

ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
ΤΜΗΜΑ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΦΥΣΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ
ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ ΣΤΗΝ
ΑΝΘΡΩΠΙΝΗ ΑΠΟΔΟΣΗ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ

Μεταπτυχιακή Διατριβή

**" Η επίδραση της άσκησης σε άτομα
με Συναισθηματικές και Αγχώδεις Διαταραχές "**

Επιμέλεια εργασίας : Μηλιάτσιου Ανδρονίκη Α. Ε. Μ. : 04/02

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ, 2006

ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
ΤΜΗΜΑ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΦΥΣΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ
ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ ΣΤΗΝ
ΑΝΘΡΩΠΙΝΗ ΑΠΟΔΟΣΗ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ

Μεταπτυχιακή Διατριβή

Τίτλος : «Η επίδραση της άσκησης σε άτομα με Συναισθηματικές και Αγχώδεις
Διαταραχές».

Επιμέλεια εργασίας : Μπλιάτσιου Ανδρονίκη Α.Ε.Μ.: 04/02

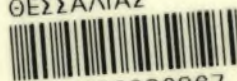
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ, 2006



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗΣ & ΠΑΡΟΧΟΡΗΣΗΣ
ΕΙΔΙΚΗ ΣΥΛΛΟΓΗ «ΓΚΡΙΖΑ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ»

Αριθ. Εισ.: 49371
Ημερ. Εισ.: 22-09-2006
Δορεσθ:
Ταξινόμητικός Κωδικός: Δ
796.019
ΜΠΑ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ



004000086867

Στο σύζυγο μου Θωμά,
στους γονείς μου Βασίλη και Πόπη,
στον αδελφό μου Κώστα,
για την αμέριστη συμπαράσταση και βοήθεια
που μου παρείχαν, καθ' όλη τη διάρκεια
των Μεταπτυχιακών μου Σπουδών.

Ευχαριστίες

Με την ολοκλήρωση της συγγραφής της μεταπτυχιακής μου διατριβής, θα ήθελα να ευχαριστήσω τους ανθρώπους οι οποίοι βοήθησαν για την πραγματοποίησή της. Ευχαριστώ θερμά τους υπεύθυνους καθηγητές της διατριβής μου, τον κο Θεοδωράκη Γιάννη, τον κο Γούδα Μάριο και την κα Χρόνη Στυλιανή.

Ιδιαίτερες ευχαριστίες οφείλω στον κο Θεοδωράκη Γιάννη και στον υποψήφιο διδάκτορα κο Ζουρμπάνο Νίκο, για την πολύτιμη βοήθεια και την επιστημονική καθοδήγηση που μου παρείχαν.

Τέλος θα ήθελα να ευχαριστήσω τους ασθενείς, οι οποίοι με μεγάλη προθυμία συνεργάστηκαν μαζί μου.

Μπλιάτσιου Ανδρονίκη
Θεσσαλονίκη, 2006

Περίληψη

Έρευνες στο χώρο της ψυχολογίας της άσκησης, αποδεικνύουν το σημαντικό ρόλο της φυσικής δραστηριότητας στον περιορισμό του άγχους και στη μείωση της κατάθλιψης. Η συμβολή της φυσικής δραστηριότητας είναι πολλαπλή και ουσιαστική όχι μόνο σε φυσιολογικούς πληθυσμούς αλλά και σε κλινικούς και συγκεκριμένα σε άτομα που πάσχουν από συναισθηματικές και αγχώδεις διαταραχές. Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν να διερευνήσει αν και σε ποιο βαθμό ένα συγκεκριμένο πρωτόκολλο αερόβιας άσκησης (περπάτημα 30 λεπτών, 3 φορές εβδομαδιαίως για 8 εβδομάδες), σε συνδυασμό με ένα πρόγραμμα καθορισμού στόχων, επιδρά στα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης σε άτομα που πάσχουν από αγχώδεις ή/ και συναισθηματικές διαταραχές.

Στην έρευνα συμμετείχαν, 10 γυναίκες και 3 άνδρες, με Μ.Ο. ηλικίας 39.69 έτη και Τ.Α.=10, που έπασχαν από αγχώδεις ή/ και συναισθηματικές διαταραχές. Εξετάστηκε η επίδραση της άσκησης στα συμπτώματα του άγχους και της κατάθλιψης μετά την εφαρμογή του προγράμματος παρέμβασης. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η εφαρμογή ενός προγράμματος άσκησης με τη βοήθεια ενός προγράμματος στόχων (με τη χρήση πεδομέτρων), βοηθάει σημαντικά στη μείωση του άγχους και στη βελτίωση της διάθεσης σε άτομα που πάσχουν από ήπιας και μέτριας μορφής αγχώδεις ή/ και συναισθηματικές διαταραχές.

Λέξεις κλειδιά : Συναισθηματικές διαταραχές/ κατάθλιψη, αγχώδεις διαταραχές, άσκηση και ψυχικές διαταραχές, αερόβια άσκηση, πεδόμετρα, στόχοι.

Abstract

Research in exercise psychology has shown the important role of physical activity on anxiety and depression reduction. The role of physical activity is very important not only in healthy populations but in clinical as well, and especially in those who suffer from emotional and anxiety disorders. The aim of the present study was to explore if aerobic exercise (30 minutes of walking, 3 times per week, for 8 weeks) in combination with goal-setting, can decrease levels of anxiety and depression in a clinical sample.

Thirteen people with anxiety and emotional disorders (10 females and 3 males) participated in the study ($M_{age} = 36.69$ S.D. = 10). The effect of exercise on anxiety and depression levels, after an intervention program was tested.

In conclusion the findings of the present study suggest that the application of an intervention program with exercise and goal-setting (with the use of pedometers), can reduce anxiety and depression levels.

Kev-words: Emotional disorders/ depression, anxiety disorders, exercise and mental disorders, aerobic exercise, pedometers, goals.

Περιεχόμενα

Ευχαριστίες	03
Περίληψη	04
Abstract	05
Περιεχόμενα	06
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι.....	08
Εισαγωγή	08
Ορισμοί.....	08
Συναισθηματικές Διαταραχές ή Διαταραχές της Διάθεσης	10
• Κλινικά Χαρακτηριστικά – Διάγνωση.....	12
• Συνοδά Συμπτώματα – Συνοδές Διαταραχές	12
• Έναρξη, Πορεία, Επιπλοκές.....	13
• Επιδημιολογικά στοιχεία.....	14
• Αιτιολογία	15
• Θεραπεία	15
Αγχώδεις Διαταραχές	16
Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή.....	18
• Κλινικά Χαρακτηριστικά – Διάγνωση.....	18
• Συνοδά Συμπτώματα – Συνοδές Διαταραχές	18
• Έναρξη, Πορεία, Επιπλοκές.....	19
• Επιδημιολογικά στοιχεία.....	19
• Αιτιολογία	19
• Θεραπεία	19
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ.....	21
Η συμβολή της άσκησης σε ΒιοΨυχοΚοινωνικό επίπεδο.....	21
Η συμβολή της άσκησης στις Συναισθηματικές Διαταραχές	24
Η συμβολή της άσκησης στις Αγχώδεις Διαταραχές.....	26
Μορφές και Ένταση- Διάρκεια άσκησης	28
Θεωρία των Στόχων.....	30
Τρόποι καταγραφής της φυσικής δραστηριότητας και ανατροφοδότηση.....	32

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ.....	35
Σκοπός της Έρευνας.....	35
Ερευνητικές Υποθέσεις.....	35
Μεθοδολογία.....	35
• Συμμετέχοντες.....	35
• Όργανα- Εργαλεία μέτρησης.....	36
• Διαδικασία- Πειραματικός σχεδιασμός.....	37
Σύντομα ιστορικά συμμετεχόντων στην έρευνα.....	37
Στατιστική Ανάλυση.....	40
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙV.....	40
Αποτελέσματα.....	40
Περιγραφικά στατιστικά και paired t- test.....	40
Πίνακας 1.....	40
Πίνακας 2.....	42
Σχήμα 1.....	43
Επίδοση (σε βήματα) των συμμετεχόντων κατά τη διάρκεια του προγράμματος παρέμβασης.....	43
Πίνακας 3.....	44
Απαντήσεις συμμετεχόντων μετά την εμπλοκή τους στο πρόγραμμα παρέμβασης....	45
ΚΕΦΑΛΑΙΟ V.....	51
Συζήτηση Αποτελεσμάτων.....	51
Συμπεράσματα.....	53
Πρακτικές Εφαρμογές Έρευνας.....	55
Περιορισμοί της Έρευνας/ Απειλές.....	55
Προτάσεις για Μελλοντικές Έρευνες.....	56
Επίλογος.....	57
ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI.....	58
Βιβλιογραφία.....	58
ΚΕΦΑΛΑΙΟ VII.....	63
Παράρτημα Α.....	63
Παράρτημα Β.....	64
Παράρτημα Γ.....	67
Παράρτημα Δ.....	69

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΑΓΧΩΔΕΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

«Οι Αρχαίοι Έλληνες υποστήριζαν ότι, η άσκηση έκανε το μυαλό τους πιο διανυγές». Ο Αριστοτέλης ξεκίνησε την «Περιπατητική Σχολή», το 335 π.Χ. Η Σχολή ονομάστηκε έτσι, επειδή η συνήθεια του Αριστοτέλη ήταν να βαδίζει πάνω-κάτω στα μονοπάτια του Λυκείου στην Αθήνα, ενώ σκεφτόταν ή έκανε διάλεξη στους φοιτητές που βάδιζαν μαζί του. Ο Πλάτωνας και ο Σωκράτης είχαν εξασκηθεί επίσης στη τέχνη της Περιπατητικής (Μουρατίδης, 2000). Αιώνες αργότερα, ο Oliver Wendell Holmes εξήγησε ότι, «στο βάδισμα η δύναμη της θέλησης και η μυϊκή λειτουργία είναι τόσο εξοικειωμένες να συνεργάζονται και ν' αποδίδουν το στόχο τους με τόσο μικρή δαπάνη ενέργειας, ώστε η διανόηση είναι συγκριτικά ελεύθερη» (Holmes, 1993).

Ανασκοπήσεις και συγκριτικές έρευνες, των ενεργών και μη ενεργών σε φυσικές δραστηριότητες ενηλίκων, όλες σχεδόν δείχνουν ότι, η φυσική δραστηριότητα συνδέεται άμεσα με τη καλή πνευματική υγεία (Stephens, 1998). Ο Stephens αξιολόγησε την αποτίμηση των δεδομένων από τέσσερις ανασκοπήσεις Εθνικών ερευνών στις Ηνωμένες Πολιτείες και τον Καναδά, με 56.000 άτομα και κατέληξε συνοψίζοντας, ότι : «το επίπεδο φυσικής δραστηριότητας, σχετίζεται θετικά με τη καλή πνευματική υγεία, όταν η πνευματική υγεία ορίζεται ως θετική διάθεση, γενικότερα καλή αίσθηση και σχετικά σπάνια συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης». Αυτή η σχέση βρέθηκε να είναι πιο δυνατή για την ομάδα μεγαλύτερης ηλικίας (πάνω από 40 ετών), απ' ότι στη νεώτερη ηλικία και στις γυναίκες, περισσότερο απ' ότι στους άνδρες (Stephens, 1998).

ΟΡΙΣΜΟΙ

Με τον όρο άσκηση εννοούμε κάθε σχεδιασμένη και σκόπιμη φυσική δραστηριότητα. Αφορά κυρίως μεγάλες μυϊκές ομάδες και είναι η φυσική δραστηριότητα που δίνει κυρίως έμφαση στη υγεία ή /και στη καλή φυσική κατάσταση. Η άσκηση μπορεί να περιλαμβάνει περπάτημα, τρέξιμο, κολύμπι, αερόμπικ, αναρρίχηση, άσκηση με αντιστάσεις (βάρη), σκι ή ακόμη και αγωνιστικές ή

φυσικές δραστηριότητες αναψυχής όπως τένις, ρακέτες, βόλεϊ, μπάσκετ κ.α. Μέσω της άσκησης επιδιώκουμε τη καλή φυσική κατάσταση, την επίτευξη διαφόρων στόχων, την αναψυχή, τη διασκέδαση, τη ψυχαγωγία, τη καλή ψυχολογική κατάσταση, τη καλή σωματική υγεία και το περιορισμό του στρες και του άγχους (Θεοδωράκης, 2002).

Υπάρχει ένα πλήθος λειτουργικών ορισμών του όρου «ψυχική υγεία». Οι Willis και Campbell (1992), μέσα από μία πλειάδα ορισμών καταλήγουν ότι η ψυχική υγεία είναι μία θετική κατάσταση πνευματικής ευεξίας στην οποία τα άτομα αισθάνονται βασικά ικανοποιημένα από τον εαυτό τους, τους ρόλους τους στη ζωή και από τη σχέση τους με τους άλλους. Η ψυχική υγεία περιλαμβάνει μία προσαρμογή με τον κόσμο και τους άλλους ανθρώπους, που επιτρέπει τη μέγιστη αποτελεσματικότητα και ευτυχία και την ικανότητα να διατηρούν σταθερά μία θετική, ή σταθερή διάθεση, πνευματική ετοιμότητα, κοινωνικά διακριτική συμπεριφορά και μία ευχάριστη προδιάθεση. Η ψυχική υγεία δεν είναι μία κατάσταση του «όλα ή τίποτα», αλλά μάλλον ένα σχετικό μέγεθος και οι βαθμοί ψυχικής υγείας ή ασθένειας διαφέρουν από άτομο σε άτομο και από τη μία στιγμή στην άλλη στο κάθε άτομο. Όλα τα άτομα εναλλάσσουν ευχάριστες ή δυσάρεστες στιγμές, κατάθλιψη ή άγχος, ενώ η ένταση αυτών των εμπειριών ποικίλει (Willis & Campbell, 1992).

Σύμφωνα με το «The Oxford Dictionary of Sports Science and Medicine» (Kent, 1994), ψυχική υγεία είναι μία πνευματική κατάσταση που χαρακτηρίζεται από την απουσία προσωπικής ταλαιπωρίας και κοινωνικά διαλυτικής συμπεριφοράς. Τα άτομα αυτά (ψυχικά υγιή) έχουν την ικανότητα να ξεπερνούν τις πηγές στρες του περιβάλλοντος και να εργάζονται παραγωγικά, είτε με άλλους είτε με τον εαυτό τους. Συνήθως είναι σε θέση να θέλουν να προσπαθούν να βελτιώνουν τόσο τις συνθήκες της κοινωνίας όσο και τις προσωπικές τους (Kent, 1994).

Πολλές φορές ο όρος «ψυχική υγεία» ταυτίζεται με τον όρο «ψυχική ευεξία». Για τη κατανόηση της ψυχικής υγείας είναι απαραίτητη μία πολυδιάστατη προσέγγιση, που περιλαμβάνει την απουσία αρνητικών επιδράσεων (π.χ., λιγότερο άγχος, κατάθλιψη), την παρουσία θετικών επιδράσεων και ικανοποίηση από τη ζωή (π.χ., θετική αυτοεκτίμηση), καθώς και την εμφάνιση καλής γνωστικής λειτουργίας (π.χ., μνήμη, χρόνος αντίδρασης κ.α.) (McAuley & Rudolph, 1995). Σύμφωνα με τον McAuley (1994), η άσκηση και η φυσική δραστηριότητα φαίνεται να έχουν μία αρνητική σχέση με το άγχος και τη κατάθλιψη, που σημαίνει ότι η αύξηση της

δραστηριότητας συνοδεύεται από μείωση του άγχους του στρες και της κατάθλιψης (McAuley, 1994). Αντίθετα η άσκηση και η αύξηση της φυσικής δραστηριότητας συνοδεύονται από αύξηση της αυτοαποτελεσματικότητας, της αυτοεκτίμησης και της ψυχικής διάθεσης. Τέλος, η άσκηση επιδρά επίσης θετικά τόσο στις γνωστικές λειτουργίες όσο και στην ενίσχυση της ψυχικής ευεξίας (Θεοδωράκης, 2002).

Στη παρούσα έρευνα, στόχος είναι να εξετασθεί η επίδραση της άσκησης σε άτομα με συναισθηματικές και αγχώδεις διαταραχές. Έτσι, λοιπόν αρχικά θα δοθούν μερικοί ορισμοί και μία σύντομη περιγραφή των διαταραχών αυτών:

ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ Ή ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ

Οι Διαταραχές της Διάθεσης (ή Συναισθηματικές Διαταραχές) είναι μια ομάδα διαταραχών που χαρακτηρίζονται από διαταραχή της συναισθηματικής διάθεσης. Η συναισθηματική διάθεση ή απλά διάθεση (mood) είναι ο καθολικός και σταθερός συναισθηματικός τόνος που βιώνεται εσωτερικά και που σε ακραίες περιπτώσεις μπορεί να επηρεάσει σε πολύ μεγάλο βαθμό όλες κυριολεκτικά τις πλευρές της συμπεριφοράς του ατόμου, καθώς και την αντίληψη για τον κόσμο που έχει το άτομο αυτό. Κοινά παραδείγματα συναισθηματικής διάθεσης είναι η κατάθλιψη, η έξαρση και ο θυμός. Διακρίνουμε τη διάθεση ή συναισθηματική διάθεση από το συναίσθημα (affect), που αποτελεί την εξωτερική έκφρασή της. Και καθώς η εξωτερική έκφραση ενός καταθλιπτικού ή μανιακού ασθενή δεν είναι πάντα καταθλιπτική ή ευφορική, πιο σωστά οι Συναισθηματικές Διαταραχές περιγράφονται ως Διαταραχές της Διάθεσης, όρο που υιοθέτησε το DSM-III-R και το DSM-IV (Kaplan, Sadock & Grebb, 1994). Όλοι μας γνωρίζουμε τι θα πει καταθλιπτική ή ευφορική διάθεση. Όλοι μας έχουμε περάσει από περιόδους απογοήτευσης ή ικανοποίησης που επηρέασαν τη διάθεση μας προς τη μία ή την άλλη πλευρά.

Πώς ξεχωρίζει, λοιπόν, κανείς μια «φυσιολογική» διάθεση από μια «παθολογική»; Οπωσδήποτε, δεν είναι τόσο εύκολο, ούτε τόσο απόλυτο. Άλλωστε, το όλο κεφάλαιο των Διαταραχών της Διάθεσης παρ' όλες τις προσπάθειες των διαφόρων συστημάτων ταξινόμησης (ICD-9/10, DSM-III, DSM-III-R/IV) δεν έχει φθάσει ακόμη σε ευρέως αποδεκτό και ικανοποιητικό επίπεδο (Χριστοδούλου & συν., 2000). Παρ' όλα αυτά μπορούμε να πούμε ότι όσο πιο έντονη και παρατεταμένη η συναισθηματική διάθεση της κατάθλιψης ή της έξαρσης, όσο πιο πολλά και έντονα τα φυτικά συμπτώματα – αϋπνία, ανορεξία, απώλεια της ενεργητικότητας, ελάττωση της σεξουαλικής διάθεσης (libido), ψυχοκινητική επιβράδυνση κτλ., τόσο η

κατάσταση που πάμε να διαγνώσουμε τείνει προς την παθολογική πλευρά. Επίσης, όσο μεγαλύτερη η έκπτωση της επαγγελματικής ή κοινωνικής λειτουργικότητας ή εφόσον υπάρχουν, διαταραχή της αντίληψης της πραγματικότητας (με ψευδαισθήσεις, παραληρητικές ιδέες κτλ.) ή αυτοκτονικές ή ανθρωποκτονικές τάσεις, τόσο η κατάσταση του ατόμου τείνει προς την παθολογική πλευρά (Μάνος, 1997).

Καθώς η διάγνωση, λοιπόν, δεν είναι πάντα τόσο εύκολη και επίσης η αιτιολογία δεν είναι και αυτή σαφής, η ταξινόμηση των Διαταραχών της Διάθεσης υπήρξε το αντικείμενο πολλών συζητήσεων και διαφορών, που είχαν να κάνουν κυρίως με την έμφαση των ερευνητών σε συγκεκριμένες αιτιολογίες ή ομάδα συμπτωμάτων. Ίσως η πιο κοντά στην κλινική πραγματικότητα ταξινόμησης είναι αυτή που υιοθέτησε το DSM-III και ιδιαίτερα το DSM-III-R, και που επεξεργάστηκε ακόμη περισσότερο το DSM-IV (Kaplan et al., 1994).

Σύμφωνα με το DSM-IV, λοιπόν, οι Διαταραχές της Διάθεσης διαιρούνται στις Καταθλιπτικές Διαταραχές «μονοπολική κατάθλιψη», στις Διπολικές Διαταραχές και σε δύο διαταραχές βασισμένες στην αιτιολογία τους, τη Διαταραχή της Διάθεσης Οφειλόμενη σε Γενική Ιατρική Κατάσταση και τη Διαταραχή της Διάθεσης Προκαλούμενη από Ουσίες. Και υπάρχει, βέβαια, και Διαταραχή της Διάθεσης Μη Προοριζόμενη Αλλιώς (Kaplan et al., 1994).

Οι Καταθλιπτικές Διαταραχές, οι οποίες είναι η Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή και η Καταθλιπτική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς διακρίνονται από τις Διπολικές Διαταραχές από το γεγονός ότι δεν υπήρξε στο ιστορικό ποτέ ένα Μανιακό, Μεικτό ή Υπομανιακό Επεισόδιο. Οι Διπολικές Διαταραχές, που είναι η Διπολική I Διαταραχή, η Διπολική II Διαταραχή, η Κυκλοθυμική Διαταραχή και η Διπολική Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς, χαρακτηρίζονται από την παρουσία ή από το ιστορικό Μανιακών, Μεικτών ή Υπομανιακών Επεισοδίων, που συνήθως συνοδεύονται από την παρουσία ή το ιστορικό Μειζόνων Καταθλιπτικών Επεισοδίων (Kaplan et al., 1994).

Όπως είναι φανερό από τα παραπάνω, οι Διαταραχές της Διάθεσης διακρίνονται κατά το DSM-IV από την ύπαρξη ή όχι συγκεκριμένων Επεισοδίων Διαταραχής της Διάθεσης, που είναι το Μείζων Καταθλιπτικό Επεισόδιο, το Μανιακό Επεισόδιο, το Μεικτό Επεισόδιο και το Υπομανιακό Επεισόδιο. Επίσης, το DSM-IV προτείνει και συγκεκριμένους Προσδιοριστές που περιγράφουν είτε το τρέχον ή το πιο πρόσφατο επεισόδιο διαταραχής της διάθεσης είτε την πορεία υποτροπιαζόντων επεισοδίων (Χριστοδούλου, 2000).

Κλινικά Χαρακτηριστικά - Διάγνωση της Καταθλιπτικής Διαταραχής

Στην παρούσα έρευνα θα μας απασχολήσει κυρίως η κατάθλιψη, για τον λόγο αυτό θα αναφερθούμε στα συμπτώματα αυτής που είναι τα εξής:

Συναίσθημα: Καταθλιπτική Διάθεση, Ανηδονία, Άγχος.

Αυτόνομο Νευρικό Σύστημα: Διαταραχή του Ύπνου, Διαταραχή της Όρεξης, Κόπωση, Εξάντληση (Απώλεια Ενέργειας), Ελάττωση της Σεξουαλικής Διάθεσης (libido), Ψυχοκινητική Επιβράδυνση, Ψυχοκινητική Διέγερση.

Κινητοποίηση: Απώλεια του Ενδιαφέροντος, Ανημπορία, Έλλειψη Ελπίδας, Σκέψεις ή Απόπειρες Αυτοκτονίας.

Σκέψη-Αντίληψη: Αισθήματα-Σκέψεις Ενοχής ή / και αναξιότητας, Χαμηλή Αυτοεκτίμηση, Δυσκολίας στη Συγκέντρωση, Ψύχωση (Ψευδαισθήσεις, παραληρητικές ιδέες κτλ.)

