

Αυτές οι πληροφορίες προορίζονται για γενική πληροφόρηση και ενημέρωση του κοινού και σε καμία περίπτωση δεν μπορούν να αντικαταστήσουν τη συμβουλή ιατρού ή άλλου αρμοδίου επαγγελματία υγείας

Τι είναι οι αγχώδεις διαταραχές;

Οι αγχώδεις διαταραχές περιλαμβάνουν ένα φάσμα κλινικών συνδρόμων που χαρακτηρίζονται από νευρικότητα, ανησυχία, ένταση και ποικίλα σωματικά συμπτώματα.¹ Γενικά, οι αγχώδεις διαταραχές είναι οι συνηθέστερες ψυχιατρικές διαταραχές και επηρεάζουν περίπου το 13,6% έως 28,8% των ενηλίκων κατά τη διάρκεια ζωής τους.^{2,3}

Η διαταραχή γενικευμένου άγχους (ΔΓΑ) είναι μία σχετικά συχνή και εξουθενωτική αγχώδης διαταραχή που χαρακτηρίζεται από υπερβολικό άγχος και ανησυχία.^{1,4} Παρόλο που η παθολογική ανησυχία είναι το βασικό χαρακτηριστικό της ΔΓΑ, οι περισσότεροι ασθενείς εμφανίζουν πολλαπλά σωματικά συμπτώματα και αυτά είναι συχνά τα συμπτώματα εκδήλωσης.⁵

Οι αγχώδεις διαταραχές συγκαταλέγονται μεταξύ των ψυχιατρικών διαταραχών με το μεγαλύτερο επιπολασμό και κόστος και οδηγούν σε σημαντική λειτουργική εξασθένιση και εξαιρετικά αυξημένη χρησιμοποίηση πόρων υγειονομικής περίθαλψης.^{5,6}

Πώς ταξινομούνται οι αγχώδεις διαταραχές;

Έχουν αναπτυχθεί δύο συστήματα ταξινόμησης και διάγνωσης ψυχικών διαταραχών βάσει κριτηρίων, τα οποία συνήθως χρησιμοποιούνται σε όλο τον κόσμο:

- το σύστημα που αναπτύχθηκε από την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία (APA) και παρουσιάζεται στο *Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών*, 4η έκδοση, αναθεώρηση κειμένου (DSM-IV-TR)¹
- το σύστημα που αναπτύχθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) παρουσιάζεται στη *Διεθνή Στατιστική Ταξινόμηση Νόσων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας*, 10η έκδοση (ICD-10)⁷

Η *ICD-10* ταξινομεί όλους τους τύπους νόσων και διαταραχών, συμπεριλαμβανομένων των ψυχικών διαταραχών, ενώ το *DSM-IV* ταξινομεί μόνο ψυχικές διαταραχές. Παρόλο που υπάρχουν ορισμένες διαφορές μεταξύ αυτών των 2 συστημάτων σε ό, τι αφορά την ταξινόμηση των ψυχικών διαταραχών, οι δημιουργοί τους συνεργάστηκαν και έτσι οι ορισμοί και τα κριτήρια στις περισσότερες περιπτώσεις είναι πανομοιότυπα.⁸ Ενώ η *ICD-10* είναι το επίσημο σύστημα ταξινόμησης που χρησιμοποιείται στην Ευρώπη και σε πολλά άλλα μέρη του κόσμου, η ταξινόμηση *DSM-IV* χρησιμοποιείται συχνά σε ερευνητικές μελέτες, επομένως σε αυτόν το χώρο παραθέτονται που αφορούν και τα δύο συστήματα ταξινόμησης.⁸

Κατά τις προηγούμενες δεκαετίες ταυτοποιήθηκαν πάρα πολλοί τύποι αγχωδών διαταραχών. Το *DSM-IV* ταυτοποιεί 12 κατηγορίες αγχωδών διαταραχών, οι οποίες υπάρχουν επίσης στην *ICD-10*.^{1,7}

