

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Η επιβάρυνση που προκαλείται στην δημόσια υγεία από τις ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές

Οι ψυχικές διαταραχές και οι διαταραχές της συμπεριφοράς είναι κοινές και επηρεάζουν πάνω από το 25% των ανθρώπων κάποια στιγμή της ζωής τους. Προσβάλλουν επίσης τους πάντες, σε όλες τις χώρες και κοινωνίες, άνδρες και γυναίκες όλων των ηλικιών, φτωχούς και πλούσιους, σε αστικό ή αγροτικό περιβάλλον. Επηρεάζουν οικονομικά τις κοινωνίες, καθώς και την ποιότητα ζωής ατόμων και οικογενειών. Σε μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή, το 10% του ενήλικου πληθυσμού υποφέρει από αυτές τις ασθένειες. Γύρω στο 20% όλων των ασθενών που εξετάζονται από γιατρούς στην πρωτοβάθμια φροντίδα έχουν μία ή περισσότερες ψυχικές διαταραχές. Μία στις τέσσερις οικογένειες είναι πιθανόν να έχει τουλάχιστον ένα μέλος με ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές. Αυτές οι οικογένειες δεν προσφέρουν μόνο υλική και συναισθηματική στήριξη στον ασθενή, αλλά επίσης υφίστανται τα αρνητικά επακόλουθα του στίγματος και των διακρίσεων. Το 1990 υπολογίστηκε ότι στις ψυχικές και νευρολογικές διαταραχές οφειλόταν το 10% όλων των ετών-ζωής σταθμισμένων ως προς την ανικανότητα (DALYs), που χάθηκαν λόγω του συνόλου των ασθενειών και τραυματισμών. Το ποσοστό έγινε 12% το 2000. Η προβολή στο 2020 δείχνει ότι η επιβάρυνση που θα προκαλέσουν αυτές οι διαταραχές στην παγκόσμια Δημόσια Υγεία θα ξεπεράσει το 15%. Οι κοινές διαταραχές, που συνήθως προκαλούν σοβαρή ανικανότητα, συμπεριλαμβάνουν την κατάθλιψη, τις διαταραχές λόγω χρήσης ουσιών, τη σχιζοφρένεια, την επιληψία, τη νόσο Alzheimer, την νοητική καθυστέρηση και τις διαταραχές της παιδικής και εφηβικής ηλικίας. Οι κοινωνικο-δημογραφικοί παράγοντες που συσχετίζονται με τον επιπολασμό, την εκδήλωση και την πορεία των ψυχικών και συμπεριφορικών διαταραχών συμπεριλαμβάνουν τη φτώχεια, το φύλο, την ηλικία, τις συγκρούσεις και καταστροφές, σοβαρές σωματικές νόσους, και το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον.

2

Η ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΠΟΥ ΠΡΟΚΑΛΕΙΤΑΙ ΣΤΗΝ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ ΑΠΟ ΤΙΣ ΨΥΧΙΚΕΣ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Οι ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές θεωρούνται κλινικά σημαντικές καταστάσεις οι οποίες χαρακτηρίζονται από μεταβολές στη σκέψη, στην διάθεση ή την συμπεριφορά και που συνδυάζονται με προσωπική δυσφορία και / ή έκπτωση της λειτουργικότητας. Οι ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές δεν είναι απλά διαφοροποιήσεις μέσα στα πλαίσια της φυσιολογικής διακύμανσης, αλλά αναφέρονται σε σαφώς ανώμαλα ή παθολογικά φαινόμενα. Ένα επεισόδιο παθολογικής συμπεριφοράς ή μία σύντομη περίοδος μη φυσιολογικής διάθεσης δε σημαίνει, αφ' εαυτού, ότι υπάρχει ψυχική ή συμπεριφορική διαταραχή. Αυτές οι εκδηλώσεις, για να κατηγοριοποιηθούν ως διαταραχές, πρέπει να έχουν διάρκεια, να υποτροπιάζουν και να προκαλούν κάποιο βαθμό προσωπικής δυσφορίας ή έκπτωσης της λειτουργικότητας σε έναν ή περισσότερους τομείς της ζωής. Οι ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές χαρακτηρίζονται επίσης από συγκεκριμένα συμπτώματα και σημεία, και συνήθως ακολουθούν μία κατά το μάλλον ή ήττον προβλέψιμη πορεία, εκτός αν υπάρξει παρέμβαση. Κάθε ανθρώπινη δυσφορία δεν είναι ψυχική διαταραχή. Τα άτομα μπορεί να δυσφορούν λόγω προσωπικών ή κοινωνικών συνθηκών. Αυτό δεν είναι διαταραχή, αν δεν ικανοποιούνται και όλα τα βασικά κριτήρια μίας ορισμένης διαταραχής. Παραδείγματος χάριν, υπάρχει διαφορά μεταξύ τού να νιώθει κανείς στενοχωρημένος και της κλινικής κατάθλιψης όπως διαγιγνώσκεται από έναν ψυχίατρο (δες σχήμα 1.3).

Οι ποικίλοι τρόποι σκέψης και συμπεριφοράς, που παρατηρούνται σε διαφορετικά πολιτισμικά πλαίσια, μπορεί να επηρεάζουν τον τρόπο που εκδηλώνονται οι ψυχικές διαταραχές, αλλά αυτοί οι τρόποι δεν είναι από μόνοι τους ενδεικτικοί μίας διαταραχής. Έτσι, οι πολιτισμικά καθοριζόμενες φυσιολογικές παραλλαγές δεν πρέπει να θεωρούνται ψυχικές διαταραχές. Ούτε μπορεί οι κοινωνικές, θρησκευτικές ή πολιτικές πεποιθήσεις να εκληφθούν ως στοιχεία ψυχικής διαταραχής.

Η κατά "ICD-10 ταξινόμηση των ψυχικών διαταραχών και των διαταραχών της συμπεριφοράς: κλινικές περιγραφές και διαγνωστικές οδηγίες" (WHO 1992b) δίνει έναν πλήρη κατάλογο όλων των διαταραχών (δες Πλαίσιο 2.1). Για ένα ακριβέστερο ορισμό αυτών των διαταραχών υπάρχουν πρόσθετα διαγνωστικά κριτήρια για την έρευνα (WHO 1993a).

Όλες οι ταξινομήσεις κατατάσσουν σύνδρομα και καταστάσεις, αλλά όχι άτομα. Τα άτομα μπορεί να έχουν μία ή περισσότερες διαταραχές σε μια περίοδο της ζωής τους, ή και για περισσότερες περιόδους, αλλά η επέκτα της διάγνωσης δεν πρέπει να χρησιμοποιείται για να περιγραφεί το άτομο. Ένα πρόσωπο δεν πρέπει ποτέ να εξισώνεται με μία διαταραχή, είτε αυτή είναι σωματική είτε ψυχική.

ΔΙΑΓΝΟΣΗ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Οι ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές καθορίζονται και διαγιγνώσκονται με τη χρήση κλινικών μεθόδων παρόμοιων με εκείνες που χρησιμοποιούνται για τις σωματικές

διαταραχές. Αυτές οι μέθοδοι συμπεριλαμβάνουν την προσεκτική και λεπτομερή συλλογή στοιχείων του ιστορικού του ασθενούς, είτε από το άτομο, είτε από την οικογένεια ή άλλους και την συστηματική κλινική εξέταση των ψυχικών λειτουργιών, καθώς και εξειδικευμένες παρακλινικές εξετάσεις κατά περίπτωση.

Κατά τις τελευταίες δεκαετίες έχουν γίνει πρόοδοι στην προτυποποίηση της κλινικής εκτίμησης και στη βελτίωση της αξιοπιστίας της διάγνωσης. Χρησιμοποιώντας δομημένες κλινι-

Πλαίσιο 2.1 Οι ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές όπως κατατάσσονται στο ICD-10

Ένας πλήρης κατάλογος όλων των ψυχικών και συμπεριφορικών διαταραχών δίδεται στο "ICD-10 ταξινόμηση των ψυχικών διαταραχών και διαταραχών της συμπεριφοράς: κλινικές περιγραφές και διαγνωστικές οδηγίες"¹. Υπάρχουν επίσης πρόσθετα διαγνωστικά κριτή-

ρια για την έρευνα για έναν ακριβέστερο ορισμό των διαταραχών². Το υλικό αυτό, το οποίο έχει διαπολιτισμική εφαρμογή, αναπτύχθηκε από το κεφάλαιο V (F) της δέκατης αναθεώρησης της διεθνούς ταξινόμησης νόσων (ICD-10)³, επί τη βάση μιας διεθνούς ανασκόπησης της

επιστημονικής βιβλιογραφίας και μετά από συμβούλια σε όλο τον κόσμο και συναίνεση μεταξύ ειδικών. Το κεφάλαιο V του ICD-10 είναι αφιερωμένο αποκλειστικά στις ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές. Δεν δίνει μόνο τα ονόματα των νόσων και διαταραχών, όπως στα

υπόλοιπα κεφάλαια, αλλά επιπλέον κλινικές περιγραφές και οδηγίες για την ορθή διάγνωση, ενώ προτείνει και διαγνωστικά κριτήρια για ερευνητική χρήση. Οι μείζονες κατηγορίες ψυχικών και συμπεριφορικών διαταραχών οι οποίες καλύπτονται στο ICD-10 είναι οι ακόλουθες:

- **Οργανικές ψυχικές διαταραχές, συμπεριλαμβανομένων των συμπτωματικών** - π.χ. άνοια στη νόσο Alzheimer, delirium.
- **Ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές οφειλόμενες σε χρήση ψυχοδραστικών ουσιών** - π.χ. επιβλαβής χρήση αλκοόλ, εξάρτηση από οπιοειδή.
- **Σχιζοφρένεια, σχιζότυπες και παραληρηματικές διαταραχές** - π.χ. παρανοειδής σχιζοφρένεια, παραληρηματικές διαταραχές, οξείες και παροδικές ψυχωτικές διαταραχές.
- **Διαταραχές της διάθεσης (συναισθηματικές διαταραχές)** - π.χ. διπολική συναισθηματική διαταραχή, καταθλιπτικό επεισόδιο.
- **Νευρωτικές, σχετιζόμενες με το στρες και σωματόμορφες διαταραχές** - π.χ. γενικευμένη αγχώδης διαταραχή, ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή.
- **Συμπεριφορικά σύνδρομα σχετιζόμενα με διαταραχές των**

Η έκθεση αυτή εστιάζει σε ορισμένες μόνο διαταραχές, οι οποίες συνήθως προκαλούν σοβαρή ανικανότητα αν δεν θεραπευθούν επαρκώς και οι οποίες δημιουργούν μεγάλη επιβάρυνση στην δημόσια υγεία. Αυτές περιλαμβάνουν τις εξής: καταθλιπτικές διαταραχές,

διαταραχές λόγω χρήσης ουσιών, σχιζοφρένεια, επιληψία, νόσο Alzheimer, νοητική καθυστέρηση και διαταραχές της παιδικής και εφηβικής ηλικίας. Ο λόγος που συμπεριλαμβάνεται η επιληψία εξηγείται αργότερα σε αυτό το κεφάλαιο.

Μερικές ψυχικές, συμπε-

- **φυσιολογικών λειτουργιών και σωματικού παράγοντες** - π.χ. διαταραχές στην πρόσληψη τροφής, μη οργανικές διαταραχές του ύπνου.
- **Διαταραχές της προσωπικότητας και της συμπεριφοράς των ενηλίκων** - π.χ. παρανοειδής διαταραχή προσωπικότητας, τρανσεξουαλισμός.
- **νοητική καθυστέρηση** - π.χ. ελαφρά νοητική καθυστέρηση.
- **Διαταραχές της ψυχολογικής ανάπτυξης** - π.χ. διαταραχές στην ανάγνωση, παιδικός αυτισμός.
- **Συμπεριφορικές και συναισθηματικές διαταραχές με έναρξη συνήθως στην παιδική και εφηβική ηλικία** - π.χ. υπερκίνητικες διαταραχές, διαταραχές διαγωγής, διαταραχές τικ.
- **Ακαθόριστες ψυχικές διαταραχές**

και νευρολογικές διαταραχές συμπεριλαμβάνονται υπό τον τίτλο "νευροψυχιατρικές διαταραχές" στο στατιστικό παράρτημα της έκθεσης. Αυτή η ομάδα περιλαμβάνει την μονοπολική μείζονα κατάθλιψη, τη διπολική συναισθηματική διαταραχή, τις ψυχώσεις, την επιληψία, την

εξάρτηση από αλκοόλ, την άνοια Alzheimer και άλλες άνοιες, τη νόσο Parkinson, την πολλαπλή σκλήρυνση, την εξάρτηση από ψυχοδραστικές ουσίες, τη διαταραχή στρες μετά από ψυχοτραυματική εμπειρία, την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, την ημικρανία και τις διαταραχές ύπνου.

¹ Ελληνική μετάφραση: Στεφανί, Σολδάτου, Μαυρέα (1992). Αθήνα, ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις.

² The ICD -10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research (1993a). Geneva, World Health Organization.

³ International statistical classification of diseases and related health problems. Tenth revision 1992 (ICD-10). Vol.1: Tabular list. Vol.2: Instruction manual. Vol.3: Alphabetical index (1992a). Geneva, World Health Organization.

κές συνεντεύξεις, ενιαίους ορισμούς των συμπτωμάτων και σημείων, και πρότυπα διαγνωστικά κριτήρια, μπορούμε τώρα να επιτύχουμε υψηλό βαθμό αξιοπιστίας και εγκυρότητας στη διάγνωση των ψυχικών διαταραχών. Οι δομημένες κλινικές συνεντεύξεις και οι προκαθορισμένες λίστες διαγνωστικών συμπτωμάτων και σημείων επιτρέπουν στους ειδικούς να συλλέγουν στοιχεία χρησιμοποιώντας πρότυπες ερωτήσεις και κωδικοποιημένες απαντήσεις. Τα συμπτώματα και σημεία έχουν οριστεί λεπτομερώς, ώστε να υπάρχει ομοιόμορφη εφαρμογή. Και τέλος, τα διαγνωστικά κριτήρια των διαταραχών έχουν προτυποποιηθεί διεθνώς. Οι ψυχικές ασθένειες μπορούν τώρα να διαγιγνώσκονται τόσο αξιόπιστα και έγκυρα όσο και οι περισσότερες σωματικές διαταραχές. Η συμφωνία μεταξύ δύο ψυχιάτρων στη διάγνωση ψυχικών διαταραχών, όταν χρησιμοποιούνται οι προαναφερθείσες μέθοδοι, φτάνει το 70% έως 90% (Wittchen et al. 1991, Wing et al. 1974, Who 1992, APA 1994, Andrews et al 1995). Αυτά τα ποσοστά είναι παρόμοια με εκείνα που επιτυγχάνονται στην διάγνωση πολλών σωματικών διαταραχών, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, η υπέρταση και η στεφανιαία νόσος.

