπος της ομιλίας του.
- Το περιεχόμενο της σκέψης του.
- Η νοητική του λειτουργία.
- Η επίγνωση της υπάρχουσας διαταραχής.
- Η κρίση.
- Το μέγεθος ενδεχόμενης αναπηρίας και η κοινωνική προσαρμογή του ατόμου²⁹.

Η εμφάνιση του άγχους μπορεί να συνδέεται αποκλειστικά με συγκεκριμένα σωματικά συμπτώματα ή με συγκεκριμένα ευρήματα, π.χ. αρρυθμία στο Η.Κ.Γ κ.α.^{25,83}. Στην περίπτωση αυτή ή όταν η συμπτωματολογία της αγχώδους διαταραχής αφήνει διαγνωστικές ασάφειες, τότε, επιβάλλεται ένας λεπτομερής έλεγχος προκειμένου να αποκλειστεί το ενδεχόμενο οργανικής σωματικής νόσου, τα συμπτώματα της οποίας ταυτίζονται με αυτά της αγχώδους διαταραχής²⁹.

Το άγχος μπορεί να εμφανιστεί σε μία σειρά σωματικών παθήσεων (συχνά σε συννοσηρότητα με την κατάθλιψη) ως αποτέλεσμα της διαταραχής σε επίπεδο

ψυχοενδοκρινικό ή μεταβολικό (πρωτογενές ή σωματογενές άγχος). Έτσι αγχώδεις εκδηλώσεις συνοδεύουν τον υπερθυρεοειδισμό, τη στηθάγχη, την καρδιακή αρρυθμία, την Χ.Α.Π., την πνευμονική εμβολή, την υπογλυκαιμία, την κακοήθη αναιμία, την πορφυρία ⁸⁴.

Αγχώδεις εκδηλώσεις μπορεί να εμφανιστούν ως αντίδραση (επακόλουθο) σε διάφορες σωματικές παθήσεις (δευτερογενές άγχος) ή στις συνθήκες της νοσοκομειακής του νοσηλείας π.χ. Ο.Ε.Μ., καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις, το έλκος του στομάχου ή του δωδεκαδακτύλου κ.α. Οι συνηθέστερες καταστάσεις που έχουν οργανικό υπόβαθρο και συνοδεύονται από άγχος αναφέρονται στον Πίνακα 2 ^{29,84}.

Πίνακας 2. Οργανικά νοσήματα που συνοδεύονται από άγχος ²⁹.

Καρδιαγγειακές Παθήσεις	Νευρολογικές Καταστάσεις
Στηθάγχη, αρρυθμία, υποσυστολική καρδιοπάθεια, έμφραγμα μυοκαρδίου, καρδιακή ανακοπή, βαλβιδικές διαταραχές	Ακαθισία, εγκεφαλοπάθεια, όγκοι εγκεφάλου, μεταδιασεισικό σύνδρομο, επιληπτικές κρίσεις
Ενδοκρινικές Καταστάσεις	Αναπνευστικές Καταστάσεις
Υπερλειτουργία των επινεφριδίων, υπασβεστιαμία, υπερθυρεοειδισμός, υποθυρεοειδισμός	Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, πνευμοθώρακας, πνευμονικό οίδημα, πνευμονική εμβολή, άσθμα
Μεταβολικές Καταστάσεις	Καταστάσεις Κακοήθειας
Υπογλυκαιμία, υπονατριαιμία, υπερκαλιαιμία, πορφυρία, συστηματικός ερυθματώδης λύκος, αναιμίες	Κακοήθειες του εντέρου, ινσουλίνωμα, φαιοχρωμοκύτωμα, κακοήθεια του παγκρέατος.

Αλληλεπίδραση αγχωδών και σωματικών διαταραχών.

Συνήθως μεταξύ σωματικών και ψυχολογικών συμπτωμάτων υπάρχει μία αμφίδρομη σχέση με αποτέλεσμα η μία κατάσταση να επιδεινώνει την άλλη και να δυσχεραίνεται έτσι η διάγνωση.

- Άγχος που συνυπάρχει με σωματική νόσο.
- Ψυχοσωματική νόσος (άγχος που προκαλεί σωματικά συμπτώματα).
- Σωματοψυχική νόσος (σωματική νόσος που προκαλεί άγχος).

- Επιδείνωση σωματικής νόσου προκαλούμενη από άγχος (συνήθως μέσω του Αυτόνομου Ν.Σ.).
- Μείωση του ουδού του πόνου, συνεπεία άγχους (αυτό έχει ως συνέπεια να δίδεται η εντύπωση περισσότερο σοβαρής σωματικής νόσου).
- Η χωρίς ιατρική συμβουλή λήψη φαρμάκων με σκοπό την ανακούφιση από το άγχος (συχνά λήψη αλκοόλ).
- Άγχος που έχει σχέση με τη συμμόρφωση με αγωγή που αφορά σε σωματική νόσο (άρνηση τήρησης ιατρικών συμβουλών ή υπερβολική λήψη φαρμάκων)²⁹.

Θα πρέπει επίσης να αναφερθεί ότι ορισμένα φάρμακα και τοξικές ουσίες αποτελούν παράγοντα εκδήλωσης άγχους, όπως: καφεΐνη, κοκαΐνη, αλκοόλ, νευροληπτικά, οπιοειδή, βενζοδιαζεπίνες, υπνωτικά, νικοτίνη, στεροειδή, αντιυπερτασικά, αντιπαρκινσονικά, αδρενεργικοί αγωνιστές, βρογχοδιασταλτικά, θεοφυλλίνη, αναστολείς ασβεστίου, αντιισταμινικά, αναλγητικά, αντιφλεγμονώδη, αντιχολινεργικά, χημειοθεραπευτικά, κ.α^{25,83,85}.

ΔΕΙΚΤΕΣ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ

Η σχέση καρδιακών και ψυχικών παθήσεων είναι γνωστή από πολλά χρόνια. Πολλές φορές στην καθημερινή ιατρική πράξη ψυχικά και καρδιακά συμπτώματα συνυπάρχουν, αλληλεπικαλύπτονται και δημιουργούν διαγνωστικά προβλήματα.

Οι πιο πολλοί ασθενείς σε μια καρδιολογική κλινική και ιδιαίτερα σε μια μονάδα εμφραγμάτων είναι φοβισμένοι και έχουν καταλάβει ότι η ζωή τους στο μέλλον δεν θα είναι πια η ίδια. Πολλοί είναι τρομαγμένοι από τις πολύπλοκες αγγειογραφικές εξετάσεις και την πιθανότητα χειρουργικής επέμβασης.

Τα κυριότερα ψυχιατρικά σύνδρομα που σχετίζονται με τις καρδιακές παθήσεις είναι το άγχος, η κατάθλιψη και το delirium (συγχυτικό παραλήρημα).

Το άγχος που αποτελεί μια συναισθηματική αντίδραση, μπορεί να θεωρηθεί μια υπερβολική αντίδραση φόβου σε εξωτερικά ερεθίσματα. Το άγχος, ως σύμπλοκο συναίσθημα πρέπει να διακρίνεται από το πρωτογενές συναίσθημα του φόβου⁸⁶. Ο φόβος είναι η αντίδραση στον πραγματικό κίνδυνο. Σε αντίθεση με το φόβο, ο οποίος απευθύνεται σε πραγματική απειλή, το άγχος δημιουργείται λόγω της αναμονής μελλοντικών απειλών. Όλοι βιώνουμε άγχος: μια διάχυτη, δυσάρεστη, ασαφή αίσθηση ανησυχίας, που συνοδεύεται συχνά από μία ποικιλία νευροφυτικών συμπτωμάτων⁸⁷.

Το άγχος είναι μια φυσιολογική ανθρώπινη εμπειρία που ακολουθεί τον άνθρωπο από την εποχή των προγόνων του. Υπάρχει σε όλες τις παθολογικές και μη παθολογικές καταστάσεις. Το άγχος μπορεί να έχει ψυχογενή προέλευση ή μπορεί να είναι συνέπεια σωματικής πάθησης. Επιπρόσθετα, εξαρτάται από τις γνωστικές, συναισθηματικές διεργασίες, τον τρόπο ζωής του ατόμου και τον τρόπο αντίληψής του. Κάθε άτομο έχει ένα ορισμένο βαθμό άγχους, ο οποίος θεωρείται φυσιολογικός κάτω από ορισμένες περιστάσεις. Σε κάποιες άλλες, όμως περιστάσεις, το αυξημένο άγχος, προξενεί κακό και συντελεί στο να υπολειπουργήσει το άτομο τις δραστηριότητές του και στο να επηρεάζεται αρνητικά η υγεία του⁸⁸.

Ο Edward Munch, διάσημος ζωγράφος των ανθρώπινων συναισθημάτων, απεικόνισε το ανθρώπινο άγχος στον πίνακά του «Η κραυγή» (1893), ζωγραφίζοντας τον άνθρωπο με το στόμα ορθάνοικτο, ακριβώς γιατί υπάρχει η

αίσθηση ότι «αναπνέει και πάλι ο αέρας δεν φτάνει», που είναι και συχνότατο σύμπτωμα της αγχώδους διαταραχής⁸⁹.

Το άγχος επηρεάζει τη σωματική αλλά και ψυχική υγεία του ατόμου σε βαθμό ανάλογο με τη διάρκεια και το επίκεντρο της έντασης αλλά και ανάλογα με την προσαρμοστική ικανότητα που το άτομο έχει. Η σοβαρότητα της κατάστασης του ασθενούς εξαρτάται από τη φύση ή τα χαρακτηριστικά του στρεσογόνου παράγοντα, δηλαδή από το πόσο σημαντικό είναι για το συγκεκριμένο άτομο, τη διάρκεια του στρεσογόνου παράγοντα, το συσσωρευτικό αποτέλεσμα του, την αντιμετώπιση πολλών και διάφορων στρεσογόνων παραγόντων ταυτόχρονα από το άτομο, καθώς και την αμεσότητα της αντιμετώπισής του από τους διαθέσιμους προσωπικούς και κοινωνικούς πόρους από μέρους του ατόμου⁹⁰.

Η σχέση μεταξύ στρες και εμφράγματος μυοκαρδίου έχει ελεγχθεί και αξιολογηθεί σε μεγάλο βαθμό από την επιστημονική κοινότητα. Συγκεκριμένα, οι Schroder et al., ερεύνησαν με ποιο τρόπο το στρες μπορούσε να ανιχνευθεί από τις διάφορες ιατρικές εξετάσεις στις οποίες υπόκεινται τα άτομα είτε προ είτε μετεμφραγματικά⁹⁰.

Οι Bambauer et al. έδειξαν ότι λόγω κατάθλιψης και περιορισμένης κοινωνικής υποστήριξης, οι ασθενείς αντιμετωπίζουν στρες, το οποίο συνδέεται άμεσα με την νοσηρότητα και την θνησιμότητα των ασθενών αυτών⁹¹.

Το μετεμφραγματικό στρες που παρουσιάζεται στους ασθενείς ελέγχεται από πολλές απόψεις για να εντοπιστεί η πηγή πρόκλησής του.

Έρευνα του Toth καταλήγει στο ότι άνδρες και γυναίκες βιώνουν παρόμοια επίπεδα άγχους, κατά την αποχώρηση από το Νοσοκομείο μετά από έμφραγμα μυοκαρδίου⁹².

Ο Tennant αναφέρει ότι η ελλιπής στήριξη από κοινωνικές υπηρεσίες συνδέονται άμεσα με το γενικό τρόπο ζωής συγκεκριμένων ατόμων, σύμφωνα με τον οποίο και άλλοι κοινωνικοί παράγοντες επενεργούν στη δημιουργία του άγχους, όπως χαμηλά επιδόματα, ακατάλληλος τρόπος διαβίωσης κ.λπ. Ο ερευνητής συνδέει την κατάσταση της κοινωνικής πραγματικότητας στα άτομα αυτά με την ύπαρξη μακροχρόνιου στρες και άλλων ψυχοπνευστικών παραγόντων⁹³.

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΟΥ ΑΣΘΕΝΗ

Πρώτος τον 18ο αιώνα ο Osler εντόπισε τον συναισθηματικό παράγοντα και τον συνέδεσε με την παθολογία της στεφανιαίας νόσου. Χρησιμοποίησε την απλή μέθοδο της παρατήρησης της φυσιογνωμίας και του τρόπου βάδισης και συμπεριφοράς στο ιατρείο. Συνέδεσε επίσης το κεντρικό νευρικό σύστημα με την καρδιοπάθεια.

Το ζεύγος Menningers το 1936, ήταν οι πρώτοι ψυχίατροι που μελέτησαν ασθενείς με στεφανιαία νόσο. Υπογράμμισαν την επιθετικότητα, την αυταρχικότητα και τους ανεκπλήρωτους στόχους που χαρακτηρίζουν αυτά τα άτομα ⁹⁴. Οι παραπάνω συγγραφείς Menninger, Dunbar και στη συνέχεια ο Arlow περιέγραψαν ότι η ιστορία του στεφανιαίου ασθενή ανταποκρίνεται στην εικόνα του πεισματάρη παιδιού που εναντιώνεται από νωρίς στο πρόσωπο του ανασφαλή και επίζηλου πατέρα ⁹⁵.

Από την Flansers Dunbar που το 1943 κατασκεύασε ένα κατάλογο της προσωπικότητας του στεφανιαίου ασθενή, όπου υπερτερούσαν οι νευρωτικές καταναγκαστικές τάσεις και βασισμένο σε κοινωνιολογικές χαρακτηρισμοές, ξεκίνησε ένας μεγάλος αριθμός μελετών που εκδόθηκαν αφιερωμένα σε αυτό το θέμα. Έτσι η στεφανιαία νόσος έγινε αντικείμενο μελέτης της βιογραφικής μεθόδου από τα χαρακτηριστικά, τις στάσεις, και τις συμπεριφορές που προέρχονται από την οικογενειακή ιστορία, την κατάσταση υγείας, τα επαγγελματικά ατυχήματα, τις οικονομικές απολαβές, τη σεξουαλική συμπεριφορά, τη γενική προσαρμογή, τα νευρωτικά χαρακτηριστικά, και τις προσωπικές επιλογές ⁹⁶.

Η προδιαθεσική προσωπικότητα της στεφανιαίας νόσου έχει χαρακτηριστεί στον 20ο αι. ως ο τύπος Α, όπως προαναφέραμε, ένας συνδυασμός χαρακτήρων όπου εμφανίζονται οι συμπεριφορές ανθεκτικότητας ανταγωνιστικότητας, ανυπομονησίας και εκδηλωμένης επιθετικότητας. Παρ'όλα αυτά οι επιδημιολογικές ενδείξεις τις τελευταίες δεκαετίες θεώρησαν την εχθρικότητα ή τον θυμό του τύπου Α ως υπεύθυνους παράγοντες της στεφανιαίας νόσου. Άλλοι παράμετροι πάλι γνωστοί ή ύποπτοι της στεφανιαίας νόσου και θνησιμότητας από αυτή συμπεριλαμβάνουν οικονομικές και εκπαιδευτικές ανισότητες τη χαμηλή κοινωνική ένταξη και τα ψυχοπιεστικά γεγονότα ^{97,98}.

Το πρότυπο συμπεριφοράς Α (Type A Behavior Pattern) ή προδιαθεσική προσωπικότητα της στεφανιαίας νόσου ⁹⁷, ορίστηκε αρχικά από τους Rosenman and Friedman. Σύμφωνα με τους ίδιους συγγραφείς ορίζουμε σαν τύπο Α, την

προσωπικότητα που χαρακτηρίζεται από έντονη ανταγωνιστικότητα, διαρκή προσπάθεια για επαγγελματική και κοινωνική αναγνώριση, εναντίωση στο κύλισμα του χρόνου χωρίς την εκπλήρωση στόχων, θεώρηση καθημερινών προβλημάτων ως επείγοντα και έντονη επιθετικότητα, συνειδητή και υποσυνείδητη, με συνεχή επαγρύπνηση και ανυπομονησία στους πολλαπλούς και πολλές φορές άφθαστους στόχους και με αγνόηση των ανθρωπίνων ορίων. Επίσης, τα άτομα με προσωπικότητα τύπου Α εμφανίζουν διαρκή υπερκινητικότητα, που έρχεται σε αντίθεση με τη φαντασιακή τους λειτουργία η οποία είναι περιορισμένη και γι' αυτό περιγράφεται ως ένα ψυχοκινητικό σύμπλεγμα. Πέραν, όμως, όλων αυτών των χαρακτηριστικών και σύμφωνα με τις κριτικές αξιολογήσεις διάφορων συγγραφέων, αυτό που χαρακτηρίζει την προσωπικότητα του τύπου Α δεν είναι μόνο η διάθεση της συνεχούς προσπάθειας να γίνεται κάτι όλο και περισσότερο, όσο η αυξημένη τάση να εκδηλώνεται με συμπεριφορές δυσπιστίας και επιθετικότητας. Σύμφωνα με τους ίδιους συγγραφείς δεν υπάρχει συγκεκριμένο ψυχολογικό ή ψυχιατρικό σύνδρομο που χαρακτηρίζει τη στεφανιαία νόσο, αλλά από παρατηρήσεις συμπεράναν ότι εμφανίζεται περισσότερο στους πολύ εργατικούς ανθρώπους με υπερβολικό ωράριο και χωρίς διακοπές στα ενδιάμεσα⁹⁴.

ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ ΣΤΟΝ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ

Η αξιολόγηση του άγχους σε έναν καρδιολογικό ασθενή στο γενικό νοσοκομείο αποτελεί συχνά δύσκολη υπόθεση. Είναι δυσχερής η εκτίμηση εάν ο ασθενής έχει άγχος που προκαλείται από μια καρδιακή νόσο ή μια πρωτογενή αγχώδη διαταραχή ή εάν συνυπάρχουν και τα δύο ⁹⁹.

Ιδιαίτερες δυσκολίες παρουσιάζει η διαφορική διάγνωση σε έναν ασθενή του γενικού νοσοκομείου με πόνο στο στήθος και έντονο άγχος. Δεν είναι σπάνιο σε μια μονάδα επειγόντων να παραπέμπεται για ψυχιατρική εκτίμηση ένας ασθενής με έμφραγμα μυοκαρδίου πριν διερευνηθεί καρδιολογικά, εάν παρουσιάζει έντονη αγχώδη αντίδραση, διαμαρτύρεται ζωηρά για τους πόνους στο στήθος και γενικά εμφανίζει εκδραμάτιση των συμπτωμάτων λόγω προσωπικότητας¹⁰⁰.

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ ΣΤΟΝ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ

Ο ψυχίατρος του γενικού νοσοκομείου, όταν κληθεί στο καρδιολογικό τμήμα να εξετάσει έναν ασθενή με άγχος, θα πρέπει καταρχήν να ερευνήσει την πιθανότητα, το άγχος να προκαλείται από σωματικά συμπτώματα, καρδιολογικά φάρμακα, τοξίκωση από ουσίες ή στέρηση οιοπνευματωδών και ναρκωτικών ουσιών. Στην περίπτωση αυτή, θα πρέπει να αντιμετωπιστεί άμεσα το σωματικό πρόβλημα σε συνεργασία με το θεράποντα ιατρό.

Εάν το άγχος εμφανίζεται 24-48 ώρες μετά από την εισαγωγή και συνοδεύεται από τρόμο, αϋπνία και νευροφυτικές εκδηλώσεις, η πιθανότητα η ανωτέρω εικόνα να αποτελεί πρώιμη συμπτωματολογία στέρησης οιοπνευματωδών είναι σημαντική ακόμα και όταν ο ασθενής και οι συγγενείς του αρνούνται ή υποεκτιμούν την κατάχρηση αλκοόλ. Είναι άλλωστε διαπιστωμένο ότι η συνύπαρξη προβλημάτων σχετιζόμενων με την κατάχρηση αλκοόλ σε νοσηλευόμενους καρδιοπαθείς είναι συχνή, όπως και σε ασθενείς άλλων τμημάτων του νοσοκομείου. Στην περίπτωση αυτή, έχει σημασία η πρώιμη διάγνωση και η άμεση αντιμετώπιση πριν ολοκληρωθεί η κλινική εικόνα του delirium tremens.

Ιδιαίτερη προσοχή θα πρέπει να δοθεί σε άνδρες καρδιοπαθείς με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και ηλικία κάτω των 50 ετών. Σε μια έρευνα που έγινε στην Καρδιολογική Κλινική του Νοσοκομείου Νίκαιας, το ποσοστό συνύπαρξης προβλημάτων σχετιζόμενων με την κατάχρηση αλκοόλ στην ομάδα αυτή ανέρχεται σε 41,9%¹⁰¹.

Όταν αποκλειστεί η συμμετοχή σωματικών παραγόντων στην εμφάνιση του άγχους, ο ψυχίατρος πρέπει να προσεγγίσει τον ασθενή και να προσπαθήσει να κατανοήσει τις αιτίες και τους μηχανισμούς που προκαλούν το άγχος. Οι συνηθέστερες αιτίες είναι ο φόβος του θανάτου, της εγχείρησης, της πιθανής σωματικής αναπηρίας και της συνεπαγόμενης αλλαγής του τρόπου ζωής. Συχνά τον απασχολούν οι οικογενειακές και επαγγελματικές υποχρεώσεις και το κατά πόσο θα μπορεί να ανταποκριθεί σε αυτές. Δυσάρεστες εμπειρίες με θανάτους προσφιλών προσώπων από

καρδιακό νόσημα μπορεί να επαυξάνουν το άγχος. Πολλές φορές το άγχος επιδεινώνεται από την αϋπνία που προκαλούν οι συνθήκες της νοσηλείας και οι συχνές παρεμβάσεις του προσωπικού ¹⁰².

Ο σύμβουλος ψυχίατρος, αφού κατανοήσει τις πιθανές αιτίες του άγχους και διερευνήσει την προνοσηρή προσωπικότητα του ασθενούς, θα πρέπει σε συνεργασία με το θεράποντα να προσπαθήσει να τον ενημερώσει για την πορεία της νοσηλείας μέσα και έξω από το νοσοκομείο, να καθησυχάσει τους φόβους του και να τον βοηθήσει να προγραμματίσει τη ζωή του. Ιδιαίτερη σημασία έχουν οι συχνές επισκέψεις και η ενημέρωση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού της καρδιολογικής μονάδας ¹⁰².

Φαρμακευτική αγωγή

Οι βενζοδιαζεπίνες είναι τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται συχνότερα για την αντιμετώπιση του άγχους στον ασθενή με καρδιακές παθήσεις. Είναι καλά ανεκτές και σε μικρές δόσεις δεν προκαλούν μεγάλη πτώση της πίεσης ούτε σημαντική καταστολή της αναπνευστικής λειτουργίας, ενώ δεν έχουν αντιχολινεργική δράση. Μπορούν να χορηγηθούν άμεσα σε ασθενείς με ισχαιμία του μυοκαρδίου και έμφραγμα. Εκτός από τη μείωση του άγχους, ελαττώνουν τα επίπεδα των κατεχολαμινών και την αντίσταση των στεφανιαίων αγγείων. Σε ελεγχόμενη χορήγηση ο κίνδυνος εξάρτησης είναι μικρός. Θα πρέπει να προτιμώνται οι βενζοδιαζεπίνες με μεγάλο χρόνο ημίσειας ζωής για μακρά χορήγηση ¹⁰³,

Εάν συνυπάρχει κατάθλιψη ή διαταραχή μετατραυματικού στρες θα πρέπει να χορηγηθούν αντικαταθλιπτικά. Λόγω της αντιχολινεργικής τους δράσης, καλό είναι να αποφεύγονται τα τρικυκλικά. Συνηθέστερα χορηγούνται οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRIs). Πάντα όμως θα πρέπει να συγχρηγοούνται βενζοδιαζεπίνες για την άμεση ανακούφιση του ασθενούς, διότι η δράση των αντικαταθλιπτικών εμφανίζεται συνήθως μετά από εβδομάδες ¹⁰⁴.

Σε σπάνιες περιπτώσεις μπορεί να χορηγηθούν για την αντιμετώπιση του άγχους αντιψυχωσικά, συνήθως άτυπα, κυρίως όταν συνυπάρχει νοητική σύγχυση ¹⁰⁵.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΑΓΧΟΣ ΚΑΙ ΦΟΒΙΚΟ ΑΓΧΟΣ ΣΤΗ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟ

Το άγχος αποτελεί μία συναισθηματική κατάσταση που επηρεάζει αρνητικά τον ασθενή. Προκύπτει από την προσωπική αντίληψη του φόβου του και χαρακτηρίζεται από ανικανότητα να αντιδράσει με τον αναμενόμενο τρόπο ή να ελέγξει και να επιφέρει τα επιθυμητά αποτελέσματα και λύσεις στις καταστάσεις που προκύπτουν ^{106,107}.

Κατά τον Leonard R. Derogatis, στον ορισμό του άγχους περιλαμβάνονται γενικά σημεία άγχους όπως νευρικότητα, ένταση και τρόμος (τρέμουλο) όπως και κρίσεις πανικού και αίσθημα τρόμου, ανησυχίας και φόβου. Ως ορισμός του φοβικού άγχους, ορίζεται η επίμονη αντίδραση φόβου – σε ένα άτομο, τόπο, αντικείμενο ή κατάσταση – που είναι παράλογο και δυσανάλογο προς το ερέθισμα και οδηγεί σε συμπεριφορές αποφυγής ή απόδρασης. Τα στοιχεία αυτής της διάστασης εστιάζουν σε πιο παθογνωμικές διαγνώσεις και διασπαστικές εκδηλώσεις φοβικής συμπεριφοράς ¹¹⁰.

Το άγχος και η έντασή του, είναι απαραίτητο να αξιολογείται και να μετράται σε ασθενείς με καρδιαγγειακό νόσημα, προκειμένου να μειώνονται οι παράγοντες κινδύνου για επερχόμενη επιδείνωση της πορείας της νόσου αυτών των ασθενών ^{111,107}.

ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ

Σκοπός της μελέτης είναι να διερευνήσει τα επίπεδα άγχους και φοβικού άγχους καθώς και το ψυχοπαθολογικό προφίλ ασθενών με στεφανιαία νόσο.

Οι υποθέσεις της μελέτης είναι:

1. Οι ασθενείς με στεφανιαία νόσο βιώνουν φυσιολογικά επίπεδα άγχους και φοβικού άγχους
2. Οι ασθενείς με στεφανιαία νόσο βιώνουν μεγαλύτερα επίπεδα άγχους και φοβικού άγχους
3. Οι ασθενείς με στεφανιαία νόσο βιώνουν μικρότερα επίπεδα άγχους και φοβικού άγχους
4. Οι ασθενείς με στεφανιαία νόσο εμφανίζουν φυσιολογικό προφίλ όσον αφορά την ψυχοπαθολογία τους
5. Οι ασθενείς με στεφανιαία νόσο εμφανίζουν ψυχοπαθολογία στο προφίλ τους.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Δείγμα της μελέτης

Στην έρευνα συμμετείχαν 202 ασθενείς με στεφανιαία νόσο, που νοσηλεύονταν στο Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Αθηνών και στο Κωσταντοπούλειο Νοσοκομείο Αθηνών, από τον Οκτώβριο του 2008 ως τον Μάρτιο του 2009.

Τα κριτήρια που τέθηκαν για την επιλογή του δείγματος ήταν:

- Όλοι οι ασθενείς να πάσχουν από στεφανιαία νόσο
- Όλοι οι ασθενείς να γνωρίζουν και να ομιλούν την ελληνική γλώσσα
- Όλοι οι ασθενείς να γνωρίζουν τον σκοπό της μελέτης και να έχουν δώσει τη συγκατάθεσή τους προφορικά
- Να επικοινωνούν πλήρως με το περιβάλλον και να μην υπάρχουν προβλήματα ακοής

Όλοι οι ασθενείς του δείγματος πληρούσαν τα παραπάνω κριτήρια και συμπεριλήφθησαν στον πληθυσμό της μελέτης

Μεθοδολογία

Με δειγματοληψία ευκολίας συλλέχθηκαν τα δεδομένα μετά από τη συμπλήρωση από τους ίδιους τους νοσηλευόμενους ασθενείς της Κλίμακας Ελέγχου Συμπτωμάτων (Symptom Chechlist-SCL- 90-R). Το όνομα του τεστ είναι το ακρώνυμο του Symptom Check List, δηλαδή Λίστα Ελέγχου 90 Συμπτωμάτων. Το SCL-90-R είναι ένα αρκετά απλό μέσο σε σύγκριση με το MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory). Αποτελείται από έναν κατάλογο 90 συμπτωμάτων πολλών ειδών ψυχοπαθολογίας. Το υποκείμενο πρέπει να υποδείξει καθένα από αυτά τα συμπτώματα σε μία πεντάβαθμη κλίμακα(από Καθόλου έως Πάρα πολύ). Εννέα κλίμακες βασίζονται στα διαγνωστικά κριτήρια μεγαλύτερων ψυχοπαθολογικών τάξεων δυσλειτουργίας και άλλων σημαντικών ομάδων συμπτωμάτων. Οι κλίμακες είναι Σωματοποίηση, Ψυχαναγκαστική-Καταναγκαστική διαταραχή, Διαπροσωπική ευαισθησία, Κατάθλιψη, Άγχος, Επιθετικότητα, Φοβικό Άγχος, Παρανοϊκή ιδεοληψία και Ψυχωτισμός. Η συμπλήρωση του τεστ γίνεται σε λιγότερο από 10 λεπτά. Η SCL-90-R είναι σχεδιασμένη να χρησιμοποιηθεί πολλές φορές και, επομένως, είναι κατάλληλη ως

μέσο εκτίμησης τόσο σε ότι αφορά τα αποτελέσματα της θεραπείας όσο και στη διάγνωση. Οι βαθμολογίες στην SCL-90-R έχουν υψηλή συσχέτιση με την παρουσία κάποιων ανυψώσεων στο κατά πολύ συνθετότερο MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory). Το SCL-90-R έχει μεταφραστεί και προσαρμοστεί στην Ελληνική από τον Σ. Ντώνια, Α. Καραστεργίου και Ν. Μάνο. Η κλίμακα είναι έγκυρη. Η εγκυρότητα κριτηρίου είναι ικανοποιητική. Έχει επίσης διαπιστωθεί ικανοποιητική συγκλίνουσα εγκυρότητα, με σημαντικές συσχετίσεις των κλιμάκων με τις συναφείς υποκλίμακες του M.M.P.I. (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) ^{110,112} .

ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η χορήγηση των ερωτηματολογίων έγινε από την ερευνήτρια στο διάστημα της χρονικής περιόδου από τον Οκτώβριο του 2008 ως τον Μάρτιο του 2009. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων έγινε ύστερα από προφορική ενημέρωση. Οι ασθενείς που προσφέρθηκαν να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια ενημερώθηκαν για τους σκοπούς της έρευνας και τη διαδικασία της, ενώ έγινε σαφές ότι η συμπλήρωση είναι ανώνυμη και προαιρετική. Επίσης, τους ζητήθηκε να απαντήσουν με ειλικρίνεια στις ερωτήσεις και να προσπαθήσουν να μη αφήσουν αναπάντητα ερωτήματα.

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Για τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων της έρευνας χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα του SPSS for windows version 16.

Ελέγχθηκαν οι προϋποθέσεις παραμετρικών κριτηρίων για να ληφθεί η κατάλληλη απόφαση χρησιμοποίησής τους. Το δείγμα διαθέτει κανονική κατανομή για της παραμέτρους, η διαπίστωση έγινε με το Test Kolmogorov-Smirnov (πινάκας 12) γι' αυτό αποφασίστηκε να χρησιμοποιούνται παραμετρικά κριτήρια σε όλες της εφαρμογές. Η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο επίπεδο του $p < 0.05$.

Οι στατιστικές αναλύσεις που διεξήχθησαν ήταν οι εξής:

- α) Κατανομές συχνότητας των δημογραφικών στοιχείων
- β) Εφαρμογή t-test για δύο ποσοτικές μεταβλητές
- γ) ANOVA για περισσότερο από δύο ποσοτικές μεταβλητές

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Περιγραφικά αποτελέσματα

Στην έρευνα συμμετείχαν 202 νοσηλεύόμενοι ασθενείς με στεφανιαία νόσο, στο Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Αθηνών και στο Κωσταντοπούλειο Νοσοκομείο Αθηνών.

Η ηλικία των συμμετεχόντων σε 83 άτομα ήταν από 35 – 55 χρόνων (41,1%) και σε 56 και άνω ήταν 119 άτομα (58,9%). Γράφημα 1.

Ο αριθμός των ανδρών που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν 120 άτομα (59,4%) και των γυναικών 82 άτομα (40,6%). Γράφημα 2.

Η κατανομή όσον αφορά το εκπαιδευτικό τους επίπεδο ήταν 59 άτομα (29,2%) απόφοιτοι πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, 91 άτομα (45,1%) δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμια εκπαίδευση ανέφεραν 52 άτομα, ποσοστό 25,7%. Γράφημα 3.

Ως προς την οικογενειακή τους κατάσταση οι 177 (ποσοστό 87,6%) ήταν έγγαμοι και 25 άγαμοι (ποσοστό 12,4%). Γράφημα 4.

Από τους 67 ασθενείς (33,2%) του δείγματος αναφέρουν ότι έχουν ένα παιδί, 2-3 παιδιά 102 άτομα (50,5%), 4 και άνω, ανέφεραν 5 άτομα (2,5%), κανένα παιδί στην οικογένεια ανέφεραν 28 άτομα (13,9%). Γράφημα 5.

Σχετικά με τον τόπο διαμονής 148 άτομα (ποσοστό 73,3%) διέμεναν σε μεγάλη πόλη, 31 σε μικρή πόλη (ποσοστό 15,3%),και 23 άτομα σε χωριό (ποσοστό 11,4%). Γράφημα 6.

Όσον αφορά το κληρονομικό ιστορικό ήταν θετικό σε 118 άτομα (58,4%) ενώ τα 84 άτομα ποσοστό 41,6% δεν είχαν στο ιστορικό τους κληρονομικότητα. Γράφημα 7.

Καπνιστές ήταν 124 άτομα (61,4%), και 78 (38,6%) ήταν μη καπνιστές. Γράφημα 8.

Χρήση αλκοόλ έκαναν 8 άτομα (4%), ενώ 194 ποσοστό 96% δεν έκαναν χρήση αλκοόλ. Γράφημα 9.