Ως κατηγορία, οι αγχώδεις διαταραχές είναι εξίσου συχνές με ή ακόμη πιο συχνές από τις διαταραχές διάθεσης (που περιλαμβάνουν τη μείζονα καταθλιπτική διαταραχή - ΜΚΔ).^{2,3} Η συχνότητα εμφάνισης κατά τη διάρκεια ζωής οποιασδήποτε αγχώδους διαταραχής είναι περίπου 13,6% έως 28,8%, ενώ η αντίστοιχη συχνότητα των διαταραχών διάθεσης είναι 14,0% έως 20,8%.^{2,3}

Τι είναι η διαταραχή πανικού:

Το βασικό χαρακτηριστικό της διαταραχής πανικού είναι οι επανεμφανιζόμενες, μη αναμενόμενες κρίσεις σοβαρού άγχους (πανικού), γνωστές ως κρίσεις πανικού.^{1,7}

Τι είναι η αγοραφοβία:

Η αγοραφοβία είναι συχνή σε ασθενείς με διαταραχή πανικού και συνήθως αναπτύσσεται ως απόκριση στις κρίσεις πανικού.^{1,7} Το βασικό χαρακτηριστικό της αγοραφοβίας είναι η εκδήλωση άγχους όταν το άτομο βρίσκεται σε χώρους ή σε καταστάσεις από όπου η διαφυγή ενδεχομένως να είναι δύσκολη ή όπου μπορεί να μην είναι διαθέσιμη η παροχή βοήθειας σε περίπτωση μη αναμενόμενης κρίσης πανικού ή συμπτωμάτων που προσομοιάζουν κρίσεις πανικού^{1,7}). Αυτό το άγχος οδηγεί στην αποφυγή

ορισμένων καταστάσεων (π.χ. αποφυγή ταξιδιών) σε βαθμό που εξασθενίζει τη δυνατότητα του ατόμου να εκτελέσει τις καθημερινές του δραστηριότητες.¹

Η αγοραφοβία τυπικά αρχίζει να εκδηλώνεται με μια σειρά από μη αναμενόμενες κρίσεις πανικού. Οι ασθενείς συχνά αναπτύσσουν ένα συνεχές άγχος, ένα δυσάρεστο αίσθημα προσμονής της επόμενης κρίσης. Κατά συνέπεια, οι ασθενείς αποφεύγουν ορισμένα περιβάλλοντα και καταστάσεις στην προσπάθειά τους να αποτρέψουν μία ακόμη κρίση. Οι ασθενείς με αγοραφοβία έχουν την τάση να φοβούνται συγκεκριμένες καταστάσεις από τις οποίες δεν μπορούν να διαφύγουν ανά πάσα στιγμή σε περίπτωση εκδήλωσης μιας κρίσης, όπως πολυσύχναστους χώρους, τούνελ, γέφυρες ή αεροπλάνα.

Τι είναι η κοινωνική αγχώδης διαταραχή και ειδική (απλή) φοβία:

Ειδική φοβία

Βασικό χαρακτηριστικό της ειδικής φοβίας (η οποία καλείται και απλή ή μεμονωμένη φοβία) είναι ο εκσεσημασμένος και επίμονος φόβος που εκδηλώνει ένα άτομο όσον αφορά σαφώς διακριτά, συγκεκριμένα αντικείμενα ή καταστάσεις^{1,7}. Η έκθεση στο φοβικό ερέθισμα προκαλεί πάντοτε μια άμεση αντίδραση άγχους¹. Οι ενήλικες που πάσχουν από ειδική φοβία αναγνωρίζουν ότι ο φόβος τους είναι υπερβολικός ή παράλογος. Φοβία είναι ένας επίμονος, παράλογος φόβος για ένα συγκεκριμένο αντικείμενο, μια δραστηριότητα ή μια κατάσταση, που έχει ως αποτέλεσμα την αποφυγή του εν λόγω αντικειμένου ή της εν λόγω δραστηριότητας. Οι παράλογοι φόβοι και η στάση αποφυγής είναι χαρακτηριστικά πολυάριθμων ψυχιατρικών διαταραχών. Ωστόσο, η διάγνωση μιας φοβικής διαταραχής γίνεται μόνο όταν μία ή περισσότερες φοβίες κυριαρχούν στην κλινική εικόνα, αποτελούν πηγή σοβαρής δυσφορίας για το άτομο και δεν είναι αποτέλεσμα κάποιας άλλης ψυχικής διαταραχής. Δύο βασικοί τύποι φοβικών διαταραχών που ταυτοποιούνται στην *ICD-10* και στο *DSM-IV* είναι η κοινωνική φοβία (κοινωνική αγχώδης διαταραχή) και οι ειδικές (απλές) φοβίες.