Εφ' όσον η αξιόπιστη διάγνωση αποτελεί προϋπόθεση για την εφαρμογή κατάλληλης παρέμβασης στο ατομικό επίπεδο, όπως επίσης και για την ακριβή καταγραφή και επιδημιολογική εκτίμηση στο κοινοτικό επίπεδο, η πρόοδος των διαγνωστικών μεθόδων έχει διευκολύνει πολύ την εφαρμογή των αρχών της δημόσιας υγείας στο πεδίο της ψυχικής υγείας.

ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Οι ψυχικές διαταραχές δεν είναι αποκλειστικότητα κάποιας πληθυσμιακής ομάδας. Οι ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές προσβάλλουν ανθρώπους σε όλες τις περιοχές, χώρες και κοινωνίες. Παρουσιάζονται σε γυναίκες και άντρες σε όλες τις φάσεις της ζωής τους. Είναι παρούσες μεταξύ πλουσίων και φτωχών και μεταξύ όσων ζουν σε αστικές και αγροτικές περιοχές. Η ιδέα ότι οι ψυχικές διαταραχές είναι πρόβλημα των βιομηχανοποιημένων και σχετικά πλουσιότερων περιοχών του κόσμου είναι απλώς λανθασμένη. Το ίδιο ισχύει και για την πεποίθηση ότι οι αγροτικές κοινωνίες, που παραμένουν σχετικά ανεπηρέαστες από τους ρυθμούς της σύγχρονης ζωής, δεν έχουν ψυχικές διαταραχές.

Πρόσφατες αναλύσεις που έγιναν από τον ΠΟΥ δείχνουν ότι οι νευροψυχιατρικές καταστάσεις, οι οποίες περιελάμβαναν ένα μέρος αυτών των διαταραχών, είχαν συνολικό επιπολασμό 10% στους ενήλικες (GBD 2000). Υπολογίστηκε ότι περίπου 450 εκατομμύρια άνθρωποι υπέφεραν από νευροψυχιατρικές καταστάσεις. Αυτές συμπεριελάμβαναν τις μονοπολικές καταθλιπτικές διαταραχές, την διπολική συναισθηματική διαταραχή, τη σχιζοφρένεια, την επιληψία, διαταραχές οφειλόμενες στη χρήση αλκοόλ και ορισμένων άλλων ουσιών, τις άνοιες, την διαταραχή στρες μετά από ψυχοτραυματική εμπειρία, την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, την διαταραχή πανικού και την πρωτογενή αϋπνία.

Ο επιπολασμός (η συχνότητα) διαφέρει ανάλογα με την περίοδο κατά την οποία γίνεται η εκτίμησή του, δηλαδή αν αναφέρεται σε μια περιορισμένη χρονική στιγμή (συνήθως την προηγούμενη εβδομάδα ή μήνα ή ακόμη και έτος) ή κατά την διάρκεια ολόκληρης της ζωής ενός ανθρώπου (οπότε αποτελεί τον κίνδυνο να νοσήσει κάποιος σε όλη του την ζωή). Είναι επόμενο ότι όσο πιο εκτεταμένη η περίοδος τόσο πιο μεγάλη είναι η συχνότητα των ανευρισκομένων διαταραχών. Στην έκθεση αυτή χρησιμοποιούνται συχνότερα στοιχεία που αφορούν τον επίσιο επιπολασμό, ώστε να υπάρξει μία ένδειξη του πόσοι άνθρωποι θα χρησιμοποιήσουν τις υπηρεσίες σε ένα έτος. Ο επιπολασμός επίσης ποικίλλει ανάλογα με το πώς έχουν οριστεί οι διαταραχές που περιλαμβάνονται στη μελέτη. Όταν ληφθούν υπόψη όλες οι διαταραχές που περιλαμβάνονται στο ICD-10, αναφέρονται υψηλότερα ποσοστά. Επιδημιολογικές έρευνες που έχουν γίνει σε αναπτυσσόμενες αλλά και σε αναπτυσσόμενες χώρες έχουν δείξει ότι, κατά τη διάρκεια της ζωής τους, περισσότερα από το 25% των ατόμων αναπτύσσουν μία ή περισσότερες ψυχικές ή συμπεριφορικές διαταραχές (Regier et al. 1988; Wells et al. 1989; Almeida-Filho et al. 1997).

Οι περισσότερες μελέτες καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι ο συνολικός επιπολασμός

των ψυχικών διαταραχών είναι περίπου ίδιος μεταξύ ανδρών και γυναικών. Παρατηρούνται όμως διαφορές όσον αφορά το είδος των διαταραχών από τις οποίες πάσχουν τα δύο φύλα. Οι σοβαρές ψυχικές διαταραχές είναι περίπου εξίσου κοινές, με την εξαίρεση της κατάθλιψης, η οποία είναι συχνότερη μεταξύ των γυναικών, και των διαταραχών από χρήση ουσιών, οι οποίες είναι συχνότερες μεταξύ των ανδρών.

Η σχέση μεταξύ φτώχειας και ψυχικών διαταραχών συζητείται πιο κάτω σε αυτό το κεφάλαιο.

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΟΥ ΠΑΡΟΥΣΙΑΖΟΝΤΑΙ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Οι ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές είναι συχνές στους ασθενείς που καταφεύγουν στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Μία εκτίμηση της έκτασης των διαφόρων τύπων αυτών των διαταραχών σε τέτοια περιβάλλοντα είναι χρήσιμη, λόγω της δυνατότητας αναγνώρισης ατόμων με διαταραχές σε αυτό το επίπεδο περιβαλψης, ώστε να αντιμετωπίζεται η νόσος στο ίδιο περιβάλλον.

Επιδημιολογικές μελέτες σε περιβάλλον πρωτοβάθμιας περίθαλψης έχουν στηριχθεί στην αναγνώριση των ψυχικών διαταραχών με χρήση ερωτηματολογίων διαλογής, ή με κλινικά κριτήρια από το προσωπικό της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, ή με ψυχιατρική διαγνωστική συνέντευξη. Η διεθνής μελέτη που έγινε από τον ΠΟΥ σε 14 κέντρα υγείας σε όλον τον κόσμο (Ustun & Sartorius 1995, Goldberg & Lecrubier 1995), χρησιμοποίησε 3 διαφορετικές μεθόδους διάγνωσης: ένα σύντομο ερωτηματολόγιο διαλογής, μία λεπτομερή δομημένη κλινική συνέντευξη, και μία κλινική διάγνωση από τον γιατρό της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Αν και η συχνότητα των ψυχικών διαταραχών στα διάφορα σημεία διέφερε σημαντικά, τα αποτελέσματα σαφώς δείχνουν ότι ένα σημαντικό ποσοστό (περίπου 24%) του συνόλου των ασθενών, είχαν ψυχικές διαταραχές (δες πίνακα 2.1). Οι συνηθέστερες διαγνώσεις στην πρωτοβάθμια περίθαλψη είναι η κατάθλιψη, το άγχος και οι διαταραχές λόγω χρήσης ουσιών. Αυτές οι διαταραχές υπάρχουν είτε μόνες τους, είτε μαζί με μία ή περισσότερες σωματικές διαταραχές. Δεν βρέθηκαν σημαντικές διαφορές ως προς τον επιπολασμό των διαταραχών μεταξύ αναπτυγμένων και αναπτυσσόμενων χωρών.

ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Οι ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές έχουν μεγάλη επίπτωση στα άτομα, τις οικογένειες και τις κοινότητες. Τα άτομα υποφέρουν από τα επώδυνα συμπτώματα των διαταραχών. Επίσης υποφέρουν διότι δεν είναι σε θέση να εργάζονται και να διασκεδάζουν, συχνά δε, επειδή υφίστανται διακρίσεις. Ανησυχούν που δεν μπορούν να ανταποκριθούν στις ευθύνες τους απέναντι σε οικογένεια και φίλους και φοβούνται ότι είναι βάρος για τους άλλους.

Υπολογίζεται ότι μία στις τέσσερις οικογένειες έχει τουλάχιστον ένα μέλος που υποφέρει αυτή την στιγμή από μία ψυχική ή συμπεριφορική διαταραχή. Αυτές οι οικογένειες αναγκάζονται όχι μόνο να προσφέρουν υλική και συναισθηματική στήριξη, αλλά και να υποστούν την αρνητική επίπτωση του στίγματος και των διακρίσεων, που υπάρχουν παντού στον κόσμο. Παρ' ότι το βάρος της φροντίδας για ένα μέλος της οικογένειας με ψυχική ή συμπεριφορική διαταραχή δεν έχει μελετηθεί επαρκώς, τα διαθέσιμα στοιχεία δείχνουν ότι είναι σημαντικό (Pai & Kapur 1982; Fadden et al. 1987; Winefield & Harvey 1994). Το βάρος της οικογένειας αφορά οικονομικές δυσκολίες, συναισθηματικές αντιδράσεις στην ασθένεια, το άγχος της αντιμετώπισης της διαταραγμένης συμπεριφοράς, τη διάλυση της καθημερινότητας της οικογένειας και τον περιορισμό των κοινωνικών δραστηριοτήτων (WHO 1997α). Οι δαπάνες για την θεραπεία της ψυχικής ασθένειας συχνά βαρύνουν την οικογένεια, είτε λόγω έλλειψης ιατρικής ασφάλειας, είτε επειδή η ασφάλεια δεν καλύπτει τα ψυχικά νοσήματα.

Πίνακας 2.1 Επιπολασμός κύριων ψυχιατρικών διαταραχών στην Π.Φ.Υ.

Πόλεις	Τρέχουσα κατάθλιψη	Γενικευμένο άγχος	Εξάρτηση από αλκοόλ	Όλες οι ψυχικές διαταραχές (κατά το CIDI ^ο)
	%	%	%	%
Άγκυρα, Τουρκία	11,6	0,9	1,0	16,4
Αθήνα, Ελλάδα	6,4	14,9	1,0	19,2
Μπανγκαλόρ, Ινδία	9,1	8,5	1,4	22,4
Βερολίνο, Γερμανία	6,1	9,0	5,3	18,3
Γκρόνινγκεν, Ολλανδία	15,9	6,4	3,4	23,9
Ιμπαντάν, Νιγηρία	4,2	2,9	0,4	9,5
Μείντζ, Γερμανία	11,2	7,9	7,2	23,6
Μάντσεστερ, Αγγλία	16,9	7,1	2,2	24,8
Ναγκασάκι, Ιαπωνία	2,6	5,0	3,7	9,4
Παρίσι, Γαλλία	13,7	11,9	4,3	26,3
Ρίο ντε Τζανέιρο, Βραζιλία	15,8	22,6	4,1	35,5
Σαντιάγο, Χιλή	29,5	18,7	2,5	52,5
Σιάτλ, ΗΠΑ	6,3	2,1	1,5	11,9
Σανγκάι, Κίνα	4,0	1,9	1,1	7,3
Βερόνα, Ιταλία	4,7	3,7	0,5	9,8
Σύνολο	10,4	7,9	2,7	24,0

^ο CIDI: Composite International Diagnostic Interview.

Πηγή: Goldberg DP, Lecrubier Y (1995). Form and frequency of mental disorders across centers. In: Ustun TB, Sartorius N, eds. *Mental illness in general health care: an international study*. Chichester, John Wiley & Sons on behalf of WHO: 323-334.

Εκτός από το άμεσο βάρος που σηκώνουν οι οικογένειες, πρέπει να ληφθούν υπόψιν και οι χαμένες ευκαιρίες. Οι οικογένειες, ένα μέλος των οποίων υποφέρει από ψυχική διαταραχή, κάνουν κάποιες προσαρμογές και συμβιβασμούς, που αποτρέπουν τα άλλα μέλη της οικογένειας από το να εκπληρώσουν το δυναμικό τους στη δουλειά, τις κοινωνικές σχέσεις και τη διασκέδαση (Gallagher & Mechanic 1996). Αυτή είναι η ανθρώπινη διάσταση της επιβάρυνσης που προκαλείται από τις ψυχικές διαταραχές, την οποία είναι δύσκολο να εκτιμήσει και να ποσοτικοποιήσει κανείς. Εντούτοις, είναι σημαντική. Οι οικογένειες συχνά πρέπει να εξοικονομούν πολύ χρόνο για να φροντίζουν τον ψυχικά ασθενή συγγενή, και υφίστανται οικονομική και συναισθηματική αφαίμαξη, επειδή αυτός δεν είναι πλήρως παραγωγικός. Υπάρχει επίσης ο συνεχής φόβος ότι μία υποτροπή της ασθένειας μπορεί να προκαλέσει ξαφνική και απρόσμενη αναστάτωση στη ζωή των μελών της οικογένειας.

Η επίδραση των ψυχικών διαταραχών στις κοινότητες είναι μεγάλη και πολύπλευρη. Υπάρχει το κόστος της περιθάλψης, η απώλεια παραγωγικότητας, και μερικά νομικά προβλήματα (συμπεριλαμβανομένης της βίας) τα οποία σχετίζονται με μερικές ψυχικές διαταραχές, αν και οι "φυσιολογικοί" προκαλούν βία πολύ συχνότερα από τους ασθενείς με σοβαρή ψυχική διαταραχή.