Ως προς τη χρήση φαρμάκων βρέθηκε ότι 11 άτομα ποσοστό 5,4% έκανε χρήση αγχολυτικών και 127 ποσοστό 62,9% έκανε χρήση διαφόρων άλλων φαρμάκων και, τέλος, 64 ποσοστό 31,7% δεν ελάμβανε κανένα φάρμακο. Γράφημα 10.

Από το γράφημα 11 φαίνεται καθαρά το προφίλ των στεφανιαίων ασθενών τις πρώτες μέρες νοσηλείας. Η έρευνά μας επιβεβαίωσε τη διεθνή βιβλιογραφία. Ξεκινώντας από τους υψηλότερους μέσους όρους, διαπιστώσαμε ότι η κατάθλιψη βρίσκεται στην πρώτη θέση με μέσο όρο (67,43), ακολουθεί η σωματοποίηση με (66,51), αμέσως μετά είναι το άγχος (65,96) η διαπροσωπική ευαισθησία με (64,15), το φοβικό άγχος (63,10), ο ψυχωτισμός (61,99) η επιθετικότητα (61,56) ο ψυχαναγκασμός (61,45) και τέλος ο παρανοειδής ιδεασμός (60,88). Οι φυσιολογικές τιμές σύμφωνα με τον Leonard R. Derogatis για κάθε μια ξεχωριστά είτε για άνδρες είτε για γυναίκες είναι το 50,00.

Στατιστικά Αποτελέσματα

Από το test Kolmogorov-Smirnov παρατηρείται ότι υπάρχει κανονική κατανομή (βλ. πιν. 3) γι' αυτό θα χρησιμοποιηθούν παραμετρικά κριτήρια σε όλες της εφαρμογές. Η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο επίπεδο του $p < 0.05$.

Στο γράφημα 11 και στον πίνακα 4 μπορούμε να δούμε ότι όλοι οι Μέσοι Όροι των Δεικτών Ψυχοπαθολογίας είναι αυξημένοι. Σύμφωνα με την κλίμακα S.C.L.-90-R, φυσιολογικές τιμές των δεικτών είναι το 50¹¹⁰.

Στους πίνακες 5 έως και τον πίνακα 15 παρουσιάζονται οι συγκρίσεις των μέσων τιμών αξιολόγησης των παραμέτρων S.C.L.90-R των ασθενών με στεφανιαία νόσο.

Ως προς το φύλο βρέθηκε μία στατιστικά σημαντική διαφορά, $p = 0,031$ στην κατάθλιψη, με υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης στους άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες (πίν. 5).

Στον πίνακα 6 φαίνεται ότι οι μεγαλύτεροι σε ηλικία ασθενείς Σωματοποιούν περισσότερο σε σχέση με τους νεότερους με στατιστική σημαντική διαφορά $p = 0,033$

Στην οικογενειακή κατάσταση παρατηρούμε ότι μεταξύ των εγγάμων και των αγάμων δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά σε καμία από τις υποκατηγορίες της κλίμακας. (πίν. 7).

Τα ίδια αποτελέσματα χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά παρατηρούνται και στις συγκρίσεις των μέσων τιμών αξιολόγησης των παραμέτρων με την ύπαρξη παιδιών στην οικογένεια (πίν. 8).

Σημαντικά είναι τα ευρήματα στη σύγκριση των ασθενών που υπέστησαν το πρώτο επεισόδιο με αυτούς που δεν ήταν το πρώτο αλλά είχαν υποστεί και αλλά στεφανιαία επεισόδια. Βρέθηκε ότι οι ασθενείς με περισσότερα του ενός επεισοδίου σωματοποιούν περισσότερο από αυτούς που είχαν το πρώτο επεισόδιο με $p=0,012$, η διαπροσωπική ευαισθησία είναι μεγαλύτερη σε αυτούς τους ασθενείς $p=0,001$, παρομοίως και η κατάθλιψη αλλά και το φοβικό άγχος συναντάται περισσότερο σε αυτούς τους ασθενείς με περισσότερα του ενός επεισόδια, με στατιστικά σημαντική διαφορά αντίστοιχα $p=0,011$ και $p=0,001$ (πίν. 9).

Όσον αφορά το κάπνισμα μεταξύ καπνιστών και μη και τη χρήση αλκοόλ δεν παρατηρείται καμία στατιστικά σημαντική διάφορα (πίν. 10,12). Επίσης δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές σχετικά με τον τόπο διαμονής, $p > 0,05$ πίνακας 13.

Στην κληρονομικότητα παρατηρείται στατιστικά σημαντική διάφορα στη Διαπροσωπική ευαισθησία με $p=0,009$ και στον ψυχωτισμό με $p=0,040$ (πίν. 11).

Όσοι ασθενείς με στεφανιαία νόσο κάνουν χρήση αγχολυτικών φαρμάκων φάρμακα δηλαδή που συνταγογραφούνται από ψυχίατρο και όχι από καρδιολόγο, έχουν μεγαλύτερες μέσες τιμές από αυτούς που περνούν φάρμακα από τον καρδιολόγο τους μόνο, με στατιστικά σημαντική διαφορά σχεδόν σε όλους του παράγοντες. (βλ. πίνακα 14). Στη Διαπροσωπική Ευαισθησία $p=0.034$, στην Κατάθλιψη $p=0.014$, στην Επιθετικότητα $p=0.032$, στο Φοβικό Άγχος $p=0.020$, στον παρανοειδή ιδεασμό $p=0.023$ στον ψυχωτισμό $p=0.014$.

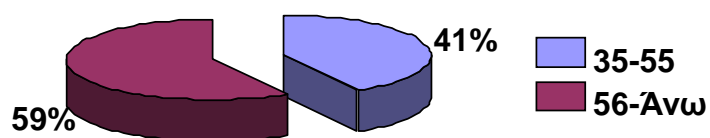
Από τη στατιστική ανάλυση επίσης βρέθηκε ότι τα άτομα του δείγματος με πρωτοβάθμια εκπαίδευση παρουσιάζουν υψηλότερες τιμές με στατιστικά σημαντική διαφορά όσον αφορά τη ψυχαναγκαστικότητα, $p=0,015$ και στον ψυχωτισμό $p=0,006$. Πίνακας 15

ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΙΝΑΚΕΣ

Δημογραφικά Στοιχεία του δείγματος

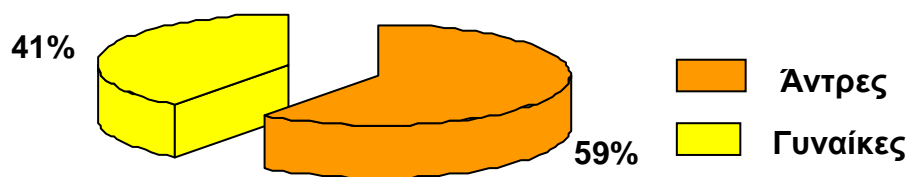
Γράφημα 1.

Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την ηλικία



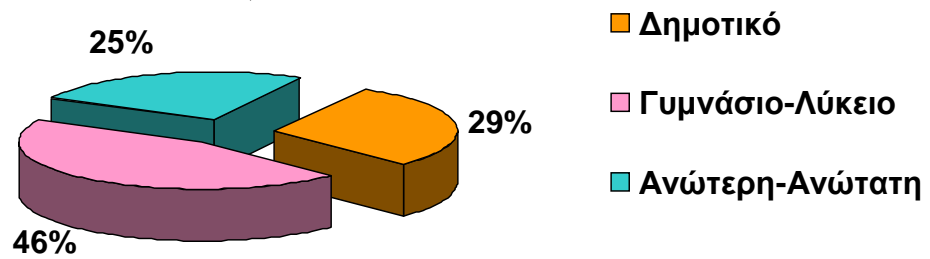
Γράφημα 2.

Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το φύλο



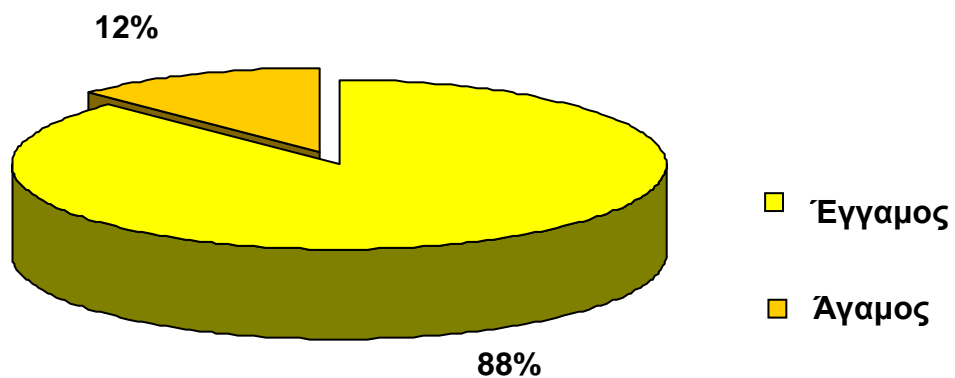
Γράφημα 3.

Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο



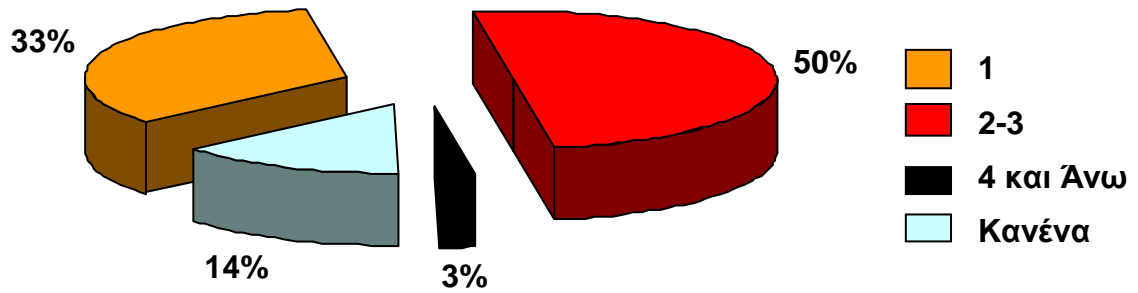
Γράφημα 4.

Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση



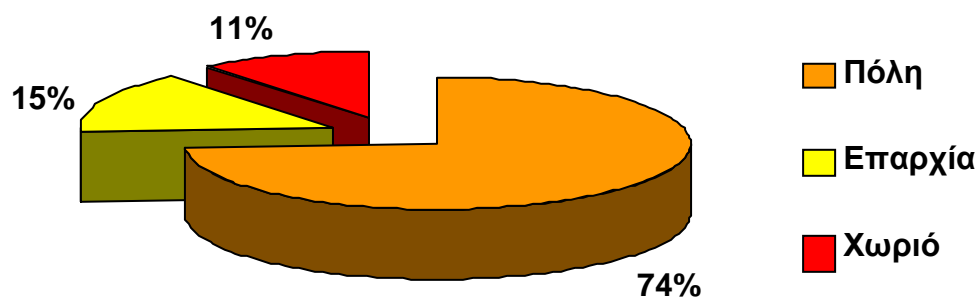
Γράφημα 5.

Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον αριθμό των παιδιών στην οικογένεια



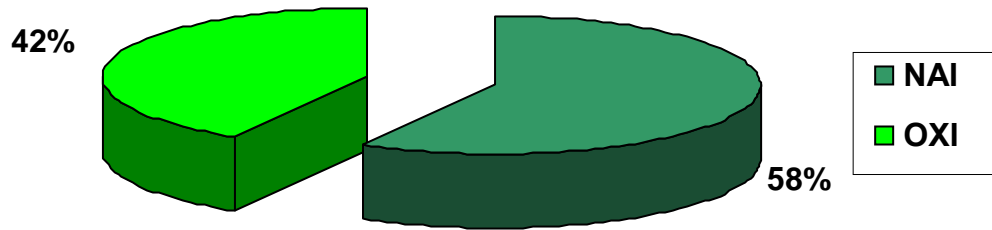
Γράφημα 6.

Κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον τόπο διαμονής



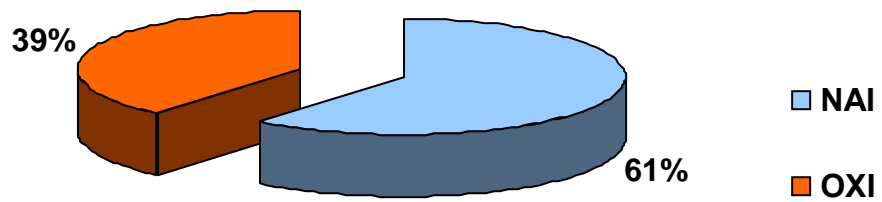
Γράφημα 7.

Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την κληρονομικότητα



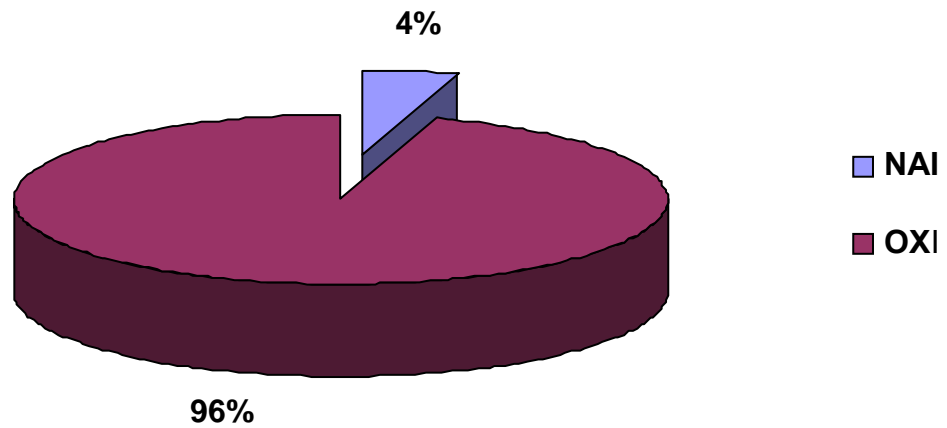
Γράφημα 8.

Κατανομή του δείγματος ανάλογα με το κάπνισμα



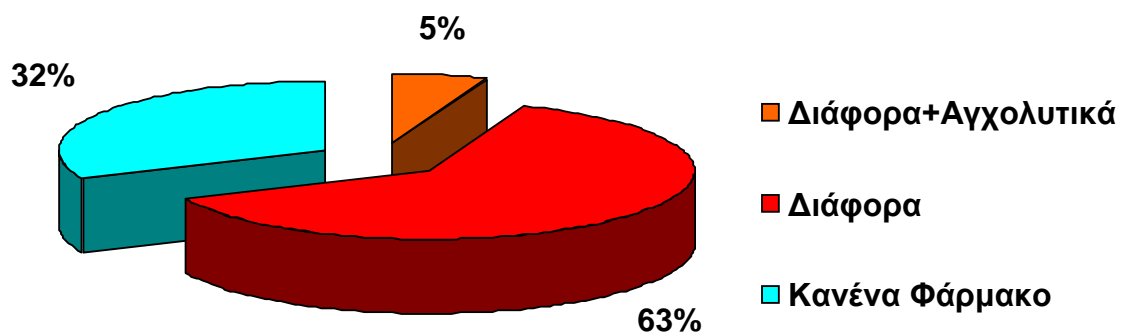
Γράφημα 9

Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την χρήση αλκοόλ



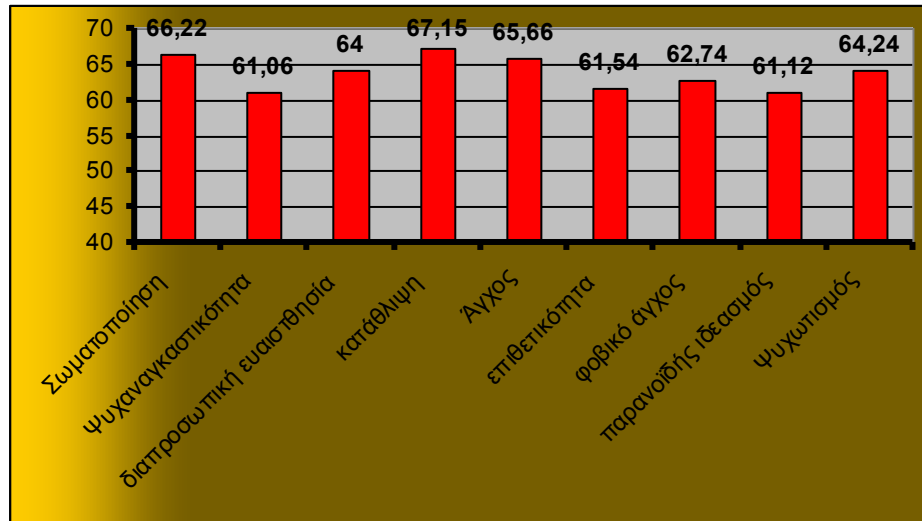
Γράφημα 10

Κατανομή του δείγματος ανάλογα με την χρήση φαρμάκων



Γράφημα 11.

Οι Μέσοι Όροι των Κλιμάκων Ψυχοπαθολογίας



Πίνακας 3.