Σωματικά Ενοχλήματα: Πονοκέφαλοι, πόνοι στη μέση, μυϊκοί σπασμοί (κράμπες), ναυτία, έμετος, δυσκοιλιότητα, οπισθοστερνικό κάψιμο, δυσκολία στην αναπνοή, υπέρπνοια, πόνος στο στήθος κ.α. (Μάνος, 1997).

Συνοδά Συμπτώματα. Συνοδές Διαταραχές της Καταθλιπτικής Διαταραχής

Άτομα που βρίσκονται σε ένα Μείζον Καταθλιπτικό επεισόδιο συχνά παρουσιάζουν, εκτός των συμπτωμάτων που αναφέρονται στα διαγνωστικά του κριτήρια, και άλλα συμπτώματα, όπως εύκολο κλάμα, ευερεθιστότητα, η επίμονη ενασχόληση (εμμονή) με κάθε είδους προβλήματα, άγχος, φοβίες, υπερβολικό ενδιαφέρον και στενοχώρια για τη σωματική τους υγεία, διάφορους πόνους (πονοκεφάλους, αρθρικούς, κοιλιακούς ή άλλους πόνους) ή και Προσβολές Πανικού (που μπορεί να πληρούν τα κριτήρια για Διαταραχή Πανικού) (Χριστοδούλου & συν., 2000).

Διαταραχές που μπορεί να συνυπάρχουν με Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή είναι Διαταραχές Σχετιζόμενες με Ουσίες, Διαταραχές Πανικού, Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή, Ψυχογενής Ανορεξία ή Βουλιμία, Μεταιχμιακή Διαταραχή της Προσωπικότητας και κυρίως Δυσθυμική Διαταραχή. Υπολογίζεται ότι σε 10%-25% των περιπτώσεων Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής προηγείται Δυσθυμική Διαταραχή και ότι κάθε χρόνο περίπου 10% των ατόμων με Δυσθυμική Διαταραχή αναπτύσσουν το πρώτο τους Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο (Kaplan et al., 1994).

Επίσης η Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή μπορεί να συνδέεται με χρόνιες γενικές ιατρικές καταστάσεις. Αναφέρεται ότι 20%-25% των ατόμων με γενικές ιατρικές καταστάσεις όπως π.χ. διαβήτης, έμφραγμα του μυοκαρδίου, καρκίνος ή εγκεφαλικό επεισόδιο μπορεί να αναπτύξουν Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή κατά την πορεία της σωματικής τους αρρώστιας (Μάνος, 1997).

Έναρξη. Πορεία. Επιπλοκές της Καταθλιπτικής Διαταραχής

Ηλικία Έναρξης: Η Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή μπορεί ν' αρχίσει σ' οποιαδήποτε ηλικία. Η μέση ηλικία έναρξης είναι γύρω στα 25. Είναι δύο φορές πιο συχνή σε έφηβες και ενήλικες γυναίκες απ' ότι σε έφηβους και ενήλικους άνδρες, αλλά είναι το ίδιο συχνή σε αγόρια και κορίτσια στη προεφηβική ηλικία. Η υψηλότερη συχνότητα και για άντρες και για γυναίκες είναι μεταξύ 25 και 44 ετών, ενώ ελαττώνεται και για τους δύο μετά τα 65 (Μάνος, 1997).

Τα συμπτώματα ενός Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου αναπτύσσονται συνήθως μέσα σε μία περίοδο ημερών ή εβδομάδων. Μπορεί όμως, ν' αναπτυχθούν αρκετά ξαφνικά και απότομα, ιδιαίτερα μετά από ένα σοβαρό στρες της ζωής. Του καταθλιπτικού επεισοδίου μερικές φορές προηγούνται για μήνες ηπιότερα καταθλιπτικά συμπτώματα, άγχος, φοβίες ή προσβολές πανικού (Μάνος, 1997).

Τα περισσότερα Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια (τα δύο τρίτα περίπου των περιπτώσεων) αυτοπεριορίζονται και έχουν καλή πορεία, ακόμη και χωρίς ειδική θεραπεία. Στη πλειοψηφία τους, τα Καταθλιπτικά Επεισόδια διαρκούν έξι ως οκτώ μήνες. Στο ένα τρίτο περίπου των περιπτώσεων τα Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια υποχωρούν μερικώς (προσδιορισμός : Με Μερική Ύφεση) ή καθόλου. Τα άτομα που έχουν μερική μόνο ύφεση κινδυνεύουν να έχουν και άλλα επεισόδια και επίσης να συνεχίσουν το σχήμα της μερικής ανάρρωσης μεταξύ των επεισοδίων (Karlson et al., 1994).

Η πορεία της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής, Υποτροπιάζουσας ποικίλλει. Ορισμένα άτομα έχουν πολλά επεισόδια και ανάμεσά τους πολλά χρόνια χωρίς καταθλιπτικά συμπτώματα, άλλοι έχουν αλληπάλληλα επεισόδια και άλλοι συνεχώς και περισσότερα επεισόδια καθώς προχωρά η ηλικία τους. Ο αριθμός των προηγούμενων επεισοδίων προλέγει την πιθανότητα για επόμενο επεισόδιο. Περίπου το 50% ως 60% των ατόμων με Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή, Μοναδικό Επεισόδιο αναμένεται να έχουν ένα δεύτερο επεισόδιο. Το ποσοστό αυτό γίνεται 70% (να έχουν τρίτο) αν έχουν δεύτερο και 90% (να έχουν τέταρτο) αν έχουν τρίτο.

Περίπου 5% ως 10% των ατόμων με Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή, Μοναδικό Επεισόδιο αναπτύσσουν αργότερα Μανιακό Επεισόδιο, δηλ. Διπολική I Διαταραχή (και το ποσοστό ανεβαίνει στο 10%- 15%, αν τα καταθλιπτικά επεισόδια υποτροπιάζουν). Η πιθανότητα για ανάπτυξη Διπολικής Διαταραχής σε ένα νέο άτομο με Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή φαίνεται ν' αυξάνει όσο πιο οξεία είναι η έναρξη της κατάθλιψης, ιδιαίτερα αν συνυπάρχουν ψυχωτικά στοιχεία, ψυχοκινητική επιβράδυνση και έλλειψη προεφηβικής ψυχοπαθολογίας, καθώς επίσης και εφόσον υπάρχει οικογενειακό ιστορικό Διπολικής Διαταραχής (Karlan et al., 1994).

Άτομα με Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή, ιδιαίτερα υποτροπιάζουσα, μπορεί να παρουσιάζουν ελαττωμένη ενέργεια και ενεργητικότητα, κακή συγκέντρωση, έλλειψη ενδιαφέροντος, περιορισμένη απόδοση στην εργασία ή στο σχολείο, δυσκολίες στις διαπροσωπικές σχέσεις και στις κοινωνικές συναναστροφές. Η απάθεια και οι σεξουαλικές δυσκολίες (π.χ. ανοργασμία στις γυναίκες, διαταραχή της στύσης στους άνδρες) οδηγούν σε ένταση στη συζυγική ζωή. Σαν αποτέλεσμα των παραπάνω μπορεί να υπάρξουν συζυγικά προβλήματα (π.χ. διαζύγια), εργασιακά προβλήματα (π.χ. απώλεια της δουλειάς), σχολικά προβλήματα (π.χ. σκασιαρχείο, αποτυχίες στα μαθήματα), κατάχρηση αλκοόλ και άλλων ουσιών ή αυξημένη χρήση των ιατρικών υπηρεσιών. Μπορεί, επίσης, να υπάρξει μία αύξηση της συχνότητας πρόωρου θανάτου από γενικές ιατρικές καταστάσεις. Η πιο σοβαρή, όμως, επιπλοκή είναι η αυτοκτονία. Ο κίνδυνος για αυτοκτονία είναι ιδιαίτερα υψηλός σε άτομα με ψυχωτικά στοιχεία, με ιστορικό προηγούμενων αποπειρών, με οικογενειακό ιστορικό πετυχημένων αυτοκτονιών, με ταυτόχρονη χρήση ουσιών, που ζούνε μόνα τους ή είναι διαζευγμένα ή χωρισμένα (Χριστοδούλου, 2000).

Επιδημιολογικά στοιχεία της Καταθλιπτικής Διαταραχής

Ο κίνδυνος εμφάνισης Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής σ' όλη τη διάρκεια της ζωής του ατόμου (επιπολασμός ζωής) είναι 10%- 25% για τις γυναίκες και 5%- 12% για τους άντρες, δηλαδή είναι διπλάσιος για τις γυναίκες. Ο επιπολασμός της Μείζονος καταθλιπτικής Διαταραχής είναι 5%- 9% για τις γυναίκες και 2%- 3% για τους άντρες. Τα ποσοστά αυτά δε φαίνεται να επηρεάζονται από την εθνικότητα, το μορφωτικό επίπεδο, την οικονομική κατάσταση ή από το αν το άτομο είναι ανύπαντρο, παντρεμένο, χωρισμένο ή σε χηρεία (Χριστοδούλου, 2000).

Αιτιολογία της Καταθλιπτικής Διαταραχής

Όπως ήδη αναφέραμε, η Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή είναι 1.5- 3 φορές συχνότερη στους βιολογικούς συγγενείς πρώτου βαθμού ατόμων μ' αυτήν τη διαταραχή απ' ό,τι στο γενικό πληθυσμό. Μελέτες έχουν δείξει, επίσης, ότι υπάρχει αυξημένος κίνδυνος για εξάρτηση από αλκοόλ στους ενήλικους βιολογικούς συγγενείς πρώτου βαθμού και ενδεχομένως για Διαταραχή Ελαττωματικής Προσοχής/ Υπερκινητικότητας στα παιδιά, των ατόμων μ' αυτή τη διαταραχή (Karlan et al., 1994).

Επίσης, Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια μπορεί να συμβούν μετά από ψυχοκοινωνικά στρες, όπως θάνατοι, χωρισμοί, διαζύγια. Ο τοκετός επίσης μπορεί να προκαλέσει Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο (προσδιορισμός : Με Επιλόχεια Έναρξη). Χρόνιες γενικές ιατρικές καταστάσεις και Εξάρτηση από Ουσίες, ιδιαίτερα από Αλκοόλ ή Κοκαΐνη, μπορεί να συμβάλουν στη πρόκληση Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής. Σ' ένα σημαντικό αριθμό γυναικών τα συμπτώματα ενός Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου χειροτερεύουν μερικές ημέρες πριν την εμμηνορροσία (Karlan et al., 1994).

Θεραπεία της Καταθλιπτικής Διαταραχής

Κατ' αρχήν θα πρέπει να πούμε ότι οι εφαρμοζόμενες σήμερα θεραπευτικές τεχνικές στην κατάθλιψη έχουν αποδειχτεί αποτελεσματικές σε ικανοποιητικό βαθμό και γενικά ότι η πρόγνωση της κατάθλιψης είναι καλή (Μάνος, 1997).

Το φάσμα των θεραπευτικών προσεγγίσεων είναι βέβαια μεγάλο και περιλαμβάνει και σωματικές και ψυχοθεραπευτικές μεθόδους. Αυτό που έχει σημασία είναι ότι, ο κλινικός θα πρέπει να χρησιμοποιήσει κατάλληλο συνδυασμό μεθόδων σωματικών και/ ή ψυχοθεραπευτικών ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενή (Beck et al., 1979).

Σωματικές Θεραπείες: Τα φάρμακα είναι χρήσιμα και αποτελεσματικά στη θεραπεία των Καταθλιπτικών Διαταραχών – κυρίως της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής και ιδιαίτερα αν υπάρχουν ψυχωτικά στοιχεία και/ ή σωματικά (φυτικά) συμπτώματα (Karlan et al., 1994).

Ψυχοθεραπείες: Η ατομική ψυχοθεραπεία που βασίζεται στις ψυχοδυναμικές αρχές – *ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία* – είναι ίσως η πιο διαδεδομένη ψυχοθεραπευτική προσέγγιση στην κατάθλιψη. Φυσικά η ψυχοδυναμική θεραπεία δίνει έμφαση στις προηγούμενες εμπειρίες και βιώματα του ατόμου και στα

ασυνείδητα κίνητρα που προσδιορίζουν τη συμπεριφορά του. Η κατάθλιψη, μπορεί να βοηθηθεί με ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία έμμεσα, σαν αποτέλεσμα της βελτίωσης των διαπροσωπικών σχέσεων, της εμπιστοσύνης προς τα άλλα άτομα, των αμυντικών μηχανισμών, της συναισθηματικής εναισθησίας, της παραγωγικότητας και δημιουργικότητας κτλ. Πολλές φορές, βραχείας διάρκειας ψυχοθεραπεία (5 ως 20 συνεδρίες) μπορεί να αποβεί πολύ αποτελεσματική στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης (και ν' ακολουθηθεί ή όχι αργότερα από μακράς διάρκειας). Η βραχείας διάρκειας αυτή θεραπεία μπορεί να είναι *υποστηρικτική* με χαρακτηριστικά επείγουσας παρέμβασης και ανακούφισης συμπτωμάτων (Kaplan et al., 1994).

Η *ομαδική ψυχοθεραπεία* είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική στη βελτίωση των διαπροσωπικών δεξιοτήτων και της αυτοεκτίμησης, καθώς παρέχει υποστήριξη, αναγνώριση διαπροσωπικών προβλημάτων και εσφαλμένων παραδοχών και την ευκαιρία για δοκιμή νέων διαπροσωπικών τεχνικών που είναι πιο προσαρμοστικές και ανυψώνουν την αυτοεκτίμηση (Χριστοδούλου & συν., 2000).

Η *γνωστική θεραπεία* είναι βέβαια μία ειδική θεραπευτική τεχνική, που χρησιμοποιείται και περισσότερο στη θεραπεία της κατάθλιψης. Πρόκειται, ουσιαστικά για βραχεία ψυχοθεραπεία, με δομημένες συνεδρίες, που στοχεύει στην αναγνώριση και διόρθωση αρνητικών νοητικών σχημάτων του ασθενή, που σύμφωνα με τη γνωστική θεωρία προκαλούν την κατάθλιψη (Beck, Rush & Shaw, 1979).

ΑΓΧΩΔΕΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Δεν υπάρχει άνθρωπος που να μην νιώθει άγχος. Παρ' όλα αυτά ακριβής ορισμός του όρου είναι δύσκολος γιατί η έννοια αυτή χρησιμοποιείται για ένα ευρύ φάσμα αντιδράσεων του ατόμου. Καθώς το άγχος βιώνεται ψυχολογικά ως συναίσθημα, είναι χρήσιμο για την κατανόηση του να αναφερθούμε σε ένα άλλο παρόμοιο συναίσθημα που είναι ο *φόβος* (Μάνος, 1997).

Ο φόβος είναι η δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση, που δημιουργείται ως απάντηση σε εξωτερικό πραγματικό κίνδυνο ή απειλή, που γίνεται αντιληπτός. Η ένταση και η διάρκεια του φόβου είναι προς τον κίνδυνο και ο φόβος υποχωρεί όταν το άτομο αναλάβει δράση που οδηγεί σε φυγή ή αποφυγή. Ο φόβος περιλαμβάνει τόσο υποκειμενική αίσθηση φόβου (ψυχολογική διάσταση) όσο και φυσιολογικές μεταβολές που είναι κυρίως επιτάχυνση του καρδιακού ρυθμού, επιτάχυνση της αναπνοής, μυοκλωνίες (μυϊκός τρόμος) και ανακατανομή του αίματος από το δέρμα και τα σπλάχνα στους μεγάλους μύες (φυσιολογική διάσταση). Οι μεταβολές αυτές

προετοιμάζουν το σώμα για μυϊκή δραστηριότητα (πάλη ή φυγή) που μπορεί να είναι απαραίτητη ως απάντηση στην απειλή (Barlow, 1998).

Το *άγχος*, αντίθετα, είναι η δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση που περιλαμβάνει αισθήματα τάσης (έντασης), φόβου ή ακόμα 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 (έντασης), φόβου και τρόμου συνοδεύεται από διέγερση του συμπαθητικού συστήματος που εκδηλώνεται με ιδρώτα, ταχυκαρδία, τρόμο, επιτάχυνση της αναπνοής και γαστρεντερική δυσφορία (φυσιολογική διάσταση). Σ' αντίθεση, όμως, με τον φόβο η πηγή του άγχους είτε είναι άγνωστη είτε έχει ελάχιστη ένταση σε σύγκριση με την ένταση της φυσιολογικής και συναισθηματικής (ψυχολογικής) αντίδρασης που προκαλεί (Barlow, 1998).

Συνήθως το άγχος είναι μια κοινή αντίδραση που σε κάποιο βαθμό απαντάται στους περισσότερους ανθρώπους με τη μορφή της υπερβολικής αντίδρασης σε ήπια στρεσογόνα γεγονότα (π.χ. παραμονές εξετάσεων, αναμονή σημαντικών συναντήσεων κτλ.). Το άγχος θεωρείται παθολογικό εάν δημιουργεί προβλήματα στην καθημερινή λειτουργικότητα, στην επίτευξη επιθυμητών στόχων ή στην συναισθηματική ηρεμία του ατόμου-οπότε και έχουμε κάποια Αγχώδη Διαταραχή (Μάνος, 1997).

Οι Αγχώδεις Διαταραχές είναι οι πιο συχνές ψυχιατρικές διαταραχές στον γενικό πληθυσμό. Οι Ειδικές (ή Απλές) Φοβίες είναι οι πιο συχνές από αυτές, αλλά άτομα με τις φοβίες αυτές σπάνια αναζητούν θεραπεία. Η Διαταραχή Πανικού και η Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή είναι οι πιο συχνές αγχώδεις διαταραχές στα άτομα που ζητούν θεραπεία (Μάνος, 1997).

Κατά το DSM-IV οι Αγχώδεις Διαταραχές περιλαμβάνουν τις παρακάτω διαταραχές (Α.Ρ.Α., 1994):

- Διαταραχή Πανικού Χωρίς Αγοραφοβία
- Διαταραχή Πανικού Με Αγοραφοβία
- Αγοραφοβία Χωρίς Ιστορικό Διαταραχής Πανικού
- Ειδική Φοβία
- Κοινωνική Φοβία
- Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή
- Διαταραχή Μετά Από Ψυχοτραυματικό Στρες

- Διαταραχή Από Οξύ Στρες
- Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή
- Διαταραχή Οφειλόμενη σε Γενική Ιατρική Κατάσταση
- Αγχώδης Διαταραχή Προκαλούμενη από Ουσίες
- Αγχώδης Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς (Kaplan et al., 1994).

Στην παρούσα έρευνα θα μας απασχολήσει κυρίως η Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή, για το λόγο αυτό θα αναφερθούμε εκτενέστερα σ' αυτήν.

ΓΕΝΙΚΕΥΜΕΝΗ ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Κλινικά χαρακτηριστικά. Διάγνωση

Το βασικό χαρακτηριστικό της Γενικευμένης Αγχώδους Διαταραχής (ΓΑΔ) είναι υπερβολικό άγχος, στεναχώρια και ανησυχία που το άτομο δυσκολεύεται πολύ να ελέγξει, χωρίς τα ειδικά συμπτώματα που χαρακτηρίζουν τις Φοβίες, τη Διαταραχή Πανικού ή την ΨΚΔ. Οι ασθενείς με ΓΑΔ συνήθως ανησυχούν υπερβολικά για καθημερινά προβλήματα της ζωής, όπως η δουλειά, τα οικονομικά, η υγεία των μελών της οικογένειας, οι σχέσεις τους κτλ (Χριστοδούλου, 2000).

Συνοδά Συμπτώματα. Συνοδές Διαταραχές

Τη μυϊκή τάση συχνά συνοδεύουν τρόμος, αίσθημα εσωτερικής ανησυχίας, μυϊκές συσπάσεις, μυϊκοί πόνοι ή μυϊκή ευαισθησία. Πολλά άτομα με ΓΑΔ έχουν κρύα υγρά χέρια, ξηροστομία, εφίδρωση, ναυτία ή διάρροια, συχνουρία, δυσκολία στην κατάποση ή ένα «κόμπο» στον λαιμό. Ακόμα, συχνή είναι η αύξηση της αντίδρασης ξαφνιάσματος (Kaplan et al., 1994).

Συνοδές Διαταραχές πολύ συχνά είναι οι Διαταραχές της Διάθεσης και κυρίως η Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή ή η Δυσθυμική Διαταραχή, άλλες Αγχώδης Διαταραχές όπως η Διαταραχή Πανικού, η Κοινωνική Φοβία, η Ειδική Φοβία και Διαταραχές Σχετιζόμενες με Ουσίες όπως Κατάχρηση ή Εξάρτηση από Αλκοόλ ή Αγγολυτικά (Χριστοδούλου & συν., 2000).

Συχνά συνυπάρχουν και σωματικές καταστάσεις όπως σύνδρομο ευερέθιστου κόλου, κεφαλαλγίες κ.α. (Μάνος, 1997).

Έναρξη. Πορεία. Επιπλοκές

Πολλά άτομα με ΓΑΔ αναφέρουν ότι είχαν άγχος σε όλη τους τη ζωή. Αν και πάνω από 50% αναφέρουν ότι η διαταραχή άρχισε στην παιδική τους ηλικία ή στην εφηβεία, έναρξη μετά τα 20 δεν είναι ασυνήθιστη (Karlan et al., 1994).

Η πορεία είναι χρόνια, αλλά με εξάρσεις και υφέσεις. Το στρες συνήθως επιδεινώνει τη διαταραχή. Η πιο συχνές επιπλοκές είναι η κατάθλιψη και η κατάχρηση ουσιών, ιδιαίτερα αλκοόλ και αγχολυτικών, που χρησιμοποιούνται από τους ασθενείς για την ανακούφιση του άγχους (Χριστοδούλου & συν.,2000).

Επιδημιολογικά στοιχεία

Η ΓΑΔ είναι συχνότερη στις γυναίκες και υπολογίζεται ότι έχει επιπολασμό ζωής περίπου 5% (3% επιπολασμό έτους). Λίγοι από τους ασθενείς με ΓΑΔ αναζητούν ψυχιατρική θεραπεία. Πολλοί από αυτούς επισκέπτονται παθολόγους, καρδιολόγους ή πνευμονολόγους. Σε σύγκριση με τη διαταραχή πανικού και την κατάθλιψη η ΓΑΔ είναι σχετικά ήπια διαταραχή. Περίπου 10%-12% των αγχωδών ασθενών που επισκέπτονται ψυχιάτρους έχουν ΓΑΔ (Χριστοδούλου & συν.,2000).

Αιτιολογία

Η αιτιολογία της ΓΑΔ περιστρέφεται γύρω από τη σύμπλοκη διαντίδραση ψυχολογικών και βιολογικών παραγόντων. Όσον αφορά τους *ψυχολογικούς παράγοντες*, και για την ΓΑΔ ισχύουν αυτά που περιγράψαμε ως ψυχολογικές θεωρίες για το άγχος και τον πανικό στην αιτιολογία της Διαταραχής Πανικού (Μάνος, 1997).

Όσον αφορά τους *βιολογικούς παράγοντες*, πολλά και διάφορα συστήματα νευροδιαβιβαστών έχουν ήδη ενοχοποιηθεί για την διαταραχή αυτή, όπως το νοραδρενεργικό, το GABA και το σεροτονινεργικό του μετωπιαίου λοβού και του λιμπικού συστήματος. Ακόμα, πολλές μελέτες διερευνούν την οικογενειακή και γενετική φύση της ΓΑΔ. Αν και το άγχος ως χαρακτηριστικό έχει οικογενειακή εμφάνιση, εντούτοις μελέτες σε δίδυμους και σε οικογένειες ακόμη δεν έχουν αποδείξει τη γενετική ή οικογενή φύση της ΓΑΔ (Karlan et al., 1994).

Θεραπεία

Η θεραπευτική προσέγγιση της ΓΑΔ είναι κυρίως ψυχοθεραπευτική. Ανάλογα με τη δεκτικότητα του ατόμου για ψυχολογική θεραπεία, ο θεραπευτής μπορεί να λειτουργήσει είτε *υποστηρικτικά* προσφέροντας καθησύχαση, ενθάρρυνση και

υποστήριξη για να αντέξει το άτομο το άγχος έως ότου αυτό υποχωρήσει αρκετά είτε *αποκαλυπτικά ψυχαναλυτικά* απευθυνόμενος σε ασυνείδητες συγκρούσεις που θεωρούνται ότι προκαλούν το άγχος είτε *συμπεριφορικά* διδάσκοντας τεχνικές χαλάρωσης. Ακόμη, μπορεί να εφαρμόσει και βιοανάδραση (Karlan et al., 1994).