Μία συγκεκριμένη πλευρά των συνεπειών είναι η επιβάρυνση που προκαλείται από τα νοσήματα στην δημόσια υγεία. Αυτή παραδοσιακά μετράται – στις εθνικές και διεθνείς στατιστικές για την υγεία – μόνο με όρους επιπολασμού (πόσο συχνό είναι το νόσημα) – επίπτωσης (πόσα νέα περιστατικά σε έναν χρόνο) και θνησιμότητας (πόσοι θάνατοι σε έναν χρόνο). Αυτοί οι δείκτες, ενώ είναι επαρκείς για τις οξείες νόσους, οι οποίες είτε προκαλούν θάνατο είτε αποκαθίστανται πλήρως, έχουν σοβαρούς περιορισμούς όσον αφορά τις χρόνιες νόσους οι οποίες προκαλούν ανικανότητα. Αυτό ισχύει ιδιαίτερα για τις ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές, οι οποίες προκαλούν συχνότερα ανικανότητα παρά πρόωρο θάνατο. Ένας τρόπος να

εκτιμήσουμε την χρονιότητα των νόσων και την ανικανότητα που αυτές προκαλούν είναι η μεθοδολογία της μελέτης 'Παγκόσμια επιβάρυνση της υγείας από Νόσους – Global Burden of Disease' (GBD). Η μεθοδολογία της GBD 2000 περιγράφεται με συντομία στο Πλαίσιο 2.2. Στις αρχικές εκτιμήσεις για το 1990, οι ψυχικές και νευρολογικές διαταραχές ευθύνονταν για το 10,5% του συνόλου των απολεσθέντων DALYs (βλ. Πλαίσιο 2.2 για τον ορισμό) λόγω νόσων και τραυματισμών γενικά. Αυτός ο αριθμός έδειξε πρώτη φορά τη μεγάλη επιβάρυνση που προκαλείται από αυτές τις διαταραχές. Η εκτίμηση για το 2000 είναι 12,3% DALYs (δες σχήμα 2.1). Τρεις νευροψυχιατρικές καταστάσεις κατατάσσονται μεταξύ των 20 κυριοτέρων αιτιών DALYs για όλες τις ηλικίες, και έξι στην ηλικιακή ομάδα 15-44 (δες σχήμα 2.2). Σχετικά με τον υπολογισμό των DALYs, πρόσφατες μετρήσεις στην Αυστραλία βασισμένες σε λεπτομερειακές μεθόδους και διάφορες πηγές δεδομένων, επιβεβαίωσαν ότι οι ψυχικές διαταραχές είναι κύριο αίτιο ανικανότητας στον γενικό πληθυσμό (Vos & Mathers 2000). Από μία ανάλυση των τάσεων, είναι προφανές ότι η επιβάρυνση αυτή θα αυξηθεί σημαντικά στο μέλλον. Οι προβο-

Πλαίσιο 2.2 Παγκόσμια Επιβάρυνση της Δημόσιας Υγείας από Νόσους, 2000

Το 1993 η σχολή Δημόσιας Υγείας του Χάρβαρντ, συνεργαζόμενη με την Παγκόσμια Τράπεζα και τον ΠΟΥ υπολόγισε την Παγκόσμια Επιβάρυνση της υγείας από Νόσους (GBD)¹ (Global burden of disease study - Αγγλική σύντμηση: GBD). Η έρευνα αυτή, όχι μόνο παρήγαγε το έως τώρα πιο περιεκτικό και συνεκτικό σύνολο εκτιμήσεων της θνησιμότητας και νοσηρότητας κατά ηλικία, φύλο και περιοχή, αλλά και εισήγαγε ένα νέο μέτρο - τα έτη ζωής σταθμισμένα ως προς την ανικανότητα (disability-adjusted life years - DALYs)- ώστε να ποσοτικοποιήσει την GBD^{2,3}. Το DALY είναι ένα μέτρο του χάσματος υγείας, που συνδυάζει πληροφορίες σχετικά με την επίπτωση των πρόωγων θανάτων, της ανικανό-

τητας και άλλων εκβάσεων της υγείας που δεν καταλήγουν σε θάνατο. Ένα DALY μπορεί να θεωρηθεί ως ένα χαμένο έτος υγιούς ζωής, και η επιβάρυνση (που προκαλείται στην υγεία) από τη νόσο ως μία μέτρηση του χάσματος μεταξύ της υπάρχουσας κατάστασης της υγείας και μίας ιδανικής κατάστασης, όπου όλοι ζουν μέχρι τα βαθιά γεράματα απαλλαγμένοι από ασθένειες και ανικανότητα. Για μία ανασκόπηση της ανάπτυξης του DALY και για πρόσφατες προόδους στη μέτρηση της επιβάρυνσης της υγείας από νοσήματαδες Murray & Lopez (2000)⁴.

Ο ΠΟΥ έχει αναλάβει μία νέα εκτίμηση της GBD για το 2000, (μελέτη GBD 2000), με τους ακόλουθους προκαθορισμένους στόχους

- να ποσοτικοποιήσει την

επίπτωση της πρόωρης θνησιμότητας και ανικανότητας κατά ηλικία, φύλο και περιοχή για 135 μείζονα νοσήματα ή κατηγορίες νοσημάτων,

- να αναλύσει τη συμμετοχή, σε αυτή την προκαλούμενη επιβάρυνση στην υγεία, επιλεγμένων παραγόντων κινδύνου χρησιμοποιώντας ένα συγκρίσιμο πλαίσιο, και
- να αναπτύξει διάφορα σενάρια προβολής της GBD στα επόμενα 30 χρόνια.

Τα DALYs για μία νόσο είναι το άθροισμα Απολεσθέντων Ετών Ζωής στον πληθυσμό λόγω πρόωρου θανάτου (Αγγλικά: Years of life lost - YLL) και Ετών-ζωής με Ανικανότητα (Αγγλικά: Years of life lived with Disability - YLD), κατά περίπτωση. Το DALY είναι μία

μέτρηση του χάσματος υγείας που διευρύνει την ιδέα των Δυνπτικώς Απολεσθέντων Ετών Ζωής (Αγγλικά: potential years of life lost - PYLL) ώστε να συμπεριλάβει απολεσθέντα ισοδύναμα έτη "υγιούς" ζωής λόγω καταστάσεων έλλειψης υγείας, που αδρά ονομάζεται ανικανότητα.

Τα αποτελέσματα της GBD σε αυτή την έκθεση, όσον αφορά τις νευροψυχιατρικές διαταραχές, βασίζονται σε μια εκτεταμένη ανάλυση των δεδομένων που αφορούν την θνησιμότητα για όλες τις περιοχές του κόσμου, όπως και σε συστηματικές ανασκοπήσεις επιδημιολογικών μελετών και ερευνών για την ψυχική υγεία στον γενικό πληθυσμό. Τα τελικά αποτελέσματα της GBD 2000 θα δημοσιευθούν το 2002.

¹ World Bank (1993). *World development report 1993: investing in health*. New York, Oxford University Press for the World Bank.

² Murray CJL, Lopez AD, eds (1996a). *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge, MA, Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank (Global Burden of Disease and Injury Series, Vol. I).

³ Murray CJL, Lopez AD (1996b). *Global health statistics*. Cambridge, MA, Harvard School of Public Health (Global Burden of Disease and injury Series, Vol. II).

⁴ Murray CJL, Lopez AD (2000). Progress and directions in refining the global burden of disease approach: a response to Williams. *Health Economics*, 9:69-82.

λές δείχνουν ότι θα φθάσει το 15% το 2020 (Murray & Lopez 1996a). Η αναλογία των DALYs και των ετών-ζωής με ανικανότητα για τις νευροψυχιατρικές καταστάσεις παγκοσμίως και κατά περιοχή δίδονται στο σχήμα 2.1.

Λαμβάνοντας υπόψιν μόνο το στοιχείο της ανικανότητας στην συνολική επιβάρυνση, οι υπολογισμοί της GBD 2000 δείχνουν ότι οι ψυχικές και νευρολογικές καταστάσεις αφορούν το 30,8% των ετών-ζωής με ανικανότητα. Η κατάθλιψη ιδιαίτερα ευθύνεται για το μεγαλύτερο ποσοστό αναπηρίας, που φθάνει το 12% του συνόλου. Έξι νευροψυχιατρικές καταστάσεις εμφανίστηκαν μεταξύ των 20 πρώτων αιτιών ανικανότητας στον κόσμο, και ήταν οι: μονοπολικές καταθλιπτικές διαταραχές, διαταραχές λόγω χρήσης αλκοόλ, σχιζοφρένεια, διπολικές συναισθηματικές διαταραχές, άνοια της νόσου Alzheimer και λοιπές άνοιες, και ημικρανία (δες Σχήμα 2.3).

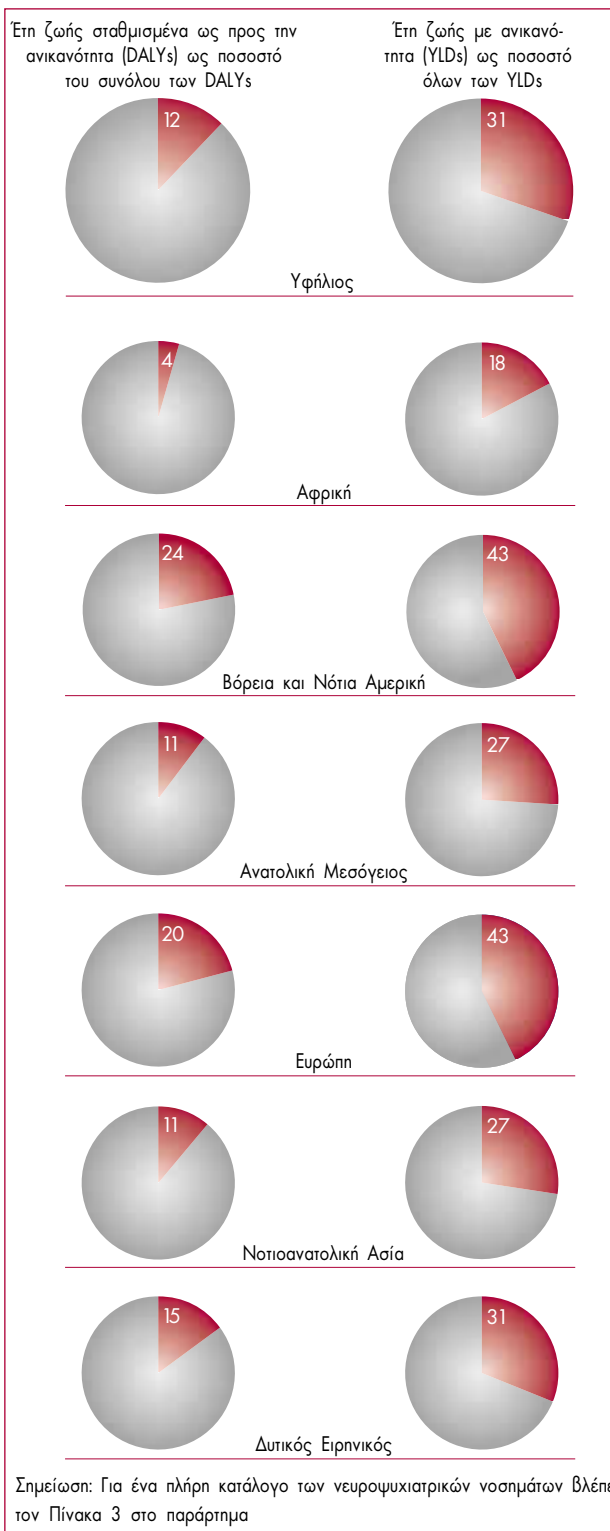
Η ανικανότητα που προκαλούν οι ψυχιατρικές και νευρολογικές διαταραχές είναι μεγάλη σε όλες τις περιοχές του κόσμου. Ως ποσοστό επί του συνόλου, όμως, είναι σχετικά μικρότερη στις αναπτυσσόμενες χώρες, κυρίως λόγω της μεγάλης επιβάρυνσης σε αυτές τις περιοχές των μεταδοτικών ασθενειών και των ασθενειών των σχετιζόμενων με τη μητρότητα, τον τοκετό και τη διατροφή. Παρά ταύτα, οι νευροψυχιατρικές διαταραχές προκαλούν το 17,6% όλων των ετών-ζωής με ανικανότητα στην Αφρική.

Υπάρχει αρκετή αβεβαιότητα στους υπολογισμούς της GBD 2000 σχετικά με τα DALYs και τα έτη-ζωής με ανικανότητα που σχετίζονται με ψυχιατρικές και νευρολογικές διαταραχές, αντικατοπτρίζοντας την αβεβαιότητα ως προς τον επιπολασμό ποικίλλων καταστάσεων σε διάφορα μέρη του κόσμου, και την αβεβαιότητα ως προς τη κατανομή των σοβαρών εξ αυτών. Ειδικότερα, υπάρχει σημαντική αβεβαιότητα ως προς τις εκτιμήσεις για τον επιπολασμό των ψυχικών διαταραχών σε πολλές περιοχές, που αντικατοπτρίζουν τους περιορισμούς των μεθόδων αυτόαναφοράς για την ταξινόμηση συμπτωμάτων με συγκρίσιμο τρόπο σε διαφορετικούς πληθυσμούς, τους περιορισμούς της γενίκευσης των αποτελεσμάτων στον γενικό πληθυσμό, και τους περιορισμούς στα στοιχεία που έχουμε για την ταξινόμηση της βαρύτητας των συμπτωμάτων και κλινικών καταστάσεων κατά ενιαίο τρόπο.

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΑ

Η οικονομική επίπτωση των ψυχικών διαταραχών είναι ευρεία, διαρκής και τεράστια, τόσο για τα άτομα και τις οικογένειες όσο και για ολόκληρες κοινότητες. Μέρος του οικονομικού βάρους είναι προφανές και μετρήσιμο, ενώ μέρος αυτού είναι σχεδόν αδύνατο να μετρηθεί. Μεταξύ των μετρήσιμων στοιχείων του οικονομικού βάρους είναι οι ανάγκες κοινωνικών και υγειονομικών

Σχήμα 2.1 Η επιβάρυνση που προκαλούν στην υγεία τα νευροψυχιατρικά νοσήματα ως ποσοστό της συνολικής επιβάρυνσης των νόσων, παγκόσμια και κατά περιφέρειες του ΠΟΥ, εκτιμήσεις για το 2000.



υπηρεσιών, η αναγκαστική ανεργία και η μειωμένη παραγωγικότητα, η επίδραση στις οικογένειες και στους φροντιστές των ασθενών, τα επίπεδα εγκληματικότητας και δημόσιας ασφάλειας και οι πρόωροι θάνατοι.

Μερικές μελέτες, κυρίως σε εκβιομηχανισμένες χώρες, έχουν υπολογίσει το συνολικό κόστος των ψυχικών διαταραχών. Το συμπέρασμα μιας εξ αυτών (Rice et al. 1990) ήταν ότι το συνολικό επίσης κόστος στις ΗΠΑ ανερχόταν στο 2,5% του ακαθάριστου εθνικού προϊόντος. Μερικές μελέτες στην Ευρώπη υπολογίζουν τη δαπάνη για τις ψυχικές διαταραχές ως ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία - στην Ολλανδία ήταν 23,2% (Meerding et al 1998) και στο Ηνωμένο Βασίλειο 22% (Patel & Knapp 1998) για δαπάνες μόνο των νοσηλευθέντων.