Κατανομή των μεταβλητών ανάλογα με την κανονικότητά τους, με Kolmogorov-smirnov

	Σωματοποίηση	Ψυχαναγκαστικότητα	Διαπροσωπική Ευαισθησία	Κατάθλιψη	Άγχος	Επιθετικότητα	Φοβικό Άγχος	Παρανοϊδής Ιδεασμός	Ψυχωτισμός
N	202	202	202	202	202	202	202	202	202
Mean	67,02	61,06	64	67,16	65,66	65,53	67,04	61,12	63,04
Kolmogorov-Smirnov Z	1,389	0,979	1,591	1,329	0,993	0,984	1,397	1,297	1,467
P	0,052	0,293	0,082	0,059	0,278	0,211	0,054	0,069	0,097

Πίνακας 4.

Οι Βαθμολογίες των Παραμέτρων των Κλιμάκων Ψυχοπαθολογίας

ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ S.C.L.90-R	ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ			
	n	Min	Max	$\bar{X} \pm SD$
Σωματοποίηση	202	35	81	65,19±10.622
Ψυχαναγκαστικότητα	202	37	81	62,64±10.013
Διαπροσωπική Ευαισθησία	202	39	81	64,36±10.181
Κατάθλιψη	202	34	81	67,44±9.607
Άγχος	202	40	81	63,71±9.002
Επιθετικότητα	202	40	81	60,50±11.234
Φοβικό Άγχος	202	44	81	62,05±10.864
Παρανοειδής Ιδεασμός	202	41	81	63,08±10.773
Ψυχωτισμός	202	44	81	64,73±9.439

Πίνακας 5:

Σύγκριση των μέσων τιμών αξιολόγησης των παραμέτρων S.C.L.90-R σε σχέση με το φύλο

ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ S.C.L.90-R	ΦΥΛΟ				p
	Ανδρας		Γυναίκα		
	n	$\bar{X} \pm SD$	n	$\bar{X} \pm SD$	
Σωματοποίηση	120	66,17±11.04	82	66,30±10.04	0,928
Ψυχαναγκαστικότητα	120	60,18±10.85	82	62,34±8.54	0,116
Διαπροσωπική ευαισθησία	120	64,19±10.95	82	63,71±9.00	0,731
Κατάθλιψη	120	68,32±10.13	82	65,45±8,56	0,031
Άγχος	120	64,88±9.56	82	66,79±8.04	0,139
Επιθετικότητα	120	62,35±11.15	82	60,34±11.32	0,213
Φοβικό άγχος	120	63,57±11,21	82	61,54±10.29	0,193
Παρανοειδής ιδεασμός	120	60,81±11.42	82	61,57±9.80	0,611
Ψυχωτισμός	120	61,32±9,78	82	63,60±8,80	0,092

Πίνακας 6:

Σύγκριση των μέσων τιμών αξιολόγησης των παραμέτρων S.C.L.90-R σε σχέση με την ηλικία .

ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ S.C.L.90-R	ΗΛΙΚΙΑ				p
	35-55		56-Ανω		
	n	$\bar{X} \pm SD$	n	$\bar{X} \pm SD$	
Σωματοποίηση	83	64,31±11,86	119	67,55±9,49	0,033
Ψυχαναγκαστικότητα	83	60,75±10,58	119	61,28±9,64	0,712
Διαπροσωπική ευαισθησία	83	63,71±10,42	119	64,19±10,05	0,741
Κατάθλιψη	83	66,67±10,34	119	67,50±9,09	0,551
Άγχος	83	66,13±9,07	119	65,33±8,98	0,533
Επιθετικότητα	83	60,41±10,49	119	62,32±11,70	0,227
Φοβικό άγχος	83	62,61±11,00	119	62,83±10,82	0,889
Παρανοειδής ιδεασμός	83	60,84±9,55	119	61,31±11,59	0,754
Ψυχωτισμός	83	62,60±9,36	119	61,99±9,53	0,651

Πίνακας 7:

Σύγκριση των μέσων τιμών αξιολόγησης των παραμέτρων S.C.L.90-R σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση..

ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ S.C.L.90-R	ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ				p
	Άγαμος/η		Έγγαμος/η		
	n	$\bar{X} \pm SD$	n	$\bar{X} \pm SD$	
Σωματοποίηση	177	66,18±10,97	25	66,56±7,94	0,831
Ψυχαναγκαστικότητα	177	61,03±9,81	25	61,28±11,59	0,907
Διαπροσωπική ευαισθησία	177	64,34±9,98	25	61,56±11,44	0,202
Κατάθλιψη	177	67,24±9,88	25	66,60±7,47	0,757
Άγχος	177	65,75±9,28	25	65,04±6,88	0,715
Επιθετικότητα	177	61,89±11,47	25	59,04±9,26	0,237
Φοβικό άγχος	177	62,69±10,86	25	63,08±11,11	0,869
Παρανοειδής ιδεασμός	177	61,68±10,95	25	61,25±11,57	0,922
Ψυχωτισμός	177	62,44±9,75	25	60,84±6,79	0,429

Πίνακας 8:

Σύγκριση των μέσων τιμών αξιολόγησης των παραμέτρων S.C.L.90-R σε σχέση με την ύπαρξη παιδιών στην οικογένεια.

ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ S.C.L.90-R	ΠΑΙΔΙΑ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ				p
	ΝΑΙ		ΟΧΙ		
	n	$\bar{X} \pm \sigma$	n	$\bar{X} \pm \sigma$	
Σωματοποίηση	171	66,16±11,03	31	66,55±8,14	0,831
Ψυχαναγκαστικότητα	171	60,86±9,73	31	62,16±11,55	0,907
Διαπροσωπική ευαισθησία	171	64,22±9,99	31	62,74±11,27	0,202
Κατάθλιψη	171	67,08±9,90	31	67,61±11,27	0,757
Άγχος	171	65,57±9,16	31	66,16±8,21	0,715
Επιθετικότητα	171	61,78±11,53	31	60,16±11,21	0,237
Φοβικό άγχος	171	62,40±10,65	31	64,65±11,94	0,869
Παρανοειδής ιδεασμός	171	61,53±10,99	31	58,87±10,35	0,122
Ψυχωτισμός	171	62,42±9,82	31	61,26±7,01	0,429

Πίνακας 9:

Σύγκριση των μέσων τιμών αξιολόγησης των παραμέτρων S.C.L.90-R σε σχέση με τα επεισόδια.

ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ S.C.L.90-R	ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ				p
	Πρώτο		Περισσότερα του ενός		
	n	$\bar{X} \pm \sigma$	n	$\bar{X} \pm \sigma$	
Σωματοποίηση	113	64,58±10,90	89	68,31±9,93	0,012
Ψυχαναγκαστικότητα	113	60,53±9,95	89	61,73±10,12	0,399
Διαπροσωπική ευαισθησία	113	61,91±9,96	89	66,64±9,90	0,001
Κατάθλιψη	113	65,64±10,02	89	69,09±8,73	0,011
Άγχος	113	64,86±9,00	89	66,67±8,95	0,155
Επιθετικότητα	113	60,3±11,35	89	63,09±10,95	0,080
Φοβικό άγχος	113	58,88±9,67	89	67,65±10,35	0,001
Παρανοειδής ιδεασμός	113	61,23±10,89	89	60,98±10,68	0,869
Ψυχωτισμός	113	61,68±9,34	89	62,96±9,57	0,342

Πίνακας 10:

Σύγκριση των μέσων τιμών αξιολόγησης των παραμέτρων S.C.L.90-R σε σχέση με το κάπνισμα.

ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ S.C.L.90-R	ΚΑΠΝΙΣΜΑ				p
	ΝΑΙ		ΟΧΙ		
	n	$\bar{X} \pm \sigma$	n	$\bar{X} \pm \sigma$	
Σωματοποίηση	124	65,89±11,08	78	66,76±9,90	0,563
Ψυχαναγκαστικότητα	124	60,33±10,56	78	62,22±9,03	0,177
Διαπροσωπική ευαισθησία	124	63,52±10,58	78	64,76±9,54	0,390
Κατάθλιψη	124	67,19±10,26	78	67,10±8,54	0,946
Άγχος	124	64,86±9,53	78	66,92±7,99	0,100
Επιθετικότητα	124	61,21±11,41	78	62,05±11,01	0,605
Φοβικό άγχος	124	62,51±10,91	78	63,12±10,85	0,700
Παρανοειδής ιδεασμός	124	60,81±10,78	78	61,60±10,81	0,614
Ψυχωτισμός	124	61,91±10,78	78	64,36±10,50	0,609

Πίνακας 11:

Σύγκριση των μέσων τιμών αξιολόγησης των παραμέτρων S.C.L.90-R σε σχέση με την κληρονομικότητα.

ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ S.C.L.90-R	ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟΤΗΤΑ				p
	ΝΑΙ		ΟΧΙ		
	n	$\bar{X} \pm \sigma$	n	$\bar{X} \pm \sigma$	
Σωματοποίηση	118	65,98±11,12	84	65,56±9,94	0,699
Ψυχαναγκαστικότητα	118	60,75±10,61	84	61,49±9,07	0,599
Διαπροσωπική ευαισθησία	118	62,50±11,22	84	66,10±8,13	0,009
Κατάθλιψη	118	66,44±10,57	84	68,17±8,02	0,189
Άγχος	118	65,29±9,82	84	66,18±7,73	0,472
Επιθετικότητα	118	60,57±11,58	84	62,89±10,64	0,148
Φοβικό άγχος	118	62,57±11,27	84	62,99±10,33	0,787
Παρανοειδής ιδεασμός	118	60,61±10,89	84	61,83±10,63	0,428
Ψυχωτισμός	118	61,10±9,51	84	63,85±9,15	0,040

Πίνακας 12:

Σύγκριση των μέσων τιμών αξιολόγησης των παραμέτρων S.C.L.90-R σε σχέση με το αλκοόλ

ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ S.C.L.90-R	ΧΡΗΣΗ ΑΛΚΟΟΛ				p
	ΝΑΙ		ΟΧΙ		
	n	$\bar{X} \pm SD$	n	$\bar{X} \pm SD$	
Σωματοποίηση	8	67,88±9,13	194	66,15±10,69	0,655
Ψυχαναγκαστικότητα	8	60,62±10,43	194	61,08±10,02	0,901
Διαπροσωπική ευαισθησία	8	59,75±11,11	194	64,17±10,13	0,230
Κατάθλιψη	8	63,50±6,41	194	67,31±9,70	0,273
Άγχος	8	64,00±7,93	194	65,73±9,06	0,596
Επιθετικότητα	8	68,12±10,96	194	61,26±11,19	0,090
Φοβικό άγχος	8	57,62±7,84	194	62,95±10,93	0,175
Παρανοειδής ιδεασμός	8	60,00±9,94	194	61,16±10,83	0,765
Ψυχωτισμός	8	62,75±6,86	194	62,22±9,54	0,877

Πίνακας 13:

Σύγκριση των μέσων τιμών αξιολόγησης των παραμέτρων S.C.L.90-R σε σχέση με τον τόπο διαμονής

ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ S.C.L.90-R	ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ						p
	Πόλη		Επαρχία		Χωριό		
	n	$\bar{X} \pm SD$	n	$\bar{X} \pm SD$	n	$\bar{X} \pm SD$	
Σωματοποίηση	152	66,48±10,91	31	68,94±10,65	23	63,43±8,91	0,176
Ψυχαναγκαστικότητα	152	61,39±10,45	31	61,68±10,36	23	61,52±9,51	0,989
Διαπροσωπική ευαισθησία	152	64,02±9,945	31	64,32±12,32	23	64,52±8,49	0,975
Κατάθλιψη	152	67,41±9,73	31	67,87±9,85	23	66,96±9,67	0,943
Άγχος	152	65,52±9,825	31	66,97±7,692	23	67,48±5,830	0,510
Επιθετικότητα	152	61,45±11,21	31	63,00±11,05	23	60,39±10,89	0,676
Φοβικό άγχος	152	63,18±11,20	31	65,45±10,35	23	59,35±10,36	0,131
Παρανοειδής ιδεασμός	152	60,72±10,80	31	58,68±11,69	23	64,96±8,65	0,100
Ψυχωτισμός	152	62,08±9,765	31	60,06±8,266	23	63,96±8,266	0,324

Πίνακας 14:

Σύγκριση των μέσων τιμών αξιολόγησης των παραμέτρων S.C.L.90-R σε σχέση με τη χρήση φαρμάκων από τα άτομα του δείγματος

ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ S.C.L.90-R	ΧΡΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ						p
	Διάφορα + Αγχολυτικά		Διάφορα		Κανένα Φάρμακο		
	n	$\bar{X} \pm SD$	n	$\bar{X} \pm SD$	n	$\bar{X} \pm SD$	
Σωματοποίηση	11	68,36±8,94	127	65,91±9,81	64	66,47±12,40	0,747
Ψυχαναγκαστικότητα	11	67,82±8,95	127	60,76±9,62	64	60,48±10,66	0,069
Διαπροσωπική ευαισθησία	11	70,27±6,92	127	62,84±9,90	64	65,20±10,77	0,034
Κατάθλιψη	11	71,91±8,30	127	65,72±9,20	64	69,19±10,01	0,014
Άγχος	11	70,82±6,57	127	64,72±9,28	64	66,64±8,48	0,055
Επιθετικότητα	11	64,45±13,22	127	59,94±11,21	64	64,19±10,49	0,032
Φοβικό άγχος	11	67,64±10,40	127	61,17±11,23	64	65,03±9,63	0,020
Παρανοειδής ιδεασμός	11	66,91±9,87	127	61,91±11,05	64	58,55±9,84	0,023
Ψυχωτισμός	11	70,00±8,32	127	62,17±9,20	64	61,06±9,60	0,014

Πίνακας 15.

Σύγκριση των μέσων τιμών αξιολόγησης των παραμέτρων S.C.L.90-R σε σχέση με το μορφωτικό επίπεδο του δείγματος.

ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ S.C.L.90-R	ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ						p
	Δημοτικό		Γυμνάσιο-Λύκειο		Ανώτερη-Ανώτατη		
	n	$\bar{X} \pm SD$	n	$\bar{X} \pm SD$	n	$\bar{X} \pm SD$	
Σωματοποίηση	59	66,00±9,45	91	66,58±10,56	52	65,85±12,08	0,900
Ψυχαναγκαστικότητα	59	63,73±9,53	91	60,92±10,40	52	58,27±9,20	0.015
Διαπροσωπική ευαισθησία	59	65,05±9,99	91	64,19±9,91	52	62,46±10,84	0,399
Κατάθλιψη	59	66,27±10,24	91	67,57±8,80	52	67,44±10,33	0,701
Άγχος	59	67,44±7,36	91	65,53±8,90	52	63,87±10,54	0,111
Επιθετικότητα	59	60,76±11,40	91	62,34±11,38	52	61,00±10,89	0,651
Φοβικό άγχος	59	62,47±11,26	91	63,13±10,21	52	62,37±11,67	0,899
Παρανοειδής ιδεασμός	59	63,32±10,44	91	59,70±10,25	52	61,10±11,78	0,133
Ψυχωτισμός	59	64,95±9,04	91	62,16±8,85	52	59,31±10,13	0,007

ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Όπως περιγράφηκε στην εισαγωγή, σκοπός της μελέτης αυτής είναι να προσδιορίσει το άγχος και το φοβικό άγχος και τα χαρακτηριστικά των ψυχολογικών προβλημάτων, των καρδιολογικών ασθενών. Για τη διερεύνηση των ψυχολογικών προβλημάτων έγινε χρήση του S.C.L.-90-R .

Τα αποτελέσματα του S.C.L.-90-R των ασθενών μας επιβεβαιώνουν τις αρχικές μας υποθέσεις ότι δηλαδή οι ασθενείς με στεφανιαία νόσο έχουν επιβαρυνμένο ψυχοπαθολογικό προφίλ. Αυτοί οι ασθενείς έχουν την τάση να γνωρίζουν, περισσότερο από άλλους, το πόσο εύθραυστη είναι η ζωή και το πόσο πρόωρα μπορεί να πεθάνουν. Για το νέο ασθενή η διάγνωση αποτελεί μεγαλύτερη πηγή άγχους. Αυτό μας το επιβεβαιώνουν και τα αποτελέσματα της μελέτης, όπου οι ηλικίες μεταξύ 35-55 παρουσιάζουν μικρότερους μέσους όρους κατάθλιψης από αυτούς μεταξύ 56-άνω. Οι ασθενείς που έχουν υποστεί περισσότερα του ενός επεισόδια, είναι ποιο επιβαρυνμένοι συναισθηματικά, είτε λόγω άγχους είτε λόγω φόβου, για τη ζωή τους.

Όπως και σε άλλες χρόνιες ασθένειες, οι συνηθέστερες ψυχιατρικές διαγνώσεις στους καρδιολογικούς ασθενείς είναι η κατάθλιψη και το άγχος ¹¹³. Από τη διεθνή βιβλιογραφία αλλά και από άλλες έρευνες σχετικά με την ψυχοπαθολογία των ατόμων που υποβάλλονται, σε επεμβατικές καρδιολογικές εξετάσεις (στεφανιογραφία, αγγειοπλαστική κ.α.) τα ποσοστά ψυχοπαθολογίας προκύπτουν ιδιαίτερα υψηλά ¹¹⁴.

Η έρευνά μας επιβεβαίωσε τη διεθνή βιβλιογραφία. Ξεκινώντας από τους υψηλότερους μέσους όρους, διαπιστώσαμε ότι η κατάθλιψη βρίσκεται στην πρώτη θέση και τέλος η επιθετικότητα. Παρατηρώντας τους μέσους όρους της έρευνάς μας διαπιστώνουμε ένα έντονα ψυχοπαθολογικό προφίλ, αρκετά πάνω από τις φυσιολογικές τιμές .