Φαρμακευτικά αν και πολλοί χρησιμοποιούν βενδοδιαζεπίνες, εντούτοις πρέπει να είμαστε πολύ επιφυλακτικοί, γιατί, καθώς η πορεία της ΓΑΔ είναι χρόνια, ο κίνδυνος εξάρτησης από τις βενδοδιαζεπίνες είναι μεγάλος. Έτσι, κι αν δοθούν, θα πρέπει να είναι για διάστημα λίγων μόνο μηνών. Κάποια εναλλακτική λύση είναι η βουσπιρόνη, ένα μη βενζοδιαζεπινικό αγχολυτικό, που έχει το πλεονέκτημα να μην προκαλεί εύκολα εξάρτηση όπως οι βενζοδιαζεπίνες. Τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά με καταπραϋντικές ιδιότητες, όπως η δοξεπίνη και η αμυτριπτυλίνη, μπορεί, επίσης, να βοηθήσουν, χορηγούμενα κυρίως το βράδυ σε χαμηλές δόσεις 25 mg – 100 mg (Μάνος, 1997).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ II

Η συμβολή της άσκησης σε ΒιοΨυχοΚοινωνικό επίπεδο

Πολλές έρευνες τονίζουν τη συμβολή της άσκησης στη ψυχική υγεία του ανθρώπου. Η άσκηση επηρεάζει την ποιότητα ζωής των ατόμων, γιατί εκτός από φυσιολογικές αλλαγές, δίνει ευχαρίστηση, κορυφαίες εμπειρίες, ευφορία, ευχάριστη ψυχική διάθεση και έλεγχο του στρες. Δραστηριότητες επαναλαμβανόμενες, μη συναγωνιστικού χαρακτήρα όταν εκτελούνται με την κατάλληλη για το άτομο ένταση, προκαλούν ιδιαίτερη ευχαρίστηση (περπάτημα, τρέξιμο, κολύμπι, ποδήλατο κ.α.) και μπορούν να μειώσουν αισθητά τα επίπεδα του στρες. Αντιθέτως, δραστηριότητες που πολλές φορές μπορεί να περιέχουν και κάποιον κίνδυνο (π.χ. ορειβασία, καταδύσεις κ.α.) ανεβάζουν τα επίπεδα του στρες. Οι παραπάνω επιδράσεις έχουν παρατηρηθεί σε κλινικούς και μη κλινικούς πληθυσμούς. Επίσης εκτός από καλό ρυθμιστή του στρες, η συχνή άσκηση βελτιώνει τη φυσική εμφάνιση διότι αυξάνει τη μυϊκή μάζα μειώνοντας ταυτόχρονα το σωματικό λίπος (Θεοδωράκης, 2002).

Ο Biddle το 1995, αναφέρει ότι, αν και οι περισσότεροι άνθρωποι αρχίζουν να τρέχουν «για να βελτιώσουν τη φυσική τους κατάσταση», οι περισσότεροι συνεχίζουν να τρέχουν «για να βελτιώσουν τη πνευματική τους κατάσταση» και «ν' ανακουφιστούν από το στρες» (Biddle, 1995). Ο Heyward, το 1997, αναφέρει στο βιβλίο του ότι: οι άνθρωποι ασκούνται για να παραμείνουν υγιείς σε ποσοστό 78%, για να αισθανθούν καλά σωματικά και ψυχολογικά σε ποσοστό 54%, για τον έλεγχο του στρες σε ποσοστό 50% και για τον έλεγχο του βάρους τους σε ποσοστό 47% (Heyward, 1997).

Το πρόβλημα μ' αυτά τα είδη μελετών ωστόσο, είναι ότι, τα άτομα τα οποία είναι ενεργά σε φυσικές δραστηριότητες, διαφέρουν αρκετά από τα μη- ενεργά άτομα σε πολλά στοιχεία της δομής της προσωπικότητάς τους, τα οποία μπορεί να επηρεάζουν τον τρόπο ζωής τους, το βάρος του σώματός τους, τις συνήθειες του ύπνου τους, την εκπαίδευσή τους, τα έσοδα τους, ή ακόμη να διαφέρουν όσον αφορά τη γενετική τους προδιάθεση ή και το περιβάλλον στο οποίο μεγάλωσαν. Αυτοί οι άλλοι παράγοντες (στοιχεία προσωπικότητας του ατόμου, περιβάλλον και γενετική προδιάθεση), καθιστούν δύσκολη τη μέτρηση του ανεξάρτητου ρόλου της φυσικής

δραστηριότητας, για το λόγο αυτό θα έπρεπε να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη για την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων (Heyward, 1997).

Η άσκηση, είναι ένας φυσιολογικός στρεσογόνος παράγοντας, ο οποίος προκαλεί μία έντονη αντίδραση στρες όπως: αυξημένος καρδιακός ρυθμός, πίεση του αίματος, ρυθμός αναπνοής, ροή αίματος στους μύες, κατανάλωση οξυγόνου και ρυθμός μεταβολισμού. Έντονη και παρατεταμένη άσκηση (συνήθως πάνω από 30 λεπτά) αυξάνει τα επίπεδα του πλάσματος της κορτιζόλης (Hartley et al., 1972 ; Shepard & Sidney, 1975; Tharp, 1975), επινεφρίνης και νορεπινεφρίνης (Hartley et al., 1972; Von Euler, 1974). Φαίνεται ότι, μία μέτριας έντασης άσκηση (σε ποσοστό 60% της μέγιστης πρόσληψης O_2) είναι απαραίτητη για να παραχθούν αυτές οι ορμονικές αντιδράσεις (Davies & Few, 1973; Hartley, 1975; Von Euler, 1974).

Όταν τα άτομα είναι εκτεθειμένα σε στρεσογόνες καταστάσεις, βιώνουν μία αύξηση στην καρδιακή συχνότητα, στην πίεση του αίματος, στις ορμόνες του στρες και στη δραστηριότητα του νευρικού συστήματος. Οι ερευνητές αποκαλούν αυτό, “καρδιαγγειακή επαναενεργοποίηση” στο ψυχολογικό στρες (Hartley et al., 1972).

Σε μία ανασκόπηση μελετών από τον Salmon το 2001 , βρέθηκε ότι, τα άτομα που ασκήθηκαν με αερόβια άσκηση, είχαν μία σημαντικά μειωμένη ανταπόκριση επανα-ενεργοποίησης σε μία μεγάλη ποικιλία στρεσογόνων καταστάσεων. Η άσκηση, φαίνεται να είναι χρήσιμη, επειδή το άτομο προσαρμόζεται στην αύξηση της καρδιακής συχνότητας, της πίεσης του αίματος και των ορμονών του στρες που βιώνουν κατά τη διάρκεια της άσκησης, κι έτσι το σώμα ισχυροποιείται και προσαρμόζεται να αντιδράσει πιο ήρεμα, όταν οι ίδιες αντιδράσεις εμφανίζονται κατά τη διάρκεια του ψυχολογικού στρες (Salmon, 2001).

Επειδή δεν είναι πάντοτε πρακτικό, ή ακόμη δυνατό, ν’ αποφύγεις πολλά στρεσογόνα γεγονότα της ζωής, η κανονική αερόβια άσκηση ίσως είναι ένας τρόπος να μειώσεις την επίδραση του στρες στην υγεία (Salmon, 2001).

Σε μία άλλη μελέτη, που διεξήχθη από τον Holmes (1993), ορίστηκαν 4 ομάδες σπουδαστών: (1) υψηλό στρες στη ζωή-υψηλή φυσική κατάσταση (2) υψηλό στρες στη ζωή-χαμηλά επίπεδα φυσικής κατάστασης (3) χαμηλό στρες στη ζωή-υψηλή φυσική κατάσταση και (4) χαμηλό στρες στη ζωή-χαμηλά επίπεδα φυσικής κατάστασης. Το ψυχολογικό στρες, σχετιζόταν με υψηλά επίπεδα φυσικής ασθένειας, αλλά μόνο ανάμεσα στα άτομα με χαμηλά επίπεδα φυσικής κατάστασης. Οι σπουδαστές οι οποίοι είχαν εμπειρία υψηλού βαθμού στρες στη ζωή τους, αλλά αυτοί που ήταν σε καλή αερόβια κατάσταση, δεν έδειξαν υψηλότερα επίπεδα φυσικής

ασθένειας, σε σχέση μ' αυτούς που δεν είχαν εμπειρία υψηλού στρες στη ζωή τους (Holmes, 1993).

□ Παρόλο που η άσκηση έχει αναγνωριστεί ως σημαντικός παράγοντας για τη σωματική και τη ψυχική υγεία, δεν υπάρχουν πολλές έρευνες που να ασχολούνται με το θεραπευτικό της ρόλο στις ψυχικές ασθένειες. Η άσκηση, σαν μέσο θεραπείας των ασθενειών αυτών, θα πρέπει να αποτελεί επιλογή του θεραπευτή και του ασθενή. Ένας άλλος λόγος που υπερτερεί έναντι των άλλων χημικών μέσων είναι το χαμηλό οικονομικό κόστος (Θεοδωράκης, 2002). □

Σε ερευνά τους οι Hassmen, Koivula & Uutela, (2000), εξέτασαν τις σχέσεις μεταξύ συχνότητας άσκησης και ψυχικής ευεξίας. Το δείγμα τους αποτέλεσαν 3403 άτομα, ηλικίας 25- 64 ετών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα άτομα που γυμνάζονταν τουλάχιστον 2 ή 3 φορές την εβδομάδα, δήλωναν χαμηλότερα επίπεδα κατάθλιψης, θυμού, δυσπιστίας και στρες σε σχέση με αυτούς που δεν γυμνάζονταν. Επίσης αντιλαμβάνονταν την υγεία τους και τη φυσική τους κατάσταση πολύ καλύτερα σε σχέση με τους μη ασκούμενους (Hassmen et al., 2000).

Σύμφωνα με τους Willis και Campbell (1992), τα οφέλη στην ψυχική υγεία από τη συμμετοχή σε φυσικές δραστηριότητες είναι πολλά: βελτίωση της αυτοπεποίθησης, ψυχική ευεξία, ικανοποίηση στη σεξουαλική ζωή, περιορισμός του άγχους, μείωση της κατάθλιψης και θετική επίδραση στις γνωστικές λειτουργίες (Willis & Campbell, 1992).

Οι βασικοί ψυχοβιολογικοί μηχανισμοί, ωστόσο, δεν είναι πλήρως κατανοητοί. Κάποιοι παράγοντες που ίσως εξηγούν, κατά ένα μέρος, την αποτελεσματικότητα της άσκησης για την μείωση του ψυχολογικού στρες είναι οι παρακάτω – η Άσκηση:

- Είναι μία ψυχαγωγία, η οποία καθιστά ικανό το άτομο να χαλαρώνει, εξ' αιτίας της αλλαγής στο περιβάλλον ή στην καθημερινότητα. Απελευθερώνει το μυαλό από τους στρεσογόνους παράγοντες, που συντελούν στην εμφάνιση του περιστασιακού άγχους.
- Θεωρείται ως μία διέξοδος, για να διώξει συναισθήματα όπως: ο θυμός, ο φόβος και η απογοήτευση (που μπορεί να οδηγήσουν σε άγχος ή κατάθλιψη).
- Ενισχύει την αυτοεκτίμηση και αυξάνει την αυτοπεποίθηση στην ικανότητα του ατόμου ν' αντιμετωπίσει τις παραγόμενες καταστάσεις στρες.

- Μειώνει τη μυϊκή ένταση και προκαλεί μία κατάσταση μυϊκής χαλάρωσης, αυξάνοντας τη θερμοκρασία του σώματος (Salmon, 2001).
- Δημιουργεί βιοχημικές αλλαγές, οι οποίες συνδέουν τις ψυχολογικές καταστάσεις, για παράδειγμα, ένα χαμηλό επίπεδο νορεπινεφρίνης συνοδεύεται με μελαγχολία (κατάθλιψη). Κατά τη διάρκεια της άσκησης, τα επίπεδα του πλάσματος της νορεπινεφρίνης αυξάνουν και η οποία (νορεπινεφρίνη) ίσως βοηθάει, για ν' ανακουφιστούν τα συμπτώματα της μελαγχολίας (κατάθλιψης) (Falls et al., 1980). Η άσκηση επίσης, πιθανόν ν' αυξάνει τα επίπεδα της ενδορφίνης στον εγκέφαλο, αυτές οι ουσίες, όπως η μορφίνη, έχουν μία ναρκωτική επίδραση και προκαλούν αισθήματα ευχαρίστησης και ευφορίας (Sharkey, 1990).

Τέλος αξίζει ν' αναφερθεί ότι, επαγγελματίες αθλητές (υψηλού επιπέδου), έχουν την τάση να είναι λιγότερο αγχωμένοι, μελαγχολικοί και σε σύγχυση, απ' ότι τα άτομα του μέσου όρου (Morgan, 1979).

Η συμβολή της άσκησης στις συναισθηματικές διαταραχές

Υπάρχουν ενδείξεις για αιτιολογική σύνδεση μεταξύ άσκησης και μειωμένης κατάθλιψης. Δεν έχουν βρεθεί αρνητικές επιδράσεις της άσκησης σε πληθυσμούς ατόμων με κατάθλιψη (Biddle et al., 2000).

Για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης και άλλων ψυχικών διαταραχών εκτός της φαρμακευτικής και οποιαδήποτε άλλης κλινικής μορφής αγωγής, η φυσική δραστηριότητα (και συγκεκριμένα η μέτριας έντασης άσκηση) μπορεί να συμπεριληφθεί σαν ένα μέρος της θεραπείας. Συγκεκριμένα, η μέτριας έντασης αερόβια άσκηση, φαίνεται να μειώνει τα συμπτώματα της μέτριας κατάθλιψης και να προάγει την ψυχική υγεία (Falls, Baylor & Dishman, 1980).

Ο McAuley (1994), αναφέρει ότι η άσκηση (φυσική δραστηριότητα) μετριάζει τα επίπεδα του άγχους και της κατάθλιψης. Οι θετικές επιδράσεις της άσκησης στη κατάθλιψη, έχουν απασχολήσει την τελευταία 20ετία αρκετούς ερευνητές (όχι όμως όσους θα αναμενόταν βάση της σημαντικής θετικής συνεισφοράς της), μιας και τα άτομα με κατάθλιψη τείνουν να κάνουν καθιστική ζωή και να συμμετέχουν σε πολύ λίγες δραστηριότητες αναψυχής. Ταυτόχρονα από κάποιους τίθεται το ερώτημα ότι δεν είναι ξεκάθαρο εάν η κατάθλιψη οφείλεται στη καθιστική ζωή και την έλλειψη

φυσικής κατάστασης ή αν η κατάθλιψη δημιουργεί τάσεις αδράνειας (McAuley, 1994).

Η μέτριας έντασης φυσική δραστηριότητα, ως αποτέλεσμα έχει την αύξηση της διάθεσης και της αυτοεκτίμησης, την ενθάρρυνση της κοινωνικοποίησης και την βελτίωση της υγείας. Πολλοί άνθρωποι που συμμετέχουν σε πρόγραμμα άσκησης, αναφέρουν ότι αισθάνονται καλύτερα μετά την άσκηση (Falls et al., 1980).

Η έρευνα των Blumenthal et. al., (1988), έδειξε ότι το περπάτημα ή το τρέξιμο στο 70% με 80% της μέγιστης επιβάρυνσης, για 30 λεπτά κάθε φορά, 3 φορές την εβδομάδα, ήταν εξίσου αποδοτικό σε ασθενείς με κατάθλιψη όσο και η θεραπεία με αντικαταθλιπτικά φάρμακα (Blumenthal et. al., 1988).

Σε έρευνά τους, οι Morgan και Raglin το (1987), υποστηρίζουν τα θετικά οφέλη της μέτριας έντασης φυσικής δραστηριότητας, διαπιστώνοντας επίσης ότι, ένα πρόγραμμα χρόνιας εξάσκησης (τουλάχιστον ενός έτους) μπορεί να βελτιώσει την αυτοεκτίμηση, την πνευματική υγεία και την αίσθηση καλής φυσικής κατάστασης. Τα ευεργετικά, συναισθηματικά αποτελέσματα της άσκησης είναι σημαντικά στα άτομα νεαρής και μέσης ηλικίας (Morgan & Raglin, 1987), και ο Brown (1992) διαπιστώνει ότι, υπάρχει ένας συσχετισμός μεταξύ της άσκησης και της πνευματικής υγείας σε άτομα μέσης ηλικίας (Brown, 1992).

Οι Mobily, Rubestein, Lemke, O' Hara και Vallance (1996), μελέτησαν τις επιδράσεις της συχνότητας βαδίσματος σαν μέσο άσκησης σε άτομα ηλικίας άνω των 65 με μέτρια και σοβαρή κατάθλιψη. Διαπίστωσαν ότι στα άτομα που δήλωναν ότι περπατούσαν καθημερινά μειώθηκε ο βαθμός κατάθλιψης. Η μείωση αυτή ήταν μεγαλύτερη στα άτομα που αντιμετώπιζαν σοβαρότερο πρόβλημα. Ομως και στα άτομα με μέτρια κατάθλιψη το καθημερινό βάδισμα είχε αποτελέσματα και μάλιστα μακροχρόνια. Γενικά φαίνεται ότι η άσκηση είναι μια υποσχόμενη θεραπευτική μέθοδος στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης και του περιορισμού του άγχους (Mobily et al., 1996).

Σε έρευνα τους οι Faulkner και Biddle (2004), εξέτασαν 6 περιπτώσεις ατόμων που έπασχαν από κλινική κατάθλιψη και μετά την εφαρμογή προγράμματος φυσικής δραστηριότητας (βάδισμα) για 10 τουλάχιστον εβδομάδες βρήκαν ότι στα άτομα αυτά μειώθηκε η καταθλιπτική τους διάθεση και βελτιώθηκε σημαντικά η ποιότητα ζωής τους. Η συλλογή των δεδομένων έγινε με την τεχνική της δομημένης συνέντευξης και βάση των αυτοαναφορών των ασθενών, αναφορικά με τη διάθεση τους, σε σχέση πάντα με τη φυσική δραστηριότητα. Επίσης πρέπει να αναφερθεί ότι

οι ασθενείς υιοθέτησαν την συμπεριφορά αυτή (φυσική δραστηριότητα-βάδισμα) ως τρόπο ζωής (Faulkner & Biddle, 2004).

Σε μία διαχρονική έρευνα που έγινε από τους Mobily et al. (1996), βρέθηκε ότι άτομα ηλικιωμένα που έπασχαν από κατάθλιψη, βελτίωσαν τη συναισθηματική τους κατάσταση μετά από 3 χρόνια καθημερινό περπάτημα (Mobily et al., 1996).

Έτσι, συμπεραίνεται ότι η μέτριας έντασης αερόβια άσκηση βοηθάει σημαντικά στη βελτίωση της διάθεσης σε άτομα που πάσχουν από ήπιας και μέτριας μορφής συναισθηματικές διαταραχές.

Η συμβολή της άσκησης στις αγχώδεις διαταραχές

Η άσκηση είναι ένας ιδανικός τρόπος για τη διαχείριση του στρες καθώς μπορεί να χρησιμοποιείται τόσο για να αυξάνει όσο και να ελαττώνει το αυξανόμενο επίπεδο στρες, ανάλογα με την περίπτωση. Η άσκηση ως χόμπι, ιδιαίτερα η αεροβική άσκηση, ελαττώνει τον αριθμό των δεικτών του στρες. Για παράδειγμα, η άσκηση προκαλεί μείωση των συμπτωμάτων της έντασης, της κατάθλιψης, του θυμού και της επιθετικότητας, της κούρασης όπως επίσης και μείωση του σφυγμού ηρεμίας, του όγκου παλμού και της διαστολικής και συστολικής πίεσης (McArdle et al., 1996).

Η συμμετοχή σε προγράμματα άσκησης, βελτιώνει τη διάθεση, μειώνοντας την κατάσταση άγχους και αυξάνοντας την αίσθηση της ενεργητικότητας (Jin, 1992). Έτσι, η άσκηση εμφανίζεται να είναι μία αποτελεσματική τεχνική για τη μείωση του άγχους (Severtsen & Bruya, 1986; Thayer, Newman, & McClain, 1994).

Η άσκηση, παίζει επίσης ένα σημαντικό ρόλο, στον έλεγχο του ψυχολογικού στρες. Το νοητικό και συναισθηματικό στρες, ίσως οδηγήσει, σε καταστάσεις άγχους και κατάθλιψης. Η μέτριας έντασης άσκηση, συμβάλλει σημαντικά στη μείωση του άγχους, εξίσου και στους άνδρες και στις γυναίκες (Morgan, 1973).

Ο Salmon, σε ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με τις επιδράσεις της άσκησης στο άγχος και την ευαισθησία στο στρες, τονίζει την αγχολυτική δράση της αερόβιας άσκησης. Επίσης, υποστηρίζει ότι η άσκηση προστατεύει από τις βλαβερές συνέπειες του στρες (Salmon, 2001).

Σε μία μετα-ανάλυση 159 μελετών, που έχουν σχέση με την άσκηση και τη μείωση του άγχους, οι Landers και Petruzzello (1991), έδειξαν ότι, πάνω από 80% των μελετών υποστήριξαν ότι, η μέτρια προς έντονη (διάρκειας τουλάχιστον 30 λεπτών) και η χρόνια (διάρκειας τουλάχιστον 10 εβδομάδων) αερόβια άσκηση σε 50%-80% $\text{Vo}_2 \text{ max}$, επιφέρει μία ήπια προς μέτρια μείωση, στο περιστασιακό και στο

χαρακτηριστικό άγχος, καθώς και στις ψυχολογικές ενδείξεις του στρες (Landers & Petruzzelo, 1991).

Συγκεκριμένα, για το περιστασιακό άγχος, τα ευεργετικά αποτελέσματα αρχίζουν, σχεδόν αμέσως μετά την άσκηση και συνεχίζονται για δύο ώρες. Για τη βοήθεια μείωσης του χαρακτηριστικού άγχους, η εκπαίδευση στην αερόβια άσκηση, πρέπει να συνεχιστεί τουλάχιστον για 10 εβδομάδες και απαιτείται χαμηλή ή μεσαία ένταση. Κάποιες έρευνες δείχνουν ότι, υψηλής έντασης άσκηση μπορεί ν' αυξήσει το χαρακτηριστικό άγχος. Πολύ χαμηλή ένταση, όπως ασκήσεις διάτασης, δεν φαίνεται να μειώνουν το άγχος (Landers & Petruzzelo, 1991).

Σε ένα πρόγραμμα άσκησης 8 εβδομάδων μειώθηκαν τα συμπτώματα αγοραφοβίας σε 92 ασθενείς. Και η αερόβια άσκηση (περπάτημα, jogging) αλλά και η αναερόβια, έδειξαν να μειώνουν το άγχος 79 ασθενών (Martinsen, 1990).