Σχήμα 2.2 Κύριες αιτίες ετών ζωής σταθμισμένων ως προς την ανικανότητα (DALYs) σε όλες τις ηλικίες, και στους 15-44 ετών κατά φύλο, εκτιμήσεις για το 2000*

Και τα δύο φύλλα, όλες οι ηλικίες	% συνόλου	Άνδρες, όλες οι ηλικίες	% συνόλου	Γυναίκες, όλες οι ηλικίες	% συνόλου
1 λοιμώξεις κατώτερου αναπνευστικού	6,4	1 περιγεννητικές καταστάσεις	6,4	1 HIV/ AIDS	6,5
2 περιγεννητικές καταστάσεις	6,2	2 λοιμώξεις κατώτερου αναπνευστικού	6,4	2 λοιμώξεις κατώτερου αναπνευστικού	6,4
3 HIV/ AIDS	6,1	3 HIV/ AIDS	5,8	3 περιγεννητικές καταστάσεις	6,0
4 μονοπολικές καταθλιπτικές διαταραχές	4,4	4 διαρροϊκά νοσήματα	4,2	4 μονοπολικές καταθλιπτικές διαταραχές	5,5
5 διαρροϊκά νοσήματα	4,2	5 ισχαιμική καρδιοπάθεια	4,2	5 διαρροϊκά νοσήματα	4,2
6 ισχαιμική καρδιοπάθεια	3,8	6 τροχαία ατυχήματα	4,0	6 ισχαιμική καρδιοπάθεια	3,3
7 αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια	3,1	7 μονοπολικές καταθλιπτικές διαταραχές	3,4	7 αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια	3,2
8 τροχαία ατυχήματα	2,8	8 αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια	3,0	8 ελονοσία	3,0
9 ελονοσία	2,7	9 φυματίωση	2,9	9 συγγενείς ανωμαλίες	2,2
10 φυματίωση	2,4	10 ελονοσία	2,5	10 χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια	2,1
11 χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια	2,3	11 χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια	2,4	11 σιδηροπενική αναιμία	2,1
12 συγγενείς ανωμαλίες	2,2	12 συγγενείς ανωμαλίες	2,2	12 φυματίωση	2,0
13 ιλαρά	1,9	13 διαταραχές από κατάχρηση αλκοόλ	2,1	13 ιλαρά	2,0
14 σιδηροπενική αναιμία	1,8	14 ιλαρά	1,8	14 κώφωση με έναρξη στην ενήλικη ζωή	1,7
15 κώφωση με έναρξη στην ενήλικη ζωή	1,7	15 κώφωση με έναρξη στην ενήλικη ζωή	1,8	15 τροχαία ατυχήματα	1,5
16 πτώσεις	1,3	16 βία	1,6	16 οστεοαρθρίτις	1,4
17 αυτοτραυματισμοί	1,3	17 σιδηροπενική αναιμία	1,5	17 υποθρεψία	1,2
18 διαταραχές από κατάχρηση αλκοόλ	1,3	18 πτώσεις	1,5	18 αυτοτραυματισμοί	1,1
19 υποθρεψία	1,1	19 αυτοτραυματισμοί	1,5	19 σακχαρώδης διαβήτης	1,1
20 οστεοαρθρίτις	1,1	20 κίρρωση του ήπατος	1,4	20 πτώσεις	1,1

Και τα δύο φύλα 15-44 ετών	% συνόλου	Άνδρες 15-44 ετών	% συνόλου	Γυναίκες, 15-44	% συνόλου
1 HIV/ AIDS	13,0	1 HIV/ AIDS	2,1	1 HIV/ AIDS	13,9
2 μονοπολικές καταθλιπτικές διαταραχές	8,6	2 τροχαία ατυχήματα	7,7	2 μονοπολικές καταθλιπτικές διαταραχές	10,6
3 τροχαία ατυχήματα	4,9	3 μονοπολικές καταθλιπτικές διαταραχές	6,7	3 φυματίωση	3,2
4 φυματίωση	3,9	4 διαταραχές από κατάχρηση αλκοόλ	5,1	4 σιδηροπενική αναιμία	3,2
5 διαταραχές από κατάχρηση αλκοόλ	3,0	5 φυματίωση	4,5	5 σχιζοφρένεια	2,8
6 αυτοτραυματισμοί	2,7	6 βία	3,7	6 εργώδης τοκετός	2,7
7 σιδηροπενική αναιμία	2,6	7 αυτοτραυματισμοί	3,0	7 διπολικές συναισθηματικές διαταραχές	2,5
8 σχιζοφρένεια	2,6	8 σχιζοφρένεια	2,5	8 αποβολή- έκτρωση	2,5
9 διπολικές συναισθηματικές διαταραχές	2,5	9 διπολικές συναισθηματικές διαταραχές	2,4	9 αυτοτραυματισμοί	2,4
10 βία	2,3	10 σιδηροπενική αναιμία	2,1	10 Περιγεννητική Σπναιμία	2,1
11 κώφωση με έναρξη στην ενήλικη ζωή	2,0	11 κώφωση με έναρξη στην ενήλικη ζωή	2,0	11 τροχαία ατυχήματα	2,0
12 χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια	1,5	12 ισχαιμική καρδιοπάθεια	1,9	12 κώφωση με έναρξη στην ενήλικη ζωή	2,0
13 ισχαιμική καρδιοπάθεια	1,5	13 πόλεμος	.7	13 Λοίμωξη από Χλαμύδια	1,9
14 αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια	1,4	14 πτώσεις	1,7	14 Διαταραχή πανικού	1,6
15 πτώσεις	1,3	15 κίρρωση του ήπατος	1,6	15 Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια	1,5
16 εργώδης τοκετός	1,3	16 διαταραχές από τη χρήση ουσιών	1,6	16 Αιμορραγία σχετιζόμενη με τον τοκετό	1,5
17 αποβολή - έκτρωση	1,2	17 αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια	1,5	17 Οστεοαρθρίτις	1,4
18 οστεοαρθρίτις	1,2	18 χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια	1,5	18 αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια	1,3
19 πόλεμος	1,2	19 άσθμα	1,4	19 ημικρανία	1,2
20 Διαταραχή πανικού	1,2	20 πνιγμοί	1,1	20 ισχαιμική καρδιοπάθεια	1,1

* Τα νευροψυχιατρικά νοσήματα και οι αυτοτραυματισμοί (βλ. Πίνακα 3 στο παράρτημα) παρουσιάζονται με σκίαση.

Σχήμα 2.3 Κύριες αιτίες ετών ζωής με ανικανότητα (YLDs) σε όλες τις ηλικίες και στους 14-44 ετών, εκτίμηση για το 2000.^ο

Και τα δύο φύλα, όλες οι ηλικίες	% συνόλου	Άνδρες όλες οι ηλικίες	% συνόλου	Γυναίκες, όλες οι ηλικίες	% συνόλου
1 Μονοπολικές καταθλιπτικές διαταραχές	11,9	1 Μονοπολικές καταθλιπτικές διαταραχές	9,7	1 Μονοπολικές καταθλιπτικές διαταραχές	14,0
2 Απώλεια ακοής	4,6	2 Διαταραχές από τη χρήση οινόπνευματος	5,5	2 Σιδηροπενική αναιμία	4,9
3 Σιδηροπενική αναιμία	4,5	3 Απώλεια ακοής	5,1	3 Απώλεια ακοής	4,2
4 Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια	3,3	4 Σιδηροπενική αναιμία	4,1	4 Οστεοαρθρίτις	3,5
5 Διαταραχές από χρήση οινόπνευματος	3,1	5 Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια	3,8	5 Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια	2,9
6 Οστεοαρθρίτις	3,0	6 Πτώσεις	3,3	6 Σχιζοφρένεια	2,7
7 Σχιζοφρένεια	2,8	7 Σχιζοφρένεια	3,0	7 Διπολικές συναισθηματικές διαταραχές	2,4
8 Πτώσεις	2,8	8 Τροχαία	2,7	8 Πτώσεις	2,3
9 Διπολικές συναισθηματικές διαταραχές	2,5	9 Διπολικές συναισθηματικές διαταραχές	2,6	9 Alzheimer και άλλες άνοιες	2,2
10 Άσθμα	2,1	10 Οστεοαρθρίτις	2,5	10 Εργώδης τοκετός	2,1
11 Συγγενείς ανωμαλίες	2,1	11 Άσθμα	2,3	11 Καταράκτης	2,0
12 Περιγεννητικές καταστάσεις	2,0	12 Περιγεννητικές καταστάσεις	2,2	12 Ημικρανία	2,0
13 Alzheimer και άλλες άνοιες	2,0	13 Συγγενείς ανωμαλίες	2,2	13 Συγγενείς ανωμαλίες	1,9
14 Καταράκτης	1,9	14 Καταράκτης	1,9	14 Άσθμα	1,8
15 Τροχαία ατυχήματα	1,8	15 Υποθρεψία	1,8	15 Περιγεννητικές καταστάσεις	1,8
16 Υποθρεψία	1,7	16 Alzheimer και άλλες άνοιες	1,8	16 Λοίμωξη από Χλαμύδια	1,8
17 Αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια	1,7	17 Αγγειακές εγκεφαλικές παθήσεις	1,7	17 Αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια	1,8
18 HIV/ AIDS	1,5	18 HIV/ AIDS	1,6	18 Υποθρεψία	1,6
19 Ημικρανία	1,4	19 Φιλαρίαση	1,6	19 Έκτρωση	1,6
20 Σακχαρώδης διαβήτης	1,4	20 Διαταραχές από χρήση ουσιών	1,6	20 Διαταραχή πανικού	1,6

Και τα δύο φύλα, 15-44 ετών	% συνόλου	Άνδρες 15-44 ετών	% συνόλου	Γυναίκες, 15-44 ετών	% συνόλου
1 Μονοπολικές καταθλιπτικές διαταραχές	16,4	1 Μονοπολικές καταθλιπτικές διαταραχές	13,9	1 Μονοπολικές καταθλιπτικές διαταραχές	18,6
2 Διαταραχές από χρήση οινόπνευματος	5,5	2 Διαταραχές από χρήση οινόπνευματος	10,1	2 Σιδηροπενική αναιμία	5,4
3 Σχιζοφρένεια	4,9	3 Σχιζοφρένεια	5,0	3 Σχιζοφρένεια	4,8
4 Σιδηροπενική αναιμία	4,9	4 Διπολικές συναισθηματικές διαταραχές	5,0	4 Διπολικές συναισθηματικές διαταραχές	4,4
5 Διπολικές συναισθηματικές διαταραχές	4,7	5 Σιδηροπενική αναιμία	4,2	5 Εργώδης τοκετός	4,0
6 Απώλεια ακοής	3,8	6 Απώλεια ακοής	4,1	6 Απώλεια ακοής	3,6
7 HIV/ AIDS	2,8	7 Τροχαία	3,8	7 Λοίμωξη από Χλαμύδια	3,3
8 Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια	2,4	8 HIV/ AIDS	3,2	8 Έκτρωση	3,1
9 Οστεοαρθρίτις	2,3	9 Διαταραχές από χρήση ουσιών	3,0	9 Διαταραχή πανικού	2,8
10 Τροχαία	2,3	10 Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια	2,6	10 HIV/ AIDS	2,5
11 Διαταραχή πανικού	2,2	11 Άσθμα	2,5	11 Οστεοαρθρίτις	2,5
12 Εργώδης τοκετός	2,1	12 Πτώσεις	2,4	12 Περιγεννητική Σηψαιμία	2,3
13 Λοίμωξη από Χλαμύδια	2,0	13 Οστεοαρθρίτις	2,1	13 Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια	2,2
14 Πτώσεις	1,9	14 Φιλαρίαση	2,1	14 Ημικρανία	2,1
15 Άσθμα	1,9	15 Διαταραχή πανικού	1,6	15 Διαταραχές από χρήση οινόπνευματος	1,5
16 Διαταραχές από χρήση φαρμάκων	1,8	16 Φυματίωση	1,6	16 Ρευματοειδής αρθρίτιδα	1,4
17 Έκτρωση	1,6	17 Ουρική αρθρίτιδα	1,3	17 Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή	1,4
18 Ημικρανία	1,6	18 Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή	1,3	18 Πτώσεις	1,4
19 Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή	1,4	19 Βία	1,2	19 Διαταραχή στρες μετά από ψυχοτραυματική εμπειρία	1,4
20 Περιγεννητική Σηψαιμία	1,2	20 Γονόρροια	1,1	20 Άσθμα	1,3

^ο Τα νευροψυχιατρικά νοσήματα και οι αυτοτραυματισμοί (βλ. Πίνακα 3 στο παράρτημα) παρουσιάζονται με σκίαση.

Παρόλο που επιστημονικές εκτιμήσεις δεν υπάρχουν για άλλες περιοχές του κόσμου, είναι πιθανόν ότι το κόστος των ψυχικών διαταραχών, συγκριτικά με την συνολική τους οικονομία, είναι και εκεί υψηλό. Παρόλο που οι εκτιμήσεις του άμεσου κόστους μπορεί να είναι χαμηλές,όσον αφορά χώρες όπου υπάρχει χαμηλή προσφορά και κάλυψη από τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, αυτές είναι πλασματικές. Το έμμεσο κόστος, που προκαλείται από την απώλεια της παραγωγικότητας αυξάνει κατά πολύ το συνολικό κόστος. Επίσης, το χαμηλό κόστος θεραπείας (που οφείλεται στην έλλειψή της) είναι πιθανό να αυξάνει το έμμεσο κόστος, αυξάνοντας τη διάρκεια των διαταραχών και της συνοδού ανικανότητας (Chisholm et al. 2000).

Όλες αυτές οι εκτιμήσεις των οικονομικών στοιχείων οπωσδήποτε υποτιμούν το πρόβλημα, εφόσον οι χαμένες ευκαιρίες στοιχίζουν σε άτομα και οικογένειες και τούτο δεν λαμβάνεται υπόψη.

ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

Οι ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές προκαλούν μεγάλη αναστάτωση στη ζωή των ασθενών και των οικογενειών τους. Παρόλο που η δυστυχία και ο πόνος δεν είναι εύκολα μετρήσιμα μεγέθη, μια από τις μεθόδους ώστε να εκτιμηθεί η επίπτωσή τους είναι η χρήση ερωτηματολογίων για την ποιότητα ζωής (Quality of life Instruments [QOL]) (Lehman et al. 1998). Οι μετρήσεις της ποιότητας ζωής χρησιμοποιούν τις υποκειμενικές εκτιμήσεις σε μια ποικιλία τομέων, ώστε να εκτιμήσουν την επίπτωση που έχουν στη ζωή των πασχόντων τα συμπτώματα και οι διαταραχές (Orley et al. 1998). Ένας αριθμός μελετών πάνω σε αυτό το ζήτημα συμπεραίνει ότι τα αρνητικά επακόλουθα δεν είναι μόνο σοβαρά αλλά και διαρκή (UK700 Group 1999). Έχει δειχθεί ότι η ποιότητα ζωής εξακολουθεί να είναι χαμηλή ακόμα και μετά την αποθεραπεία λόγω κοινωνικών παραγόντων, που συμπεριλαμβάνουν το στίγμα και τις διακρίσεις που ακολουθούν τον άρρωστο. Τα αποτελέσματα από τις μελέτες ποιότητας ζωής δείχνουν επίσης ότι τα άτομα με ψυχικές διαταραχές, τα οποία παραμένουν επί μακρόν σε ψυχιατρεία, έχουν χαμηλότερη ποιότητα ζωής από όσα ζουν στην κοινότητα. Μία πρόσφατη μελέτη σαφώς δείχνει ότι όταν οι κοινωνικές και λειτουργικές ανάγκες δεν ικανοποιούνται, η ποιότητα ζωής των ατόμων με σοβαρές ψυχικές διαταραχές προβλέπεται να είναι χαμηλή (UK700 group 1999).