Σημαντικό εύρημα των αρρώστων είναι, ότι η κατάθλιψη επηρεάζεται από το φύλο, με τους άνδρες να υπερτερούν στατιστικά σημαντικά. Όπως αναφέρθηκε και στο θεωρητικό μέρος της εργασίας ο άνδρας επιβαρύνεται και με το ρόλο του μέσα στην οικογένεια, αλλά αν ληφθεί υπόψη ότι τις τελευταίες δεκαετίες, οι γυναίκες έχουν αναλάβει περισσότερες ευθύνες, ώστε και τα δυο φύλα να αισθάνονται ιδιαίτερη ανασφάλεια, σχετικά με το μέλλον της οικογένειάς τους και επομένως να θλίβονται συλλογιζόμενοι ότι δεν μπορούν να τη στηρίξουν όσο αν ήταν υγιείς. Ανεξάρτητα από το ρόλο του άνδρα στην κοινωνία, σημαντικά

επιβαρυντικός παράγοντας που κάνει τους άνδρες να υπερτερούν έναντι των γυναικών στην κατάθλιψη είναι και οι γενετήσιες ορμόνες, οι οποίες στους άνδρες επηρεάζονται περισσότερο απ' ότι στις γυναίκες. Σύμφωνα με την μελέτη του Σταμούλη και συν. διαταραχές στο ισοζύγιο των υγρών και των ηλεκτρολυτών (ιδιαίτερα στους ηλικιωμένους) συμβάλουν στην ανάδυση ψυχιατρικών συμπτωμάτων. Έτσι, η μείωση του όγκου των υγρών μπορεί να εκδηλωθεί ως συγχυτικό παραλήρημα. Η υπονατριαιμία και η υποκαλιαιμία συχνά προκαλούν καταθλιπτικόμορφη εικόνα (καταβολή, ανορεξία), σύγχυση, επιληπτικές κρίσεις, εμβροντησία και κώμα. Η υπασβεστιαίμια προκαλεί αγχώδεις εκδηλώσεις, συναισθηματικές αλλαγές, διανοητική σύγχυση¹¹⁵. Επίσης, προβλήματα σεξουαλικής δυσλειτουργίας υπάρχουν στον αντρικό πληθυσμό, προβλήματα που επιβαρύνουν σημαντικά τη διάθεση των αντρών έναντι των γυναικών οι οποίες δεν αντιμετωπίζουν τέτοιο πρόβλημα¹¹⁶.

Ερευνώντας το ψυχοπαθολογικό προφίλ των δυο φύλων ο έλεγχος t-test έδωσε στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα, όπως προαναφέρθηκε, όμως κατά την κλίμακα S.C.L.-90-R με την οποία ερευνήθηκε η ψυχοπαθολογική συμπεριφορά και στην οποία ως τέτοια ορίζεται η συμπεριφορά που έχει μεγαλύτερη από τη φυσιολογική τιμή (50,00), οι άνδρες είναι πιο καταθλιπτικοί, με περισσότερη επιθετικότητα, φοβούνται περισσότερο και έχουν μεγαλύτερο μέσο όρο διαπροσωπικής ευαισθησίας. Αντίθετα οι γυναίκες αγχώνονται περισσότερο, έχουν μεγαλύτερο παρανοειδή ιδεασμό, σωματοποιούν περισσότερο και είναι πιο ψυχαναγκαστικές.

Πολύ σημαντικά είναι τα ευρήματα, όσον αφορά τη σύγκριση των ατόμων που αντιμετωπίζουν το πρώτο τους επεισόδιο με αυτούς που είχαν περισσότερα από ένα επεισόδια. Παρατηρείται ότι τα άτομα που είχαν πάνω από ένα επεισόδια σωματοποιούν περισσότερο, είναι πιο καταθλιπτικοί, με μεγαλύτερη διαπροσωπική ευαισθησία, και τέλος πιο έντονο φοβικό άγχος. Υποθέτουμε ότι το προφίλ είναι τέτοιο, λόγω των επαναλαμβανόμενων επεισοδίων, και τον φόβο του θανάτου.

Επειδή μας έκαναν εντύπωση, τα υψηλά σκορ όσον αφορά τον ψυχωτισμό, ξανακοιτάξαμε τις ερωτήσεις που χαρακτηρίζουν τον ψυχωτισμό, για να δούμε αν οι ερωτήσεις αναφέρονται σε εύλογα θέματα που θα μπορούσαν να παρερμηνευτούν από τα άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα. Τα ερωτήματα είναι τα εξής: « Την ιδέα ότι κάποιος ελέγχει τη σκέψη σας», «Ακούτε φωνές πού οι

άλλοι δεν ακούν», «Οι άλλοι γνωρίζουν τις προσωπικές σας σκέψεις», « Έχετε σκέψεις που δεν είναι δικές σας», « Αισθάνεστε νευρικότητα όταν μένετε μόνος », « Έχετε σκέψεις για σεξουαλικά θέματα που σας απασχολούν πάρα πολύ», «Νομίζετε ότι θα έπρεπε να τιμωρηθείτε για τις αμαρτίες σας», « Νομίζετε ότι έχετε κάποιο σοβαρό ελάττωμα στο σώμα σας», « Δεν αισθάνεστε πολύ κοντά σε κάποιο πρόσωπο», « Νομίζετε ότι κάτι δεν λειτουργεί καλά στο μυαλό σας».

Αντιπαραθέτοντας τις ερωτήσεις με τα αποτελέσματα θα λέγαμε ότι μόνο τρεις ερωτήσεις θα μπορούσαν να παραπλανούν το δείγμα μας. «Αισθάνεστε νευρικότητα όταν μένετε μόνος », « Έχετε σκέψεις για σεξουαλικά θέματα που σας απασχολούν πάρα πολύ» και « Νομίζετε ότι έχετε κάποιο σοβαρό ελάττωμα στο σώμα σας». Λαμβάνοντας υπ' όψιν ότι τουλάχιστον όσον αφορά την ερώτηση με τα σεξουαλικά θέματα, μεγαλύτερους μέσους όρους είχαν οι άντρες, άρα δεν επηρέασε τόσο τον γυναικείο πληθυσμό του δείγματος μας η ερώτηση αυτή. Πιστεύουμε ότι η βαρύτητα των άλλων ερωτήσεων είναι τόσο σημαίνουσα και ξεκάθαρη που δεν αμφισβητούμε το αποτέλεσμα. Άλλες στατιστικά σημαντικές διαφορές στον ψυχωτισμό έχουμε το προφίλ των ασθενών που θέλουν να είναι γυναίκες καρδιοπαθείς, που δεν έχουν κληρονομικότητα στη νόσο και κάνουν χρήση φαρμάκων από ψυχίατρο.

Το ίδιο ίσως και πιο σίγουρο ήταν το αποτέλεσμα για τον παρανοειδή ιδεασμό όταν ανατρέξαμε στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου οι οποίες είναι οι εξής : « Αίσθηση ότι οι άλλοι φταίνε για τα προβλήματα σας», « Αισθάνεστε ότι δεν μπορείτε να εμπιστευθείτε τους περισσότερους ανθρώπους», «Αισθάνεστε ότι σας παρακολουθούν ή μιλούν για σας», «Έχετε ιδέες και απόψεις που οι άλλοι δεν συμμερίζονται», « Νοιώθετε ότι οι άλλοι δεν εκτιμούν όσο πρέπει αυτά που κάνετε», « Αισθάνεστε ότι οι άλλοι θα σας εκμεταλλευτούν αν τους αφήσετε». Δεν βρήκαμε βιβλιογραφία σχετική, που να επιβεβαιώνει τα αποτελέσματα της παρούσης μελέτης. Σχετικά με τον παρανοειδή ιδεασμό, πρέπει να επισημανθεί ότι στην μονάδα που νοσηλεύονταν οι ασθενείς με στεφανιαία νόσο δεν ήταν πάνω από τέσσερις μέρες και όλοι είχαν πνευματική διαύγεια. Στατιστικά σημαντικές διαφορές, όσον αφορά τον παρανοειδή ιδεασμό έχουμε υπέρ των καρδιοπαθών που είναι παντρεμένοι έχουν κληρονομικότητα στη νόσο και παίρνουν φάρμακα από ψυχίατρο.

Ερευνώντας το ψυχοπαθολογικό προφίλ των τριών ομάδων ως προς το μορφωτικό επίπεδο, τα άτομα της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, παρουσιάζουν υψηλότερους μέσους ορούς στον ψυχαναγκασμό και ψυχωτισμό.

Τέλος, παρατηρούμε ότι η σημαντικότερη, ωστόσο, ψυχική συμπτωματολογία είναι της κατάθλιψης με απαισιοδοξία για την έκβαση, φόβο θανάτου, έλλειψη πρωτοβουλιών, χαλάρωση της πνευματικής απόδοσης, απομόνωση από τους φίλους με αισθήματα μειονεξίας και «γρίνιας» προς τους οικείους ή και το νοσηλευτικό προσωπικό. Ορισμένες σωματικές επιπτώσεις της νόσου είναι φυσικό να επιδεινώνουν το καταθλιπτικό συναίσθημα. Η αναγκαστικά αυστηρή δίαιτα αποτελεί περιοριστικό παράγοντα στις κοινωνικές σχέσεις του αρρώστου, ενώ για αρκετούς η παράβασή της δείχνει έναν έμμεσο τρόπο αντίδρασης. Η σεξουαλική ανεπάρκεια επιφέρει περαιτέρω ψυχολογική επιβάρυνση. Τα αίτια δεν είναι μόνο βιολογικά, γι' αυτό πρέπει να προσεχθεί η επίδραση του άγχους και της κατάθλιψης στην σεξουαλική λειτουργία, η αλλαγή των ρόλων μέσα στην οικογένεια, η συμπεριφορά του/της συντρόφου κ.λ.π.

Ως προς το φύλο δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές άγχους μεταξύ γυναικών και ανδρών, αλλά βρέθηκε ότι οι γυναίκες έχουν υψηλότερους μέσους όρους από τους άνδρες. Πολλές επιδημιολογικές μελέτες καταλήγουν σε παρόμοια αποτελέσματα, τόσο στην Ελλάδα, όσο και στο εξωτερικό ¹¹⁷, ότι τα αυξημένα επίπεδα άγχους φαίνεται να σχετίζονται θετικά με τη συνολική θνησιμότητα ¹¹⁸.

Σύμφωνα με μία άλλη μεγάλη προοπτική μελέτη, των Nabi H et al. το 2010, φαίνεται ότι τα σωματικά συμπτώματα του άγχους (ταχυπαλμία, αρρυθμία, εφίδρωση μυϊκοί σπασμοί) σχετίζονται ισχυρά με αυξημένο κίνδυνο στεφανιαίας νόσου στις γυναίκες ¹¹⁹. Η ισχυρή αυτή συσχέτιση αιτιολογείται πιθανόν και από το γεγονός ότι το άγχος ευνοεί την εμφάνιση στεφανιαίας νόσου στις γυναίκες μέσω αλλαγών στο επίπεδο των οιστρογόνων και της νεύρο –ενδοκρινικής λειτουργίας¹²⁰. Η μελέτη αυτή συμφωνεί και με άλλες μελέτες που συσχετίζουν τους ψυχολογικούς παράγοντες και κυρίως το άγχος με τη στεφανιαία νόσο ¹²¹. Βέβαια, σύμφωνα με μια συστηματική ανασκόπηση 12 μελετών, στις οποίες αξιολογήθηκαν κλινικά καταστάσεις όπως το έμφραγμα του μυοκαρδίου και ο καρδιακός θάνατος, 5 μόνο έδειξαν σημαντική συσχέτιση, 3 οριακά σημαντική συσχέτιση, ενώ 4 έδειξαν πως δεν υπάρχει σχέση μεταξύ δεικτών άγχους και καρδιακών επεισοδίων ¹²². Στην ίδια μελέτη και όσον αφορά το γυναικείο φύλο

μόνο, όλοι οι δείκτες του άγχους συσχετίζονταν έντονα με αυξημένο κίνδυνο στεφανιαίας νόσου. Ακόμα και όταν λήφθηκαν υπόψη όλοι οι συγχυτικοί παράγοντες παρέμενε ισχυρή η συσχέτιση των σωματικών συμπτωμάτων του άγχους με τον κίνδυνο εμφάνισης στεφανιαίας νόσου στις γυναίκες^{122,123}.

Επίσης, το στρες και το άγχος μπορεί να είναι αιτίες καρδιακής πάθησης δημιουργώντας στένωση των στεφανιαίων αρτηριών¹²⁴. Οι συνέπειες είναι αυξημένος κίνδυνος για καρδιακή προσβολή, καρδιακές αρρυθμίες όπως κολπική μαρμαρυγή και καρδιακός θάνατος^{124,125}. Σύμφωνα με άλλες μελέτες, μόνο το 19% των αντρών και το 31% των γυναικών, θα αναπτύξουν κάποιο είδους διαταραχή άγχους στη ζωή τους¹²⁵. Οι μεγάλες διαφορές που ανευρίσκονται στα δύο φύλα, διαφαίνονται από πολύ μικρή ηλικία, αυτή των 6 ετών όπου τα κορίτσια εμφανίζουν διπλάσιες πιθανότητες από τα αγόρια να αναπτύξουν κάποια αγχώδη διαταραχή. Γενικευμένες αγχώδεις διαταραχές και κρίσεις πανικού είναι δύο φορές πιο συνηθισμένες στις γυναίκες από ότι στους άντρες¹²⁶. Η εκδήλωση του άγχους κατά τη διάρκεια ζωής των γυναικών οφείλεται στις διακυμάνσεις των ορμονών τους¹²⁵. Η διαταραχή πανικού, που είναι μια αγχώδης διαταραχή (5% στις γυναίκες, 2% στους άντρες στην Αμερική), σχετίζεται ισχυρά με τη στεφανιαία νόσο που αποτελεί και πρώτη αιτία θανάτου στις γυναίκες¹²⁷.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Από τα αποτελέσματα της παρούσας εργασίας συμπεραίνεται ότι το προφίλ των ασθενών με στεφανιαία νόσο είναι αρκετά επιβαρυσμένο το πρώτο διάστημα της νοσηλείας τους. Το φύλο, ο αριθμός στεφανιαίων επεισοδίων και η ηλικία εκδήλωσης της νόσου σχετίζεται με το άγχος και το φοβικό άγχος.

Η δυνατότητα αντιμετώπισης της νόσου χωρίς την παρουσία υπερβολικού άγχους και κατάθλιψης είναι ο στόχος που πρέπει να τίθεται για όλους τους ασθενείς (όσο βαριά και αν νοσοούν).

Αν το άγχος κριθεί ότι αποτελεί αντίδραση του ασθενούς στη νόσο, πρέπει να διερευνηθεί το νόημα που αποδίδει εκείνος στη νόσημά του, το οποίο συχνά μπορεί να συνδέεται με φόβους απόρριψης ή απομόνωσης, απώλειας ελέγχου, μόνιμης σωματικής βλάβης ή και θανάτου. Πρέπει επίσης να διερευνηθούν τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα του ασθενούς, οι υποστηρικτικές δυνατότητες του περιβάλλοντός του, οι ανάγκες καθώς και οι μηχανισμοί της προσωπικότητας του ασθενούς με τους οποίους προσπαθεί να διαχειριστεί τα προβλήματα και το άγχος του.

Πρέπει ωστόσο να τονιστεί ότι η παρουσία σωματικής νόσου και των προβλημάτων που αυτή συνεπάγεται δεν «δικαιολογεί» απολύτως την ύπαρξη άγχους ή κατάθλιψης. Αν και, η συχνότητα άγχος και κατάθλιψη είναι μεγάλη σε ασθενείς με σωματικά νοσήματα, ένα επίσης μεγάλο ποσοστό των ασθενών αυτών δεν παρουσιάζουν άγχος ή κατάθλιψη, μολονότι μπορεί να νοσοούν σοβαρά από τη σωματική τους διαταραχή.

ΑΓΧΟΣ ΚΑΙ ΦΟΒΙΚΟ ΑΓΧΟΣ ΣΤΗ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟ

Περίληψη

Εισαγωγή: Το άγχος μαζί με το φοβικό άγχος είναι συναισθηματικά βιώματα που αποτελούνται από σύνθετες δυνάμεις, γνωστικές, βιολογικές και δυνάμεις συμπεριφοράς που ανακύπτουν ύστερα από αλληλεπίδραση του ατόμου με το περιβάλλον.

Σκοπός της παρούσης εργασίας ήταν η διερεύνηση των επιπέδων άγχους και φοβικού άγχους σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο και στην σκιαγράφηση του ψυχοπαθολογικού προφίλ τους.

Υλικό & Μέθοδος: Τον πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν 202 ασθενείς με στεφανιαία νόσο που νοσηλεύονταν σε δύο δημόσια νοσοκομεία του νομού Αττικής. Για τη συλλογή των στοιχείων χρησιμοποιήθηκε το ψυχομετρικό εργαλείο της κλίμακας ελέγχου συμπτωμάτων S.C.L.-90-R. Για την ανάλυση των στοιχείων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS-17 και η μέθοδος t-test, Anova.