Οι Brooks et al. (2003), στην έρευνα τους σε 46 ασθενείς με διαταραχή πανικού με ή χωρίς αγοραφοβία, εξέτασαν τις επιδράσεις που είχε σ' αυτούς η αερόβια άσκηση συγκρίνοντας την με τις επιδράσεις της κλομιπραμίνης. Στην έρευνα συμμετείχαν 3 ερευνητικές ομάδες (κλομιπραμίνης, placebo και αερόβιας άσκησης). Η ομάδα που ακολούθησε πρόγραμμα αερόβιας άσκησης συμμετείχε σ' αυτό για 10 εβδομάδες 3 φορές την εβδομάδα τουλάχιστον και διένυε μία απόσταση περίπου 4 χιλιομέτρων στην αρχή περπατώντας και στη συνέχεια τρέχοντας. Τα διαγνωστικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν στην έρευνα ήταν η κλίμακα του Hamilton (HAMA) για το άγχος, οι κλίμακες PAS-O και PAS-P για την διαταραχή πανικού και την αγοραφοβία και κλινική συνέντευξη. Τα άτομα πληρούσαν τα κριτήρια κατά DSM-III-R για την διαταραχή πανικού με ή χωρίς αγοραφοβία. Επίσης πρέπει ν' αναφερθεί ότι τα άτομα είχαν συνάντηση μία φορά την εβδομάδα με το θεραπευτή τους και κρατούσαν και ημερολόγιο δραστηριότητας (activity). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπήρξε σημαντική μείωση του άγχους, της κατάθλιψης και της δυσφορίας στις ομάδες της κλομιπραμίνης και της αερόβιας άσκησης. Όσο καιρό ακολούθησαν το πρόγραμμα βελτιώθηκε σημαντικά η φυσική τους κατάσταση αλλά η αγοραφοβία δεν υποχώρησε (Brooks et al., 2003).

Οι Tkachuk και Martin (1999), εξέτασαν τη συμβολή της άσκησης σε ασθενείς με ψυχιατρικές διαταραχές. Συγκεκριμένα, οι ασθενείς που παρουσίαζαν διαταραχή του πόνου, σωματική ή ψυχολογική (διαταραχή σωματοποίησης), είχαν την εξής συμπεριφορά: για τα άτομα αυτά, οι αμοιβές από το περιβάλλον δρουν ως ενισχυτές, αυτές μπορεί να είναι, οικονομικά οφέλη, ανακούφιση από το στρες ή την

ευθύνη, κοινωνικές ανταμοιβές όπως συμπάθεια ή προσοχή. Μία από τις θεραπείες που μπορεί να εφαρμοστεί σ' αυτή τη κατηγορία ατόμων είναι η άσκηση. Για να έχει αποτελέσματα ένα πρόγραμμα άσκησης αυτή θα πρέπει να είναι αερόβια (προτεινόμενη διάρκεια 30 λεπτά), πέντε φορές την εβδομάδα, και με ένταση στο 60% - 70% της μέγιστης καρδιακής συχνότητας. Μετά από ένα τέτοιο πρόγραμμα και για οκτώ έως δέκα εβδομάδες εφαρμογής του, παρατηρείται μείωση του αναφερόμενου πόνου (Tkachuk & Martin, 1999).

Οι Broman- Fulks et al. (2004), σε έρευνά τους εξέτασαν τα αποτελέσματα της αερόβιας άσκησης στην ευαισθησία που έχουν τα άτομα στο άγχος. Στην έρευνα αυτή συμμετείχαν 54 άτομα τα οποία ασκήθηκαν για 20 λεπτά, 3 φορές την εβδομάδα. Αυτοί χωρίστηκαν σε δύο ομάδες, η μία εκτελούσε υψηλής έντασης αερόβια άσκηση και η άλλη χαμηλής έντασης αερόβια άσκηση. Το άγχος μετρήθηκε πριν τη θεραπεία, κατά τη διάρκεια και μετά το πέρας της θεραπείας (άσκηση), με το Anxiety Sensitivity Index - ASI (Peterson & Reiss, 1992). Και οι δύο ομάδες είχαν βελτίωση όσον αφορά την ευαισθησία τους στο άγχος αλλά μόνο η ομάδα υψηλής έντασης άσκησης είχε γρηγορότερα αποτελέσματα στη μείωση του άγχους (Broman-Fulks et al., 2004).

Έτσι, συμπεραίνουμε ότι η μέτριας έντασης αερόβια άσκηση, βοηθάει σημαντικά στη μείωση του άγχους σε άτομα που πάσχουν από αγχώδεις διαταραχές. Συγκεκριμένα, τα είδη, η ένταση και η διάρκεια της άσκησης που βοηθούν καλύτερα και ποιο άμεσα στη μείωση του άγχους και στη βελτίωση της διάθεσης, αναφέρονται στη συνέχεια.

Μορφές και Ένταση-Διάρκεια Άσκησης

Στην εργασία των Hansen, Stevens, και Goast (2001), εξετάστηκε η επίδραση της άσκησης, διαφορετικής διάρκειας (10, 20, 30 λεπτών) στην αύξηση της διάθεσης των συμμετεχόντων. Οι αναλύσεις έδειξαν αύξηση της διάθεσης μετά τα πρώτα 10 λεπτά, οι οποίες αυξανόταν προοδευτικά μέχρι τα 20 λεπτά, δίχως όμως να παρουσιάζουν περαιτέρω αύξηση στα 30 λεπτά (Hansen, Stevens & Goast, 2001). Ποδηλάτες ανέφεραν βελτίωση της διάθεσης σε μέτρια έντασης άσκηση και μείωση στην υψηλή και στην πολύ υψηλή έντασης άσκηση (Motle et al., 1996).

Από τους ερευνητές προτείνεται ότι, κάθε ενήλικας θα πρέπει να εκτελεί τουλάχιστον 30 λεπτά ή περισσότερο μεσαίας εντάσεως φυσική δραστηριότητα, κατά προτίμηση όλες τις μέρες τις εβδομάδας, για να έχει σωματικό και ψυχολογικό

(μείωση άγχους και βελτίωση της διάθεσης) όφελος από την άσκηση (Pate et al., 1995).

Γενικότερα από τις παραπάνω έρευνες συμπεραίνουμε ότι η αερόβια αλλά και η αναερόβια άσκηση είναι εξίσου κατάλληλες για την μείωση των συμπτωμάτων άγχους. Η μέτριας ένταση άσκηση φαίνεται να είναι αποτελεσματικότερη για την παραμονή στην άσκηση, και τα υψηλότερα επίπεδα έντασης δεν συμβάλλουν απαραίτητα περισσότερο στο αποτέλεσμα (Θεοδωράκης, 2002).

Συγκρίνοντας την αποτελεσματικότητα του μέτριας έντασης περπατήματος με το ελαφρύ τροχάδην, ο Sexton et al. (1989), δεν διαπίστωσαν διαφορές στην μείωση του άγχους μεταξύ των ασθενών. Σημαντικό είναι το γεγονός ότι οι περισσότεροι που έκαναν τροχάδην εγκατέλειψαν γρηγορότερα από εκείνους που έκαναν βάδην. Το παραπάνω γεγονός έκανε τους ερευνητές να προτείνουν την μέτρια παρά την εντονότερη άσκηση για να πετύχουμε την μακρύτερη παραμονή στην άσκηση (Sexton et al., 1989).

Για να υπάρξουν θετικές μεταβολές στην διάθεση και μείωση του άγχους σε ασκήσεις που απαιτούν αρκετή καταπόνηση, θα πρέπει οι ασκούμενοι να έχουν ένα αρκετά καλό επίπεδο φυσικής κατάστασης (Boutcher & Landers, 1988). Σε ιδανικές καταστάσεις, η συχνότητα της άσκησης θα πρέπει να είναι σε καθημερινή βάση, κι αυτό διότι η βελτίωση της διάθεσης διαρκεί από 2 έως 4 ώρες για μέλη μη κλινικών πληθυσμών (Morgan, 1987). Έρευνες αναφέρουν ότι τα ψυχολογικά οφέλη της άσκησης διαρκούν όσο η άσκηση η ίδια (Bartholomew, 1997). Γι' αυτό λοιπόν χρειάζεται σχεδόν καθημερινή άσκηση. Από άλλους ερευνητές αναφέρεται ότι, για να είναι η αερόβια άσκηση αποτελεσματική, πρέπει να διαρκεί από 20-60 λεπτά, 3-4 φορές την εβδομάδα και για τουλάχιστον 5 εβδομάδες (Tkachuk & Martin, 1999).

Σε μία έρευνα του Anshel (1996), μελετήθηκαν οι επιδράσεις ενός προγράμματος αερόβιας άσκησης, διάρκειας 10 εβδομάδων και ενός προγράμματος εκπαίδευσης προοδευτικής χαλάρωσης στις σωματικές, συναισθηματικές, συμπεριφορικές αντιδράσεις στο έντονο στρες. Οι συμμετέχοντες ήταν 60 προπτυχιακοί φοιτητές Πανεπιστημίου, χωρίς προηγούμενη εκπαίδευση στη διαχείριση του στρες, οι οποίοι τυχαία καθορίστηκε να συμμετέχουν σε μία από τις 4 διαδικασίες για 10 εβδομάδες: (α) μέτριας έντασης αερόβια άσκηση, (β) προοδευτική χαλάρωση (γ) ένα εικονικό γκρουπ που συμμετείχε στη συζήτηση της ομάδας, αλλά είχε την εμπειρία του έντονου στρες και (δ) μία μη παρεμβατική ομάδα ελέγχου, που δεν είχε την εμπειρία του στρες, ενώ εκτελούσε το κινητικό πρόγραμμα. Οι αναλύσεις

έδειξαν, ότι αυτοί που ασκήθηκαν με αερόβια άσκηση, σε σύγκριση με τις άλλες ομάδες, ανταποκρίθηκαν στο έντονο στρες με πιο θετική αντίδραση, χαμηλότερο καρδιακό ρυθμό, ελαττωμένη συστολική (αλλά όχι διαστολική) πίεση του αίματος και ανώτερη κινητική απόδοση. Η προοδευτική χαλάρωση, ελάττωσε αξιοσημείωτα την πίεση του αίματος, αλλά δεν επηρέασε ευνοϊκά την απόδοση ή την επίδραση στην αντίδραση στο έντονο στρες. Η εικονική και η ομάδα ελέγχου, ήταν στατιστικά όμοιες, σ' όλες τις μετρήσεις. Τα ευρήματα έδειξαν, να επιβεβαιώνουν τη χρήση της χρόνιας αερόβιας άσκησης, ως μία στρατηγική για την επιτυχή αντιμετώπιση του έντονου στρες (Anshel, 1996).

Θεωρία των Στόχων

Στη συγκεκριμένη έρευνα, εκτός των άλλων, θα χρησιμοποιηθεί και ένα πρόγραμμα στόχων, για την καλύτερη κινητοποίηση (αύξηση κινήτρου) των συμμετεχόντων και ποιο συγκεκριμένα για τη δέσμευσή τους στο πρόγραμμα και τον καλύτερο προσανατολισμό σε αυτό. Σύμφωνα με τη θεωρία των στόχων, οι στόχοι που το άτομο θέτει επηρεάζουν την απόδοσή του αυξάνοντας την προσπάθεια, την επιμονή, την αντοχή του και οδηγούν την προσοχή του στη σωστή κατεύθυνση (Θεοδωράκης, 2000).

Οι στόχοι δεν ενεργούν από μόνοι τους. Επηρεάζουν, και επηρεάζονται και από άλλους παράγοντες (γνωστικοί μηχανισμοί) και λειτουργούν σε συνδυασμό με αυτούς στη διαμόρφωση της τελικής απόδοσης. Ένας από τους παράγοντες αυτούς είναι η *αυτοπεποίθηση* ή αυτοαποτελεσματικότητα, δηλαδή η θετική προσδοκία ενός ατόμου ότι μπορεί να πετύχει σε μία συγκεκριμένη δραστηριότητα (Bandura, 1986). Η αυτοπεποίθηση επηρεάζει θετικά την απόδοση, είτε άμεσα, είτε επηρεάζει τον καθορισμό στόχων και στη συνέχεια οι στόχοι επηρεάζουν την απόδοση. Η έρευνα δείχνει ότι, όσο πιο σίγουρα νοιώθουν τα άτομα τόσο πιο πολύ προσπαθούν, τόσο πιο δύσκολους στόχους θέτουν και αποδίδουν καλύτερα. Ταυτόχρονα η έρευνα δείχνει ότι η επίτευξη των στόχων αυξάνει την απόδοση (Locke & Latham, 1990).

Όταν τα άτομα πετυχαίνουν τους στόχους τους τότε νοιώθουν ικανοποίηση και προσπαθούν περισσότερο. Πολλές φορές όμως και η μη ικανοποίηση από την αποτυχία στην εκπλήρωση ενός στόχου λειτουργεί ως κίνητρο στα άτομα να προσπαθήσουν ξανά και πιο έντονα να πετύχουν τους στόχους τους (Bandura, 1986). Αυτή η *αυτοϊκανοποίηση* είναι ένας άλλος βασικός ψυχολογικός παράγοντας που επηρεάζει άμεσα είτε την απόδοση, είτε τους στόχους. Σχετικές εργασίες δείχνουν ότι

ανάλογα με το επίπεδο της αυτοπεποίθησης και της αυτοϊκανοποίησης τα άτομα επηρεάζονται θετικά ή αρνητικά στην επίτευξη των στόχων τους (Lerner & Locke, 1995).

Η *δέσμευση* στο στόχο που είναι η αποφασιστικότητα του ατόμου να προσπαθήσει για το στόχο του και η επιμονή του να τον επιδιώκει διαρκώς, είναι ένας άλλος παράγοντας που επηρεάζει την επιτυχία των στόχων (Θεοδωράκης και συν., 2000).

Ένας άλλος γνωστικός μηχανισμός που επηρεάζει τους στόχους και την απόδοση είναι ο *προσανατολισμός* των στόχων. Υπάρχουν άτομα που κρίνουν τον εαυτό τους κυρίως με βάση την επιτυχία, ή την αποτυχία, και τη σύγκριση τους με τους άλλους, άλλα άτομα κρίνουν την επιτυχία περισσότερο με βάση τα προσωπικά στάνταρ και τη βελτίωση του εαυτού τους. Οι προσανατολισμοί αυτοί των ατόμων επηρεάζουν τον καθορισμό των στόχων τους και την απόδοσή τους. Τα άτομα που εστιάζουν την προσοχή τους κυρίως στη προσωπική βελτίωση και τη δραστηριότητα αυτή καθαυτή και όχι στη σύγκριση με τους άλλους, προσεγγίζουν καλύτερα τους στόχους και έχουν καλύτερα αποτελέσματα (Martens, 1987).

Οι στόχοι φαίνεται να έχουν πολλαπλές επιδράσεις στη διαδικασία μεγιστοποίησης της απόδοσης :

- Δίνουν ποιότητα στην πρακτική εξάσκηση των δραστηριοτήτων της καθημερινότητας.
- Κάνουν καθαρές και σαφείς τις προσδοκίες των ατόμων.
- Βοηθούν τα άτομα να ξεφύγουν από τη ρουτίνα κάνοντας την καθημερινότητά τους πρόκληση.
- Αυξάνουν τα εσωτερικά κίνητρα για επιτυχία, αυξάνουν το φιλότιμο και την ικανοποίηση από την προσπάθεια.
- Αποτελούν κίνητρο των ατόμων για να αναζητήσουν τις πιο κατάλληλες στρατηγικές για την επιτυχία.
- Κάνουν τα άτομα να έχουν λιγότερο άγχος, να συγκεντρώνονται καλύτερα, να έχουν περισσότερη αυτοπεποίθηση, να αποδίδουν καλύτερα και να είναι πιο ικανοποιημένα από τη συμμετοχή τους (Martens, 1987).

Σύμφωνα με τις αρχές που διέπουν τη θεωρία των στόχων τα χαρακτηριστικά αυτών (στόχων), για να έχουμε επιτυχή αποτελέσματα, θα πρέπει να είναι τα εξής :

1. οι στόχοι να είναι απόδοσης και όχι αποτελέσματος
2. να είναι δύσκολοι και προκλητικοί στόχοι
3. να είναι ρεαλιστικοί
4. συγκεκριμένοι και μετρίσιμοι στόχοι και όχι γενικοί
5. βραχυπρόθεσμοι στόχοι
6. προσωπικοί- ατομικοί στόχοι
7. να υπάρχει συνεχής ανατροφοδότηση
8. όχι πολλοί στόχοι μαζί
9. δέσμευση ως προς τη τήρηση και εφαρμογή των στόχων (Kyllo & Landers, 1995).

Οι στόχοι όταν καθορίζονται με βάση τις αρχές που αναφέρθηκαν παραπάνω, μετατρέπουν την καθημερινότητα του ατόμου σε μια ευχάριστη διαδικασία. Η εφαρμογή των τεχνικών των στόχων, βοηθούν τα άτομα να ξεφύγουν από τη ρουτίνα, ενισχύουν τα εσωτερικά κίνητρα για επιτυχία, βελτιώνουν την απόδοση, βελτιώνουν τη ποιότητα ζωής, αποσαφηνίζουν τις προσδοκίες, αυξάνουν το φιλότιμο, την αυτοϊκανοποίηση και την αυτοπεποίθηση (Θεοδωράκης, 2000).

Τρόποι καταγραφής της φυσικής δραστηριότητας και ανατροφοδότηση.

Υπάρχουν διάφορα όργανα καταγραφής της φυσικής δραστηριότητας, ένα από αυτά είναι τα πεδόμετρα τα οποία είναι απλοί και φθηνοί αισθητήρες καταγραφής της κίνησης και χρησιμοποιούνται από ερευνητές και συμμετέχοντες για την αξιολόγηση και την παρακίνηση συμπεριφορών για φυσική δραστηριότητα. Προσαρμόζονται στη ζώνη του κάθε ατόμου στο ύψος της δεξιάς ή αριστερής μηροβουβονικής χώρας για την αρτιότερη καταγραφή των βημάτων (Tudor- Lorke & Bassett, 2004).

Μετά από έρευνες που έχουν γίνει ως μέσος όρος καθημερινής δραστηριότητας σε υγιείς ενήλικες, έχουν οριστεί τα 10.000 βήματα ανά ημέρα. Μελέτες έχουν αποδείξει τα πλεονεκτήματα αυτού του αριθμού των βημάτων (10.000 βήματα ημερησίως) που εκτελεί ένα άτομο, για τη σωματική και τη ψυχική του υγεία (Krucoff, 1999; Spilner, 2000; Lindberg, 2000). Παρ' όλα αυτά ο στόχος των 10.000 βημάτων ανά ημέρα μπορεί να μην είναι κατάλληλος για μερικές ομάδες ατόμων, συμπεριλαμβανομένης και της ομάδας των ηλικιωμένων ατόμων και των ατόμων που πάσχουν από χρόνιες παθήσεις (Tudor- Lorke et. al., 2002).

Η χρήση των πεδομέτρων στη φυσική δραστηριότητα και όχι μόνο, δείχνει να βοηθάει στην υγεία κάθε ατόμου. Ένας διαχωρισμός που μπορεί να γίνει για την κατηγοριοποίηση της φυσικής δραστηριότητας, σε υγιή άτομα, βάση των βημάτων που διανύουν και καταγράφονται στα πεδόμετρα, είναι ο εξής :

- < 5.000 βήματα ανά ημέρα, τα οποία μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε αρχικό επίπεδο.
- 5.000- 7499 βήματα ανά ημέρα, τα οποία είναι η καθημερινή φυσική δραστηριότητα ενός ατόμου λίγο ενεργού.
- 7.500- 9.999 βήματα ανά ημέρα, τα οποία χαρακτηρίζουν ένα άτομο ενεργό.
- > ή = 10.000 βήματα ανά ημέρα, τα οποία χαρακτηρίζουν ένα άτομο αρκετά δραστήριο.
- > 12.000 βήματα ανά ημέρα, τα οποία χαρακτηρίζουν ένα άτομο πολύ ενεργό (Tudor- Lorke & Bassett, 2004).

Εφόσον λοιπόν τα πεδόμετρα είναι ικανά για τη μέτρηση της φυσικής δραστηριότητας, είναι απαραίτητο να χρησιμοποιούνται σε μελέτες για τη μέτρηση των βημάτων ανά ημέρα. Είναι χρήσιμο ν' αναφερθεί ότι, οι Ιάπωνες χρησιμοποιούν τα πεδόμετρα από το 1965 και έχουν οργανωμένες λέσχες βάδισης (Yamanouchi, Takashi, Chikada, 1995). Έρευνες έχουν δείξει ότι, τα 10.000 βήματα ημερησίως αναλογούν σε ένα ενεργειακό κόστος περίπου 300- 400 θερμίδων. Τα 30 λεπτά περπάτημα αντιστοιχούν περίπου σε 150 θερμίδες, ανάλογα πάντα με το βάρος του ατόμου και την ταχύτητα βάδισης (Swartz & Thompson, 2002).

Σε μελέτες που έγιναν σε γυναίκες οι οποίες ανέφεραν ότι, πριν χρησιμοποιήσουν τα πεδόμετρα, περπατούσαν τουλάχιστον 30 λεπτά ημερησίως, όταν χρησιμοποίησαν τα πεδόμετρα μόνο το 38%- 50% αυτών έφταναν τα 10.000 βήματα ημερησίως. Όταν χρησιμοποίησαν το πεδόμετρο και περπάτησαν 30 λεπτά, έφτασαν τα 7.220- 10.300 βήματα ημερησίως (Masse et. al., 1998; Moreau et. al., 2001).

Σε έρευνες που έγιναν σε γυναίκες που έπασχαν από Υπέρταση και Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου II (μη ινσουλινοεξαρτώμενου), οι μεν πρώτες σταθεροποίησαν την πίεση τους, οι δε άλλες (Σακχαρωδιαβητικές) είχαν απώλεια λιπώδους ιστού, μετά από καθημερινή άσκηση 30 λεπτών για 8 εβδομάδες, μόνο όταν συμπλήρωσαν τα 10.000 βήματα ημερησίως (Tudor- Lorke et. al., 2001; Tudor-

Lorke et. al., 2002). Άρα, πολλοί ερευνητές καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι, τα ευεργετικά αποτελέσματα της βάδισης επέρχονται αφού συμπληρωθούν τα 10.000 βήματα ημερησίως (Kucoff, 1999; Spilner et. al., 2000; Lindberg, 2000).

Σε έρευνες που έγιναν σε άτομα που δήλωναν υψηλή καθημερινή δραστηριότητα, όταν τους αφαιρέθηκαν τα πεδόμετρα κατά τη διάρκεια της άσκησης, τα άτομα αυτά δεν ξεπέρασαν τα 6.000- 7.000 βήματα ημερησίως. Άρα η καθημερινή δραστηριότητα (χωρίς άσκηση) ορίζεται περίπου στα 6.000 βήματα ημερησίως (Masse et. al., 1998; Moreau et. al., 2001).

Σε δείγμα ατόμων 3^{ης} ηλικίας 60- 80 ετών, το όριο καθημερινής δραστηριότητας (χωρίς άσκηση) είναι 3.411 +/- 577 βήματα ημερησίως. Για την 3^η ηλικία το όριο ενεργής (με άσκηση) καθημερινής δραστηριότητας είναι 6.559 +/- 2.956 βήματα ημερησίως (Tudor- Lorke et. al., 2002). Σε άτομα μέχρι 29 ετών, προσδοκούμε να διανύουν περισσότερα από 10.000 βήματα ημερησίως. Στη περίπτωση των νεαρών ατόμων, οι έρευνες έδειξαν ότι, το όριο ενεργής (με άσκηση) φυσικής δραστηριότητας είναι 11.000 βήματα ημερησίως για τα κορίτσια και 13.000 βήματα ημερησίως για τα αγόρια (Vincent & Pangrazi, 2002).

Συμπερασματικά, από τους ερευνητές ορίζονται τα 10.000 βήματα ημερησίως ως όριο ενεργής (συμπεριλαμβανομένου της άσκησης) καθημερινής δραστηριότητας όσον αφορά τα ενήλικα υγιή άτομα (Tudor- Lorke & Bassett, 2004).