Η επίπτωση στην ποιότητα ζωής δεν περιορίζεται στις σοβαρές ψυχικές διαταραχές. Οι διαταραχές άγχους και πανικού ασκούν επίσης σημαντική επίδραση, ιδιαίτερα όσον αφορά την ψυχολογική λειτουργικότητα (Mendlowicz & Stein 2000, Orley & Kuyken 1994).

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Οι ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές παρουσιάζουν μια πολυποίκιλη και ετερογενή εικόνα. Μερικές διαταραχές είναι ήπιες και άλλες σοβαρές. Μερικές διαρκούν λίγες εβδομάδες, ενώ άλλες δια βίου. Μερικές δεν διακρίνονται παρά μόνο μετά από λεπτομερή εξέταση, ενώ άλλες είναι εμφανείς ακόμα και σε ένα τυχαίο παρατηρητή. Αυτή η έκθεση εστιάζει σε μερικές κοινές διαταραχές που είναι ιδιαίτερα επιβαρυντικές για τις κοινότητες και γενικά θεωρούνται σοβαρό πρόβλημα. Συμπεριλαμβάνονται οι καταθλιπτικές διαταραχές, οι διαταραχές από χρήση ουσιών, η σχιζοφρένεια, η επιληψία, η νόσος Alzheimer, η νοπτική καθυστέρηση και οι διαταραχές με έναρξη στην παιδική και εφηβική ηλικία. Το ότι συμπεριλαμβάνεται η επιληψία χρήζει κάποιας εξήγησης. Η επιληψία είναι μία νευρολογική διαταραχή και κατατάσσεται στο κεφάλαιο VI του ICD-10, μαζί με άλλες νόσους του νευρικού συστήματος. Εντούτοις, η επιληψία εθεωρείτο ιστορικά ως ψυχική διαταραχή και αυτό ισχύει ακόμα σε πολλές κοινωνίες. Οι επιληπτικοί υφίστανται το στίγμα και παρουσιάζουν σοβαρή ανικανότητα εάν δεν λάβουν θεραπεία, όπως ακριβώς συμβαίνει και με τους ψυχικά πάσχοντες. Με την επιληψία ασχολείται συχνά το προσωπικό της ψυχικής υγείας, λόγω της μεγάλης συχνότητας αυτής της διαταραχής και της σχετικής σπανιότητας εξειδικευμένων νευρολογικών υπηρεσιών, ιδίως στις αναπτυσσόμενες χώρες. Επιπροσθέτως, πολλές χώρες έχουν νόμους που απαγορεύουν στα άτομα με ψυχικές διαταραχές και επιληψία να αναλάβουν ορισμένες δημόσιες θέσεις.

Η ακόλουθη ενότητα περιγράφει εν συντομία τη βασική επιδημιολογία, την επιβάρυνση που προκαλούν στην υγεία, την πορεία και την έκβαση, καθώς και ειδικά χαρακτηριστικά μερικών διαταραχών, ώστε να μπορεί να γίνει κατανοητή η συζήτηση για τις

προτεινόμενες παρεμβάσεις (Κεφάλαιο 3) και τα προγράμματα και τις πολιτικές ψυχικής υγείας (Κεφάλαιο 4).

ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Η κατάθλιψη χαρακτηρίζεται από θλίψη, έλλειψη ενδιαφέροντος και μειωμένη ενεργητικότητα. Άλλα συμπτώματα είναι η έλλειψη αυτοπεποίθησης και αυτοεκτίμησης, αναίτια ενοχή, σκέψεις θανάτου και αυτοκτονίας, μειωμένη δυνατότητα συγκέντρωσης και διαταραχές του ύπνου και της όρεξης. Μπορεί επίσης να συνυπάρχει μια ποικιλία σωματικών συμπτωμάτων. Αν και τα καταθλιπτικά συμπτώματα είναι κοινά, ιδίως μετά από ατυχίες στη ζωή, η καταθλιπτική διαταραχή διαγιγνώσκεται μόνο όταν τα συμπτώματα ξεπεράσουν ένα επίπεδο βαρύτητας και διαρκούν τουλάχιστον για δύο εβδομάδες. Η κατάθλιψη μπορεί να είναι από ήπια ως και σοβαρή (δες σχήμα 1.3). Έχει συνήθως επεισοδιακή μορφή, αλλά μπορεί να είναι και υποτροπιάζουσα ή χρόνια. Η κατάθλιψη είναι συχνότερη στις γυναίκες απ' ότι στους άντρες. Η GBD 2000 υπολογίζει τον εβδομαδιαίο επιπολασμό των μονοπολικών καταθλιπτικών επεισοδίων σε 1,9% για τους άντρες και 3,2% για τις γυναίκες, ενώ θεωρείται ότι 5,8% των ανδρών και 9,5% των γυναικών θα έχουν ένα καταθλιπτικό επεισόδιο σε μία περίοδο 12 μηνών. Ο επιπολασμός ποικίλλει σε διάφορους πληθυσμούς.

Η μελέτη της GBD 2000 δείχνει επίσης ότι οι μονοπολικές καταθλιπτικές διαταραχές δημιουργούν τεράστια επιβάρυνση στην δημόσια υγεία και κατατάσσονται, από την άποψη αυτή, στην τέταρτη θέση μεταξύ όλων των νόσων. Ευθύνονται για το 4,4% του συνόλου των DALYs και για το 11,9% του συνόλου των ετών-ζωής με ανικανότητα, όπου και έχουν την πρώτη θέση. Στην ηλικιακή ομάδα 15-44 ετών προκαλούν το δεύτερο υψηλότερο βάρος, ευθυνόμενες για το 8,6% των DALYs. Αυτές οι εκτιμήσεις σαφώς αποδεικνύουν τη μεγάλη επιβάρυνση που προκαλεί η κατάθλιψη, το μέλλον όμως διαγράφεται ακόμα χειρότερο. Μέχρι το 2020, εάν συνεχιστούν οι παρούσες τάσεις δημογραφικών και επιδημιολογικών μεταβολών, η επιβάρυνση που προκαλείται από την κατάθλιψη θα φθάσει το 5,7% της συνολικής επιβάρυνσης των νόσων, και θα γίνει η δεύτερη κύρια αιτία των DALYs. Παγκοσμίως θα είναι δεύτερη μετά την ισχαιμική καρδιοπάθεια για τα DALYs και για τα δύο φύλα. Στις αναπτυγμένες περιφέρειες η κατάθλιψη θα φτάσει να είναι τότε η αιτία που προκαλεί τη μεγαλύτερη επιβάρυνση στην υγεία από οποιοδήποτε άλλο νόσημα.

Η κατάθλιψη μπορεί να προσβάλλει τα άτομα σε οποιαδήποτε στιγμή της ζωής τους, παρόλο που είναι συχνότερη κατά τη μέση ηλικία. Διαγιγνώσκεται όμως όλο και συχνότερα κατά την εφηβεία και τα πρώτα χρόνια της ενηλικίωσης (Lewinsohn et al. 1993). Η κατάθλιψη είναι συνήθως υποτροπιάζουσα διαταραχή. Κάθε επεισόδιο διαρκεί από λίγους μήνες έως λίγα χρόνια, με φυσιολογικά μεσοδιαστήματα. Σε περίπου 20% των περιπτώσεων, όμως, η κατάθλιψη ακολουθεί μία χρόνια πορεία χωρίς ύφεση (Thornicroft & Sartorius 1993), ειδικά όταν δεν υπάρχει ικανή θεραπεία. Τα ποσοστά υποτροπής μετά από το πρώτο επεισόδιο, το οποίο θεραπεύθηκε με επιτυχία, είναι γύρω στο 35% εντός δύο ετών και περίπου 60% εντός 12 ετών. Οι υποτροπές είναι συχνότερες στους μεγαλύτερους των 45 ετών. Μία από τις ιδιαίτερα τραγικές καταλήξεις μίας καταθλιπτικής διαταραχής είναι η αυτοκτονία. Γύρω στο 15 ως 20% των ανθρώπων που πάσχουν από σοβαρή κατάθλιψη αυτοκτονούν (Goodwin & Jamison 1990) αλλά τα ποσοστά αυτά είναι πολύ μικρότερα στις ήπιες (και πιο συχνές) καταθλίψεις. Παρόλα αυτά, η αυτοκτονία παραμένει μια συνήθης και αποφεύξιμη κατάληξη της σοβαρής κατάθλιψης.

Η διπολική συναισθηματική διαταραχή αναφέρεται σε ασθενείς με καταθλιπτική διαταραχή, η οποία συνοδεύεται με επεισόδια μανίας που χαρακτηρίζονται από ανεβασμένη διάθεση, αυξημένη δραστηριότητα, υπερβολική αυτοπεποίθηση και διαταραχή στη συγκέντρωση. Σύμφωνα με την GBD 2000, ο επιπολασμός της είναι γύρω στο 0,4%.

Συνοψίζοντας, η κατάθλιψη είναι μια συνήθης ψυχική διαταραχή, που προκαλεί μεγάλη επιβάρυνση, και αναμένεται να έχει αυξητικές τάσεις κατά τα επόμενα 20 έτη.

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΑΠΟ ΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ

Οι ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές οι οποίες είναι επακόλουθα χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών συμπεριλαμβάνουν διαταραχές που προκαλούνται από την χρήση οινόπνευματος, οπιούχων, όπως το όπιο ή η ηρωίνη, παραγώγων κάνναβης, όπως η μαριχουάνα, ηρεμιστικών και υπνωτικών χαπιών, κοκαΐνης, άλλων διεγερτικών ουσιών, ψευδαισθησιογόνων, καπνού και πτητικών διαλυμάτων. Οι κλινικές καταστάσεις περιλαμβάνουν τοξίκωση, επιβλαβή χρήση, εξάρτηση και ψυχωτικές διαταραχές. Η επιβλαβής χρήση διαγιγνώσκεται όταν έχει προκληθεί βλάβη στη σωματική ή ψυχική υγεία. Το σύνδρομο εξάρτησης δηλώνεται από έντονη επιθυμία για τη λήψη της ουσίας, δυσκολία στον έλεγχο της χρήσης, στερητικό σύνδρομο, ανοχή, παραμέληση εναλλακτικών πηγών ευχαρίστησης και ενδιαφερόντων, και επιμονή στη χρήση παρά τη βλάβη που υφίσταται ο χρήστης και το περιβάλλον του.

Αν και η χρήση των ουσιών (καθώς και οι σχετικές διαταραχές) ποικίλλει από περιοχή σε περιοχή, ο καπνός και το οινόπνευμα είναι οι ουσίες που χρησιμοποιούνται ευρύτερα σε όλο τον κόσμο και έχουν τα σοβαρότερα επακόλουθα στη δημόσια υγεία.

Η χρήση του καπνού είναι εξαιρετικά κοινή, κυρίως με τη μορφή τσιγάρου. Η παγκόσμια τράπεζα υπολογίζει ότι στις χώρες με υψηλό εισόδημα, το κόστος της φροντίδας των μακροχρόνιων συνεπειών του καπνού φτάνει το 6 έως 15,1% του συνολικού επίσιου κόστους για την υγεία (World Bank 1999).

Σήμερα περίπου 1 στους 3 ενήλικους, ή 1,2 δισεκατομμύρια άνθρωποι καπνίζουν. Έως το 2025, ο αριθμός αναμένεται να ξεπεράσει το 1,6 δισεκατομμύρια. Εκτιμάται ότι στον καπνό οφείλονταν πάνω από τρία εκατομμύρια θάνατοι το 1990, που αυξήθηκαν σε τέσσερα εκατομμύρια το 1998. Εκτιμάται ότι οι θάνατοι οι οφειλόμενοι στον καπνό θα φθάσουν τα 8,4 εκατομμύρια το 2020 και τα 10 εκατομμύρια γύρω στο 2030. Αυτή η αύξηση όμως δεν θα είναι ομοιόμορφη: οι θάνατοι στις αναπτυσσόμενες περιοχές αναμένεται να αυξηθούν κατά 50%, από το 1,6 στα 2,4 εκατομμύρια, ενώ στην Ασία θα εκτιναχθούν από το 1,1 εκατομμύριο το 1990 στα 4,2 εκατομμύρια το 2020 (Murray & Lopez 1997).

Εκτός από τους κοινωνικούς και συμπεριφορικούς παράγοντες που σχετίζονται με την έναρξη χρήσης του καπνού, υπάρχει σαφής εξάρτηση από τη νικοτίνη στην πλειοψηφία των χρόνιων καπνιστών. Η εξάρτηση εμποδίζει αυτά τα άτομα να εγκαταλείψουν τη χρήση καπνού. Το Πλαίσιο 2.3 περιγράφει τη σχέση μεταξύ ψυχικών διαταραχών και της χρήσης του καπνού.

Το οινόπνευμα είναι επίσης μία ουσία της οποίας γίνεται ευρεία χρήση στα περισσότερα μέρη του κόσμου. Ο επιπολασμός έτους των διαταραχών λόγω χρήσης αλκοόλ (επιβλαβής χρήση και εξάρτηση) στους ενήλικους υπολογίζεται γύρω στο 1,7% παγκοσμίως, σύμφωνα με την ανάλυση της GBD 2000. Τα ποσοστά είναι 2,8% για τους άντρες και 0,5% για τις γυναίκες. Ο επιπολασμός των διαταραχών λόγω της χρήσης οινόπνευματος ποικίλλει ευρέως ανά περιοχή και φθάνει σε πολύ χαμηλά επίπεδα σε μερικές μεσανατολικές χώρες, αλλά στο 5% στη Βόρειο Αμερική και σε τμήματα της Ανατολικής Ευρώπης.

Η χρήση οινόπνευματος αυξάνεται ταχέως σε μερικές αναπτυσσόμενες περιοχές (Jernigan et al. 2000; Riley & Marshall 1999; WHO 1999) και αναμένεται κλιμάκωση των σχετικών προβλημάτων (WHO 2000b). Επίσης, αυτόχθονες λαοί σε διάφορα σημεία του κόσμου κάνουν μεγαλύτερη χρήση, πράγμα που πρέπει να μας απασχολήσει σοβαρά.

Το οινόπνευμα κατέχει υψηλή θέση στην κλίμακα επιβάρυνσης της υγείας από νόσους. Η μελέτη GBD (Murray & Lopez 1996a) υπολογίζει ότι το οινόπνευμα ευθύνεται για το 1,5% του συνόλου των θανάτων και για το 3,5% του συνόλου των DALYs. Στα ποσοστά αυτά συμπεριλαμβάνονται σωματικές διαταραχές (όπως η κίρρωση) και κακώσεις (όπως τραυματισμοί από τροχαία ατυχήματα), που οφείλονται στο οινόπνευμα.