Κοινωνική αγχώδης διαταραχή

Βασικό χαρακτηριστικό της κοινωνικής αγχώδους διαταραχής (κοινωνικής φοβίας) είναι ένας εκσεσημασμένος και επίμονος φόβος όσον αφορά τις κοινωνικές καταστάσεις ή τις καταστάσεις, όπου το άτομο καλείται να επιτελέσει κάποια δραστηριότητα μπροστά σε κόσμο, κατά τις οποίες ενδεχομένως να προκύψει αμηχανία¹. Σχεδόν πάντα, η έκθεση στην κοινωνική κατάσταση ή την κατάσταση εκτέλεσης κάποιας δραστηριότητας μπροστά σε κόσμο, δημιουργεί μια άμεση αντίδραση άγχους¹. Ο φόβος του ατόμου να τεθεί υπό ενδελεχή εξέταση, οδηγεί στην αποφυγή των κοινωνικών καταστάσεων και επηρεάζει σημαντικά τις καθημερινές δραστηριότητες, την επαγγελματική λειτουργικότητα ή την κοινωνική ζωή του^{1,7}.

Στα σωματικά συμπτώματα της κοινωνικής φοβίας περιλαμβάνονται: αίσθημα παλμών, εφίδρωση, κοκκίνισμα δέρματος, τρέμουλο σε κοινωνικές καταστάσεις⁷. Τα συμπτώματα καθαυτά, συχνά γίνονται εστίες συνειδητών φόβων, για παράδειγμα, τα άτομα που πάσχουν από κοινωνικές φοβίες, είναι πιθανό να αποφεύγουν να γευματίζουν, να πίνουν ή να γράφουν δημοσίως, λόγω του φόβου ότι οι άλλοι θα δουν τα χέρια τους να τρέμουν¹.

Τι είναι η διαταραχή μετατραυματικού στρες;

Η διαταραχή μετατραυματικού στρες (PTSD) περιλαμβάνει την έναρξη των χαρακτηριστικών συμπτωμάτων μετά την έκθεση σε ένα τραυματικό γεγονός^{1,7}. Το τραυματικό γεγονός πρέπει να είναι εξαιρετικά απειλητικό ή καταστροφικής φύσεως⁷. Ορισμένα παραδείγματα τέτοιων τραυματικών γεγονότων περιλαμβάνουν την εμπλοκή σε ένα βίαιο ατύχημα ή έγκλημα, την απαγωγή, την εμπλοκή σε μία φυσική καταστροφή ή τη διάγνωση μίας απειλητικής για τη ζωή ασθένειας⁸.

Στα χαρακτηριστικά συμπτώματα της διαταραχής μετατραυματικού στρες (PTSD) περιλαμβάνονται τα εξής^{1,7}:

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

- επίμονα συμπτώματα αυξημένης διέγερσης, όπως ανεπαρκής ύπνος, δυσκολία συγκέντρωσης ή υπερβολική φοβική αντίδραση

Τι είναι η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή:

Η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή (ΙΨΔ) χαρακτηρίζεται από έμμονες ιδέες και ιδεοληψίες^{1,7}. Οι έμμονες ιδέες είναι επανεμφανιζόμενες και επίμονες σκέψεις, παρορμήσεις ή εικόνες τις οποίες το άτομο βιώνει κάποια στιγμή, συνήθως ως δυσάρεστες και ακατάλληλες, κατά τη διάρκεια εκδήλωσης της διαταραχής, οι οποίες προκαλούν χαρακτηριστικό άγχος ή δυσφορία¹. Οι έμμονες ιδέες δεν είναι απλώς ανησυχίες που σχετίζονται με προβλήματα της καθημερινής ζωής, αλλά καταστάσεις τις οποίες το άτομο επιχειρεί να αγνοήσει, να καταστείλει ή να εξαλείψει μέσω κάποιας άλλης σκέψης ή ενέργειας¹.