Έτσι, μετά από μελέτη της διεθνούς βιβλιογραφίας, αισθανθήκαμε την ανάγκη της διερεύνησης της επίδρασης της (μέτριας έντασης) φυσικής δραστηριότητας σε άτομα που πάσχουν από αγχώδεις ή /και συναισθηματικές διαταραχές. Τα άτομα αυτά, μέχρι πριν δεν ήξεραν και δεν είχαν σκεφτεί να χρησιμοποιήσουν τη φυσική δραστηριότητα ως μέσο για τη βελτίωση (θεραπεία) της κατάστασής τους. Επίσης, ως επιπλέον κίνητρο για την παραμονή τους στο πρόγραμμα φυσικής δραστηριότητας, προσθέσαμε και ένα πρόγραμμα στόχων με τη βοήθεια πεδομέτρων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

Σκοπός της έρευνας

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να διερευνήσει αν και σε ποιο βαθμό ένα συγκεκριμένο πρωτόκολλο αερόβιας άσκησης (περπάτημα 30 λεπτών, 3 φορές εβδομαδιαίως για 8 εβδομάδες), σε συνδυασμό με ένα πρόγραμμα καθορισμού στόχων (με τη χρήση των πεδομέτρων), επιδρά στα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης σε άτομα που πάσχουν από αγχώδεις ή/ και συναισθηματικές διαταραχές.

Ερευνητικές Υποθέσεις

1^η Η εφαρμογή ενός προγράμματος στόχων θα παρακινήσει τα άτομα να περπατούν περισσότερο.

2^η Το πρόγραμμα άσκησης θα βοηθήσει τα άτομα να μειώσουν το άγχος τους.

3^η Το πρόγραμμα άσκησης θα βοηθήσει τα άτομα να μειώσουν τα συμπτώματα της κατάθλιψης και να βελτιώσουν με τον τρόπο αυτό τη διάθεσή τους.

4^η Μετά το τέλος του προγράμματος παρέμβασης (και αν τα αποτελέσματα αυτού είναι θετικά για το άτομο) οι συμμετέχοντες θα συνεχίζουν να γυμνάζονται υιοθετώντας την άσκηση ως τρόπο ζωής.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Συμμετέχοντες

Το δείγμα της παρούσας έρευνας, αποτέλεσαν 13 ενήλικα άτομα τα οποία πάσχουν από Αγχώδεις (Φοβίες, Διαταραχή πανικού, ΓΑΔ κ.α.) ή /και Συναισθηματικές Διαταραχές (Καταθλιπτική Διαταραχή, Διπολική Διαταραχή κ.α.) και ένα άτομο που δεν παρουσίαζε καμία διαταραχή αλλά ήθελε να διακόψει το κάπνισμα. Ειδικότερα, το δείγμα αποτελούνταν από 10 γυναίκες και 3 άντρες. Η ηλικία των ατόμων κυμαίνονταν από 23 έως 58 έτη (*M.O.* = 39.69 έτη, *T.A.* = 10). Η διάγνωση των διαταραχών αυτών έγινε μετά από επίσκεψη των ατόμων αυτών στα εξωτερικά ιατρεία της Ψυχιατρικής κλινικής του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας, σύμφωνα με τα κριτήρια του DSM- IV (1994) μέσω της

κλινικής συνέντευξης. Ο *M.O.* αρχικής βαθμολογίας (εκτός από το άτομο που διαπιστώθηκε ότι δεν παρουσίαζε διαταραχές) για την κατάθλιψη ήταν 18.33 (*T.A.* = 10.14), όπου από 16 έως 23 χαρακτηρίζεται σαν μέτρια κατάθλιψη. Ο αριθμός των ατόμων που έπασχαν από Αγχώδεις και Συναισθηματικές Διαταραχές ήταν δέκα, δύο άτομα έπασχαν μόνο από Αγχώδης Διαταραχή, κανένα άτομο δεν έπασχε μόνο από Συναισθηματική Διαταραχή και ένα άτομο δεν παρουσίαζε ούτε Αγχώδη ούτε Συναισθηματική Διαταραχή (αλλά, διέκοψε το κάπνισμα, με τη βοήθεια του προγράμματος άσκησης).

Όργανα - Εργαλεία μέτρησης

Στη παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκαν τα εξής διαγνωστικά εργαλεία:

DSM- IV (1994). Κλινική συνέντευξη σύμφωνα με το *DSM- IV* (1994). Επίσης κρατήθηκαν σύντομα ιστορικά με τη χρήση 5 ερωτήσεων (π.χ. α) πως νοιώθατε πριν έρθετε να με συναντήσετε, β) πως νοιώσατε (σταδιακά), την περίοδο που αρχίσατε τη φυσική δραστηριότητα (περπάτημα); γ) υπάρχουν στιγμές, που όταν έχετε ένταση, σκέφτεστε ή πηγαίνετε να περπατήσετε; (Παράρτημα Α)

Beck Depression Inventory- BDI (1988). Το ερωτηματολόγιο *BDI* (1988) για τη διάγνωση και ποσοτικοποίηση της κατάθλιψης, το οποίο μεταφράστηκε και προσαρμόστηκε για στην Ελλάδα από τους Σ. Ντώνια και Ι. Δεμερτζή το 1983. Η κλίμακα περιλαμβάνει 21 θέματα, όπου το καθένα από τα οποία ανάλογα με τη σοβαρότητά του, βαθμολογείται σε κλίμακα τεσσάρων διαβαθμίσεων (από το 0 έως το 3). Η συνολική βαθμολογία εξάγεται από την άθροιση των βαθμών. Η διαστρωμάτωση της σοβαρότητας της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας είναι η εξής : 0-9= καθόλου κατάθλιψη, 10-15= ελαφρά κατάθλιψη, 16-23= μέτρια κατάθλιψη, >24= σοβαρή κατάθλιψη.. Οι συμμετέχοντες απαντούσαν πώς ένιωθαν την εβδομάδα που πέρασε, συμπεριλαμβάνοντας και τη σημερινή ημέρα (π.χ. Νιώθω συνέχεια θλιμμένος και δεν μπορώ να το αποδιώξω αυτό) (Παράρτημα Β). Ο δείκτης Cronbach του α ήταν .89.

Hamilton Anxiety Scale – HAMA (1959). Η κλίμακα *HAMA* (Hamilton, 1959) για τη διάγνωση και την ποσοτική εκτίμηση του άγχους (Παράρτημα Γ). Η κλίμακα περιλαμβάνει 15 θέματα τα οποία καταγράφουν συμπτώματα άγχους (π.χ. αγχώδης διάθεση, φόβοι). Κάθε σύμπτωμα βαθμολογείται από 0 = απουσία του συμπτώματος έως 4 = πολύ έντονο σύμπτωμα, ανάλογα με το βαθμό της σοβαρότητας του. Η διαστρωμάτωση της σοβαρότητας της αγχώδης συμπτωματολογίας είναι η εξής : 0-

17= καθόλου άγχος, 18-24=ήπιο, 25-29 μέτριο άγχος >30= σοβαρό. Ο δείκτης Cronbach του α ήταν .71.

Τέλος χρησιμοποιήθηκε ένα πρόγραμμα στόχων για την καταγραφή και την διευκόλυνση της επίτευξης του προγράμματος άσκησης (Παράρτημα Δ) και πεδόμετρα για την καταγραφή (σε βήματα) της ημερήσιας φυσικής δραστηριότητας του κάθε ατόμου ξεχωριστά.

Διαδικασία - Πειραματικός σχεδιασμός

Τα άτομα που πήραν μέρος στην έρευνά, αρχικά υποβλήθηκαν στη διαδικασία της κλινικής συνέντευξης σύμφωνα με τα κριτήρια του DSM- IV (1994). Τα άτομα ακολούθησαν ένα πρόγραμμα αερόβιας άσκησης 3 φορές την εβδομάδα για 8 εβδομάδες. Το πρόγραμμα άσκησης περιλάμβανε 30 λεπτά γρήγορο και συνεχόμενο περπάτημα είτε σε διάδρομο γυμναστηρίου είτε σε φυσικό περιβάλλον (πάρκο, γήπεδο). Επίσης, δόθηκε σε όλα τα άτομα από ένα πρόγραμμα στόχων και από ένα πεδόμετρο για την ακριβή μέτρηση και καταγραφή των ημερήσιων/ εβδομαδιαίων στόχων και της επίδοσης της φυσικής δραστηριότητας του κάθε ατόμου. Πριν την έναρξη των 8 εβδομάδων στο πρόγραμμα άσκησης, προηγήθηκε μια εβδομάδα όπου τα άτομα φορούσαν τα πεδόμετρα χωρίς όμως να τα ανοίξουν για να δούνε την επίδοσή τους (χωρίς ανατροφοδότηση). Αφού τα πεδόμετρα ανοίχτηκαν (μετά από μια εβδομάδα) τότε τέθηκε ο στόχος απόδοσης, σύμφωνα με την επίδοση του κάθε ατόμου ξεχωριστά. Στη συνέχεια, τα άτομα παρακολουθούνταν από τον ίδιο θεραπευτή - ερευνητή - Ψυχολόγο, σε εβδομαδιαίες συνεδρίες που στόχο είχαν την ψυχολογική ενίσχυση των ατόμων για την ολοκλήρωση του προγράμματος άσκησης και τη βελτίωση της ψυχολογικής τους κατάστασης. Στις εβδομαδιαίες συνεδρίες ελέγχονταν τα προγράμματα στόχων. Μετά το τέλος του προγράμματος παρέμβασης, δόθηκαν ξανά στα άτομα τα 2 ερωτηματολόγια (BDI και HAMA) για να δούμε εάν και πόσο βελτιώθηκε η ψυχολογική τους κατάσταση (Κατάθλιψη -Άγχος). Στη συνέχεια, μετά από 3 μήνες, απάντησαν στις 5 συμπληρωματικές ερωτήσεις που προαναφέραμε και αφορούσαν την κριτική τους στο πρόγραμμα παρέμβασης που κλήθηκαν να συμμετάσχουν.

Σύντομα ιστορικά συμμετεχόντων στην έρευνα

1^ο άτομο : Το 1^ο άτομο Β.Β. είναι γυναίκα 41 ετών. Ήρθε, τον Μάρτιο του 2004, με αρχικό αίτημα τη στήριξη της στη προσπάθεια απώλειας βάρους (σε

συνεργασία με διαιτολόγο). Παρατηρήθηκαν ήπιες αγχώδεις εκδηλώσεις και διαταραχές στη διάθεσή της (ήπια/ ελαφρά κατάθλιψη). Η κα Β.Β. χρήζει συμβουλευτικής όσον αφορά το χειρισμό ήπιων οικογενειακών συγκρούσεων που βιώνει.

2^ο άτομο : Το 2^ο άτομο Μ.Ε. είναι γυναίκα 26 ετών. Ήρθε, τον Φεβρουάριο του 2004, με αρχικό αίτημα τη στήριξη της στη προσπάθειά της ν' απαλλαγεί από τους έντονους φόβους πνιγμού που είχε κατά τη κατάποση τροφής και από τις έντονες κεφαλαλγίες – πονοκεφάλους. Το άτομο αυτό παρακολουθούνταν πριν από Ψυχίατρο ο οποίος είχε διαγνώσει Διαταραχή Σωματοποίησης (εντάσσεται στις Αγχώδεις Διαταραχές) και για περίπου ένα χρόνο ήταν σε φαρμακευτική αγωγή με αγχολυτικά και αντικαταθλιπτικά. Πριν την έναρξη του προγράμματος άσκησης, η κα Μ.Ε. είχε μέτριο άγχος και σοβαρή κατάθλιψη.

3^ο άτομο : Το 3^ο άτομο Γ.Φ. είναι γυναίκα 43 ετών. Ήρθε, τον Σεπτέμβριο του 2004, με αρχικό αίτημα την στήριξή της στη προσπάθεια απώλειας βάρους (σε συνεργασία με διαιτολόγο). Παρατηρήθηκαν σοβαρό άγχος και σοβαρή κατάθλιψη. Η κα Γ.Φ. χρήζει συμβουλευτικής όσον αφορά τον χειρισμό οικογενειακών συγκρούσεων που βιώνει και υποστηρικτική όσον αφορά τον έλεγχο λήψης τροφής.

4^ο άτομο : Το 4^ο άτομο Θ.Σ. είναι γυναίκα 34 ετών. Ήρθε, τον Μάρτιο του 2004, με αρχικό αίτημα τη στήριξή της στη προσπάθεια απώλειας βάρους (σε συνεργασία με διαιτολόγο). Παρατηρήθηκαν ήπιες αγχώδεις εκδηλώσεις και σοβαρές διαταραχές στη διάθεσή της (σοβαρή μορφή κατάθλιψης). Η κα Θ.Σ. πάσχει εδώ και 10 χρόνια από Σκλήρυνση Κατά Πλάκας και τα τελευταία 5 χρόνια, που μετακόμισε από την Αθήνα στη Λάρισα (δυσκολία και άρνηση προσαρμογής), αντιμετωπίζει σοβαρές οικογενειακές συγκρούσεις.

5^ο άτομο : Το 5^ο άτομο Α.Π. είναι γυναίκα 53 ετών. Ήρθε, τον Σεπτέμβριο του 2004, με αρχικό αίτημα τη στήριξή της στη προσπάθεια απώλειας βάρους (σε συνεργασία με διαιτολόγο) λόγω του Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου Ι (ινσουλινοεξαρτώμενος). Παρατηρήθηκαν μέτριες αγχώδεις εκδηλώσεις και ήπιες διαταραχές της διάθεσής της (ήπια/ ελαφρά κατάθλιψη). Επίσης, η κα Α.Π., χρήζει συμβουλευτικής όσον αφορά τον χειρισμό ήπιων οικογενειακών συγκρούσεων που αντιμετωπίζει.

6^ο άτομο : Το 6^ο άτομο Μ.Ε.2 είναι γυναίκα 33 ετών. Ήρθε, τον Ιούλιο του 2004, με αρχικό αίτημα τη συζήτηση και στήριξη στα προβλήματά της (οργανικά και ψυχολογικά). Η κα Μ.Ε. πάσχει από ρευματοειδή αρθρίτιδα και αλωπεκία, για τα

οποία δε λαμβάνει συστηματική φαρμακευτική αγωγή. Παρατηρήθηκαν σοβαρές αγχώδεις εκδηλώσεις και σοβαρές διαταραχές στη διάθεσή της. Η κα Μ.Ε.2 χρίζει συμβουλευτικής όσον αφορά τον χειρισμό σοβαρών οικογενειακών συγκρούσεων και ελέγχου της συμπεριφοράς της.

7^ο άτομο : Το 7^ο άτομο Μ.Τ. είναι γυναίκα 46 ετών. Ήρθε, τον Οκτώβριο του 2004, με αρχικό αίτημα τη στήριξή της στη προσπάθεια απώλειας βάρους (σε συνεργασία με διαιτολόγο). Η κα Μ.Τ. αντιμετωπίζει σοβαρό νευρολογικό πρόβλημα (συστηματικός ερυθματώδης λύκος με προσβολή στο Κ.Ν.Σ. – αντιφωσφολικό σύνδρομο) το οποίο της προκαλεί έντονους πόνους και διαταραχές στη κινητικότητα της. Παρατηρήθηκαν μέτριας μορφής αγχώδεις εκδηλώσεις και σοβαρές διαταραχές της διάθεσης. Η κα Μ.Τ. χρίζει συμβουλευτικής και υποστηρικτικής ψυχοθεραπείας όσον αφορά τον χειρισμό ήπιων οικογενειακών συγκρούσεων που βιώνει.

8^ο άτομο : Το 8^ο άτομο Κ.Α. είναι γυναίκα 40 ετών. Ήρθε, τον Μάρτιο του 2005, με αρχικό αίτημα τη βελτίωση της διάθεσής της. Παρατηρήθηκε ήπια/ ελαφρά Συναισθηματική Διαταραχή και ήπιες αγχώδεις εκδηλώσεις.

9^ο άτομο : Το 9^ο άτομο Κ.Δ. είναι γυναίκα 58 ετών. Ήρθε, τον Μάρτιο του 2004, με αρχικό αίτημα την υποστήριξή της στις οικογενειακές συγκρούσεις που βιώνει. Η κα Κ.Δ. ζει σ' ένα δύσκολο οικογενειακό περιβάλλον όπου ο σύζυγος και η κόρη της αντιμετωπίζουν σοβαρές ψυχιατρικές διαταραχές (ψύχωση). Στην ίδια δεν παρατηρήθηκαν συναισθηματική διαταραχή ούτε και αγχώδεις εκδηλώσεις.

10^ο άτομο : Το 10^ο άτομο Γ.Α. είναι γυναίκα 32 ετών. Ήρθε, τον Μάρτιο του 2005, με αρχικό αίτημα τη βελτίωση της διάθεσής της (μέτρια κατάθλιψη) και τη μείωση του άγχους της (μέτριο άγχος).

11^ο άτομο : Το 11^ο άτομο Μ.Σ. είναι άνδρας 42 ετών. Ήρθε, τον Απρίλιο του 2005, με αρχικό αίτημα την στήριξη και τον έλεγχο των οικογενειακών συγκρούσεων που βιώνει. Παρατηρήθηκαν ήπιας/ ελαφριάς μορφής αγχώδεις εκδηλώσεις χωρίς την εμφάνιση συναισθηματικών διαταραχών.

12^ο άτομο : Το 12^ο άτομο Σ.Α. είναι άνδρας 45 ετών. Ήρθε, τον Απρίλιο του 2005, με αρχικό αίτημα τη στήριξή του στο να ξεπεράσει το πρόβλημα της υσφοβίας. Παρατηρήθηκαν ήπιας/ ελαφριάς μορφής αγχώδεις εκδηλώσεις καθώς και ήπιας/ ελαφριάς μορφής συναισθηματική διαταραχή.

13^ο άτομο : Το 13^ο άτομο Σ.Γ. είναι άνδρας 23 ετών. Ήρθε, τον Απρίλιο του 2005, με αρχικό αίτημα τη στήριξη στο πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζει. Ο κος Σ.Γ. πάσχει από υποφυσιακή ανεπάρκεια, ασθένεια που τον υποχρεώνει να λαμβάνει

φαρμακευτική αγωγή εφ' όρου ζωής. Παρατηρήθηκαν ήπιες αγχώδεις εκδηλώσεις, χωρίς διαταραχές στη διάθεση.

Στατιστική Ανάλυση

Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με το στατιστικό πακέτο SPSS. Έγινε paired sample t- test για να εντοπιστούν οι διαφορές μεταξύ της 1^{ης} (πριν την παρέμβαση) και της 2^{ης} (μετά την παρέμβαση) μέτρησης των μεταβλητών του άγχους και της κατάθλιψης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Περιγραφικά στατιστικά και paired t-test

Στον Πίνακα 1 παρουσιάζονται τα περιγραφικά στατιστικά στο σύνολο του δείγματος. Ακολούθηθηκε έλεγχος ύπαρξης κανονικής κατανομής των μεταβλητών της κατάθλιψης πριν και μετά την παρέμβαση χρησιμοποιώντας το One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι μεταβλητές ακολουθούσαν την κανονική κατανομή ($p = .20$) και για τις δυο μετρήσεις (πριν και μετά την παρέμβαση). Στην συνέχεια το ζευγαρωτό (paired) t-test έδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά στην διάγνωση μεταξύ της αρχικής και τελικής μέτρησης (μετά την παρέμβαση) $t(11) = 7.92, p < .001$, δείχνοντας πως μετά την άσκηση υπήρξε βελτίωση στην ψυχολογική κατάσταση των συμμετεχόντων και συγκεκριμένα στα επίπεδα της κατάθλιψης. Στον πίνακα 2 παρουσιάζονται τα περιγραφικά στατιστικά ανά άτομο.

	Δείγμα	Αρχική (πριν την παρέμβαση)		Τελική (μετά την παρέμβαση)	
		<i>N</i>	<i>M.O.</i>	<i>T.A.</i>	<i>M.O.</i>
Κατάθλιψη	12	18.33	10.14	12.08	8.47
Άγχος	12	23.75	4.59	14.42	6.13

Πίνακας 1. Περιγραφικά Στατιστικά στο σύνολο του δείγματος

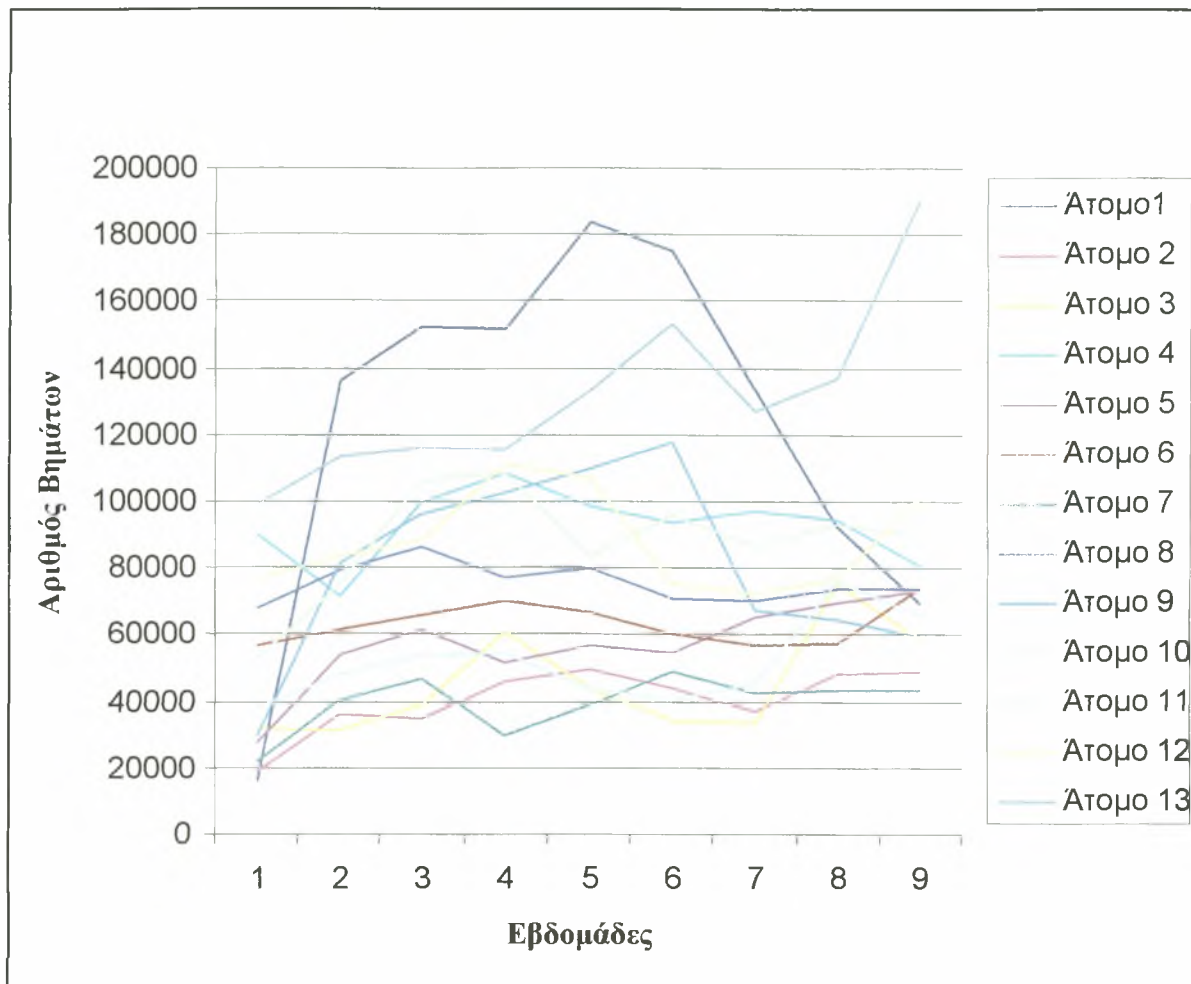
Τέλος όσο αφορά τις αγχώδεις και συναισθηματικές διαταραχές το One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test έδειξε ότι οι μεταβλητές ακολουθούσαν την κανονική κατανομή για πριν και μετά την παρέμβαση ($p = .06$ και $p = .07$

αντίστοιχα). Το ζευγαρωτό (paired) t-test έδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά στην διάγνωση μεταξύ της αρχικής και τελικής μέτρησης (μετά την παρέμβαση) $t(11) = 9.53, p < .001$, δείχνοντας πως μετά την άσκηση μείωσε τα επίπεδα του άγχους των συμμετεχόντων. Στον πίνακα 3 παρατίθενται ο αριθμός των βημάτων και των στόχων κατά την διάρκεια των 8 εβδομάδων, και στο σχήμα 1 παρουσιάζονται τα βήματα σε μορφή καμπύλης για το κάθε άτομο χωριστά.