Η κοινωνία επιβαρύνεται οικονομικά από το οινόπνευμα σε μεγάλο βαθμό. Μια

Πλαίσιο 2.3 Κάπνισμα και ψυχικές διαταραχές

Η σχέση μεταξύ της χρήσης καπνού και των ψυχικών διαταραχών είναι πολύπλοκη. Τα ευρήματα της έρευνας υποδεικνύουν ότι το προσωπικό που απασχολείται στην ψυχική υγεία χρειάζεται να δίνει μεγαλύτερη προσοχή στην χρήση καπνού των ασθενών κατά τη διάρκεια και μετά το πέρας της θεραπείας τους, ώστε να προλαμβάνει σχετικά προβλήματα.

Οι άνθρωποι με ψυχικές διαταραχές είναι δύο φορές πιθανότερο να καπνίζουν απ' ό,τι ο γενικός πληθυσμός. Αυτοί που πάσχουν από σχιζοφρένεια και εξάρτηση από αλκοόλ είναι ιδιαίτερα πιθανό να είναι βαρείς καπνιστές, με ποσοστά που φτάνουν στο 86%.^{1,2,3} Μία πρόσφατη μελέτη στις ΗΠΑ έδειξε ότι άτομα που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές ήταν

καπνιστές σε ποσοστό 41%, συγκριτικά με 22,5% στο γενικό πληθυσμό, και υπολόγισε ότι το 44% όλων των τσιγάρων στις ΗΠΑ καταναλώνονται από ανθρώπους με ψυχικές διαταραχές.⁴

Το τακτικό κάπνισμα αρχίζει νωρίτερα στους άρρηνες εφήβους με διαταραχή ελλειμματικής προσοχής⁵ και οι καταθλιπτικοί είναι πιθανότερο να είναι καπνιστές.⁶ Αν και παραδοσιακά πιστεύεται ότι οι καταθλιπτικοί έχουν την τάση να καπνίζουν περισσότερο λόγω των συμπτωμάτων τους, νέα στοιχεία αποκάλυπτον ότι ίσως συμβαίνει το αντίστροφο. Μία μελέτη των εφήβων έδειξε ότι εκείνοι που γίνονται καταθλιπτικοί κάπνιζαν συχνότερα πριν από την εκδήλωση της κατάθλιψης, πράγμα που υπονοεί ότι το κάπνισμα μπορεί να έδρασε ως αιτιολογ-

κός παράγοντας στην εκδήλωση κατάθλιψης σε αυτή την ηλικιακή ομάδα⁷.

Οι ασθενείς με διαταραχές από χρήση αλκοόλ ή άλλων ουσιών παρουσιάζουν επίσης συστηματικές αλλαγές στη συμπεριφορά τους, όσον αφορά το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Μία πρόσφατη μελέτη βρήκε ότι αν και οι βαρείς καπνιστές μείωσαν το κάπνισμα καθ' όλο το χρόνο νοσηλεύονταν για αποτοξίνωση, οι ελαφρείς καπνιστές κάπνιζαν σημαντικά περισσότερο.⁸

Οι λόγοι για το υψηλό ποσοστό καπνιστών μεταξύ των ατόμων με ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές δεν είναι σαφώς γνωστοί, όμως έχει προταθεί ότι ευθύνονται νευροχημικοί μηχανισμοί.⁹ Η νικοτίνη είναι μία πολύ ψυχοδραστική χημική

ουσία που επηρεάζει ποικιλοτρόπως τον εγκέφαλο: ενεργοποιεί συστήματα επιβράβευσης στον εγκέφαλο και οδηγεί σε αυξημένη έκκριση ντοπαμίνης σε μέρη του εγκεφάλου που σχετίζονται στενά με τις ψυχικές διαταραχές. Η νικοτίνη μπορεί επίσης να καταναλώνεται, ώστε να μειωθεί η δυσφορία και άλλα ανεπιθύμητα αποτελέσματα των ψυχικών συμπτωμάτων. Το κοινωνικό περιβάλλον, συμπεριλαμβανομένης της απομόνωσης και της ανίας, μπορεί επίσης να παίζει ένα ρόλο και αυτό είναι ιδιαίτερα προφανές στο ιδρυματικό περιβάλλον. Όποιοι κι αν είναι οι λόγοι, δεν αμφισβητείται το γεγονός ότι οι άνθρωποι με ψυχικές διαταραχές θέτουν την υγεία τους σε ακόμα μεγαλύτερο κίνδυνο λόγω του υπερβολικού καπνίσματος.

¹ Hughes JR et al. (1986). Prevalence of smoking among psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 143 : 993-997.

² Goff DC et al. (1992). Cigarette smoking in schizophrenia : relationship to psychopathology and medication side-effects. *American Journal of Psychiatry*, 149: 1189-1194.

³ True WR et al. (1999). Common genetic vulnerability for nicotine and alcohol dependence in men. *Archives of General Psychiatry*, 56 : 655-661.

⁴ Lasser K et al (2000). Smoking and mental illness : a population-based prevalence study. *Journal of the American Medical Association*, 284 : 2606-2610.

⁵ Castellanos FX et al. (1994). Quantitative morphology of the caudate nucleus in attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 151(12):1791-1796.

⁶ Pomerleau OF et al. (1995). Cigarette smoking in adult patients diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Substance Abuse*, 7(3): 363-368.

⁷ Goodman E, Capitman J (2000). Depressive symptoms and cigarette smoking among teens. *Pediatrics* 106(4) : 748-755.

⁸ Harris J et al. (2000). Changes in cigarette smoking among alcohol and drug misusers during inpatient detoxification. *Addiction Biology* : 5:443-450.

⁹ Barta A (2000). Tobacco use and smoking cessation in the psychiatric patient. *Fortschritte de Neurologie-Psychiatrie*, 68: 80-92.

εκτίμηση, ανεβάζει το οικονομικό κόστος λόγω της κατάχρησης οινοπνεύματος στις ΗΠΑ στα 148 δισεκατομμύρια δολάρια, συμπεριλαμβανομένων 19 δις για δαπάνες περιθάλψης (Harwood et al 1998). Στον Καναδά, το κόστος ανέρχεται σε περίπου 18,4 δις, που ισούται με το 2,7% του ακαθάριστου εθνικού προϊόντος της χώρας. Μελέτες σε άλλες χώρες, έχουν υπολογίσει το κόστος των προβλημάτων των σχετιζόμενων με το οινόπνευμα γύρω στο 1% του ακαθάριστου εθνικού προϊόντος (Collins & Lapsely 1996; Rice et al. 1991). Μία πρόσφατη μελέτη στο Νέο Μεξικό των ΗΠΑ το 1998, έδειξε ότι τα νοσοκομειακά έξοδα που οφείλονταν σε χρήση οινοπνεύματος ήταν 51 εκατομμύρια δολάρια, ενώ είχαν εισπραχθεί φόροι 35 εκατομμυρίων από την πώληση οινοπνεύματος (New Mexico Department of Health 2001). Αυτό δείχνει σαφώς ότι οι κοινότητες ξοδεύ-

ουν πιο πολλά για να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα του αλκοόλ σε σχέση με όσα κερδίζουν από αυτό.

Εκτός από τον καπνό και το οινόπνευμα, γίνεται κατάχρηση ενός μεγάλου αριθμού άλλων ουσιών, οι οποίες γενικά κατατάσσονται στις φαρμακευτικές ουσίες. Αυτές συμπεριλαμβάνουν και τις παράνομες, όπως την ηρωίνη, την κοκαΐνη, και την κάνναβη. Ο επιπολασμός έτους της κατάχρησης και εξάρτησης αυτών φτάνει στο 0,4% έως 4%, αλλά ο τύπος των ουσιών των οποίων γίνεται χρήση ποικίλλει από περιοχή σε περιοχή. Η ανάλυση της GBD 2000 δείχνει ότι ο επιπολασμός μήνα των διαταραχών λόγω χρήσης ηρωίνης και κοκαΐνης είναι 0,25%. Οι ενέσιμες ουσίες δημιουργούν σημαντικούς κινδύνους μόλυνσεων, συμπεριλαμβανομένης της ηπατίτιδας Β και C, και του HIV. Τα άτομα σε όλο τον κόσμο που κάνουν τέτοια χρήση παράνομων ουσιών, υπολογίζεται ότι είναι 5 εκατομμύρια. Ο επιπολασμός της μόλυνσης με HIV μεταξύ όσων χρησιμοποιούν σύριγγες είναι 20-80% σε πολλές πόλεις. Η αυξανόμενη επίδραση αυτής της πρακτικής στην μετάδοση του HIV, έχει δημιουργήσει παντού στον κόσμο σοβαρή ανησυχία και ιδιαίτερα σε χώρες της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης (UNAIDS 2000).

Η επιβάρυνση που προκαλείται από παράνομες ουσίες (ηρωίνη και κοκαΐνη) υπολογίζεται ότι είναι το 0,4% της συνολικής επιβάρυνσης από νοσήματα κατά την GBD 2000. Το οικονομικό κόστος της επιβλαβούς χρήσης ουσιών και της εξάρτησης έχει υπολογιστεί ότι είναι 98 δισεκατομμύρια δολάρια στις ΗΠΑ (Harwood et al 1998). Αυτοί οι υπολογισμοί επιβάρυνσης και κόστους δεν συνυπολογίζουν διάφορα αρνητικά κοινωνικά επακόλουθα της χρήσης των ουσιών. Η χρήση καπνού και αλκοόλ αρχίζει συνήθως σε νεαρή ηλικία και διευκολύνει τη χρήση άλλων ουσιών. Έτσι, συμβάλλουν έμμεσα και σε μεγάλο βαθμό στην επιβάρυνση που προκαλούν οι άλλες ουσίες και τα σχετικά με αυτές νοσήματα.

Συχνά τίθεται το ζήτημα εάν οι διαταραχές από χρήση ουσιών είναι πράγματι διαταραχές, ή εάν θα έπρεπε να θεωρηθούν αποκλίνουσα συμπεριφορά των ανθρώπων, οι οποίοι εσκεμμένα αυτοκαταστρέφονται. Αν και η απόφαση να πειραματιστεί κανείς με τη χρήση μίας ψυχοδραστικής ουσίας είναι συνήθως προσωπική απόφαση, η εξάρτηση που ακολουθεί την επαναλαμβανόμενη χρήση δεν είναι μία συνειδητή και μετά λόγου γνώσεως απόφαση του ατόμου, ούτε το αποτέλεσμα ηθικού ελλείμματος εκ μέρους του, αλλά το αποτέλεσμα ενός πολύπλοκου συνδυασμού γενετικών, ψυχολογικών και περιβαλλοντικών παραγόντων. Είναι πολύ δύσκολο να διακρίνει κανείς πότε ακριβώς το άτομο γίνεται εξαρτημένο από μία ουσία (αδιάφορο αν αυτή είναι παράνομη ή όχι), και μπορούμε να πούμε, βάσει στοιχείων, ότι η εξάρτηση δεν είναι μία σαφώς οριοθετημένη κατάσταση, αλλά ότι "συμβαίνει" σε κάποιο σημείο εντός ενός συνεχούς, που αρχίζει από τα πρώτα προβλήματα χωρίς σημαντική εξάρτηση και φθάνει στη σοβαρή εξάρτηση με σωματικά, ψυχικά και κοινωνικοοικονομικά επακόλουθα.

Υπάρχουν όλο και περισσότερα στοιχεία που δείχνουν ότι γίνονται νευροχημικές αλλαγές στον εγκέφαλο, οι οποίες σχετίζονται με τα βασικά χαρακτηριστικά της εξάρτησης από ουσίες, ή μάλλον τα προκαλούν. Τα κλινικά στοιχεία επίσης δείχνουν, ότι η εξάρτηση από ουσίες θα πρέπει να αντιμετωπίζεται τόσο ιατρικά, ως χρόνια ασθένεια όσο και ως κοινωνικό πρόβλημα (Leshner 1997; McLellan et al. 2000). Οι κοινές ρίζες της εξάρτησης από μία ποικιλία ουσιών και η μεγάλη συχνότητα πολλαπλής εξάρτησης, υποδεικνύουν ότι η εξάρτηση από ουσίες θα πρέπει να θεωρηθεί ως μια περίπλοκη ψυχική διαταραχή, με πιθανή βάση στη λειτουργία του εγκεφάλου.

ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

Η σχιζοφρένεια είναι μια σοβαρή διαταραχή, η οποία τυπικά αρχίζει στην ύστερη εφηβεία ή στα πρώτα χρόνια της ενηλικίωσης. Χαρακτηρίζεται από δομικές παραμορφώσεις της σκέψης και της αντίληψης και από απρόσφορο συναίσθημα. Η διαταραχή επηρεάζει τις πλέον βασικές λειτουργίες, που δίνουν σε έναν άνθρωπο την αίσθηση της ατο-

μικρότητας, της μοναδικότητας και του αυτό-προσδιορισμού. Η συμπεριφορά μπορεί να είναι σοβαρά διαταραγμένη κατά τη διάρκεια ορισμένων φάσεων της διαταραχής και να έχει δυσμενή κοινωνικά επακόλουθα. Ακλόνητη πίστη σε ψευδείς, αβάσιμες ιδέες ("παράληρημα"), είναι ένα άλλο χαρακτηριστικό αυτής της διαταραχής.

Η πορεία της σχιζοφρένειας ποικίλει από άτομο σε άτομο, και μπορεί να υπάρχει πλήρης ανάρρωση στο ένα τρίτο των περιπτώσεων. Μπορεί, όμως, να ακολουθήσει μια χρόνια και υποτροπιάζουσα πορεία με υπολειμματικά συμπτώματα και ελλιπή κοινωνική αποκατάσταση. Τα άτομα με χρόνια σχιζοφρένεια, αποτελούσαν μεγάλο ποσοστό των τροφίμων των ψυχιατρείων στο παρελθόν, όπως και σήμερα, όπου ακόμα υπάρχουν τέτοια ιδρύματα. Οι σύγχρονοι πρόοδοι στην φαρμακευτική θεραπεία και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, μπορούν να αντιμετωπίσουν σε πολύ ικανοποιητικό βαθμό, με πληρότητα και διάρκεια, σχεδόν τους μισούς από όσους αρχικά εκδηλώνουν σχιζοφρένεια. Λιγότεροι από το ένα πέμπτο των ατόμων που εκδηλώνουν σχιζοφρένεια συνεχίζουν να αντιμετωπίζουν σοβαρούς περιορισμούς στην καθημερινή τους ζωή.