Οι ιδεοληψίες είναι επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές ή ψυχικές δραστηριότητες στις οποίες εξωθείται το άτομο ως ανταπόκριση σε μια έμμονη ιδέα ή συμμορφούμενο σε κάποιους αυστηρούς κανόνες¹. Οι ιδεοληψίες στοχεύουν στην αποφυγή ή τη μείωση της δυσφορίας ή στην αποτροπή ενός γεγονότος ή μιας κατάστασης που δημιουργεί φόβο στο άτομο¹. Ωστόσο, αυτές οι συμπεριφορές ή ψυχικές δραστηριότητες είτε δεν συνδέονται με ρεαλιστικό τρόπο με το γεγονός ή την κατάσταση που επιδιώκουν να εξαλείψουν είτε είναι σαφώς υπερβολικές¹.

Ένα βασικό χαρακτηριστικό της ΙΨΔ είναι το γεγονός ότι οι ασθενείς συνήθως αναγνωρίζουν, τουλάχιστον σε κάποιο βαθμό, ότι οι έμμονες ιδέες και οι ιδεοληψίες τους στερούνται νοήματος ή λογικής^{1,7}.

Τι είναι η διαταραχή γενικευμένου άγχους (ΔΓΑ):

Όπως υποδηλώνεται και από την ονομασία της, η ΔΓΑ χαρακτηρίζεται από υπερβολικό και επίμονο άγχος και ανησυχία όσον αφορά διάφορες πλευρές της ζωής^{1,7}. Οι ασθενείς με ΔΓΑ συνήθως περνούν πολλές ώρες της ημέρας εκδηλώνοντας έντονη ανησυχία. Παρόλο που η ανησυχία τους στερείται λογικής, οι ασθενείς δυσκολεύονται να τη θέσουν υπό έλεγχο¹. Η ένταση, η διάρκεια και η συχνότητα εμφάνισης της ανησυχίας που χαρακτηρίζει τη ΔΓΑ είναι ιδιαίτερα δυσανάλογες με την πραγματική επίδραση της

κατάστασης που προκαλεί το φόβο¹. Για παράδειγμα, οι ενήλικες με ΔΓΑ συχνά ανησυχούν σχετικά με καθημερινές καταστάσεις ρουτίνας¹.

Πολλά από τα συμπτώματα της ΔΓΑ είναι σωματικά, γεγονός το οποίο μπορεί να περιπλέξει τη διάγνωση της ΔΓΑ⁵. Τα ειδικά συμπτώματα που χαρακτηρίζουν τη ΔΓΑ περιλαμβάνουν: νευρικότητα, ένταση, ευερεθιστότητα, κόπωση, διαταραχές του ύπνου, εφίδρωση, ζάλη, αίσθημα παλμών, ανακάτεμα στο στομάχι και δυσκολία συγκέντρωσης^{1,7}.

Ποιά είναι η συχνότητα εμφάνισης της διαταραχής γενικευμένου άγχους :

Η συχνότητα εμφάνισης κατά τη διάρκεια ζωής της ΔΓΑ αυξάνεται με την ηλικία, ειδικότερα στις γυναίκες⁹. Ο σοβαρός κίνδυνος εκδήλωσης της διαταραχής ξεκινά στα εφηβικά χρόνια και συνεχίζεται έως τα μέσα της 5ης δεκαετίας της ζωής του ατόμου, ενώ ποσοστό μεγαλύτερο από το 40% των ασθενών αναπτύσσει ΔΓΑ για πρώτη φορά μετά την ηλικία των 40 ετών¹⁰.

Η ΔΓΑ είναι η δεύτερη συχνότερη ψυχική διαταραχή που παρατηρείται στην πρωτοβάθμια περίθαλψη μετά την κατάθλιψη^{6,11}. Για παράδειγμα, σε μία μελέτη του ΠΟΥ, το 7,9% του συνόλου των ασθενών πρωτοβάθμιας περίθαλψης έπασχαν από ΔΓΑ⁶. Οι τιμές αυτές είναι υψηλότερες σχετικά με αυτές που προκύπτουν από τις μελέτες ESEMeD και NSC-R, και αυτό θεωρείται ότι οφείλεται στο γεγονός ότι όσοι υποφέρουν από ΔΓΑ χρησιμοποιούν σε μεγαλύτερο βαθμό τους πόρους γενικής ιατρικής περίθαλψης⁶.