	Δείγμα	Αρχική	Τελική
	<i>N</i>	<i>M.O.</i>	<i>M.O.</i>
Κατάθλιψη	1	11	3
*Άγχος		19	11
Κατάθλιψη	2	23	15
*Άγχος		25	18
Κατάθλιψη	3	27	23
*Άγχος		32	25
Κατάθλιψη	4	31	23
*Άγχος		18	11
Κατάθλιψη	5	15	8
*Άγχος		24	8
Κατάθλιψη	6	34	22
*Άγχος		30	24
Κατάθλιψη	7	28	21
*Άγχος		27	20
Κατάθλιψη	8	11	5
*Άγχος		21	9
Κατάθλιψη	10	18	12
*Άγχος		27	16
Κατάθλιψη	11	6	3
*Άγχος		22	7
Κατάθλιψη	12	13	9
*Άγχος		22	13
Κατάθλιψη	13	3	1
*Άγχος		18	11

Σημ. Δεν Αναφέρονται τα περιγραφικά στατιστικά του ατόμου 9 μιας και δεν παρουσίαζε συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους.

Πίνακας 2. Μέσοι όροι κατάθλιψης και άγχους ανά άτομο.



Σχήμα 1. Αριθμός βημάτων ανά άτομο

Επίδοση (σε βήματα) των συμμετεχόντων κατά τη διάρκεια της παρέμβασης (βλέπε: Σχήμα 1).

1^ο άτομο : Μέχρι και την 5^η εβδομάδα παρουσίασε σταδιακή άνοδο της επίδοσης των βημάτων και από την 7^η έως και την 9^η εβδομάδα σταδιακή πτώση.

2^ο άτομο : Έως και την 5^η εβδομάδα παρουσίασε σταδιακή άνοδο στην επίδοσή του, 6^η και 7^η εβδομάδα παρατηρήθηκε μία πολύ μικρή σταδιακή πτώση και 8^η και 9^η εβδομάδα, έμεινε σταθερά ανοδική η επίδοση.

3^ο άτομο : Μέχρι και την 4^η εβδομάδα παρουσίασε σταδιακή άνοδο της επίδοσης των βημάτων, από 5^η έως και 7^η εβδομάδα παρατηρήθηκε σταθερή πτώση, την 8^η είχαμε μεγάλη άνοδο ενώ την 9^η μικρή πτώση.

4^ο άτομο : Παρατηρήθηκε σταδιακή άνοδος έως και την 4^η εβδομάδα και από την 5^η έως και την 9^η είχαμε σταδιακή μικρή πτώση της επίδοσης.

5^ο άτομο : Μέχρι και την 3^η εβδομάδα, παρατηρήθηκε σταδιακή άνοδο στην επίδοση του ατόμου, μικρή πτώση καταγράφηκε την 4^η εβδομάδα, την 5^η και την 6^η υπήρξε σταθερότητα και από την 7^η έως και την 9^η είχαμε μικρή σταδιακή άνοδο της επίδοσης.

6^ο άτομο : Μέχρι και την 4^η εβδομάδα παρέμβασης, καταγράφηκε σταδιακή άνοδος της επίδοσης, από την 5^η έως και την 8^η είχαμε μικρή σταδιακή πτώση και την 9^η εβδομάδα, άνοδο της επίδοσης.

7^ο άτομο : Έως και την 3^η εβδομάδα παρατηρήθηκε άνοδος στην επίδοση, την 4^η πτώση, 5^η έως και 6^η άνοδο, την 7^η μικρή πτώση ενώ την 8^η και την 9^η εβδομάδα, παρατηρήθηκε σταθερότητα στην επίδοση του ατόμου.

8^ο άτομο : Έως και την 3^η εβδομάδα παρατηρήθηκε άνοδος στην επίδοση, από την 4^η έως και την 9^η εβδομάδα, παρατηρήθηκε σταδιακή μικρή πτώση της επίδοσης.

9^ο άτομο : Μέχρι και την 6^η εβδομάδα είχαμε μεγάλη άνοδο της επίδοσης των βημάτων, την 7^η εβδομάδα απότομη μεγάλη πτώση και την 8^η και 9^η παρατηρήθηκε σταδιακή μικρή πτώση.

10^ο άτομο : Μέχρι και την 4^η εβδομάδα παρέμβασης, καταγράφηκε σταδιακή άνοδος της επίδοσης, από την 5^η έως και την 6^η είχαμε μικρή σταδιακή πτώση, την 7^η και την 8^η εβδομάδα σταδιακή άνοδος ενώ την 9^η μικρή πτώση της επίδοσης.

11^ο άτομο : Μέχρι και την 4^η εβδομάδα παρέμβασης, καταγράφηκε σταδιακή άνοδος της επίδοσης, την 5^η είχαμε πτώση, την 6^η μικρή άνοδο, την 7^η μικρή πτώση και τέλος 8^η με 9^η εβδομάδα, παρατηρήθηκε σταδιακή μικρή άνοδος στην επίδοση του ατόμου.

12^ο άτομο : Έως και την 4^η εβδομάδα παρέμβασης, καταγράφηκε σταδιακή άνοδος της επίδοσης, από την 5^η έως και την 9^η είχαμε σταδιακή πτώση.

13^ο άτομο : Έως και την 4^η εβδομάδα παρέμβασης, παρατηρήθηκε σταδιακή άνοδος της επίδοσης, την 5^η και την 6^η εβδομάδα είχαμε μεγάλη άνοδο της επίδοσης των βημάτων του ατόμου, την 7^η καταγράφηκε μικρή πτώση και από την 8^η έως και την 9^η εβδομάδα παρέμβασης, είχαμε σταδιακή μεγάλη άνοδο της επίδοσης του ατόμου.

Πίνακας 3. Αριθμός Δημάτων και στόχων ανά άτομο

Ατομικά	Εβδομάδες																	
	1η		2η		3η		4η		5η		6η		7η		8η		9η	
	*B	**Σ	B	Σ	B	Σ	B	Σ	B	Σ	B	Σ	B	Σ	B	Σ	B	Σ
1 ^ο	16137		135929	108000	152195	115000	151588	142300	183743	164000	174927	169300	133296	160300	92037	110200	69694	96000
2 ^ο	18795		36124	22590	34490	18940	46244	25820	49460	27710	43765	29700	36945	31050	48169	27200	49288	29680
3 ^ο	32106		31504	36200	39200	46200	60992	52800	44151	56500	34129	63200	33283	56500	75162	58400	59089	58600
4 ^ο	90000		71643	33100	100020	21600	108474	67900	98558	89200	93524	131000	97119	108500	94055	85000	81203	81500
5 ^ο	27542		53957	36500	61983	58250	51919	84300	56582	68310	54722	71150	65154	73850	69550	76250	73404	79100
6 ^ο	57046		61732	56000	66011	56000	70101	56000	66548	56000	60382	56000	56612	56000	57699	56000	73549	56000
7 ^ο	22250		40415	24500	46816	24500	30074	24500	38796	24500	48788	35000	42565	35000	43185	35000	42976	35000
8 ^ο	68351		79715	63000	86290	63000	77499	63000	80096	63000	70974	63000	70319	63000	73800	63000	73772	63000
9 ^ο	29799		81611	30000	96504	107260	102506	107800	109964	109900	118071	111100	67276	100000	64247	90000	59607	90000
10 ^ο	37954		47997	35000	53856	43000	54409	48000	43870	40000	40170	35000	45329	40000	76001	50000	65655	65000
11 ^ο	53257		75073	70000	106211	90000	108490	95000	84036	95000	95609	85000	86175	80000	93117	100000	89950	80000
12 ^ο	76385		83762	80000	88298	80000	111672	116000	107438	116000	75530	122000	72395	116000	76598	78000	101035	94000
13 ^ο	99000		113588	103000	116577	110000	115299	90000	133097	128000	152979	139000	127236	136000	137168	123000	189803	178000

*Βήματα, **Στόχοι

Απαντήσεις συμμετεχόντων μετά την εμπλοκή τους στην παρέμβαση

Όλα τα άτομα, ενεπλάκησαν στο πρόγραμμα παρέμβασης (άσκηση) την ίδια χρονική περίοδο (Απρίλιο- Ιούνιο 2005). Τα στοιχεία που ακολουθούν, έχουν συγκεντρωθεί 3 μήνες μετά το τέλος του προγράμματος παρέμβασης (τον Σεπτέμβριο του 2005). Σήμερα (Μάρτιος 2006), όλα τα άτομα έχουν ολοκληρώσει τη Ψυχοθεραπευτική διαδικασία.

1^ο άτομο: Μετά την εμπλοκή της στο πρόγραμμα άσκησης η κα Β.Β. έχει μειώσει και σχεδόν εξαλείψει το άγχος και τη διαταραχή στη διάθεσή της. Επίσης έχει ενσωματώσει το πρόγραμμα άσκησης στη καθημερινότητά της και μετά το πέρας της έρευνας γεγονός που όπως τονίζει η ίδια τη βοηθάει πολύ στο να διατηρεί το βάρος που έχασε (10 κιλά) και να εκτονώνεται όταν πιέζεται. Η ίδια δηλώνει ότι προτού έρθει σε Ψυχολόγο «αισθανόταν χάλια και τον εαυτό της πολύ βαρύ». Την περίοδο που άρχισε τη φυσική δραστηριότητα (περπάτημα), περίμενε πως και πώς να έρθει η ώρα. Με το περπάτημα, άρχισε σταδιακά να αποκτά μια αίσθηση ελευθερίας και ανέπνεε καλύτερα. Σήμερα, τη βοήθησε αρκετά η ένταξη της άσκησης στην όλη διαδικασία της ψυχολογικής της στήριξης. Η άσκηση είναι κάτι που θέλει να το συνεχίσει εφ' όρου ζωής, όσο βέβαια το επιτρέπει η υγεία της. Τέλος, υποστηρίζει ότι το περπάτημα τη χαλαρώνει και όταν βρίσκεται σε κατάσταση έντασης είναι ότι καλύτερο για εκείνη.

2^ο άτομο: Μετά το τέλος του προγράμματος άσκησης παρατηρήθηκε μείωση του άγχους και της κατάθλιψης σε ήπια/ ελαφρά μορφή. Η κα Μ.Ε. σήμερα έχει ενσωματώσει το πρόγραμμα άσκησης στη καθημερινότητά της (τουλάχιστον 3 φορές εβδομαδιαίως) γεγονός που, όπως τονίζει και η ίδια, τη βοηθάει σημαντικά στον έλεγχο της κεφαλαλγίας. Επίσης, έπειτα από ενθάρρυνση, το τελευταίο διάστημα εργάζεται και έχει ξεπεράσει κατά πολύ τους φόβους πνιγμού κατά τη κατάποση της τροφής. Αξίζει να σημειωθεί ότι δεν έχει πάρει από τότε (εδώ και 2 χρόνια) ποτέ ξανά φαρμακευτική αγωγή. Η ίδια δηλώνει ότι προτού έρθει σε Ψυχολόγο ήταν αγχωμένη και πίστευε πως όταν θα έρθει θα γίνει καλά. Τώρα πιστεύει πως πρέπει να κάνει και εκείνη προσπάθεια ώστε να πετύχει. Αφότου ξεκίνησε τη φυσική δραστηριότητα, ένιωθε πιο χαλαρή, άρχισε να υποχωρεί ο πονοκέφαλος που τη ταλαιπωρούσε και ένιωθε να φεύγει ένα βάρος από πάνω της. Η ένταξη της άσκησης στην όλη διαδικασία της ψυχολογικής στήριξης, πιστεύει ότι την έχει βοηθήσει αρκετά. Έχει αρχίσει να κάνει διαφορετικές σκέψεις από πριν και κάποια στοιχεία του χαρακτήρα της έχουν αλλάξει προς το καλύτερο. Υποστηρίζει ότι, η άσκηση είναι κάτι που θα το

συνεχίσει εφ' όρου ζωής και ο λόγος που θα το κάνει αυτό είναι η καταπολέμηση του πονοκεφάλου. Τέλος, τις στιγμές που έχει ένταση, σκέφτεται την άσκηση και κάποιες από αυτές ασκείται.

3^ο άτομο: Μετά την εμπλοκή της στο πρόγραμμα άσκησης η κα Γ.Φ., έχει μειώσει το άγχος της (μέτριο) και τη συναισθηματική διαταραχή (μέτρια κατάθλιψη). Γενικά είναι άτομο που εγκλωβίζεται στα προβλήματά της και δε συνεργάζεται εύκολα και σε διάρκεια (βρίσκει διαρκώς δικαιολογίες για να μην κάνει πράγματα π.χ. τήρηση προγράμματος διατροφής). Η ίδια δηλώνει ότι πριν επισκεφτεί Ψυχολόγο αισθανόταν πολύ άσχημα με τον εαυτό της. Όταν άρχισε τη φυσική δραστηριότητα ένιωθε πολύ καλά. Η ένταξη της άσκησης στην όλη διαδικασία της ψυχολογικής στήριξης τη βοήθησε αρκετά αλλά τα προβλήματα με το περιττό βάρος της και τις οικογενειακές συγκρούσεις δεν ξεπεράστηκαν. Η άσκηση είναι κάτι που της αρέσει πολύ και θα το συνεχίσει εφ' όρου ζωής. Υπάρχουν στιγμές που όταν έχει ένταση σκέφτεται και πηγαίνει για περπάτημα, αλλά αυτό δεν τη βοηθάει απόλυτα να ηρεμίσει.

4^ο άτομο: Η κα Θ.Σ. μετά την εμπλοκή της στο πρόγραμμα άσκησης έχει εξαλείψει το άγχος της και έχει βελτιώσει τη συναισθηματική της κατάσταση (μέτριας μορφής κατάθλιψη). Το πρόγραμμα άσκησης την έχει βοηθήσει και στη πορεία της νόσου της (Σκλήρυνση Κατά Πλάκας) και στη βελτίωση της κλινικής της εικόνας (καλύτερη κινητικότητα). Επίσης, αξίζει να σημειωθεί ότι έχει σημαντική απώλεια βάρους (18 κιλά) μέσα στο χρονικό διάστημα των 18 μηνών. Η ίδια δηλώνει ότι πριν επισκεφτεί Ψυχολόγο αισθανόταν «μαύρα χάλια». Την περίοδο που άρχισε τη φυσική δραστηριότητα, ένιωθε πολύ ωραία. Έχανε σιγά σιγά βάρος και η ψυχολογία της άρχισε να ανεβαίνει. Η ένταξη της άσκησης στην όλη διαδικασία της ψυχολογικής της στήριξης τη βοήθησε πάρα πολύ, νιώθει άλλος άνθρωπος. Η άσκηση είναι κάτι που σίγουρα θα το συνεχίσει εφ' όρου ζωής, αν της το επιτρέψει η πορεία της υγείας της. Τέλος, όταν έχει ένταση, πολλές φορές πηγαίνει για περπάτημα.

5^ο άτομο: Η κα Α.Π. μετά την εμπλοκή της στο πρόγραμμα άσκησης έχει εξαλείψει το άγχος και τη διαταραχή της διάθεσης της. Η ίδια δηλώνει ότι πριν επισκεφτεί Ψυχολόγο αισθανόταν πάρα πολύ άσχημα γιατί είχε πολύ άγχος. Την περίοδο που ξεκίνησε τη φυσική δραστηριότητα, αισθανόταν πολύ καλά και εξακολουθεί να το κάνει. Με την ένταξη της άσκησης στην όλη διαδικασία της ψυχολογικής της στήριξης, βοηθήθηκε πάρα πολύ. Η ίδια χαρακτηριστικά αναφέρει :

«βελτιώθηκαν όλα», «τίποτα δεν είναι όπως πριν που χτυπιόμουν από το άγχος», «πήρα πολύ καλή σειρά». Η άσκηση είναι κάτι που θέλει να το συνεχίσει εφ' όρου ζωής γιατί της αρέσει και έχει δει βελτίωση. Τέλος, τις στιγμές που έχει ένταση, φεύγει από το σπίτι και πηγαίνει για περπάτημα.

6^ο άτομο: Μετά την εμπλοκή της στο πρόγραμμα άσκησης η κα Μ.Ε.2 έχει μετριάσει τις αγχώδεις εκδηλώσεις και την συναισθηματική διαταραχή (μέτρια κατάθλιψη). Η ίδια δηλώνει ότι πριν επισκεφτεί Ψυχολόγο αισθανόταν πολύ άσχημα με τον εαυτό της. Όταν άρχισε τη φυσική δραστηριότητα ένιωθε καλύτερα. Η ένταξη της άσκησης στην όλη διαδικασία της ψυχολογικής στήριξης τη βοήθησε στο να μειώσει το άγχος της αλλά τα προβλήματα με τον έλεγχο της συμπεριφοράς της (πολλά νεύρα και ένταση απέναντι στο σύζυγο και στα παιδιά) δεν μπόρεσε να το ξεπεράσει. Η άσκηση είναι κάτι που της αρέσει θεωρητικά αλλά πρακτικά δυσκολεύεται να την εφαρμόσει. Υπάρχουν στιγμές που όταν έχει ένταση σκέφτεται και πηγαίνει για περπάτημα, αλλά αυτό δεν τη βοηθάει απόλυτα να ηρεμίσει.

7^ο άτομο: Μετά την εμπλοκή της στο πρόγραμμα άσκησης έχει μειώσει τις αγχώδεις εκδηλώσεις (ήπιο άγχος) και έχει μετριάσει τις διαταραχές της διάθεσης. Η ίδια δηλώνει ότι πριν επισκεφτεί Ψυχολόγο ένιωθε πολύ αμήχανη, είχε πολλά «βάρη» πάνω της τα οποία στη πορεία των ψυχοθεραπειών έφυγαν. Τονίζει, την μεγάλη ανάγκη της να επισκέπτεται ψυχολόγο. Την περίοδο που άρχισε το περπάτημα, αισθανόταν ότι έγινε θαύμα γιατί κάποτε της είχαν πει ότι μπορεί και να μη ξαναπερπατούσε (λόγω του οργανικού της προβλήματος). Όταν περπατάει (ιδιαίτερα στο βουνό και στη θάλασσα) αισθάνεται γαλήνη και ηρεμία. Αναφέρει επίσης ότι, το περπάτημα τη βοηθάει πολύ περισσότερο από την οργανωμένη άσκηση σε τμήμα. Τις ημέρες που δεν περπατάει αισθάνεται πιο κουρασμένη, το περπάτημα την ξεκουράζει πολύ. Θα ήθελε πολύ να συνεχίσει την άσκηση εφ' όρου ζωής, αλλά είναι επιφυλακτική γιατί δε γνωρίζει ποια θα είναι η εξέλιξη της νόσου της. Τις στιγμές που βρίσκεται σε ένταση, ξαπλώνει στο κρεβάτι, δεν έχει σκεφτεί να πάει για περπάτημα.

8^ο άτομο: Μετά την εμπλοκή της στο πρόγραμμα άσκησης, η κα Κ.Λ., έχει εξαλείψει τις διαταραχές στη διάθεσή και τις αγχώδεις εκδηλώσεις, η άσκηση τη βοηθάει να εκτονώνεται, να ηρεμεί και να χαλαρώνει. Η ίδια δηλώνει ότι πριν επισκεφτεί Ψυχολόγο ήταν επιφυλακτική, είχε αισθήματα φόβου αλλά και μία μικρή δόση αισιοδοξίας για βελτίωση της συναισθηματικής της κατάστασης και του άγχους που βίωνε, στο μέλλον. Με την έναρξη της φυσικής δραστηριότητας άρχισε να

αισθάνεται μικρή θετική διαφορά στη συναισθηματική της διάθεση που σταδιακά αυξήθηκε. Η κα Κ.Α. υποστηρίζει ότι θα συνεχίσει την άσκηση από εδώ και στο εξής αλλά όχι σε καθημερινή βάση. Σε στιγμές έντασης, επιλέγει να περπατάει και αυτό είναι κάτι που την αποφορτίζει.

9^ο άτομο: Το πρόγραμμα άσκησης τη βοήθησε σημαντικά στη προσπάθειά της να διακόψει το κάπνισμα, αντικαθιστώντας το κάπνισμα με καθημερινό περπάτημα. Η κα Κ.Δ. πριν την πρώτη συνάντησή της με ψυχολόγο, ένοιωθε έναν κόμπο στο στήθος και νόμιζε ότι δε μπορεί να αναπνεύσει (η ίδια το εκφράζει ως άγχος). Με την έναρξη της φυσικής δραστηριότητας άρχισε να αισθάνεται σταδιακά το σώμα της να «λύνεται». Η ένταξη της άσκησης στην όλη διαδικασία της ψυχολογικής της στήριξης της χάρισε ευεξία, ελευθέρωσε τα μέλη του σώματός της και τη βοήθησε να περιορίσει σημαντικά το κάπνισμα (από 50 σε 10 τσιγάρα ημερησίως). Η σωματική άσκηση είναι κάτι που θα ήθελε να το συνεχίσει εφ' όρου ζωής αν η υγεία της, της το επιτρέψει. Πολλές από τις στιγμές που έχει ένταση, πηγαίνει για περπάτημα γιατί πιστεύει ότι η σκέψη περπατώντας στην ύπαιθρο είναι πιο δημιουργική.

10^ο άτομο: Μετά την εμπλοκή της στο πρόγραμμα άσκησης η κα Γ.Α. έχει εξαλείψει τις αγχώδεις εκδηλώσεις και έχει μειώσει τη διαταραχή στη διάθεσή της (ήπια/ ελαφρά κατάθλιψη). Η ίδια δηλώνει ότι πριν επισκεφτεί Ψυχολόγο αισθανόταν πάρα πολύ άσχημα γιατί είχε πολύ κακή διάθεση. Την περίοδο που ξεκίνησε τη φυσική δραστηριότητα, αισθανόταν πολύ καλά και εξακολουθεί να το κάνει. Με την ένταξη της άσκησης στην όλη διαδικασία της ψυχολογικής της στήριξης, βοηθήθηκε πάρα πολύ. Η άσκηση είναι κάτι που θέλει να το συνεχίσει εφ' όρου ζωής γιατί της αρέσει και έχει δει βελτίωση. Τέλος, τις στιγμές που έχει ένταση, φεύγει από το σπίτι και πηγαίνει για περπάτημα.

11^ο άτομο: Μετά την εμπλοκή του στο πρόγραμμα άσκησης ο κος Μ.Σ. έχει εξαλείψει το άγχος του και τονίζει ότι η συναισθηματική του κατάσταση έχει βελτιωθεί σημαντικά. Επίσης έχει ενσωματώσει το πρόγραμμα άσκησης στη καθημερινότητά του και μετά το πέρας της έρευνας, γεγονός που όπως τονίζει ο ίδιος τον τονώνει, τον ξεκουράζει και τον γεμίζει ενέργεια. Είναι σημαντικό επίσης να αναφερθεί ότι ελέγχει σε πολύ μεγάλο βαθμό τη συμπεριφορά του, γεγονός που έχει μετριάσει και σχεδόν εξαλείψει τις οικογενειακές συγκρούσεις που βίωνε αρχικά. Ο ίδιος αναφέρει ότι πριν επισκεφτεί για πρώτη φορά ψυχολόγο αισθανόταν εξαντλημένος, αποδιοργανωμένος και ήταν σε μεγάλη συγκινησιακή φόρτιση. Με το που ξεκίνησε περπάτημα ένιωσε ανακούφιση και λύτρωση. Η άσκηση αποτελεί τον

κύριο μοχλό για την συγκρότηση της φυσικής, ψυχικής και πνευματικής του ισορροπίας μαζί με τη διατροφή και το διάβασμα. Δηλώνει ότι θα συνεχίσει την άσκηση εφ' όρου ζωής και πολύ συχνά πηγαίνει για περπάτημα όταν βρίσκεται σε στιγμές έντασης.