Αποτελέσματα: Το σύνολο των ασθενών με στεφανιαία νόσο είναι 202 άτομα. Ο αριθμός των ανδρών ήταν 120 άτομα και των γυναικών 82. Το προφίλ των ασθενών έχει έντονη ψυχοπαθολογία. η κατάθλιψη βρίσκεται στην πρώτη θέση με μέσο όρο (67,43), ακολουθεί η σωματοποίηση με (66,51), αμέσως μετά είναι το άγχος (65,96) η διαπροσωπική ευαισθησία με (64,15), το φοβικό άγχος (63,10), ο ψυχωτισμός (61,99) η επιθετικότητα (61,56) ο ψυχαναγκασμός (61,45) και τέλος ο παρανοειδής ιδεασμός (60,88). Από τη στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων φάνηκε, ότι οι άντρες έχουν μεγαλύτερα ποσοστά κατάθλιψης από της γυναίκες με $p=0,031$. Οι μεγαλύτεροι σε ηλικία ασθενείς σωματοποιούν το άγχος τους με $p=0,033$. Όσοι έχουν κάνει περισσότερα του ενός επεισόδια παρουσιάζουν μεγαλύτερα ποσοστά κατάθλιψης και φοβικού άγχους με $p=0,011$ και $p=0,001$. Όσοι ασθενείς δεν έχουν κληρονομικότητα παρουσιάζουν έναντι αυτών που έχουν, στατιστικά σημαντική διαφορά στην διαπροσωπική ευαισθησία $p=0,009$ και στον ψυχωτισμό $p=0,040$. Όσοι κάνουν χρήση αγχολυτικών παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική διαφορά σχεδόν σε όλους τους παράγοντες.

Συμπεράσματα: Από τα αποτελέσματα της παρούσας εργασίας συμπεραίνεται ότι το προφίλ των ασθενών με στεφανιαία νόσο είναι αρκετά επιβαρυσμένο. Το φύλο, ο αριθμός στεφανιαίων επεισοδίων που έχει περάσει ο ασθενής και η ηλικία εκδήλωσης της νόσου σχετίζεται με το άγχος και το φοβικό άγχος.

ANXIETY AND PHOBIC ANXIETY IN CORONARY ARTERY DISEASE

Summary

Introduction: Both anxiety and phobic anxiety are emotional reactions consisting of complex cognitive, biological, and behavioral forces that arise after the individual's interaction with the environment.

Purpose: The purpose of this study was the investigation of anxiety and phobic anxiety levels in patients with coronary artery disease and the outline of their psychopathological profile.

Material & Method: The population of the study was consisted of 202 patients with coronary heart disease hospitalized in two public hospitals of Attica. For the data collection it was used the psychometric tool of symptoms control scale S.C.L.-90-R. For the data analysis there was used both the package SPSS-17 and the t-test, Anova method.

Results: The total number of participating patients with coronary artery disease 202 persons; of them 120 were men and 82 women. The profile of the patients was heavy psychopathology. The Depression is in first place with average (67,43), followed by somatization (66,51), phobic anxiety (63,10), and immediately after follows the anxiety (65,96), the interpersonal sensitivity (64,15), the phobic anxiety (63,10), the psychoticism (61,99), the aggression (61,56), the compulsion (61,45), and finally the paranoid ideation (60,88). According the statistical analysis of the results men show higher rates of depression than women with $p=0,031$, while older patients somatize their anxiety with $p=0,033$. Patients who have experienced more than one attacks show higher rates of depression and phobic anxiety with $p=0,011$ and $p=0,001$, respectively. Patients with heredity versus patients with no heredity show statistically significant difference in interpersonal sensitivity with $p=0,009$ and psychoticism $p=0,040$. Those who use anxiolytics show statistically significant difference in almost all the factors.

Conclusions: From the results of this study it is concluded that the profile of patients with coronary artery disease is quite weary. Factors like patient's sex, number of experienced coronary attacks, the age of the disease's onset as well as the occupation are closely associated with anxiety and phobic anxiety.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Katon W. Sullivan MD. Depression and chronic medical illness. J Clin Psychiatry 1990. Vol 51 Supp 6, pp 3-11.
2. Sellick SM. Crooks DL. Depression and cancer: an appraisal of literature for prevalence, detection, and practice guideline development for psychological interventions. Psychol Oncology 1999, Vol 8, pp 315-333.
3. Eich, W. and Hahn, P., Victor von Weizacker (1886-1957) and German Psychosomatic Medicine Psychosomatic Medicine past and Future New York and London: Plenum Press 1987.
4. Yusuf S, Reddy S, Ounpuu S, Anand S. Global burden of cardiovascular diseases: part I: general considerations, the epidemiologic transition, risk factors, and impact of urbanization. Circulation. 2001, Vol 104, Supp 22, pp2746-53.
5. Douglas S, Daly B., Kelley C, O'Toole E, Montenegro H. Chronically Critically Ill Patients: Health-Related Quality of Life and Resource Use After a Disease Management Intervention. Am J Crit Care. 2007. Vol 16, Supp 5, pp 447–457.
6. Chockalingam A, Balaguer-Vintro I, Achutti A, de Luna AB, Chalmers J, Farinero E, et al. The World Heart Federation's white book: impending global pandemic of cardiovascular diseases: challenges and opportunities for the prevention and control of cardiovascular diseases in developing countries and economies in transition. Can J Cardiol. 2000 Vol 16, Supp 2, pp 227-9.
7. Barlow DH. Anxiety and Its Disorders. Guilford Press; New York, NY: 1988.
8. Kubzansky LD, Kawachi I, Weiss ST, Sparrow D. Anxiety and coronary heart disease: a synthesis of epidemiological, psychological, and experimental evidence. Ann Behav Med. 1998, Vol 20, pp47–58.
9. Γιαννίτση, Σ.,. Ψυχοσωματική και Ομαδική Ψυχοθεραπεία. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1997

10. Kaplan BI, Sadock BJ. The Comprehensive Textbook of Psychiatry. Williams & Wilkins, Baltimore 1995
11. Luepker RV, Apple FS, Christenson RH, et al: Case definitions for acute coronary heart disease in epidemiology and clinical research studies: a statement from the AHA Council on Epidemiology and Prevention. Circulation. 2003, Vol 108 Supp 20, pp 2543-9.
12. Chin SP, Jeyaindran S, Azhari R, Wan Azman WA, Omar I, Robaayah Z, Sim KH. Acute coronary syndrome (ACS) registry--leading the charge for National Cardiovascular Disease (NCVD) Database. Med J Malaysia. 2008 Vol Sep.63, Suppl C, pp 29-36.
13. Στεργίου ΓΣ, Θωμοπούλου ΓΧ, Σκεύα ΕΗ, Μουντοκαλάκης ΘΔ. Επιπολασμός, αναγνώριση και έλεγχος της υπέρτασης σε ελληνικό πληθυσμό. Η Μελέτη των Διδύμων. Ιατρική 1999, Τομ.76, σελ. 431-438.
14. Στεφανάδης Χ. Παθήσεις της καρδιάς. Εκδ. Πασχαλίδης, Αθήνα, 2005.
15. Gan S, Beaver S, Houck P, MacLehose R, Lawson H, Chan L. Treatment of acute myocardial infarction and 30-day mortality among women and men. NEJM 2000; Vol 343 Supp1, pp 8-15.
16. Euro Heart Survey A.C.S. Hasday et al. European Heart Journal 2000, 21:1406-32
17. Παναγιωτάκος Δ., Κουρλαμπά Γ., Επιδημιολογία των παραγόντων κινδύνου στην Ελλάδα. Καρδιαγγειακή Επιδημιολογία 2005.
18. Ramsay LE, Williams B, Johnston GD, et al. Guidelines for management of hypertension: report of the third working party of the British Hypertension Society. J Hum Hypertens 1999. Vol 13, pp 569-592.
19. Wenaweser P., Windecker S. Acute Coronary Syndromes. Herz. 2008 Vol Jan. 33, Supp 1, pp25-37.
20. Cheitlin MD. Armstrong WF, et al: ACC/AHA/ASE guidelines update for the clinical application of echocardiography 2003.
21. Armstrong D. 1986 "The Problem of the Whole-Person in Holistic Medicine". Holistic Med. Vol. 1, p.p. 27-36.
22. Antman EM, Decision making with cardiac troponin tests. N Engl J Med. Vol346, pp2079, 2002.

23. De Lemos JA, Morrow DA, et al: Early noninvasive detection of failed epicardial reperfusion after fibrinolytic therapy. *Am J Cardiol* 2001;Vol88, pp353.
24. Cheitlin MD, Armstrong WF, et al: ACC/AHA/ASE guidelines update for the clinical application of echocardiography 2003.
25. Elliott M, Antman, Eugene Braunwald: Έμφραγμα του μυοκαρδίου με ανάρπασση του ST διαστήματος: Παθολογία, Παθοφυσιολογία και κλινική εικόνα. Braunwald Καρδιολογία. Τόμος 2ος. Κεφάλαιο 46 Έκδοση 7η 2005.
26. Pfisterer M: Right ventricular involvement in myocardial infarction and cardiogenic shock. *Lancet* 362: 392,2003
27. Braunwald E: Καρδιολογία, 7η έκδοση. Ελληνική μετάφραση, Μενδορ2005
28. Rutherford JD, Pfeffer MA, et al: Effects of captopril on ischemic events after myocardial infarction. Results of the Survival and Ventricular Enlargement Trial. *Circulation* 90: 1731, 1994.
29. Omato JP, Hand MM, et al: Warning signs of a heart attack. *Circulation* 104:1212,2001.
30. Pfeffer MA: Left ventricular remodelling after acute myocardial infarction. *Ann Rev Med* 46:455, 1995.
31. Yusuf S: Two decades of progress in preventive vascular disease. *Lancet* 2002; 360:2-3.
32. Hennekens CH: A Companion to Braunwald's Heart Disease. Philadelphia. WB Saunders, 1999.
33. Αλεβίζος Β., «Άγχος και αγχώδεις διαταραχές», Πρακτικά 23^{ου} ετήσιου Πανελληνίου Ιατρικού Συνεδρίου, εκδ., Αθήνα 1997
34. Liddel HS, The role of vigilance in development of animal neurosis, in P. Hosh and I. Zubin, ed. *Auxienty*. Grunne and Stratton, New York 1949.
35. Kaplan H.I., Sadock B.J., «Synopsis of Psychiatry», 8th ed. Williams and Wikins, Baltimore 1998.
36. Arieti S., *The intrapsychic self* Basic Books, 1967.
37. Σολδάτος Κ. Άγχος και κατάθλιψη: Εκδηλώσεις και αντιμετώπιση στην Γενική Ιατρική. Πρακτικά 25^{ου} Ιατρικού Συνεδρίου, Ιατρική Εταιρεία Αθηνών, Αθήνα 1999, σελ.103-109.

38. Kawachi I , Colditz GA, et.al . Prospective study of phobic anxiety and risk of coronary heart disease in men. *Circulation*, 1994;89:1992-1997
39. Σακκάς Π. Άγχος και κατάθλιψη σε καρδιολογικούς και καρδιοχειρουργικούς αρρώστους. Πρακτικά 25^{ου} Ιατρικού Συνεδρίου, Ιατρική Εταιρεία Αθηνών, Αθήνα 1999, σελ.109-116.
40. Mavreas VG., Beis A., Mouyias A., Rigoni F., Lyketsos GC. Prevalence of Psychiatric Disorders in Athens, *Soc Psychiatry* 1986;21, σ. 172-181.
41. Du Pont RL., Rice DP., Miller LS., Shiraki SS., Rowland CR., Harwood HJ. Economic costs of anxiety. *Anxiety* 1996; 2:167-172.
42. Εταιρία Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας (ΕΠΑΨΥ), Από την προκατάληψη στη συμβίωση, Αθήνα 2001.
43. Andlin-Sobocki P., Jönsson B., Wittchen H., Olesen J. Cost of disorders of brain in Europe. *Eur J Neurol* 2005; 12:1-27.
44. http://psycosynthesis.blogspot.com/2008/04/blog-post_2049.html. (22-7-2009)
45. http://psycosynthesis.blogspot.com/2008/04/blog-post_177.html (10-8-2009)
46. Ράμμος Γ., Ζιάκκα Σ. Από το ψυχοκοινωνικό stress στην αγγειακή αναδιαμόρφωση και την αθηροσκλήρυνση. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 2007, τομ. 24,τεύχος3,σελ 232-242.
47. Rozanski A., Blumenthal JA., Kaplan J. Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. *Circulation* 1999. Vol 99, pp2192–2217.
48. Esler M., Kaye D. Sympathetic nervous system activation in essential hypertension, cardiac failure and psychosomatic heart disease. *J Cardiovasc Pharmacol* 2000. Vol 35, pp1–7.
49. Julius S. The evidence for a pathophysiologic significance of the sympathetic overactivity in hypertension. *Clin Exp Hypertens* 1996. Vol18, pp305–321.
50. Xiao L., Pimental DR., Amin JK., Singh K., Sawyr DB., Colucci WS. MEK1/2- ERK1/2 mediates alpha1-adrenergic receptor-stimulated

- hypertrophy in adult rat ventricular myocytes. *J Mol Cell Cardiol* 2001. Vol33, pp779–787.
51. Skantze HB., Kaplan J., Petterson K., Manuck S., Blomqvist M., Kyes R et al. Psychosocial stress causes endothelial injury in cynomolgus monkeys via beta1-adrenoreceptor activation. *Atherosclerosis* 1998. Vol136, pp153–161.
52. Στεφανάδης Χ. Το στρες αυξάνει έως και 50% τον κίνδυνο εμφράγματος. <http://www.healthview.gr> (Διεθνές Συνέδριο Καρδιαγγειακής Ιατρικής CARDIO ATHENA 2009). (10-8-2009)
53. Βυσσούλης Γ. Αρτηριακή Υπέρταση στο Παθήσεις της Καρδιάς, συγγρ. Στεφανάδης Χ., εκδ. Πασχαλίδης, Αθήνα 2005.
54. Σακκάς Π. Άγχος και Σωματικές Νόσοι στο Άγχος Ιατρικές και Κοινωνικές Διαστάσεις, συγγρ. Αλεβίζος Β., εκδ. Βήτα medical arts, Αθήνα 2008.
55. Krantz DS., Kop WJ., Santiago HT., Gottdiener JS. Mental stress as a trigger of myocardial ischemia and infarction. *Cardiol Clin* 1996. Vol 14, pp271-287.
56. Kawachi I., Colditz GA., Ascherio A., Rimm EB., Giovannucci E., Stampfer MJ. et al. Prospective study of phobic anxiety and risk of coronary heart disease in men. *Circulation* 1994. Vol 89, pp1992-1997.
57. Kubzansky LD., Kawachi I., Weiss ST., Sparrow D. Anxiety and coronary heart disease: a synthesis of epidemiological, psychological, and experimental evidence. *Ann Behav Med* 1998, Vol 20, pp47–58.
58. <http://www.healthview.gr> (10-8-2009)
59. Hawton K. *Sex Therapy: A Practical Guide*, Oxford University Press, Oxford 1985.
60. Kaplan HS. *Sexual Aversion, Sexual Phobias and Panic Disorder*. New York 1987.
61. Βαϊδάκης Ν. Άγχος και σεξουαλική λειτουργία στο Άγχος Ιατρικές και Κοινωνικές Διαστάσεις, συγγρ. Αλεβίζος Β., εκδ. Βήτα medical arts, Αθήνα 2008,
62. Manuck S., Cohen S., Rabin B., Muldoon M., Buchen E. Individual differences in cellular immune response to stress. *Psychol Sci* 1991. Vol 2, pp111-115.
- 63 National Institute of Mental Health, «Depression and heart disease», <http://www.nimh.nih.gov/publicat/depheart.cfm> (19/4/2005).