Η συχνότητα της σχιζοφρένειας είναι περίπου ίδια σε άντρες και γυναίκες, αλλά εκδηλώνεται σε μεγαλύτερη ηλικία στις γυναίκες, οι οποίες επίσης έχουν καλύτερη πορεία και αποκατάσταση.

Η GBD 2000 αναφέρει ότι ο επιπολασμός έτους για την σχιζοφρένεια είναι 0,4%, η δε νόσος προκαλεί μεγάλο βαθμό ανικανότητας. Μία πρόσφατη μελέτη σε 14 χώρες για την ανικανότητα που σχετίζεται με σωματικές και ψυχικές καταστάσεις έδειξε ότι οι ψυχωτικές καταστάσεις κατέχουν την τρίτη πιο δυσμενή θέση στο γενικό πληθυσμό, πιο δυσμενή ακόμη και από την παραπληγία ή την τύφλωση (Ustun et al. 1999).

Στην μελέτη της GBD, η σχιζοφρένεια ευθυνόταν για το 1,1 % του συνόλου των DALYs και για το 2,8% των ετών-ζωής με ανικανότητα. Η σχιζοφρένεια επιβαρύνει επίσης την κοινωνία οικονομικά. Υπολογίζεται ότι το 1991, το άμεσο κόστος της σχιζοφρένειας στις ΗΠΑ ήταν 19 δισεκατομμύρια δολάρια και 46 δισεκατομμύρια λόγω απολεσθείσας παραγωγικότητας.

Ακόμη και όταν τα πλέον εμφανή συμπτώματα εξαφανισθούν, κάποια υπολειμματικά συμπτώματα μπορεί να παραμένουν. Σε αυτά περιλαμβάνονται: έλλειψη ενδιαφέροντος και πρωτοβουλιών στις καθημερινές δραστηριότητες και εργασία, κοινωνική ανεπάρκεια, και ανικανότητα εμπλοκής σε ευχάριστες δραστηριότητες. Αυτά μπορούν να προκαλέσουν συνεχιζόμενη ανικανότητα και κακή ποιότητα ζωής. Προκαλούν επίσης μεγάλο βάρος στις οικογένειες (Pai & Karur 1982). Έχει επανειλημμένως βρεθεί ότι η σχιζοφρένεια ακολουθεί λιγότερο σοβαρή πορεία στις αναπτυσσόμενες χώρες (Kulhara & Wig 1978; Thara & Eaton 1996). Για παράδειγμα, σε μια από τις διεθνείς μελέτες με στοιχεία από διάφορες περιοχές, το ποσοστό των ασθενών με πλήρη ύφεση στα 2 έτη ήταν 63% στις αναπτυσσόμενες χώρες, ενώ ήταν μόλις 37% στις αναπτυγμένες (Jablensky et al. 1992). Αν και έχει επιχειρηθεί η ερμηνεία αυτής της καλύτερης πρόγνωσης ως βασισμένη στην ισχυρότερη οικογενειακή υποστήριξη και στις λιγότερες πιέσεις που δέχονται οι ασθενείς, ο ακριβής λόγος των διαφορών δεν είναι απόλυτα σαφής.

Ένας σημαντικός αριθμός ατόμων με σχιζοφρένεια, αποπειρώνται να αυτοκτονήσουν κάποια στιγμή κατά τη διάρκεια της αρρώστιας τους. Μία πρόσφατη μελέτη έδειξε, ότι το 30% των ασθενών με διαγνωσμένη σχιζοφρένεια είχαν αποπειραθεί να αυτοκτονήσουν, τουλάχιστον μια φορά στη ζωή τους (Radomsky et al. 1999). Περίπου το 10% αυτοκτονούν (Caldwell & Gottesman 1990). Παγκοσμίως, η σχιζοφρένεια μειώνει το προσδόκιμο επιβίωσης του ασθενούς 10 έτη κατά μέσο όρο.

ΕΠΙΛΗΨΙΑ

Η επιληψία είναι η κοινότερη νευρολογική διαταραχή στο γενικό πληθυσμό. Χαρακτηρίζεται από υποτροπιάζουσες κρίσεις, που προκαλούνται από ξαφνική υπερβολική

ηλεκτρική δραστηριότητα σε μέρος ή όλο τον εγκέφαλο. Η πλειονότητα των ατόμων με επιληψία δεν έχουν εμφανή δομική ανωμαλία στον εγκέφαλο, εκτός από τις ηλεκτρικές εκφορτίσεις. Όμως, ένα ποσοστό ατόμων με αυτή την διαταραχή μπορεί να έχει συνοδό εγκεφαλική βλάβη, η οποία μπορεί να προκαλεί άλλες σωματικές δυσλειτουργίες, όπως σπαστικότητα ή νοητική καθυστέρηση.

Τα αίτια της επιληψίας συμπεριλαμβάνουν: γενετική προδιάθεση, εγκεφαλική βλάβη λόγω επιπλοκών κατά τον τοκετό, λοιμώδη και παρασιτικά νοσήματα, κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, τοξική δράση και όγκους. Η κυστική κώση, η σχιστοσωμίαση, η τοξοπλάσμωση, η ελονοσία και η φυματιώδης και ιογενής εγκεφαλίτις είναι μερικά από τα λοιμώδη αίτια της επιληψίας στις αναπτυσσόμενες χώρες (Senanayake & Roman 1993). Η συχνότητα των επιληπτικών κρίσεων ποικίλει από μερικές κάθε μέρα έως μία φορά κάθε λίγους μήνες. Η εκδήλωση της επιληψίας εξαρτάται από τις περιοχές του εγκεφάλου που εμπλέκονται. Συνήθως, το άτομο υφίσταται ξαφνικά απώλεια συνείδησης και μπορεί να κάνει σπασμωδικές κινήσεις. Μπορεί να τραυματιστεί από πτώση κατά τη διάρκεια της κρίσης.

Η GBD 2000 υπολογίζει ότι περίπου 37 εκατομμύρια άτομα παγκόσμια υποφέρουν από πρωτοπαθή επιληψία. Όταν προστεθεί η επιληψία που προκαλείται από άλλες ασθένειες ή ατύχημα, ο συνολικός αριθμός των πασχόντων ανεβαίνει στα 50 εκατομμύρια. Υπολογίζεται ότι άνω του 80% αυτών, ζουν στις αναπτυσσόμενες χώρες.

Η επιληψία προκαλεί σημαντική επιβάρυνση στις κοινότητες, ιδιαίτερα στις αναπτυσσόμενες χώρες, όπου μπορεί να παραμένει εν πολλοίς αθεράπευτη. Η GBD 2000 υπολογίζει τη συνολική επιβάρυνση που προκαλείται από την επιληψία, στο 0,5% της παγκόσμιας επιβάρυνσης από νόσους. Εκτός από την σωματική και ψυχική ανικανότητα, η επιληψία έχει επιπρόσθετα σοβαρά ψυχοκοινωνικά επακόλουθα, που βαρύνουν το άτομο και την οικογένεια. Το στίγμα που ακολουθεί την επιληψία εμποδίζει αυτά τα άτομα να συμμετέχουν σε ομαλές δραστηριότητες, συμπεριλαμβανομένης της εκπαίδευσης, του γάμου, της εργασίας και των σπορ.

Η επιληψία τυπικά εμφανίζεται κατά την παιδική ηλικία και μπορεί, ενίοτε, να έχει χρόνια πορεία. Το ποσοστό αυτόματης ίασης είναι σημαντικό και πολλοί από αυτούς που έχουν διαγνωστεί ως έχοντες επιληψία, είναι ελεύθεροι συμπτωμάτων μετά τριετία.

ΝΟΣΟΣ ALZHEIMER

Η νόσος Alzheimer είναι μια εκφυλιστική νόσος του εγκεφάλου. Η άνοια της νόσου Alzheimer κατατάσσεται ως ψυχική και συμπεριφορική διαταραχή στο ICD-10. Χαρακτηρίζεται από προοδευτική έκπτωση των νοητικών λειτουργιών, όπως μνήμης, σκέψης, αντίληψης, ικανότητας για υπολογισμούς, γλώσσας, ικανότητας μάθησης και κρίσης. Η άνοια διαγιγνώσκεται, όταν η έκπτωση φθάνει σε σημείο, ώστε να βλάπτονται οι προσωπικές καθημερινές δραστηριότητες. Η νόσος Alzheimer έχει σταδιακή έναρξη, με βραδεία επιδείνωση. Αυτή η ασθένεια πρέπει να διαφοροποιηθεί σαφώς από την φυσιολογική έκπτωση των νοητικών λειτουργιών λόγω ηλικίας. Η φυσιολογική έκπτωση είναι πολύ μικρότερη, πολύ πιο σταδιακή και προκαλεί μικρότερη αναπηρία. Η νόσος Alzheimer συχνά αρχίζει μετά τα 65 έτη, αλλά ενίοτε και νωρίτερα. Στις μεγαλύτερες ηλικίες, η επίπτωση αυξάνεται ταχέως (αδρά, διπλασιάζεται κάθε 5 έτη). Αυτό έχει προφανή επακόλουθα ως προς τον συνολικό αριθμό των ατόμων με αυτή τη διαταραχή, καθώς το προσδόκιμο ζωής του πληθυσμού μεγαλώνει.

Η επίπτωση και ο επιπολασμός της νόσου Alzheimer έχουν μελετηθεί πολύ. Τα δείγματα πληθυσμού συνήθως αποτελούνται από ανθρώπους άνω των 65 ετών, αν και μερικές μελέτες συμπεριέλαβαν νεώτερους πληθυσμούς, ιδίως σε χώρες όπου το προσδόκιμο ζωής είναι μικρότερο (π. χ. στην Ινδία). Το μεγάλο εύρος του επιπολασμού (1-5%), εν μέρει εξηγείται από τις διάφορες ηλικίες των δειγμάτων και τα διαγνωστικά κριτήρια. Στην GBD 2000, η άνοια Alzheimer και οι άλλες άνοιες έχουν γενικό επιπολασμό μινός 0,6%. Η συχνότητα μεταξύ των μεγαλύτερων των 60 ετών είναι περίπου 5% για τους άντρες και 6%

για τις γυναίκες. Δεν υπάρχουν στοιχεία που να δείχνουν διαφορά επίπτωσης λόγω φύλου, αλλά υπάρχουν περισσότερες γυναίκες με τη νόσο Alzheimer, διότι είναι μακροβιότερες.

Το ακριβές αίτιο της νόσου Alzheimer παραμένει άγνωστο, αν και έχει προταθεί ένας αριθμός παραγόντων. Αυτοί, περιλαμβάνουν διαταραχές του μεταβολισμού και ρύθμισης της πρόδρομης πρωτεΐνης του αμυλοειδούς, άλλων πρωτεϊνών που ανευρίσκονται στις αλλοιώσεις που προκαλεί στον εγκέφαλο η άνοια, καθώς και διαταραχές του μεταβολισμού του ψευδαργύρου και αργιλίου (Drouet et al. 2000, Cuajungco & Lees 1997).

Η GBD 2000, υπολογίζει τα DALYs που οφείλονται σε άνοιες στο 0,84% και τα έτη-ζωής με ανικανότητα στο 2,0%. Λόγω των γηρασκόντων πληθυσμών, ιδίως στις εκβιομηχανισμένες περιφέρειες, αυτό το ποσοστό είναι πιθανόν να αυξηθεί ταχέως τα επόμενα 20 έτη.

Το κόστος της νόσου Alzheimer είναι ήδη μεγάλο για την κοινωνία (Rice et al. 1993), και θα συνεχίσει να αυξάνεται (Brookmeyer & Gray 2000). Το άμεσο και συνολικό κόστος της διαταραχής στις ΗΠΑ για το έτος 2000 υπολογίστηκε στα 536 εκατομμύρια και 1,75 δισεκατομμύρια δολάρια αντιστοίχως.

ΝΟΗΤΙΚΗ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗ

Η νοητική καθυστέρηση είναι μια κατάσταση διακοπής της ανάπτυξης, ή ατελούς ανάπτυξης των νοητικών ικανοτήτων, η οποία χαρακτηρίζεται από έκπτωση των δεξιοτήτων και της νοημοσύνης, σε πεδία όπως των γνωστικών λειτουργιών, της γλωσσικής ικανότητας και των κινητικών και κοινωνικών δεξιοτήτων. Μπορεί να υπάρχει μόνη της, ή και με άλλες σωματικές και ψυχικές διαταραχές. Αν και το μειωμένο επίπεδο νοητικής λειτουργίας είναι το χαρακτηριστικό αυτής της διαταραχής, η διάγνωση τίθεται μόνο εάν συνυπάρχει μειωμένη ικανότητα προσαρμογής στις καθημερινές απαιτήσεις του ομαλού κοινωνικού περιβάλλοντος. Η νοητική καθυστέρηση μπορεί να είναι ελαφριά (Νοητικό Πηλίκο 50-69), μέτρια (Νοητικό Πηλίκο 35-49), σοβαρή (Νοητικό Πηλίκο 20-34), και βαριά (Νοητικό Πηλίκο κάτω του 20).

Η εκτίμηση του επιπολασμού ποικίλλει σημαντικά, λόγω διαφορετικών διαγνωστικών κριτηρίων και μεθόδων που χρησιμοποιούνται στην έρευνα, καθώς και στις ηλικιακές διαφορές των δειγμάτων. Ο γενικός επιπολασμός της νοητικής καθυστέρησης πιστεύεται ότι είναι μεταξύ 1% και 3%, με το ποσοστό της μέτριας, σοβαρής και βαριάς καθυστέρησης στο 0,3%. Είναι συχνότερη στις αναπτυσσόμενες χώρες, λόγω των υψηλότερων πιθανοτήτων τραυματισμού και ανοξίας κατά τον τοκετό, και εγκεφαλικών μολύνσεων κατά την νηπιακή ηλικία. Ένα σύννηθες αίτιο νοητικής καθυστέρησης είναι η ενδημική ανεπάρκεια του ιωδίου, που οδηγεί σε κρετινισμό (Sankar et al. 1998). Η ανεπάρκεια του ιωδίου, η οποία μπορεί να προληφθεί, αποτελεί το κύριο αίτιο εγκεφαλικής βλάβης και νοητικής καθυστέρησης παγκοσμίως (Delange 2000).

Η νοητική καθυστέρηση επιβαρύνει ιδιαίτερα τους πάσχοντες και τις οικογένειές τους. Η πιο σοβαρή απαιτεί βοήθεια στην καθημερινότητα και στην αυτοεξυπηρέτηση. Δεν υπάρχουν εκτιμήσεις της συνολικής επιβάρυνσης που προκαλείται, αλλά τα στοιχεία δείχνουν ότι είναι υπολογίσιμο και ότι στις περισσότερες περιπτώσεις συνεχίζεται δια βίου.