12^ο άτομο: Μετά την εμπλοκή του στο πρόγραμμα άσκησης ο κος Σ.Λ. έχει μειώσει και σχεδόν εξαλείψει το άγχος και τη διαταραχή στη διάθεσή του. Επίσης έχει μειώσει αισθητά το πρόβλημα της υποφοβίας μετά από γνωστικοσυμπεριφορική ψυχοθεραπεία, η οποία βρίσκεται σε εξέλιξη. Ο ίδιος τονίζει ότι τον βοηθάει σημαντικά η άσκηση στο να ελέγχει το σώμα του και να αποφορτίζεται από τις εντάσεις της καθημερινότητας καθώς επίσης τον βοήθησε σημαντικά στην απώλεια και διατήρηση επιθυμητού βάρους. Ο ίδιος δηλώνει ότι πριν επισκεφτεί Ψυχολόγο αισθανόταν πάρα πολύ άσχημα γιατί είχε πολύ άγχος. Την περίοδο που ξεκίνησε τη φυσική δραστηριότητα, αισθανόταν πολύ καλά και εξακολουθεί να το κάνει. Με την ένταξη της άσκησης στην όλη διαδικασία της ψυχολογικής του στήριξης, βοηθήθηκε πάρα πολύ. Η άσκηση είναι κάτι που θέλει να το συνεχίσει εφ' όρου ζωής γιατί του αρέσει και έχει δει βελτίωση. Τέλος, τις στιγμές που έχει ένταση, φεύγει από το σπίτι και πηγαίνει για περπάτημα.

13^ο άτομο: Μετά την εμπλοκή του στο πρόγραμμα άσκησης ο κος Σ.Γ. έχει μειώσει και σχεδόν εξαλείψει τις αγχώδεις εκδηλώσεις. Ο ίδιος δηλώνει ότι πριν επισκεφτεί Ψυχολόγο αισθανόταν πάρα πολύ άσχημα γιατί είχε άγχος. Την περίοδο που ξεκίνησε τη φυσική δραστηριότητα, αισθανόταν πολύ καλά και εξακολουθεί να το κάνει. Με την ένταξη της άσκησης στην όλη διαδικασία της ψυχολογικής του στήριξης, βοηθήθηκε πολύ όσον αφορά την θετική αντιμετώπιση της ασθένειάς του. Η άσκηση είναι κάτι που θέλει να το συνεχίσει εφ' όρου ζωής γιατί του αρέσει και έχει δει βελτίωση. Τέλος, τις στιγμές που έχει ένταση, φεύγει από το σπίτι και πηγαίνει για περπάτημα.

Σε όλες τις περιπτώσεις των ασθενών που έχουν προαναφερθεί συνοπτικά, είναι πολύ σημαντικό να τονίσουμε την προσφορά της θεραπευτικής σχέσης. Η σχέση αυτή έχει αναπτυχθεί κατά τη διάρκεια της θεραπείας τους, η οποία συμπεριλαμβάνει σ' ένα μέρος της και το πρόγραμμα άσκησης – φυσικής δραστηριότητας (θεραπεία συμπεριφοράς). Η θεραπευτική σχέση δεν μπορεί να μετρηθεί ποσοτικά αλλά είναι αποδεδειγμένο ότι συμβάλλει σημαντικά στη βελτίωση των ψυχολογικών προβλημάτων. Σε όλες τις περιπτώσεις των ασθενών η ερευνήτρια ήταν και θεράπων

ψυχολόγος, οπότε έχει αναπτύξει και θεραπευτική σχέση με τους ασθενείς που συμμετείχαν στην έρευνα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν να διερευνήσει αν και σε ποιο βαθμό η αερόβια άσκηση σε συνδυασμό με την εφαρμογή ενός προγράμματος στόχων (με τη βοήθεια των πεδόμετρων) επιδρά στα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης σε άτομα που πάσχουν από αγχώδεις ή/ και συναισθηματικές διαταραχές. Γενικά, τ' αποτελέσματα έδειξαν ότι η αερόβια άσκηση (φυσική δραστηριότητα) σε συνδυασμό με ψυχοθεραπεία, επηρεάζουν σημαντικά (μειώνουν) τα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης σε άτομα που πάσχουν από αγχώδεις ή/ και συναισθηματικές διαταραχές.

Πιο συγκεκριμένα τώρα, τα αποτελέσματα της έρευνάς μας συμφωνούν με τις απόψεις των ερευνητών (Θεοδωρακή, 2002 και Mc Ardle et al., 1996), που θεωρούν ότι η άσκηση μη συναγωνιστικού χαρακτήρα, όταν εκτελείται με την κατάλληλη για το άτομο ένταση, προκαλεί ευχαρίστηση και μειώνει τα επίπεδα του στρες. Όπως πολλοί ερευνητές συμπέραναν, έτσι και στη δική μας μελέτη φάνηκε ότι, τα οφέλη στη ψυχική υγεία από τη συμμετοχή σε φυσικές δραστηριότητες είναι ο περιορισμός του άγχους, η μείωση της κατάθλιψης και γενικότερα η προαγωγή της ψυχικής ευεξίας (Willis & Campbell, 1992; Mc Auley, 1994; Modity et al., 1996; Mc Ardle et al., 1996; Severtsen & Bruya, 1986; Thayer et al., 1994). Πιο συγκεκριμένα, τα άτομα που συμμετείχαν στην έρευνά μας παρατήρησαν βελτίωση και στην πνευματική τους κατάσταση εκτός από τη φυσική ανακούφιση από το στρες κάτι που συμπεραίνεται και από την μελέτη του Biddle το 1995.

Στην έρευνά μας πήραν μέρος άτομα ηλικίας 23 – 58 ετών που γυμνάζονταν 3 φορές εβδομαδιαίως για 30 λεπτά και τουλάχιστον 8 εβδομάδες. (οι περισσότεροι συνέχιζαν με τους ίδιους ρυθμούς για τουλάχιστον 3 μήνες αργότερα). Σε όλα τα άτομα παρατηρήθηκαν μείωση του άγχους και βελτίωση της συναισθηματικής τους κατάστασης. Τ' αποτελέσματα μας αυτά, συμφωνούν με το πόρισμα της έρευνας του Hassmen et al. (2000), όπου άτομα ηλικίας 25 – 64 ετών, που γυμνάζονταν 2 ή 3 φορές την εβδομάδα είχαν μειωμένα επίπεδα στρες και κατάθλιψης. Επίσης, η μέτρια έντασης αερόβια άσκηση μειώνει τα συμπτώματα της μέτριας κατάθλιψης και προάγει τη ψυχική υγεία (Falls, Baylon & Dishman, 1980; Morgan & Raqlin, 1987), γεγονός που αποδεικνύεται και στην έρευνά μας.

Οι συμμετέχοντες στην μελέτη μας, ύστερα από σχετική ερώτηση που τους έγινε για το πρόγραμμα παρέμβασης με φυσική δραστηριότητα, ανέφεραν ότι η άσκηση μειώνει τη μυϊκή ένταση και τους προκαλεί μια κατάσταση μυϊκής χαλάρωσης γεγονός που αναφέρεται και στην έρευνα του Salmon (2001). Επίσης η αίσθηση αυτής της μυϊκής χαλάρωσης τους κάνει να αισθάνονται πάντα καλύτερα μετά την άσκηση πράγμα που αναφέρουν και οι Fall et al. (1980) στην ερευνά του.

Οι Faulkner και Biddle το 2004 βρήκαν ότι το βάδισμα για 10 εβδομάδες βοηθάει στη μείωση της κατάθλιψης, συμπέρασμα που συμφωνεί με τα αποτελέσματα και της δικής μας έρευνας. Επίσης, παρόμοια είναι και τα αποτελέσματα της έρευνας του Morgan (1973) όπου η μέτρια έντασης άσκηση συμβάλλει σημαντικά στη μείωση του άγχους εξίσου στους άντρες και στις γυναίκες.

Η αγχολυτική δράση της αερόβιας άσκησης και η προστασία που παρέχει από το στρες τονίζονται στην έρευνα του Salmon (2001) όπως επίσης και η βελτίωση της διάθεσης μετά από μέτριας έντασης αερόβια άσκηση (περπάτημα) τονίζεται στην έρευνα του Motle et al. (1996).

Αναφορικά τώρα με τη διάρκεια και ένταση της φυσικής δραστηριότητας, για την επίτευξη των καλύτερων δυνατών αποτελεσμάτων στη μείωση του άγχους και της κατάθλιψης, βρέθηκε ότι: ένα πρόγραμμα αερόβιας άσκησης για 3 φορές την εβδομάδα, 30 λεπτά την κάθε φορά και για τουλάχιστον 8 εβδομάδες μειώνει σημαντικά το άγχος και την κατάθλιψη σε άτομα που πάσχουν από αγχώδεις και συναισθηματικές διαταραχές. Με τ' αποτελέσματα αυτά συμφωνούν και οι Landers και Petruzzello (1991) οι οποίοι σε μια μετά - ανάλυση 159 μελετών βρήκαν ότι πάνω από το 80% των ερευνητών συμφωνούν ότι η μέτρια προς έντονη (περπάτημα με χαλαρό τρέξιμο) αερόβια άσκηση, διάρκειας 30 λεπτών και για τουλάχιστον 10 εβδομάδες επιφέρει ήπια προς μέτρια μείωση του άγχους. Επίσης κάτι ανάλογο συμπεραίνουν και οι Martisen et al. (1989) οι οποίοι βρήκαν ότι ένα πρόγραμμα αερόβιας άσκησης μειώνει τα συμπτώματα άγχους σε άτομα με Γενικευμένη Αγχώδη Διαταραχή.

Επίσης τ' αποτελέσματα της έρευνας μας είναι σύμφωνα με τους Pate et al. (1995) που τονίζουν ότι η άσκηση βοηθάει στο άγχος και την κατάθλιψη όταν η διάρκεια της είναι τουλάχιστον 30 λεπτά και η ένταση της μέσης ισχύος (περπάτημα). Τέλος, οι Thachuk et al. (1999) τονίζουν την αποτελεσματικότητα της άσκησης όταν αυτή είναι αερόβια 20–60 λεπτά, 3–4 φορές την εβδομάδα για 5 τουλάχιστον εβδομάδες, όρια, που συμφωνούν με τ' αποτελέσματα της έρευνας μας.

Είναι σημαντικό ν' αναφερθεί ότι κανένας από τους συμμετέχοντες στην έρευνα δεν διέκοψε το πρόγραμμα φυσικής δραστηριότητας, γεγονός που αποδεικνύει από την μία ότι δεν δυσκολεύτηκαν να το υλοποιήσουν και από την άλλη τους βοήθησε στον έλεγχο του άγχους και στη μείωση της κατάθλιψης. Οι Sexton et al. (1989) και ο Θεοδωράκης (2002) τονίζουν ότι για την επίτευξη της μακρύτερης παραμονής στην άσκηση είναι προτιμότερη η μέτρια έντασης φυσική δραστηριότητα (περπάτημα) γεγονός που φαίνεται να ευθύνεται για τα θετικά αποτελέσματα και της δικής μας μελέτης.

Άλλο ένα σημαντικό όφελος που προέκυψε από την συγκεκριμένη έρευνα ήταν το γεγονός ότι όλα τα άτομα, που ρωτήθηκαν μετά από διάστημα 3 μηνών συνέχιζαν να γυμνάζονται υιοθετώντας τη συμπεριφορά αυτή ως τρόπο ζωής. Το ίδιο παρατήρησαν και οι Faulkner και Biddle (2004) σε δική τους έρευνα, γεγονός που μας κάνει να συμπεράνουμε ότι δεν χρειάζεται παρά να δοκιμάσουνε τα άτομα με αγχώδεις ή και συναισθηματικές διαταραχές ένα τέτοιου είδους πρόγραμμα φυσικής δραστηριότητας και τότε θα συνειδητοποιήσουν τα πολλαπλά οφέλη του με αποτέλεσμα να το υιοθετήσουν ως τρόπο ζωής και θεραπείας.

Τέλος, πρέπει να αναφέρουμε ότι ευεργετικά αποτελέσματα της βάδισης επέρχονται αφού τα άτομα συμπληρώνουν τα 10.000 βήματα ημερησίως (όπως αυτά καταγράφηκαν στα πεδομέτρα), (Krucoff, 1999; Spilner et al., 2000; Lindberg, 2000) γεγονός που συμφωνεί και η δική μας έρευνα. Επίσης, το πρόγραμμα στόχων με τη βοήθεια των πεδομέτρων επηρέασε την απόδοση των ατόμων αυξάνοντας τη προσπάθεια, την επιμονή, την αντοχή τους και οδηγώντας την προσοχή τους στη σωστή κατεύθυνση, γεγονός που τονίζουν και οι Θεοδωράκης και συνεργάτες (2000).

Επίσης, καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι, άτομα που πάσχουν από συναισθηματικές ή/ και αγχώδεις διαταραχές και δεν μπορούν ή δε θέλουν να ακολουθήσουν κάποιας μορφής ψυχοθεραπεία ή φαρμακοθεραπεία, η αερόβια άσκηση μπορεί να αποτελέσει την εναλλακτική θεραπευτική αγωγή γεγονός που προκύπτει και από την έρευνα των Broman- Fulks et al. (2004).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Συμπερασματικά λοιπόν, η παρούσα έρευνα έρχεται να προστεθεί και να συμφωνήσει με τα ευρήματα άλλων μελετών, οι οποίες έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα ότι η ένταξη της φυσικής δραστηριότητας στη καθημερινότητα ενός ατόμου που πάσχει από αγχώδεις ή/ και συναισθηματικές διαταραχές, έχει μεγάλη

σημασία. Τα οφέλη τα οποία προκύπτουν αφορούν σωματικές, φυσιολογικές αλλά και ψυχολογικές αλλαγές. Πιο συγκεκριμένα, η φυσική δραστηριότητα σε άτομα που πάσχουν από αγχώδεις ή/ και συναισθηματικές διαταραχές, συμβάλλει σημαντικά στη μείωση του άγχους και της κατάθλιψης. Τα αποτελέσματα αυτά γίνονται ορατά όταν η άσκηση λαμβάνει χώρα σε ένα χρονικό διάστημα τουλάχιστον 8 εβδομάδων, με συχνότητα 3 φορές την εβδομάδα και με χρονική διάρκεια τουλάχιστον 30 λεπτά την κάθε φορά.

Επίσης, τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας έδειξαν ότι, η εφαρμογή ενός προγράμματος στόχων με τη βοήθεια των πεδομέτρων, παρακίνησε τα άτομα να περπατήσουν περισσότερο. Το πρόγραμμα άσκησης βοήθησε τα άτομα να μειώσουν το άγχος και να βελτιώσουν την καταθλιπτική τους διάθεση.

Τέλος, η άσκηση βοηθάει ένα άτομο που πάσχει από ήπιας ή/ και μέτριας μορφής αγχώδης ή/ και συναισθηματικής διαταραχής, να θεραπευτεί (μείωση συμπτωμάτων) άμεσα χωρίς τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής η οποία έχει και υψηλό χρηματικό κόστος.

Όλοι οι παραπάνω λόγοι συνθέτουν την ανάγκη εφαρμογής και προώθησης προγραμμάτων παρέμβασης σε πληθυσμούς που πάσχουν από αγχώδεις ή/ και συναισθηματικές διαταραχές. Όπως έγινε αντιληπτό (από την παρούσα έρευνα και τα αποτελέσματα των άλλων ερευνών), τα οφέλη της συμμετοχής σ' ένα πρόγραμμα παρέμβασης δεν είναι μόνο άμεσα αλλά και έμμεσα, οδηγώντας έναν ασθενή στην υιοθέτηση μιας υγιούς στάσης ζωής στη καθημερινότητά του.

Φυσικά, εκτός από τα πολλά πλεονεκτήματα των προγραμμάτων φυσικής δραστηριότητας σε πληθυσμιακές ομάδες όπως αυτή των ατόμων με αγχώδεις ή/ και συναισθηματικές διαταραχές, υπάρχουν και μειονεκτήματα τα οποία πηγάζουν από τις πολλές δυσκολίες στην εφαρμογή αυτών των προγραμμάτων. Πολλές φορές τα άτομα με συναισθηματικές ή/ και αγχώδεις διαταραχές, ξεκινούν να συμμετέχουν σε προγράμματα άσκησης, αλλά στη συνέχεια διακόπτουν λόγω έλλειψης κινήτρου, ενθάρρυνσης ή ακόμη λόγω έλλειψης άμεσης αποτελεσματικότητας. Για το λόγο αυτό κρίνεται επιτακτική η ανάγκη μελέτης των αιτιών μη συμμετοχής ασθενών, που πάσχουν από συναισθηματικές ή/ και αγχώδεις διαταραχές, σε παρεμβατικά προγράμματα άσκησης, έτσι ώστε να βρεθεί από πού πηγάζει η άρνηση των ασθενών αυτών, είτε για συμμετοχή είτε για διάρκεια στη συμμετοχή και να βρεθούν οι κατάλληλοι τρόποι παρακίνησης τους.

Πρακτικές Εφαρμογές της Έρευνας

Σύμφωνα λοιπόν, με τα ευρήματα της παρούσας έρευνας, η οποία έρχεται να προστεθεί στις υπόλοιπες μελέτες, αποδεικνύεται η ανάγκη προώθησης προγραμμάτων φυσικής δραστηριότητας σε άτομα που πάσχουν από συναισθηματικές ή/ και αγχώδεις διαταραχές, διότι η αύξηση αυτού του πληθυσμού των ασθενών είναι όλο και μεγαλύτερη τα τελευταία χρόνια, κυρίως λόγω της καθιστικής ζωής, την οποία «επιβάλλει» η σύγχρονη κοινωνία. Στα άτομα που έχουν τη τάση να εμφανίσουν ή πάσχουν ήδη από συναισθηματικές ή/ και αγχώδεις διαταραχές, θα έπρεπε να τους γίνει γνωστό ότι η φυσική δραστηριότητα μπορεί να προλάβει την εμφάνιση άγχους ή κατάθλιψης ή αν ήδη πάσχουν, μπορεί να βοηθήσει στη μείωσή τους.

Η άσκηση μπορεί και πρέπει να αποτελεί το κύριο μέσο εξασφάλισης ποιότητας ζωής στον άνθρωπο. Επίσης, είναι απαραίτητο να περιλαμβάνονται σε ένα τέτοιο πρόγραμμα πέραν από τις συμβουλές για φυσική δραστηριότητα, συμβουλές για υγιεινή διατροφή, ψυχολογική υποστήριξη και ιατρική φροντίδα όπου και όταν αυτή χρειάζεται.

Όλα τα παραπάνω, είναι σημαντικό να ξεκινούν από έναν εξειδικευμένο φορέα, όπως για παράδειγμα αυτοί της Ψυχικής Υγείας (Κέντρο Ψυχικής Υγείας, Γενικό Νοσοκομείο, κ.α.) στους οποίους θα υπάρχει εξειδικευμένο προσωπικό το οποίο θα είναι σε θέση να παρακινεί τους ασθενείς να συμμετέχουν σε προγράμματα βελτίωσης της ποιότητας ζωής, που θα περιλαμβάνουν και άσκηση. Με τον τρόπο αυτό θα επιτευχθεί η βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές και η πρόληψη υποτροπή τους.

Περιορισμοί της παρούσας Έρευνας- Απειλές

Κρίνεται απαραίτητο να σημειωθεί ότι βασικός περιορισμός και αδυναμία της έρευνας αποτελεί η μη ύπαρξη ομάδας ελέγχου, έτσι ώστε να μπορέσει να γίνει σύγκριση των αποτελεσμάτων μεταξύ των ομάδων. Ακόμη προτείνεται, μεγαλύτερο δείγμα συμμετεχόντων για την καλύτερη γενίκευση των αποτελεσμάτων. Επίσης, η ύπαρξη περισσότερων πειραματικών ομάδων (μια ομάδα που να μη παρακολουθείται ψυχοθεραπευτικά αλλά μόνο να εφαρμόζει το πρόγραμμα άσκησης, μια άλλη που να παίρνει και φαρμακευτική αγωγή αλλά και να συμμετέχει στο πρόγραμμα φυσικής δραστηριότητας) θα μας βοηθούσαν να συμπεράνουμε με μεγαλύτερη ασφάλεια τα

οφέλη της άσκησης αυτής κάθε αυτής στις αγχώδεις ή/ και στις συναισθηματικές διαταραχές.

Τέλος, δεν μπορούμε να συμπεράνουμε με ασφάλεια, εάν και σε ποιο βαθμό βοήθησε η θεραπευτική σχέση που είχαν όλοι οι συμμετέχοντες στην έρευνα με την ερευνήτρια- Ψυχολόγο. Η θεραπευτική σχέση δεν μπορεί να μετρηθεί ποσοτικά αλλά είναι αποδεδειγμένο ότι συμβάλλει σημαντικά στη βελτίωση των ψυχολογικών προβλημάτων.

Προτάσεις για Μελλοντικές Έρευνες

Η παρούσα έρευνα εκτός των απαντήσεων που πρόσφερε στα ερωτήματα που αρχικά έθεσε, δημιούργησε και πολλά άλλα τα οποία μπορούν να αποτελέσουν θέμα μελλοντικών ερευνών.

Είναι χρήσιμο να ερευνηθούν στο μέλλον τα στοιχεία της προσωπικότητας των ατόμων που πάσχουν από αγχώδεις ή/ και συναισθηματικές διαταραχές, διότι θα μπορούσαμε μ' αυτόν τον τρόπο να δούμε εάν και σε ποιο βαθμό, στοιχεία της προσωπικότητας των ατόμων, ευθύνονται για την ανάπτυξη συμπεριφορών (όπως π.χ. η αδράνεια και η εσωστρέφεια) οι οποίες μπορούν να οδηγήσουν σε ψυχικές διαταραχές όπως το άγχος και η κατάθλιψη (Heyward, 1997).

Επίσης, είναι σημαντικό να γίνουν περισσότερες έρευνες στον Ελληνικό χώρο λαμβάνοντας υπόψη τα στοιχεία της Ελληνικής κουλτούρας, τα οποία διαφέρουν από αυτά των άλλων χωρών (Ευρώπης, Ασίας) που έχουν είδη γίνει έρευνες. Εκτός των άλλων, σημαντικό θα ήταν να μελετηθεί η συμβολή της άσκησης σε άτομα που πάσχουν από σοβαρές μορφές αγχωδών ή/ και συναισθηματικών διαταραχών. Θα ήταν σημαντικό να δούμε σε αυτές τις περιπτώσεις, όπου η φαρμακευτική αγωγή κρίνεται απαραίτητη, την αλληλεπίδραση φαρμάκων και άσκησης.

Επίσης, θα μπορούσαν μελλοντικά να εφαρμοστούν, πρωτόκολλα άσκησης τα οποία θα συμπεριλαμβάνουνε πιο συχνή άσκηση ή/ και μεγαλύτερης έντασης άσκηση, διότι έρευνες (Broman- Fulks et al., 2004) έχουν δείξει ότι η υψηλής έντασης αερόβια άσκηση έχει γρηγορότερα αποτελέσματα στη μείωση του άγχους απ' ότι η χαμηλής έντασης αερόβια άσκηση (η οποία προσφέρει και αυτή βελτίωση όσον αφορά την ευαισθησία των ατόμων στο άγχος, αλλά σε μικρότερο βαθμό).

Επίσης, θα ήταν σημαντικό να μελετηθεί μεγαλύτερο δείγμα ατόμων για την ασφαλέστερη γενίκευση των αποτελεσμάτων στον Ελληνικό πληθυσμό. Και τέλος, θα είχε μεγάλο ενδιαφέρον η διερεύνηση των επιδράσεων της άσκησης και σε άλλου

είδους ψυχικές διαταραχές όπως αυτές των ψυχώσεων και των διαταραχών προσωπικότητας.