- 64 Rosenbaum JF, Pollack MH: Anxiety. In Vassem N (Ed):MGH Handbook of General Hospital Psychiatry, 3d ed, Mosby, St Louis, 1991
- 65 Trimble MR: Biological Psychiatry, 2nd ed., J Wiley & Sons, New York, 1996
- 66 Gorman JM, Liebowitz MR, Fyer AJ, et al: A neuroanatomical hypothesis for panic disorder. Am J Psychiatry 1989, Vol146, pp 148-161.
- 67 Moore KA, Burrows GD: Stress and mental health. In CL Cooper (Ed): Handbook of stress, medicine and health. CRC Press, Florida, 1995
- 68 Engel GL: From biomedical to biopsychosocial. Psychother Psychosom 1997 Vol 66, pp 57-62.
- 69 Goldberg RJ: Anxiety: A guide to biobehavioral diagnosis for clinicians and mental health clinicians. Free Press, New York, 1982
- 70 Μάνου Ν., «Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής», εκδ., University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1997.
- 71 Wise MG, Rundell JR: Consultation Psychiatry. American Psychiatric Press, Washington DC, 1988
- 72 Freud S. Inhibitions, symptoms, and anxiety. Vol.XX in Standard Ed., London, Hogarth Press 1959 (orig. publ.1926).
- 73 Παπακώστας ΙΓ: Γνωσιακή Ψυχοθεραπεία: Θεωρία και Πράξη. Ινστιτούτο Έρευνας και Συμπεριφοράς, Αθήνα 1994
- 74 Starkman MN, Zelnick TC, Nesse RM, et al: A study of anxiety in patients with pheochromocytoma. Arch Intern Med 1985 Vol 145, pp 248-252.
- 75 Harper M, Roth M: Temporal lobe epilepsy and the phobic-anxiety-depersonalization syndrome. Compr Psychiatry 1969, Vol 3, pp 129-151.
- 76 Hall RCW, Gardner ER, Popkin MK, et al: Unrecognized physical illness prompting psychiatric admission: a prospective study. Am J Psychiatry 1981, Vol 138, pp 629-635,
- 77 Middelboe T, Mortensen EL: Coping strategies among the long-term mentally ill: categorization and clinical determinants. Acta Psychiatr Scand 1997, Vol 96. pp 188-194
- 78 Atkinson RL, Atkinson RC, Smith EE, et al: Hilgard's introduction to Psychology 12th ed. Harcourt, Brace College Publ. ,Florida, 1996
- 79 Kroeber TC: The coping functions of the ego mechanisms. In White RW (ed): The study of lives. Atherton Press, New York, 1963
- 80 Lazarus R, Folkman S: Stress, appraisal, and coping. Springer, New York,1984

- 81 Gottlieb BH: Theories and practices of mobilizing support in stressful circumstances. In CL Cooper (Ed): Handbook of stress, medicine and health. CRC Press, Florida, 1995
- 82 Faragher BE: Life events, coping and cancer. In CL Cooper (Ed): Handbook of stress, medicine and health. CRC Press, Florida, 1995
- 83 Quick JD, Nelson DL, Matuszek PA: Social support, secure attachments, and health In CL Cooper (Ed): Handbook of stress, medicine and health. CRC Press, Florida, 1995
- 84 Kasl SV: Theory of stress and health. In CL Cooper (Ed): Handbook of stress, medicine and health. CRC Press, Florida, 1995
- 85 Cardium. Congestive heart failure. Waltham, Mass: Decision Resources, Inc., 1998
- 86 Atkinson RL, Atkinson RC, Smith EE et al. Hilgard's introduction to Psychology (12th ed). Harcourt, Brace College Publ., Florida, 1996.
- 87 Kroeber TC. The coping functions of the ego mechanisms. In: White RW (ed), The study of lives. Atherton Press, New York 1963.
- 88 Hall RCW, Gardner ER, Popkin MK et al. Unrecognized physical illness prompting psychiatric admission: a prospective study. Am J Psychiatry 1981, Vol 138, pp 629-635.
- 89 Harper M, Roth M. Temporal lobe epilepsy and the phobic-anxiety-depersonalization syndrome. Compr Psychiatry 1969, Vol 3, pp 129-151.
- 90 Schroder, K. et. al. Comparison of the diagnostic potential of four echocardiographic stress tests shortly after acute myocardial infarction: submaximal exercise, transesophageal atrial pacing, dipyridamole, and dobutamine-atropine. The American Journal of Cardiology. 1996, Vol 77 Supp 11, pp 909-914
- 91 Bambauer KZ, Locke SE, Aupont O, Mullan MG, McLaughlin TJ. Using the Hospital Anxiety and Depression Scale to screen for depression in cardiac patients. Gen Hosp Psychiatry 2005, Vol 27, pp 275-84.
- 92 Toth, JC. Is stress at hospital discharge after myocardial infarction greater in women than in men ? American Journal of Critical Care 1993, Vol 2, Supp 1, pp 35-40.
- 93 Tennant C. Life stress, social support and coronary heart disease. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 1999, Vol. 33, pp 636-641.

- 94 Freedman M, Rosenman RH. Type-A Behaviour pattern: its association with coronary heart disease. *Holistic Med* 1987. Vol 1, pp 57-73.
- 95 Costa PT, Stone SV, McCrae RR, Dembroski TM, Williams RB. Hostility, agreeableness-antagonism, and coronary heart disease. *Holistic Med* 1987, Vol 2, pp161-167.
- 96 Begache A. Malades Psychosomatiques in *Psychologie Pathologique. Abreges* (3e edition), Masson 1982, pp. 205-211.
- 97 Freeman LJ, Nixon PGF. Emotional state and coronary artery disease: a literature Review. *Holistic Med* 1987, Vol 1, pp145-154.
- 98 Manuck SB et al. The pathogenicity of behaviour and its neuroendocrine mediation: an example from coronary artery disease. *Psychosom Med* 1995. Vol 57, pp 275-283.
- 99 Duits A A, Boeke S, Taams MA et al, Prediction of quality of life 12 months after coronary artery bypass graft surgery a review and evaluation of multiple, recent studies. *Psychosom. Med* 1997, Vol 59, pp 257-268.
- 100 Ζέρβας Γ. Αγχώδεις διαταραχές. Μέσα στο συγγ. Σολδάτος Κ. Λύκουρας , Σύγγραμμα Ψυχιατρικής. Τόμος Α΄, ΒΗΤΑ Ιατρικές εκδόσεις Αθήνα, 2007
- 101 Lykouras L., Rontos I, Rontos K, Katsaras A, Markoulis T, Papasteriadis E, Christodoulou G. Detecting alcohol-related problems among general hospital patients with heart disease. *Psychoter psychosom* 2001, Vol 70, pp 25-29
- 102 Crowe JM, Runions J, Ebbesen LS et al. Anxiety and depression after myocardial infarction. *Heart Lung* 1996, Vol 25, pp 98-107.
- 103 Musselman DL, Marzec UM, Manatunga AK et al. Platelet reactivity in depressed patients treated with paroxetine: Preliminary findings. *Arch Gen Psychiatry* 2000, Vol 57, pp 875-882.
- 104 Musselman DL, Tomer A, Manatunga AK et al. Exaggerated platelet reactivity in major depression. *Am J Psychiatry* 1996, Vol 153, pp1212-1217.
- 105 Theodoropoulou S, Antipsychotics drugs and cardiovascular diseases. *Hellen Psych Gen Hospital* 2004, Vol 2, pp 9-13
- 106 Moser DK. The rust of life: impact of anxiety on cardiac patients. *Am J Crit Care* 2007, Vol 16, Supp 4 , pp 361-369.
- 107 Steptoe A., Brydon L. Emotional triggering of cardiac events. *Neurosci Biobehav Rev* 2009, Vol 33, Supp 2 pp 63-70.

- 108 Βάρβογλη Λ. Η νευροψυχολογία του στρες στην καθημερινή ζωή, εκδ. Καστανιώτη, Αθήνα 2006.
- 109 Barlow D. Anxiety and its disorders, 2th Edition, The Nature and Treatment of Anxiety and Panic, Guilford Press, New York 2004.
- 110 Leonard R. Derogatis. SCL-90-R Administration, Scoring, and Procedures Manual – Third Edition
- 111 Barlow DH. Anxiety and Its Disorders. Guilford Press; New York, NY: 1988.
- 112 Σταλίκας, Α. , Τριλίβα, Σ. , Ρούσση, Π. Τα Ψυχομετρικά Εργαλεία στην Ελλάδα. Εκδόσεις: Ελληνικά Γράμματα . Αθήνα 2002.
- 113 Bambauer KZ, Locke SE, Aupont O, Mullan MG, McLaughlin TJ. Using the Hospital Anxiety and Depression Scale to screen for depression in cardiac patients. Gen Hosp Psychiatry 2005 , Vol 27, pp 275-84.
- 114 Douglas S, Daly B., Kelley C, O'Toole E, Montenegro H. Chronically Critically Ill Patients: Health-Related Quality of Life and Resource Use After a Disease Management Intervention. Am J Crit Care. 2007, Vol 16, Supp 5, pp 447–457.
- 115 Κονταξάκης Β. Αγχώδεις διαταραχές και σωματικές παθήσεις. Πρακτικά 23^{ου} Ιατρικού Συνεδρίου, Ιατρική Εταιρεία Αθηνών, Αθήνα 1997, σελ. 105-110.
116. Βαϊδάκης Ν. Άγχος και σεξουαλική λειτουργία στο Άγχος Ιατρικές και Κοινωνικές Διαστάσεις, συγγ. Αλεβίζος Β., εκδ. Βήτα medical arts, Αθήνα 2008.
- 117 Μουδατσάκης Ν., Λουτσέτη Δ., Γιεσάκης Κ., Στρεβίνας Α., Φαρσαλινός Κ., Πλεξουσάκης Ε. και συν. Η χρήση του ερωτηματολογίου APAIS στην προεγχειρητική εκτίμηση των ασθενών. Ελληνική Αναισθησιολογία 2008, Τομ. 41, σελ. 97-101.
- 118 Eaker ED, Pinsky J, Castelli WR Myocardial infarction and coronary death among women: psychosocial predictors from a 20-year follow-up of women in the Framingham Study. Am J Epidemiol 1992, Vol 135, pp 854-864.
- 119 Nabi H, Hall M, Koskenvuo M, Singh-Manoux A, Oksanen T, Suominen S, Kivimaki M, Vahtera J. Psychological and somatic symptoms of anxiety and risk of coronary heart disease: the health and social support prospective cohort study. Biol Psychiatry 2010 (Feb. 15), Vol 67, Supp 4, pp 378-385.
- 120 Schuckit MA., «Anxiety related to medical disease», J. Clin Psychiatry 1983, Vol.11, Supp 44, pp. 31-36,.

- 121 Wittchen HU, Kessler RC, Pfister H, Lieb M. Why do people with anxiety disorders become depressed? A prospective-longitudinal community study. *Acta Psychiatr Scand* 2000, Vol 406, pp14-23.
- 122 . Cox BJ, Clara I. Neuroticism and physical disorders among adults in the community: Results from the National Co-morbidity Survey. *J Behav Med* 2006, Vol 29, pp 229-238.
- 123 Hamner J, Wilder B. Knowledge and risk of cardiovascular disease in rural Alabama women. *J Am Acad Nurse Pract.* 2008, Vol 20, Supp 6, pp 333-338.
- 124 Murberg TA., Bru E. Social relationships and mortality in patients with congestive heart failure. *J. Psychosom Res.* 2001, Vol 51, pp 521–527
- 125 Rozanski A, Blumenthal JA, Kaplan J. Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. *Circulation.* 1999, Vol 99, Supp16, pp 2192-217.
- 126 Lesperance F, Frasure-Smith N, Juneau M, Theroux P. Depression and 1-year prognosis in unstable angina. *Arch Intern Med* 2000, Vol 160, pp1354-1360
- 127 Tyner P., Baldwin D., Generalised anxiety disorder *Lancet* 2006, Vol 368 pp 2156-2166.

Παράρτημα

**Κλίμακα Έλέγχου Συμπτωμάτων (SCL - 90 - R)
(Symptom Checklist - SCL - 90 - R)**

Παρακάτω υπάρχει ένας κατάλογος με ενοχλήματα που έχουν μερικές φορές οι άνθρωποι.

Βάλτε σε κύκλο έναν από τους αριθμούς στο δεξιό μέρος, ώστε να δείχνει καλύτερα πόση ενοχληση σ'ας έχει προκαλέσει αυτό το πρόβλημα κατά τη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας.

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ:

ΗΛΙΚΙΑ:

ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ:

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ:

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:

ΠΟΣΟ ΕΝΟΧΛΗΘΗΚΑΤΕ ΑΠΟ:

ΚΑΘΟΛΟΥ ΛΙΓΟ ΜΕΤΡΙΑ ΑΡΚΕΤΑ ΠΟΛΥ

1.	Πονοκεφάλους	0	1	2	3	4
2.	Νευρικότητα ή έσωτερική τρεμούλα	0	1	2	3	4
3.	Έπαναλαμβανόμενες δυσάρεστες σκέψεις που δεν φεύγουν από το μυαλό σας	0	1	2	3	4
4.	Λιποθυμία ή ζαλάδα	0	1	2	3	4
5.	Απώλεια σεξουαλικού ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης	0	1	2	3	4
6.	Διάθεση να κατακρίνετε τους άλλους	0	1	2	3	4
7.	Τήν ιδέα ότι κάποιος ελέγχει τις σκέψεις σας	0	1	2	3	4
8.	Αίσθηση ότι οι άλλοι φταίνε για τα προβλήματά σας	0	1	2	3	4
9.	Δυσκολία να θυμάστε διάφορα πράγματα	0	1	2	3	4
10.	Άνισυχία ότι είστε απεριποίητος, ατημέλητος ή απερίσκεπτος	0	1	2	3	4
11.	Αισθάνεστε ότι νευριάζετε ή έρεθίζεστε εύκολα	0	1	2	3	4
12.	Πόνοι στην καρδιά ή στο θώρακα	0	1	2	3	4
13.	Αισθάνεστε φόβο όταν βρίσκεστε σε ανοικτούς χώρους ή στους δρόμους	0	1	2	3	4
14.	Αισθάνεστε ύποτονικός, αδρανής, άποδυναμωμένος	0	1	2	3	4
15.	Σκέψεις αυτοκτονίας	0	1	2	3	4
16.	Άκουτε φωνές που οι άλλοι δεν ακούν	0	1	2	3	4
17.	Τρέμετε	0	1	2	3	4
18.	Αισθάνεστε ότι δεν μπορείτε να εμπιστευθείτε τους περισσότερους ανθρώπους	0	1	2	3	4
19.	Άνορεξία	0	1	2	3	4
20.	Κλαίτε εύκολα	0	1	2	3	4
21.	Αισθάνεστε ντροπαλός ή όχι άνετα με το άλλο φύλο	0	1	2	3	4
22.	Αίσθημα ότι έχετε μπλεχτεί ή παγιδευτεί	0	1	2	3	4
23.	Ξαφνικά φοβάστε χωρίς κανένα λόγο	0	1	2	3	4

24.	Έκρηξις όργης πού δέν μπορείτε νά έλέγξετε	0	1	2	3	4
25.	Φοβάστε νά βγείτε μόνος από τό σπίτι	0	1	2	3	4
26.	Κατηγορείτε τόν έαυτό σας γιά διάφορα πράγματα	0	1	2	3	4
27.	Πόνους στή μέση	0	1	2	3	4
28.	Αισθάνεσθε ότι έμποδίζεστε νά κάνετε αυτό πού θέλετε	0	1	2	3	4
29.	Αισθάνεσθε μοναξιά	0	1	2	3	4
30.	Αισθάνεσθε κακοκεφιά	0	1	2	3	4
31.	Άντισυγείτε υπερβολικά γιά διάφορες καταστάσεις	0	1	2	3	4
32.	Δέν βρίσκετε ένδιαφέρον σέ τίποτα	0	1	2	3	4
33.	Νοιώθετε φοβισμένος	0	1	2	3	4
34.	Τά αισθήματά σας εύκολα πληγώνονται	0	1	2	3	4
35.	Οί άλλοι γνωρίζουν τίς προσωπικές σας σκέψεις	0	1	2	3	4
36.	Αισθάνεσθε ότι οι άλλοι δέν σάς καταλαβαίνουν ή δέν σάς συμπονοϋν	0	1	2	3	4
37.	Αισθάνεσθε ότι οι άλλοι είναι έχθρικοί ή σάς αντιπαθοϋν	0	1	2	3	4
38.	Πρέπει νά ενεργείτε πολύ άργά ώστε νά είστε σίγουρος ότι δέν έχετε κάνει λάθος	0	1	2	3	4
39.	Αίσθημα καρδιακών παλμών ή ταχυκαρδία	0	1	2	3	4
40.	Ναυτία ή σωματικές διαταραχές	0	1	2	3	4
41.	Αισθάνεσθε κατώτερος από τούς άλλους	0	1	2	3	4
42.	Πόνο στους μϋς	0	1	2	3	4
43.	Αισθάνεσθε ότι σάς παρακολουθοϋν ή μιλοϋν γιά σάς	0	1	2	3	4
44.	Άϋπνίες	0	1	2	3	4
45.	Πρέπει νά έλέγξετε ξανά και ξανά ό,τι κάνετε	0	1	2	3	4
46.	Δυσκολεύεστε νά παίρνετε αποφάσεις	0	1	2	3	4
47.	Φοβάστε νά ταξιδεύετε μέ λεωφορείο ή τραίνο	0	1	2	3	4
48.	Δύσπνοια	0	1	2	3	4
49.	Αισθάνεσθε ζέστη ή κρύο	0	1	2	3	4
50.	Νοιώθετε ότι πρέπει νά αποφεύγετε μερικά πράγματα, μέρη ή ασχολίες γιατί σάς φοβίζον	0	1	2	3	4
51.	Άδειάζει τό μυαλό σας	0	1	2	3	4
52.	Αισθάνεσθε μούδιασμα ή έλαφρύ πόνο σέ τμήματα του σώματός σας	0	1	2	3	4
53.	Έχετε ένα κόμπο στό λαιμό	0	1	2	3	4
54.	Δέν έχετε έλπίδες γιά τό μέλλον	0	1	2	3	4
55.	Δυσκολεύεσθε νά συγκεντρωθείτε	0	1	2	3	4
56.	Αισθάνεσθε άδυναμία σέ τμήματα του σώματός σας	0	1	2	3	4