Δημογραφικοί και κλινικοί συσχετισμοί της ΔΓΑ

Οι παρακάτω παράγοντες συσχετίζονται με τη ΔΓΑ⁹ :

- γυναικείο φύλο
- ηλικία ≥ 25 ετών
- χωρισμός, διαζύγιο ή χηρεία
- ανεργία ή ενασχόληση με τα οικιακά

Ποια είναι τα συμπτώματα και η πορεία της διαταραχής γενικευμένου άγχους;

Όπως επισημάνθηκε προηγουμένως, η ανησυχία είναι το βασικό χαρακτηριστικό πολλών αγχώδων διαταραχών⁸. Εκείνο που διαφοροποιεί τη ΔΓΑ είναι το γεγονός ότι οι ανησυχίες εκτείνονται πέραν εκείνων που χαρακτηρίζουν άλλες αγχώδεις διαταραχές⁸. Τα άτομα με ΔΓΑ ανησυχούν διαρκώς και προσμένουν τα χειρότερα. Επιπλέον, οι ανησυχίες τους συνήθως αφορούν ασήμαντα ζητήματα ή δεν εστιάζουν σε κάποιο συγκεκριμένο θέμα («μη ειδικές»)⁷.

Για παράδειγμα, οι ενήλικοι ασθενείς με ΔΓΑ ενδέχεται να ανησυχούν σχετικά με γενικές καταστάσεις όπως, για παράδειγμα, εργασιακές ευθύνες, οικονομικά ζητήματα, ευημερία των μελών της οικογένειάς. Πολλά άτομα που πάσχουν από ΔΓΑ αναφέρουν ότι η ζωή τους μέχρι τώρα ήταν γεμάτη άγχος και νευρικότητα¹. Πάνω από το ½ των ατόμων που παρουσιάζονται για θεραπεία αντιμετώπισης της ΔΓΑ αναφέρουν ότι η έναρξη των συμπτωμάτων παρατηρήθηκε κατά την παιδική ηλικία ή την εφηβεία τους¹. Ωστόσο, όπως επισημάνθηκε προηγουμένως, νέες περιπτώσεις ΔΓΑ συνεχίζουν να εμφανίζονται συχνά σε ασθενείς έως τα μέσα της 5ης δεκαετίας της ζωής τους, ενώ ποσοστό μεγαλύτερο από το 40% των ασθενών αναπτύσσει ΔΓΑ για πρώτη φορά μετά την ηλικία των 40 ετών¹⁰.

Η πορεία της διαταραχής είναι συνήθως χρόνια, αλλά παρουσιάζει διακυμάνσεις και συχνά επιδεινώνεται σε περιόδους στρες^{1,11}. Δεδομένα από προοπτικές μελέτες έχουν υποδείξει ότι η ΔΓΑ μπορεί να έχει επεισοδιακή εξέλιξη με συχνές υποτροπές^{12,13}.

Οι γνώσεις που υπάρχουν διαθέσιμες σχετικά με τη μακροπρόθεσμη φυσική εξέλιξη της ΔΓΑ είναι ελάχιστες . Ωστόσο, τα επεισόδια έχουν την τάση να γίνονται πιο επίμονα με την αύξηση της ηλικίας⁹. Επιπλέον, οι ασθενείς με ψυχιατρικές συννοσηρότητες έχουν χειρότερη έκβαση .

Γενικά, η νόσος έχει χαμηλές πιθανότητες ύφεσης. Μάλιστα, η ανάρρωση από ΔΓΑ είναι κατά πολύ λιγότερο πιθανή σε σχέση με την ανάρρωση από μείζονα καταθλιπτική διαταραχή¹³. Για παράδειγμα, σε μία προοπτική μελέτη στην οποία συμμετείχαν 167 ασθενείς με ΔΓΑ, το ποσοστό πλήρους

ύφεσης σε 5 χρόνια ήταν μόλις 38% και μόλις 47% για τη μερική ύφεση¹³. Από τους ασθενείς που πέτυχαν ύφεση, πολλοί παρουσίασαν πλήρη υποτροπή εντός 3 ετών (το 27% από αυτούς που είχαν επιτύχει πλήρη ύφεση και το 39% από αυτούς που είχαν επιτύχει μερική ύφεση)¹³.