Επίλογος

Η διερεύνηση των παραγόντων οι οποίοι καθορίζουν τη μείωση των συμπτωμάτων του άγχους και της κατάθλιψης των ατόμων που πάσχουν από αγχώδεις ή/ και συναισθηματικές διαταραχές, καθίσταται αναγκαία και μείζονος προτεραιότητας για πολλούς και ποικίλους λόγους. Η εμφάνιση ψυχικών διαταραχών, όπως το άγχος και η κατάθλιψη, δεν θα πρέπει να αποτρέπουν ένα άτομο από το να εντάξει την άσκηση στην καθημερινότητά του, αλλά απεναντίας θα πρέπει να το προτρέπει, διότι όπως προαναφέρθηκε, η συμβολή της άσκησης στη μείωση των συμπτωμάτων των διαταραχών αυτών είναι σημαντική. Επίσης, θα πρέπει να εξετάζονται και να εφαρμόζονται και άλλοι παράγοντες, οι οποίοι μπορούν να παρακινήσουν το άτομο να συμμετέχει σε προγράμματα φυσικής δραστηριότητας, όπως είναι ο καθορισμός στόχων με ή χωρίς τη χρήση πεδομέτρων.

Τέλος, σε καμία περίπτωση δεν πρέπει πραγματοποίηση να θεωρηθεί ότι η ψυχική ασθένεια (όπως είναι το άγχος και η κατάθλιψη) θεραπεύεται μόνο με φαρμακευτική αγωγή ή είναι ικανή να αποτελέσει ανασταλτικό παράγοντα για την ολοκλήρωση και επιθυμιών των ατόμων αυτών, άλλωστε η φυσική δραστηριότητα μπορεί να αποτελέσει το μέσο για τη πραγματοποίησή τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4th ed (DSM-IV). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Anshel, M., (1996). Effect of chronic aerobic exercise and progressive relaxation on motor performance and affect. *Behavioral Medicine*, 21, 186-111.
- Bandura, A.(1986). *Social foundations of thought and action*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Barlow, D. H. (1998). *Anxiety of It's Disorders – The Nature and Treatment of Anxiety and Panic*. New York: Guilford.
- Brown, D.R. (1992). Physical activity, ageing and psychological well-being: An overview of the research. *Canadian Journal of Sports Sciences*, 17, 185-93.
- Beck, A.T., Rush, A. J., Shaw. B., et al. (1979). *Cognitive theory of depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.
- Biddle, S. (1995). Exercise and Psychosocial health. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 66, 292–297.
- Biddle, S., Fox, K., Boutcher, S. (2000). *Physical activity and psychological well-being*. London: Routledge.
- Boutcher, S. H., & Landers, P. M. (1988). The effects of being vigorous exercise on anxiety, heart rate and alpha activity of runners and nonrunners. *Psychophysiology*, 25, 696-702.
- Broman-Fulks, J. J., Berman, M. E., Radian, B. A., Webster, M. J. (2004). Effects of aerobic exercise on anxiety sensitivity. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 125-136.
- Blumenthal, J. A., Emery, C. F., Wash, M. A., Cox, D. R., Kuhn, C. M., Williams, R. B. & Williams, R. S. (1988). Exercise training in healthy Type A middle-ages men: Effects on behavioral and cardiovascular responses. *Psychosomatic Medicine*, 50, 418-433.

- Davies, C. T. M., and Few, J.D. (1973). Effects of exercise on adrenocortical function. *Journal of Applied Physiology*, 35, 887- 891.
- Falls, H.B., Baylor, A.M., & Dishman, R.K (1980). *Essentials of fitness*, Philadelphia MA: Saunders.
- Faulkner, G., Biddle, S. J. H. (2004). Exercise and depression: Considering variability and contextuality. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 26, 3-18.
- Hansen, C., Stevens, L., Coast, R., (2001). Exercise duration and mood state: How much is enough to feel better? *Health Psychology*, 20, 267-275.
- Hartley, L, (1975). Growth hormone and catecholamine response to exercise in relation to physical training. *Medicine and Science in Sports*, 7, 34-36.
- Hartley, L. H., Mason, J.W., Mougey, E.H., Wherry, F.E., Pennington, L.L., and Ricketts, P.T. (1972). Multiple hormonal response to prolonged exercise in relation to physical training. *Journal of Applied Physiology*, 33, 607-610.
- Hassmen, P., Koivula, N., Uutela, A. (2000). Physical exercise and psychological well-being: A population study in Finland. *Preventive Medicine*, 30, 17-25.
- Heyward, V. M. (1997). *Advanced fitness assessment and exercise prescription* (pp. 223-228). Champaign, IL: Human Kinetics.
- Holmes, D.S. (1993). Aerobic fitness and the response to psychosocial stress. In P. Seraganian (Ed.), *Exercise psychology: The influence of physical exercise on psychological processes* (pp. 39-63). New York: Wiley.
- Kaplan, H.I., Sadock, B.J., Grebb, J.A. (1994). Mood Disorders. In H.I. Kaplan & B.J. Sadock (7th Ed.) *Sadock's synopsis of psychiatry* (pp. 516-572). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Kent, M. (1994). *The Oxford dictionary of sports science and medicine*. Oxford: Oxford University Press.
- Krucoff, C. (1999). Popular low-cost pedometers: 10.000 steps to a better health. *The Seattle Times*. Dec 5th.
- Kyllo, B., Landers, D. (1995). Goal setting in sport and exercise: A research synthesis to resolve the controversy. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 17, 117– 137.
- Jin, P. (1992). Efficacy of Tai Chi, brisk walking, meditation, and reading in reducing mental and emotional stress. *Journal of Psychosomatic Research*, 33, 361-370.

- Landers, D.M., & Petruzzello, S.J., (1991). A meta-analysis on the anxiety reducing effects of acute and chronic exercise : Outcomes and mechanisms. *Sports Medicine, 11*, 143-180.
- Lerner, B., & Locke, E. (1995). The effects of goal setting, self-efficacy, competition and personal traits on the performance of an endurance task. *Journal of Sport Exercise Psychology, 17*, 138 – 152.
- Locke, E., & Latham, C. (1990). *A theory of goal setting and task performance*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Lindberg, R. (2000). Active living: on the road with the 10.000 steps program. *Journal of American Diet Association, 100*, 878–9.
- Martens, R. (1987). Coaches guide to sport psychology. Μετάφραση στα ελληνικά, Θεοδωράκης, Γ. & Γούδας Μ. (1993). *Προπονητής και Αθλητική Ψυχολογία*. Θεσσαλονίκη. Εκδόσεις Σάλτο
- Martinsen, E., W. (1990). Benefits of exercise for the treatment of depression. *Sport Medicine, 9*, 380-389.
- Masse, L. C., Ainsworth, B. E., Tortorelo, S, et al. (1998). Measuring physical activity in midlife, older and minority women: Issues from an expert panel. *Journal of Womens Health, 7 (1)*, 57–67.
- McAuley & Rudolph.(1995). Physical activity, aging and psychological well-being. *Journal of Aging and Physical Activity, 3*, 67-96.
- McAuley, E. (1994). Physical activity and psychosocial outcomes. In C. B. Bouchard, R. J. Shephard, T. Stephens (Eds.), *Physical activity, fitness and health* (pp. 551-568). Champaign, IL: Human Kinetics.
- Mobily, K. E., Rubenstein, M. M., Lemke, J. H., O'Hara, M. W., & Wallace, R. B. (1996). Walking and depression in a cohort of older adults: The Iowa 65+ rural health study. *Journal of Aging and Physical Activity, 4*, 119-135.
- Moreau, K. L., Degarmo, R., Langley, J, et al (2001). Increasing daily walking lower blood pressure in postmenopausal women. *Medicine Science for Sport and Exercise, 33*, 1825 – 31.
- Morgan, N. P. (1987). Reduction of state anxiety following acute physical activity. In W. P. Morgan & S. E. Goldston (Eds.), *Exercise and mental health* (pp. 105-109). Washington, DC: Hemisphere.
- Morgan, W.P. (1973). Influence of acute physical activity on state anxiety. *NCPEAM Proceeding, 76*, 113.

- Morgan, W. P. (1979). Prediction of performance in athletics. In P. Klavora and J.V. Daniel, (Eds.), *Coach, athlete, and the sports psychologist*, (pp. 173-186). Champaign, IL; Human Kinetics.
- Peterson, R. A., & Reiss, S. (1992). *Anxiety Sensitivity Index Revised Manual*. Worthington, OH: International Diagnostic Systems Publishing Corporation.
- Salmon, P. (2001). Effects of physical exercise on anxiety, depression, and sensitivity to stress: A unifying theory. *Clinical Psychology Review*, 21, 33-61.
- Sexton, H., Maere, A., & Dahl, N. H. (1989). Exercise intensity and reduction in neurotic symptoms- a controlled follow-up study. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 80, 231-235.
- Severtsen, B., & Bruya, M.A. (1986). Effects of meditation and aerobic exercise on EEG patterns. *Journal of Neuroscience Nursing*, 18, 206-210.
- Sharkey, B.J. (1990). *Physiology of fitness*. Champaign IL: Human Kinetics.
- Stephens. T. (1988). Physical activity and mental health in the United States and Canada : Evidence from four population surveys. *Preventive Medicine*, 17, 35-47.
- Swartz, A. M., Thompson, D. L. (2002). Increasing daily walking improves glucose tolerance in overweight women. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 73, Suppl.: A16.
- Tharp, G.D. (1975). The role of glucocorticoids in exercise. *Medicine and Science in Sports*, 7, 6-11.
- Thayer, R.E., Newman, J.R., and McClain, T.M. (1994). Self regulation of mood: Strategies for changing a bad mood, raising energy, and reducing tension. *Journal Personality and Social Psychology*, 67, 910-925.
- Tkachuk, A. G., & Martin, L. G. (1999). Exercise therapy for patients with psychiatric disorders: Research and clinical implications. *Professional Psychology: Research and Practice*, 30, 275-282.
- Tudor- Locke, C., & Bassett, R. (2004). How many steps/ day are enough? Preliminary pedometer indices for public health. *Sport Medicine*. 34, 1-8
- Tudor – Locke, C., Myers, A. M., Rodger, N. W. (2001). Development of a theory based daily activity intervention for individuals with type 2 diabetes. *Diabetes Education*, 27, 85-93.

- Tudor-Locke, C., Myers, A. M., Bell, R. C., et al (2002). Preliminary outcome evaluation of The First Step Program: A daily physical activity intervention for individuals with type 2 diabetes. *Patient Education and Counseling*, 47, 23–8.
- Tudor-Locke, C., Jones, G. R., Myers, A. M., et al (2002). Contribution of structured exercise class participation and informal walking for exercise to daily physical activity in community-dwelling older adults. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 73, 350–6.
- Vincent, S. D., Pangrazi, R. P. (2002). An examination of the activity patterns of elementary school children. *Pediatric and Exercise Science*, 14, 432 – 41.
- Von Euler, U.S. (1974). Sympatho-adrenal activity in physical exercise. *Medicine and Science in Sports*, 6, 165-173.
- Willis, J., & Campbell, L. (1992). *Exercise psychology*. Champaign IL: Human Kinetics.
- Yamanouchi, K., Takashi, T., Chikada, K, et al (1995). Daily walking combined with diet therapy is a useful means of obese NIDDM patients not only to reduce body weight but also to improve insulin sensitivity. *Diabetes Care*, 18, 775–8.
- Θεοδωράκης, Γ., Γούδας, Μ., Παπαϊωάννου, Α. (2000). *Ψυχολογική υπεροχή στον αθλητισμό*. Θεσσαλονίκη : Εκδόσεις Χριστοδουλίδη.
- Θεοδωράκης, Γ. (2002). *Άσκηση και ψυχική υγεία* (Πανεπιστημιακές σημειώσεις). Τρίκαλα : Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Θεσσαλίας.
- Μάνος, Ν. (1997). *Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής*. Θεσσαλονίκη : University Studio Press.
- Μουρατίδης, Ι. (2000). *Θέματα Φιλοσοφίας Φυσικής Αγωγής. Εισαγωγή στη Φιλοσοφία*. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Χριστοδουλίδη.
- Ντώνιας, Σ. & Δεμερτζής, Ι. (1983). Στάθμιση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας με το ερωτηματολόγιο κατάθλιψης του Beck. *Πρακτικά 10^{ου} πανελληνίου συνεδρίου νευρολογίας και ψυχιατρικής*, 1, 486- 492. Θεσσαλονίκη.
- Χριστοδούλου, Γ. και συνεργάτες (2000). *Ψυχιατρική*. Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις ΒΗΤΑ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VII

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

1. Πώς νοιώθατε πριν έρθετε να με συναντήσετε ;
2. Πώς νοιώσατε (σταδιακά), την περίοδο που αρχίσατε τη φυσική δραστηριότητα (περπάτημα);
3. Σήμερα, πόσο νομίζετε ότι σας βοήθησε η ένταξη της άσκησης στην όλη διαδικασία της ψυχολογικής σας στήριξης;
4. Είναι η άσκηση κάτι που θα το συνεχίσετε εφ' όρου ζωής;
5. Υπάρχουν στιγμές, που όταν έχετε ένταση, σκέφτεστε ή πηγαίνετε να περπατήσετε;

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

BDI

Στο παρακάτω ερωτηματολόγιο υπάρχουν ομάδες από προτάσεις (ερωτήσεις). Διάβασε προσεκτικά. Διάλεξε από κάθε ομάδα εκείνη τη μια πρόταση η οποία περιγράφει με τον πιο καλό τρόπο το πώς ένιωθες την ΕΒΔΟΜΑΔΑ ΠΟΥ ΠΕΡΑΣΕ, ΣΥΜΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΟΝΤΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΣΗΜΕΡΙΝΗΣ ΗΜΕΡΑΣ.

Σημάδεψε με έναν σταυρό την πρόταση που διάλεξες. Αν νομίζεις ό,τι ισχύουν περισσότερες από μια προτάσεις της ίδιας ομάδας, σημάδεψε αυτές που νομίζεις ό,τι ισχύουν. Προτού διαλέξεις, φρόντισε να διαβάσεις όλες τις προτάσεις της κάθε ομάδας.

(κωδικός):.....

Ημερομηνία:.....

.....

1	<input type="checkbox"/> Δεν νιώθω θλιμμένος . <input type="checkbox"/> Νιώθω θλιμμένος. <input type="checkbox"/> Νιώθω συνέχεια θλιμμένος και δεν μπορώ να το αποδιώξω αυτό. <input type="checkbox"/> Είμαι τόσο θλιμμένος ή δυστυχισμένος, που δεν μπορώ να το αντέξω.
2	<input type="checkbox"/> Δεν νιώθω καμία ιδιαίτερη αποθάρρυνση όσο αφορά στο μέλλον. <input type="checkbox"/> Νιώθω να μην έχω κουράγιο για το μέλλον <input type="checkbox"/> Νιώθω πως δεν έχω να περιμένω τίποτα από το μέλλον. <input type="checkbox"/> Νιώθω πως δεν υπάρχει καμία ελπίδα για το μέλλον και πως τα πράγματα δεν πρόκειται να καλυτερέψουν.
3	<input type="checkbox"/> Δεν νιώθω αποτυχημένος . <input type="checkbox"/> Νιώθω πως είμαι περισσότερο αποτυχημένος από το μέσο όρο. <input type="checkbox"/> Όταν σκέπτομαι τη ζωή μου, το μόνο που βλέπω είναι μια σειρά από αποτυχίες. <input type="checkbox"/> Νιώθω ό,τι είμαι εντελώς αποτυχημένος σαν άτομο.
4	<input type="checkbox"/> Παίρνω από τα πράγματα την ίδια ικανοποίηση που έπαιρνα πάντοτε. <input type="checkbox"/> Δεν χαίρομαι με τα πράγματα έτσι όπως τα χαιρόμουνα. <input type="checkbox"/> Τίποτα δεν μου δίνει πραγματική ικανοποίηση. <input type="checkbox"/> Είμαι ανικανοποίητος με τα πάντα ή βαριέμαι τα πάντα.
5	<input type="checkbox"/> Δεν νιώθω καμία ιδιαίτερη ενοχή <input type="checkbox"/> Νιώθω ένοχος κάμποσες φορές. <input type="checkbox"/> Νιώθω σχετικά ένοχος τον περισσότερο καιρό. <input type="checkbox"/> Νιώθω ένοχος συνέχεια
6	<input type="checkbox"/> Δεν έχω την αίσθηση ό,τι τιμωρόμαι για κάτι. <input type="checkbox"/> Έχω την αίσθηση ό,τι ίσως να τιμωρόμαι. <input type="checkbox"/> Περιμένω πως θα τιμωρηθώ. <input type="checkbox"/> Νιώθω ό,τι τιμωρούμε.
7	<input type="checkbox"/> Δεν αισθάνομαι απογοήτευση με τον εαυτό μου. <input type="checkbox"/> Είμαι απογοητευμένος με τον εαυτό μου. <input type="checkbox"/> Ο εαυτός μου με αηδιάζει. <input type="checkbox"/> Μισώ τον εαυτό μου.
8	<input type="checkbox"/> Δεν νιώθω περισσότερο άσχημα απ' ό,τι ο οποιοσδήποτε άλλος.

	<input type="checkbox"/> Μ' ανησυχούν πολύ τα σωματικά προβλήματα και δύσκολα σκέφτομαι κάτι άλλο έξω απ' αυτά. <input type="checkbox"/> Μ' ανησυχούν τα σωματικά μου προβλήματα τόσο πολύ που δεν μπορώ να σκεφτώ τίποτα άλλο.
21	<input type="checkbox"/> Δεν έχω παρατηρήσει πρόσφατα καμία αλλαγή στο ενδιαφέρον μου για σεξ. <input type="checkbox"/> Ενδιαφέρομαι για σεξ λιγότερο απ' όσο ενδιαφερόμουν πριν. <input type="checkbox"/> Τώρα ενδιαφέρομαι πολύ λιγότερο για το σεξ. <input type="checkbox"/> Έχω χάσει κάθε ενδιαφέρον για το σεξ.
	Σ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ

ΚΛΙΜΑΚΑ ΠΟΣΟΤΙΚΗΣ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ (MAX HAMILTON)

Για κάθε σύμπτωμα επιλέγετε το βαθμό που αντιστοιχεί με μεγαλύτερη ακρίβεια στην κατάσταση του ασθενούς, σύμφωνα με τα εξής κριτήρια: 0 = απουσία του συμπτώματος, 1 = συμπτώματα ήπιου βαθμού, 2 = μέτριο, 3 = έντονο, 4 = πολύ έντονο σύμπτωμα, που προκαλεί σοβαρό πρόβλημα.

Όνομ/μο Ασθενούς: Ηλικία:

Διεύθυνση: Τηλ.:

Ημερομηνία:

Ψ	Σύμπτωμα	Περιγραφή	Αρχική εξέταση	Εξέταση μετά τη θεραπεία
Ψ	1. Αγχώδης διάθεση (τόνος)	Αίσθημα ανησυχίας – Αναμονή επικείμενης συμφοράς – Ακαθόριστοι φόβοι – Ευερέθιστο άτομο		
Ψ	2. Υπερένταση	Αίσθημα υπερέντασης και αδυναμία να μείνει στην ίδια θέση – Γρήγορη κόπωση – Ανικανότητα για χαλάρωση – Κρίσεις δακρύων – Τρόμος		
Ψ	3. Φόβοι	Του πλήθους – Του σκότους – Της μοναξιάς – Των μεγάλων ζώων – Της κυκλοφοριακής συμφόρησης – Νοσοφοβία		
Ψ	4. Διαταραχές του ύπνου	Δυσχερής επέλευση του ύπνου – Διακεκομμένος ύπνος – Ύπνος ανήσυχος και κόπωση κατά την αφύπνιση – Δυσάρεστα όνειρα ή εφιάλτες		
Ψ	5. Νοητικές λειτουργίες	Δυσκολία στη συγκέντρωση – Διαταραχές της μνήμης		
Ψ	6. Καταθλιπτική διάθεση (τόνος)	Απάθεια ενδιαφερόντων – Αδιαφορία για παλιά «χόμπι» – Πρώιμη αφύπνιση		
Σ	7. Συμπτώματα από το νευρομυϊκό σύστημα	Μυϊκά άλγη και συνολικές – Μυοκλονικές συσπάσεις – Τριγμός οδόντων – Ασταθής φωνή		
Σ	8. Γενικά αισθητικά συμπτώματα	Εμβοές – Θόμβος οράσεως και δυσχέρειες στην προσαρμογή – Νυγμοί και μυρμηγκίαση		
Σ	9. Συμπτώματα από το καρδιο-κυκλοφορικό	Ταχυκαρδία – Παλμοί – Προκάρδιο άλγος – Εκτατοσυστολές – Τάση λιποθυμίας – Αίσθημα αναπάλσεως των αγγείων		
Σ	10. Συμπτώματα από το αναπνευστικό	Αίσθημα πίεσεως στο θώρακα – Αίσθημα πνιγμονής – Δύσπνοια – Αναστεναγμοί		
Σ	11. Συμπτώματα από το γαστρεντερικό	Δυσκαταποσία – Αεροφαγία – Κοιλιακά άλγη – Δυσκοιλιότητα – Διαρροϊκές κρίσεις – Απώλεια βάρους – Νευρική δυσπενγία: άλγος πριν ή μετά το φαγητό, αίσθημα καύσου, αίσθημα κορεσμού, αναγωγές, ναυτία, έμετοι, αίσθημα λιποθυμίας, συσπάσεις στο επιγάστριο, βορβορυγμοί		
Σ	12. Συμπτώματα από το ουροποιηγεννητικό	Πολλακτουρία – Συχνουρία – Έπειξη για σύρτηση – Αμηνόρροια – Δυσμηνόρροια – Ψυχρότητα – Πρώιμη εκσπερμάτωση – Ελλειπής σπύση – Ανικανότητα		
Σ	13. Δερματολογικές εκδηλώσεις	Κνησμός – Κνίδωση – Δερμογραφισμός – Εκζέμα – Ερύθημα		
Σ	14. Συμπτώματα από το νευροφυτικό (ΝΦ)	Ξηροστομία – Εξάψεις – Ωχρότητα προσώπου – Εφίδρωση – Πιγγοί – Κεφαλαλγίες τάσεως – Χήνιο δέρμα		
Ψ	15. Συμπεριφορά του ασθενούς κατά την εξέταση	ΓΕΝΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ: Υπερένταση, δυσφορία, ταραχή, κινήσεις χεριών, κατάπτωση και ερυνές, σφίξιμο του μανδηλιού, τρόμος χεριών. Ο ασθενής πηγαينوεργεται στο ιατρείο κατά την εξέταση, εμφανίζει όψη σκουθρωπής, συσπάσεις του προσώπου, παίζιμο των βλεφάρων. ΒΑΣΙΚΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ: Ταχυσφυγμία σε ανάπαυση, ταχύπνοια > 20 σε 1', μυδρίαση, εξόφθαλμος, εφίδρωση, ζωηρά τεμόνια αντανακλαστικά, αυξημένος μυϊκός τόνος.		

ψ

= Ψυχικές εκδηλώσεις

Σ

= Σωματοποίηση του άγχους

Σύνολο βαθμών Ψ

Σύνολο βαθμών Σ

Ολικός βαθμός κλίμακας Hamilton		
---------------------------------	--	--

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΦΥΣΙΚΗΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ

1 ^η εβδομάδα Μετρητής/ πόσα βήματα :							
2 ^η εβδομάδα							
Στόχος/άσκηση							
Μετρητής/ πόσα βήματα							
3 ^η εβδομάδα							
Στόχος/άσκηση							
Μετρητής/ πόσα βήματα							
4 ^η εβδομάδα							
Στόχος/άσκηση							
Μετρητής/ πόσα βήματα							
5 ^η εβδομάδα							
Στόχος/άσκηση							
Μετρητής/ πόσα βήματα							
6 ^η εβδομάδα							
Στόχος/άσκηση							
Μετρητής/ πόσα βήματα							
7 ^η εβδομάδα							
Στόχος/άσκηση							
Μετρητής/ πόσα βήματα							
8 ^η εβδομάδα							
Στόχος/άσκηση							
Μετρητής/ πόσα βήματα							
9 ^η εβδομάδα							
Στόχος/άσκηση							
Μετρητής/ πόσα βήματα							