57.	Αισθάνεσθε τεντωμένα τὰ νεύρα σας ή γεμάτος αγωνία	0	1	2	3	4
58.	Νοιώθετε βάρος στά χέρια ή στά πόδια	0	1	2	3	4
59.	Έχετε σκέψεις θανάτου ή ότι πεθαίνετε	0	1	2	3	4
60.	Τρώτε παραπάνω από τό κανονικό	0	1	2	3	4
61.	Δέν αισθάνεστε άνετα όταν σās κοιτάνε ή όταν μιλούν για σās.	0	1	2	3	4
62.	Έχετε σκέψεις που δέν είναι δικές σας	0	1	2	3	4
63.	Έχετε παρορμήσεις να χτυπήσετε, να τραυματίσετε ή να βλάψετε κάποιον	0	1	2	3	4
64.	Ξυπνάτε πολύ νωρίς τό πρωί	0	1	2	3	4
65.	Πρέπει να επαναλαμβάνετε τίς ίδιες πράξεις π.χ. να άγγίζετε κάτι ή να κλένετε	0	1	2	3	4
66.	Κοιμάστε άνήσυχα ή μέ διακοπές	0	1	2	3	4
67.	Σās έρχεται να σπάσετε πράγματα	0	1	2	3	4
68.	Έχετε ιδέες και άπόψεις που οι άλλοι δέν συμμερίζονται	0	1	2	3	4
69.	Νοιώθετε πολύ συνεσταλμένος	0	1	2	3	4
70.	Δέν αισθάνεστε άνετα όταν βρίσκεστε μέσα σε κλήθος π.χ. στά καταστήματα ή στον κινηματογράφο	0	1	2	3	4
71.	Νοιώθετε ότι για τό παραμικρό πράγμα πρέπει να κάνετε προσπάθεια	0	1	2	3	4
72.	Έχετε περιόδους με τρόμο ή πανικό	0	1	2	3	4
73.	Δέν αισθάνεστε άνετα να τρώτε ή να πίνετε δημόσια	0	1	2	3	4
74.	Τσακώνεστε συχνά	0	1	2	3	4
75.	Αισθάνεστε νευρικότητα όταν μένετε μόνος	0	1	2	3	4
76.	Νοιώθετε ότι οι άλλοι δέν εκτιμούν όσο πρέπει αυτά που κάνετε	0	1	2	3	4
77.	Αισθάνεστε μοναξιά ακόμη και όταν βρίσκεστε μέ κόσμο	0	1	2	3	4
78.	Είστε τόσο άνήσυχος ώστε δέν μπορείτε να μένετε σε μία θέση	0	1	2	3	4
79.	Αισθάνεστε ότι δέν αξίζετε	0	1	2	3	4
80.	Έχετε τό προαίσθημα ότι κάτι κακό θα συμβεί	0	1	2	3	4
81.	Φωνάζετε ή πετάτε πράγματα	0	1	2	3	4
82.	Φοβάστε ότι θα λιποθυμήσετε όταν είστε μέ πολύ κόσμο	0	1	2	3	4
83.	Αισθάνεστε ότι οι άλλοι θα σās εκμεταλευτούν αν τους αφήσετε	0	1	2	3	4
84.	Έχετε σκέψεις για σεξουαλικά θέματα που σās άπασχολούν πάρα πολύ	0	1	2	3	4

85.	Νομίζετε ότι θα έπρεπε να τιμωρηθείτε για τις αμαρτίες σας	0	1	2	3	4
86.	Έχετε σκέψεις ή φαντασίες που σας τρομάζουν	0	1	2	3	4
87.	Νομίζετε ότι έχετε κάποιο σοβαρό ελάττωμα στο σώμα σας	0	1	2	3	4
88.	Δέν αισθάνεστε πολύ κοντά σε κάποιο πρόσωπο	0	1	2	3	4
89.	Νοιώθετε ένοχος	0	1	2	3	4
90.	Νομίζεται ότι κάτι δέν λειτουργεί καλά στο μυαλό σας	0	1	2	3	4

Derogatis, 1977

Στάθμιση: Ντώνιας καί συν. 1991

ΦΥΛΛΟ ΚΩΔΙΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑΣ ΤΟΥ SCL-90-R
ΟΝΟΜΑ:..... **Α/Α:**.....
ΔΙΑΓΝΩΣΗ:..... **ΗΜΕΡΑ:**.....

	1. Σωματο- λοχνη (12)	2. Ψυχαναγκασ- τικός (10)	3. Δυσκροσ. Εξισορροκ (9)	4. Κατάθλιψη (13)	5. Άγχος (10)	6. Σωματοσύν- δρομα (6)	7. Φοβικό Άγχος (7)	8. Παρανοιακό Ιδεολόγ (6)	9. Ψυχοπαθολογ (9)	10. Αποπροση- λότητα
A	1	3	6	5	2	11	13	8	7	19
P	2	9	21	14	17	24	25	18	16	44
X	3	10	34	15	23	63	47	43	35	59
i	4	27	28	36	20	33	67	50	68	60
K	5	40	38	37	22	39	74	70	76	64
E	6	42	45	41	26	57	81	75	83	66
Σ	7	48	46	61	29	72	82		85	89
	8	49	51	69	30	78			87	
T	9	52	55	73	31	80			88	
I	10	53	65		32	86			90	
M	11	56			54					
E	12	58			71					
Σ	13			79						
ΑΦ. ΤΙΜΩΝ										
ΑΡ.ΑΠΑ- ΝΤΗΣΕΩΝ	/12	/10	/9	/13	/10	/6	/7	/6	/9	/7
ΑΡΧ.ΑΠΟ- ΤΕΛΑ+0.005										
Τ-τιμή										

ΣΥΝΟΛΑ	
Βαθμών	
Ανεκρεθίντων	«Μη δε (ΣΕΣ)
Πηλίκο+0.005=ΓΑΣ	Πηλίκο+0.005=ΔΕΘΕ
Τ-τιμή	Τ-τιμή

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Nonpatients - Norm B Males

Raw	SOM	O-C	I-S	DEP	ANX	HOS	PHOB	PAR	PSY	GSI	PSDI	Raw	PST
0.02	37	39	41	38	40	41	47	41	44	34	—	0, 1	30
0.06	41	43	47	45	45	47	57	47	51	41	—	2	35
0.10	45	46	49	47	48	47	57	47	53	45	—	3	38
0.14	47	48	51	49	50	47	59	47	56	48	—	4	40
0.18	49	50	51	51	52	50	62	49	57	50	—	5	41
0.22	52	51	53	52	55	53	62	51	59	52	—	6	43
0.26	53	51	54	53	55	53	62	51	59	53	—	7	44
0.30	54	52	54	54	56	53	63	51	60	55	—	8	45
0.34	55	53	56	56	58	55	65	53	61	56	—	9	47
0.38	56	54	57	57	59	57	65	54	62	58	—	10	48
0.42	57	55	57	58	61	57	66	54	63	59	—	11	48
0.46	58	55	58	59	61	57	68	54	63	60	—	12	49
0.50	59	56	60	59	62	59	68	56	64	61	—	13	50
0.54	60	57	61	60	63	60	68	57	66	62	—	14	50
0.58	60	58	61	61	64	60	69	57	66	63	—	15	51
0.62	61	59	61	61	64	60	70	57	67	64	—	16	51
0.66	62	59	62	62	64	61	70	59	67	64	—	17	52
0.70	63	60	64	63	65	63	71	60	68	65	—	18	53
0.74	64	61	64	63	66	63	72	60	68	66	—	19	54
0.78	64	61	64	64	66	63	72	60	69	67	—	20	54
0.83	65	62	66	64	67	63	72	62	70	68	—	21	55
0.87	65	62	66	65	67	64	72	63	70	69	—	22	56
0.91	66	63	67	67	68	64	73	63	71	71	—	23	56
0.95	66	63	68	68	68	64	73	63	72	72	—	24	57
0.99	67	64	68	69	69	65	74	64	74	72	40	25	58
1.03	68	65	69	69	70	66	74	66	75	72	45	26	58
1.07	68	65	69	70	70	66	74	66	75	73	46	27	58
1.11	68	66	69	71	71	66	74	66	75	74	47	28	59
1.15	69	67	70	71	72	67	74	66	75	74	49	29	59
1.19	69	67	70	71	73	69	74	67	76	74	50	30	60
1.23	69	68	70	71	75	69	74	67	76	74	52	31	60
1.27	69	68	70	71	75	69	75	67	76	76	52	32	61
1.31	70	69	70	71	76	69	76	67	76	81	53	33	61
1.35	71	69	71	72	79	70	76	69	76	—	54	34	62
1.39	71	70	71	72	79	70	76	70	79	—	55	35	62
1.43	72	70	73	72	79	70	77	70	80	—	56	36	63
1.47	72	70	76	72	79	70	79	70	80	—	57	37	63
1.51	73	71	76	73	79	72	79	71	80	—	58	38	63
1.55	75	71	77	74	79	73	79	72	80	—	59	39	64
1.59	76	72	79	74	81	73	79	72	80	—	60	40	64
1.63	76	72	79	75	—	73	79	72	80	—	61	41	64
1.67	76	72	81	76	—	73	79	74	80	—	61	42	65
1.71	76	74	—	77	—	73	81	75	80	—	62	43	65
1.75	77	75	—	81	—	73	—	75	80	—	62	44	66
1.79	79	76	—	—	—	73	—	75	80	—	63	45	66

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Nonpatients - North B Males (continued)

Raw	SOM	O-C	I-S	DEP	ANX	HOS	PHOB	PAR	PSY	GSI	PSDI	Raw	PST
1.83	79	76	—	—	—	74	—	76	80	—	63	46	67
1.87	79	76	—	—	—	75	—	76	80	—	64	47	67
1.91	79	77	—	—	—	75	—	76	80	—	64	48	67
1.95	79	79	—	—	—	75	—	76	80	—	64	49	68
1.99	79	81	—	—	—	76	—	76	80	—	65	50	68
2.03	79	—	—	—	—	76	—	76	80	—	66	51	69
2.07	81	—	—	—	—	76	—	76	80	—	66	52	69
2.11	—	—	—	—	—	76	—	76	80	—	67	53	70
2.15	—	—	—	—	—	79	—	77	80	—	67	54	70
2.19	—	—	—	—	—	80	—	79	80	—	68	55	71
2.23	—	—	—	—	—	81	—	79	80	—	68	56	71
2.27	—	—	—	—	—	—	—	79	80	—	69	57	71
2.31	—	—	—	—	—	—	—	79	80	—	70	58	72
2.34	—	—	—	—	—	—	—	79	81	—	71	59	72
2.38	—	—	—	—	—	—	—	79	—	—	71	60	72
2.42	—	—	—	—	—	—	—	79	—	—	72	61	73
2.46	—	—	—	—	—	—	—	80	—	—	72	62	73
2.50	—	—	—	—	—	—	—	80	—	—	73	63	73
2.54	—	—	—	—	—	—	—	81	—	—	73	64	74
2.58	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	74	65	74
2.62	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	74	66	75
2.66	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	75	67	75
2.70	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	75	68	75
2.74	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	76	69	76
2.78	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	76	70	76
2.82	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	77	71	76
2.86	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	77	72	77
2.90	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	78	73	77
2.94	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	78	74	78
2.98	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	79	75	78
3.02	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	79	76	78
3.06	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	80	77	79
3.10	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	80	78	79
3.14	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	81	79	79
3.18	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	80	80
												81	80
												82	81
												83	81
												84	81
												85	81
												86	81
												87	81
												88	81
												89	81
												90	81

Nonpatients - Norm 3 Females												Raw	PST
Raw	SOM	O-C	I-S	DEP	ANX	HOS	PHOB	PAR	PSY	GSI	PSDI	Raw	PST
0.02	35	37	39	34	37	40	44	41	44	30	-	0, 1	24
0.06	39	41	43	41	41	45	52	47	51	37	-	2	30
0.10	42	44	46	43	44	45	52	47	53	41	-	3	33
0.14	44	46	49	45	46	45	54	47	55	44	-	4	36
0.18	46	48	49	47	49	49	56	49	57	47	-	5	38
0.22	48	49	50	48	51	52	56	52	59	49	-	6	39
0.26	49	49	52	49	51	52	56	52	59	50	-	7	40
0.30	50	50	52	50	52	52	58	52	60	52	-	8	41
0.34	51	51	53	51	53	54	60	54	61	53	-	9	43
0.38	52	52	55	52	54	56	60	56	62	55	-	10	44
0.42	53	53	55	53	56	56	61	56	63	56	-	11	45
0.46	54	53	56	54	56	56	62	56	63	56	-	12	46
0.50	55	54	57	55	57	57	62	57	64	58	-	13	46
0.54	56	55	58	56	58	59	62	59	65	59	-	14	47
0.58	57	56	59	57	58	59	63	59	65	60	-	15	48
0.62	57	57	59	57	59	59	64	59	65	60	-	16	49
0.66	58	57	60	58	59	60	64	60	65	61	-	17	50
0.70	59	58	61	58	59	61	65	60	66	61	-	18	50
0.74	60	59	61	59	60	61	65	60	67	62	-	19	51
0.78	60	60	62	60	61	61	65	60	67	63	-	20	51
0.83	61	61	62	60	62	63	65	62	68	63	-	21	52
0.87	61	61	62	60	62	64	66	63	68	64	-	22	52
0.91	61	61	63	61	63	64	67	63	69	64	-	23	53
0.95	62	62	63	61	64	64	67	63	71	65	-	24	53
0.99	62	62	64	62	65	65	67	63	71	65	37	25	54
1.03	63	63	65	62	66	67	68	64	72	65	42	26	55
1.07	63	63	65	62	66	67	68	64	72	66	44	27	55
1.11	63	64	66	63	66	67	68	64	72	67	46	28	56
1.15	64	64	66	63	66	68	68	65	73	67	47	29	56
1.19	65	64	66	64	67	68	69	66	73	68	49	30	57
1.23	65	65	67	64	67	68	69	66	73	68	50	31	57
1.27	65	65	68	65	67	68	69	66	73	69	50	32	57
1.31	65	65	68	65	67	68	70	66	74	69	52	33	58
1.35	65	65	68	65	68	69	70	67	76	69	53	34	58
1.39	65	66	68	66	68	70	70	68	77	69	53	35	59
1.43	66	66	69	66	68	70	70	68	79	69	54	36	59
1.47	66	66	70	66	68	70	70	68	79	70	55	37	59
1.51	66	66	70	66	68	70	70	69	79	70	56	38	60
1.55	67	66	70	67	69	70	70	70	79	71	56	39	60
1.59	67	67	70	67	70	70	70	70	81	71	57	40	61
1.63	67	68	70	67	71	70	70	70	-	72	58	41	61
1.67	68	68	71	68	71	71	70	70	-	72	58	42	61
1.71	68	68	71	68	71	71	71	71	-	72	59	43	61
1.75	68	70	71	69	71	71	72	71	-	73	60	44	62
1.79	69	70	71	69	72	71	72	71	-	73	61	45	63

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nonpatients - Norm-B Females (Continued)

Raw	SOM	O-C	I-S	DEP	ANX	HOS	PHOB	PAR	PSY ₁	GSI	PSDI	Raw	PST
1.83	69	70	71	69	72	72	72	71	—	73	62	46	63
1.87	70	70	71	69	72	72	73	72	—	74	62	47	64
1.91	70	71	71	69	72	72	74	72	—	76	63	48	64
1.95	71	71	71	69	72	72	74	72	—	76	63	49	64
1.99	71	71	72	69	72	73	74	72	—	77	64	50	65
2.03	71	71	72	69	72	73	75	72	—	79	65	51	65
2.07	72	71	72	69	72	73	75	72	—	79	66	52	65
2.11	73	72	72	70	72	73	75	72	—	79	66	53	65
2.15	74	72	72	70	72	73	76	72	—	79	66	54	66
2.19	76	72	72	70	73	74	76	72	—	79	67	55	66
2.23	77	73	72	70	74	74	76	72	—	79	68	56	67
2.27	79	73	72	71	74	74	76	72	—	79	68	57	67
2.31	79	73	73	71	74	74	76	74	—	81	68	58	67
2.35	79	74	75	71	75	74	76	76	—	—	68	59	68
2.39	79	74	75	71	76	74	76	76	—	—	69	60	68
2.44	79	75	76	72	76	74	77	76	—	—	69	61	69
2.48	79	75	76	72	76	74	77	76	—	—	69	62	69
2.52	81	75	79	72	77	75	79	77	—	—	70	63	70
2.56	—	75	79	72	79	76	81	79	—	—	71	64	70
2.60	—	76	79	73	79	76	—	79	—	—	72	65	71
2.64	—	76	79	74	79	76	—	79	—	—	73	66	71
2.68	—	76	81	74	79	77	—	79	—	—	73	67	71
2.72	—	79	—	75	79	79	—	79	—	—	73	68	72
2.76	—	79	—	75	79	79	—	79	—	—	73	69	72
2.80	—	79	—	75	79	79	—	79	—	—	73	70	72
2.84	—	79	—	75	79	79	—	81	—	—	74	71	73
2.88	—	80	—	75	79	79	—	—	—	—	77	72	73
2.92	—	80	—	75	81	79	—	—	—	—	78	73	74
2.96	—	80	—	75	—	79	—	—	—	—	78	74	74
3.00	—	80	—	76	—	80	—	—	—	—	78	75	74
3.04	—	81	—	80	—	80	—	—	—	—	80	76	75
3.08	—	—	—	81	—	81	—	—	—	—	80	77	75
3.12	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	81	78	75
3.16	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	79	76
3.20	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	80	76
												81	76
												82	77
												83	77
												84	78
												85	78
												86	78
												87	79
												88	79
												89	79
												90	81