Η ανησυχία μπορεί επίσης να επικεντρώνεται σε ζητήματα πολύ μικρής σημασίας, όπως οι οικιακές εργασίες, οι επισκευές αυτοκινήτων ή η καθυστέρηση σε ραντεβού¹. Κατά την πορεία της διαταραχής, το επίκεντρο της ανησυχίας ενδέχεται να αλλάξει¹.

Σε γενικές γραμμές, οι ασθενείς με ΔΓΑ δυσκολεύονται να σταματήσουν να ανησυχούν, με αποτέλεσμα οι ανησυχίες τους να επηρεάζουν τις καθημερινές λειτουργίες τους¹.

Εκτός από την ίδια την ανησυχία, οι ασθενείς με ΔΓΑ συνήθως εκδηλώνουν δυσάρεστα σωματικά συμπτώματα που συνδέονται με την ανησυχία και την ένταση. Τα συμπτώματα αυτά μπορεί να είναι σχετικά επίμονα και διάχυτα. Μάλιστα, μόνο μια μειοψηφία των ασθενών με ΔΓΑ απευθύνονται στον ιατρό τους για να εκφράσουν προβλήματα ψυχολογικής φύσεως⁵. Για παράδειγμα, σε μελέτη για τη ΔΓΑ και την Κατάθλιψη στην Πρωτοβάθμια Περίθαλψη, στην οποία συμμετείχαν πάνω από 500 περιπτώσεις πρωτοβάθμιας περίθαλψης στη Γερμανία, από το σύνολο των ασθενών με ΔΓΑ της μελέτης, μόνο το 13% ανέφερε το άγχος ως την κύρια ενόχλησή του⁵. Στις περισσότερες περιπτώσεις αναζητούσαν βοήθεια για τα σωματικά τους προβλήματα ή για τα προβλήματα ύπνου τους^{5,14}.

Βιβλιογραφία:

1. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th Edition, Text Revision)*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
2. Alonso J, et al. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders project. *Acta Psychiatr Scand*. 2004;109 (suppl 420):21–27.
3. Kessler RC, et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:593–602.
4. Ballenger J, et al. Consensus statement on generalised anxiety disorder from the international consensus group on depression and anxiety. *J Clin Psychiatry*. 2001;62 (suppl 11):53–58.

5. Wittchen HU, et al. Generalised anxiety disorder and depression in primary care: prevalence, recognition, and management *J Clin Psychiatry*. 2002;63 (suppl 8):24–34.
6. Lieb R et al. The epidemiology of generalised anxiety disorder in Europe. *Euro Neuropsychopharm*. 2005;15:445–452.
7. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*. 10th revision. (ICD-10). Geneva: World Health Organization; 1992.
8. Sadock BJ, Sadock VA. *Comprehensive Textbook of Psychiatry, Volume 1*. 7th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2000
9. Wittchen HU, et al. DSM-III-R generalised anxiety disorder in the national comorbidity survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1994;51:355–364.
10. Kessler RC, et al. The effects of co-morbidity on the onset and persistence of generalised anxiety disorder i the ICPE surveys. *International Consortium in Psychiatric Epidemiology. Psychol Med*. 2002;32:1213–1225.
11. Stein MB. Attending to anxiety disorders in primary care. *J Clin Psychiatry*. 2003;64 (suppl 15):35–39.
12. Yonkers KA, et al. Chronicity, relapse, and illness – course of panic disorder social phobia, and generalised anxiety disorder: findings in men and women from 8 years of follow-up. *Depress Anxiety* 2003;17:173–179.
13. Yonkers KA, et al. Factors predicting the clinical course of generalised anxiety disorder. *Br J Psychiatry* 2000;176:544–549.
14. Wittchen HU, Hoyer J. Generalised anxiety disorder: nature and course. *J Clin Psychiatry*. 2001;62 (suppl 11):15–19

Υπεύθυνος Ιατρός: Νικόλαος Μπαϊμπάς, Διευθυντής Ιατρικού Τμήματος,
Pfizer Hellas A.E.