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΚΑΙ ΕΦΗΒΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

Αντίθετα απ' ό,τι πιστεύει ο κόσμος, οι ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές είναι κοινές κατά την παιδική και εφηβική ηλικία. Δεν δίδεται αρκετή προσοχή σε αυτή την περιοχή της ψυχικής υγείας. Σε μια πρόσφατη έκθεση, ο Γενικός Αρχίατρος της Διεύθυνσης Υγείας των ΗΠΑ (The Surgeon General of the United States) (DHHS 2001) έχει αναφέρει, ότι οι ΗΠΑ αντιμετωπίζουν κρίση όσο αφορά την ψυχική υγεία των νηπίων, παιδιών και εφήβων. Κατά την έκθεση, ένας στους δέκα νέους ανθρώπους

υποφέρει από κάποια ψυχική ασθένεια που να προκαλεί κάποιον βαθμό λειτουργικής έκπτωσης, αλλά ούτε ένας στους πέντε δεν λαμβάνει την απαιτούμενη θεραπεία. Σε μεγάλο μέρος του αναπτυσσόμενου κόσμου, η κατάσταση είναι, κατά πάσα πιθανότητα, ακόμα χειρότερη.

Το ICD-10 προσδιορίζει δύο ευρείες κατηγορίες που αναφέρονται ειδικά στην παιδική και εφηβική ηλικία: διαταραχές της ψυχολογικής ανάπτυξης και συμπεριφορικές και συναισθηματικές διαταραχές. Οι πρώτες χαρακτηρίζονται από ατέλειες ή καθυστέρηση στην ανάπτυξη ειδικών λειτουργιών όπως του λόγου και της γλώσσας (δυσλεξίες), ή συνολικά της ανάπτυξης (π.χ. αυτισμός). Η πορεία αυτών των διαταραχών είναι σταθερή, χωρίς ύφεση ή υποτροπές, αν και οι περισσότερες τείνουν να βελτιώνονται με την πάροδο του χρόνου. Η ευρεία ομάδα των δυσλεξιών είναι διαταραχές στην ανάγνωση και τη γραφή. Ο επιπολασμός τους είναι ακόμα αβέβαιος, αλλά ίσως είναι γύρω στο 4% του σχολικού πληθυσμού (Spragna et al. 2000). Στη δεύτερη κατηγορία, τις συμπεριφορικές και συναισθηματικές διαταραχές, συμπεριλαμβάνονται οι υπερκινητικές διαταραχές (στο ICD-10), οι διαταραχές της ελλειμματικής προσοχής και υπερδραστηριότητας (στο DSM-IV, APA 1994), οι διαταραχές διαγωγής και οι διαταραχές της συμπεριφοράς και του συναισθήματος της παιδικής ηλικίας. Επιπροσθέτως, πολλές διαταραχές που είναι συννηθέστερες μεταξύ ενήλικων μπορεί να αρχίζουν κατά την παιδική ηλικία. Παράδειγμα είναι η κατάθλιψη, η οποία όλο και περισσότερο διαγιγνώσκεται στα παιδιά.

Ο γενικός επιπολασμός των ψυχικών και συμπεριφορικών διαταραχών στα παιδιά, έχει γίνει αντικείμενο αρκετών μελετών σε αναπτυγμένες και αναπτυσσόμενες χώρες. Τα αποτελέσματα επιλεγμένων μελετών δίδονται περιληπτικά στον πίνακα 2.2. Αν και ο επιπολασμός ποικίλλει σημαντικά μεταξύ των ερευνών, φαίνεται ότι το 10-20% του συνόλου των παιδιών έχουν ένα ή περισσότερα ψυχικά και συμπεριφορικά προβλήματα. Μια σημείωση θα πρέπει να γίνει ώστε να μην παρερμηνευθούν αυτές οι υψηλές εκτιμήσεις νοσηρότητας μεταξύ παιδιών και εφήβων. Σε αυτές τις ηλικίες συντελείται η ανάπτυξη και έτσι πολλές φορές είναι δύσκολο να καθοριστούν τα όρια μεταξύ φαινομένων που είναι μέρος της φυσιολογικής ανάπτυξης και των διαταραχών. Επίσης, πολλές μελέτες έκαναν χρήση ερωτηματολογίων για την συμπεριφορά, τα οποία συμπλήρωναν γονείς και δάσκαλοι, ώστε να ανιχνευθούν οι ασθένειες. Αυτές οι πληροφορίες, αν και χρήσιμες ώστε να αναγνωρισθούν περιπτώσεις οι οποίες χρήζουν ιδιαίτερης προσοχής, δεν καταλήγουν πάντα σε μια τελική διάγνωση.

Οι ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές της παιδικής και εφηβικής ηλικίας επιβαρύνουν πολύ την κοινωνία και με ανθρώπινους και με οικονομικούς όρους. Το σύνολο της επιβάρυνσης από αυτά τα νοσήματα δεν έχει υπολογιστεί, πράγμα που θα ήταν δύσκολο να γίνει, αφού πολλές από αυτές τις διαταραχές μπορεί να είναι πρόδρομοι άλλων, πολύ σοβαρότερων αργότερα.

Πίνακας 2.2: Επιπολασμός ψυχικών διαταραχών της παιδικής και εφηβικής περιόδου - επιλεγμένες μελέτες

Χώρα	Ηλικία (έτη)	Συχνότητα (%)
Αιθιοπία ¹	1-15	17,7
Γερμανία ²	12-15	20,7
Ινδία ³	1-16	12,8
Ιαπωνία ⁴	12-15	15,0
Ισπανία ⁵	8,11,15	21,7
Ελβετία ⁶	1-15	22,5
ΗΠΑ ⁷	1-15	21,0

¹ Tadesse B et al. (1999). Childhood behavioural disorders in Ambo district, Western Ethiopia: I. Prevalence estimates. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100 (Suppl): 92-97.

² Weyerer S et al. (1988). Prevalence and treatment of psychiatric disorders in 3-14 year-old children: results of a representative field study in the small rural town region of Traunstein, Upper Bavaria. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 77: 290-296.

³ Indian Council of Medical Research (2001). *Epidemiological study of child and adolescent psychiatric disorders in urban and rural areas*. New Delhi, ICMR (unpublished data).

⁴ Morita H et al. (1993). Psychiatric disorders in secondary school children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34: 317-332.

⁵ Gomez - Beneyto M et al. (1994). Prevalence of mental disorders among children in Valencia, Spain. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89: 352-357.

⁶ Steinhausen HC et al. (1998). Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders: the Zurich Epidemiological Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98: 262-271.

⁷ Shaffer D et al. (1996). The NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children version 2.3 (DISC- 2.3): description acceptability, prevalence rates, and performance in the MECA study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35: 865-877.

ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ

Είναι σύνθηες να συνυπάρχουν δύο ή περισσότερες ψυχικές διαταραχές σε ένα άτομο. Αυτό προσομοιάζει στις σωματικές διαταραχές, όπου επίσης η συχνότητα συνύπαρξης περισσότερων διαταραχών είναι μεγαλύτερη από την τυχαίως αναμενόμενη. Στις προχωρημένες ηλικίες είναι ακόμα συνηθέστερο, οπότε ένας αριθμός σωματικών και ψυχικών διαταραχών συνυπάρχουν. Τα προβλήματα σωματικής υγείας δεν συμβαδίζουν απλώς με ψυχικές διαταραχές όπως η κατάθλιψη, αλλά μπορεί να συσχετίζονται με την έναρξη και επιμονή της κατάθλιψης (Geerlings et al. 2000)).

Μία από τις μεθοδολογικά έγκυρες μελέτες που έγινε στις ΗΠΑ (Kessler et al. 1994) σε αντιπροσωπευτικό δείγμα του πληθυσμού της χώρας, έδειξε ότι υπήρχε συννοσηρότητα στο 79% των πασχόντων. Με άλλα λόγια, μόνο το 21% των ασθενών είχε μία και μόνη ψυχική διαταραχή. Περισσότερες από τις μισές διαταραχές κατά την διάρκεια της ζωής, αφορούσαν το 14% μόνο του πληθυσμού. Παρόμοια ευρήματα υπάρχουν σε μελέτες για άλλες χώρες, αν και δεν υπάρχουν πολλά στοιχεία για τις αναπτυσσόμενες χώρες.

Το άγχος και οι καταθλιπτικές διαταραχές συχνά συνυπάρχουν. Αυτή η συννοσηρότητα ανευρίσκεται σε πάνω από τα μισά άτομα που έχουν αυτές τις διαταραχές (Zimmerman et al. 2000). Μία άλλη κοινή κατάσταση, είναι η παρουσία ψυχικών διαταραχών που σχετίζονται με χρήση ουσιών και την εξάρτηση. Μεταξύ αυτών που καταφεύγουν στις υπηρεσίες λόγω χρήσης οινόπνευματος και ναρκωτικών, το 30% έως το 90% έχουν διπλή διαταραχή (Gossop et al. 1998). Το ποσοστό διαταραχών λόγω χρήσης οινόπνευματος είναι επίσης υψηλό μεταξύ αυτών που προσφεύγουν στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας (65% κατά τον Rachliesel et al. 1999). Οι διαταραχές λόγω χρήσης οινόπνευματος είναι επίσης συνήθειες (12-50%) μεταξύ ατόμων με σχιζοφρένεια.

Η ύπαρξη σημαντικής συννοσηρότητας έχει σοβαρά επακόλουθα όσον αφορά την διάγνωση, θεραπεία και αποκάτασταση των πασχόντων. Αυξάνει επίσης αναλόγως ο βαθμός ανικανότητας των πασχόντων ατόμων και οι επιπτώσεις στην οικογένεια.

ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ

Η αυτοκτονία είναι το αποτέλεσμα μιας εκούσιας αυτοκαταστροφικής πράξης που την εκτελεί ένα άτομο το οποίο συνειδητοποιεί και γνωρίζει πλήρως την θανάσιμη κατάληξη της. Η αυτοκτονία είναι τώρα ένα μείζον πρόβλημα δημόσιας υγείας. Στον μέσο όρο 53 χωρών, για τις οποίες έχουμε πλήρη δεδομένα, ο προτυπωμένος κατά ηλικία δείκτης αυτοκτονιών ήταν 15,1 ανά 100.000 το 1996. Ο δείκτης στους άντρες ήταν 24,0 ανά 100.000 και στις γυναίκες 6,8 ανά 100.000. Οι αυτοκτονικοί δείκτες είναι σχεδόν παντού υψηλότεροι μεταξύ αντρών σε σύγκριση με τις γυναίκες, κατά μια συνολική σχέση 3,5 προς 1.

Τα τελευταία 30 έτη, σε 39 χώρες απ' όπου έχουμε πλήρη στοιχεία για την περίοδο 1970-1996, τα ποσοστά φαίνεται να έχουν παραμείνει αρκετά σταθερά, αλλά τα σημερινά συνολικά ποσοστά κρύβουν σημαντικές διαφορές όσον αφορά τα φύλα, τις ηλικιακές ομάδες, τη γεωγραφική κατανομή και τις μακροπρόθεσμες τάσεις.

Γεωγραφικά, οι μεταβολές των δεικτών αυτοκτονίας ποικίλλουν σημαντικά. Οι τάσεις στις πολυπληθείς χώρες του κόσμου – με πληθυσμό άνω των 100 εκατομμυρίων – είναι πιθανότερο να δίνουν έγκυρα στοιχεία για την θνησιμότητα από αυτοκτονία. Υπάρχουν στοιχεία για επτά από τις έντεκα αυτές χώρες, για τα τελευταία 15 έτη. Οι τάσεις κυμαίνονται από σχεδόν 62% αύξηση στο Μεξικό μέχρι 17% μείωση στην Κίνα, και με τις ΗΠΑ και τη Ρωσική Ομοσπονδία να κινούνται αντίθετα με 5,3% η κάθε μία, όπως βλέπουμε στο σχήμα 2.4. Δύο σχόλια είναι αναγκαία: πρώτον, μόνο το μέγεθος των πληθυσμών τους, τοποθετεί αυτές τις χώρες στην ίδια κατηγορία, αφού κατά τα άλλα διαφέρουν πολύ. Δεύτερον, το μέγεθος των αλλαγών δεν αντικατοπτρίζει το πραγματικό μέγεθος των ποσοστών σε αυτές τις χώρες. Τα ποσοστά για το πιο πρόσφατο έτος που έχουμε δεδομένα κυμαίνονται από 3,4 ανά 100.000 στο Μεξικό στο 14,0 ανά 100.000 στην Κίνα και 34,0 ανά 100.000 στη Ρωσική Ομοσπονδία.

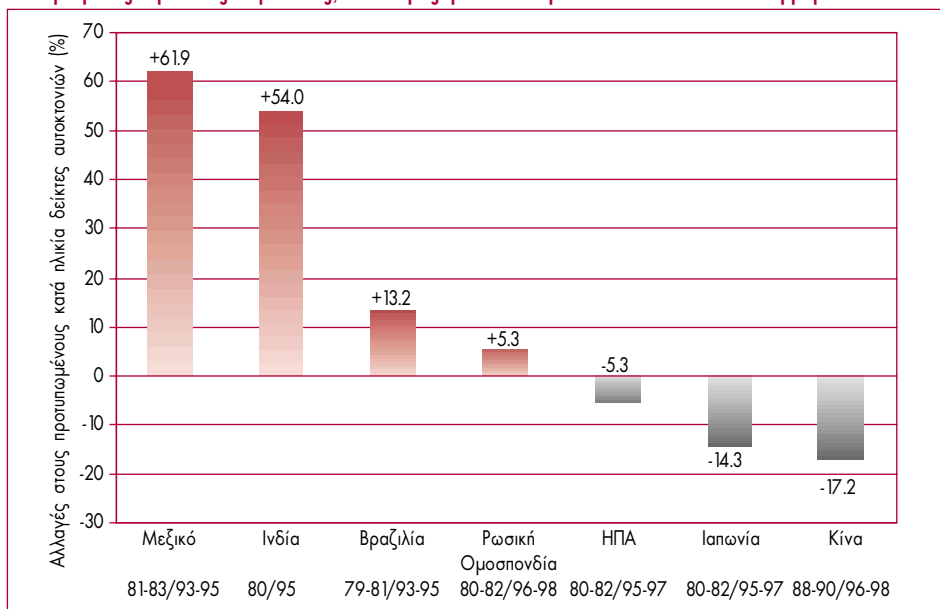
Είναι πολύ δύσκολο, αν όχι αδύνατο, να βρεθεί κοινή εξήγηση για αυτές τις αποκλίσεις. Οι κοινωνικοοικονομικές αλλαγές (προς οποιαδήποτε κατεύθυνση), συχνά προτείνονται ως παράγον που συμβάλλει στην αύξηση των αυτοκτονιών. Αυτό έχει επανειλημμένως δείξει, όμως έχουν παρατηρηθεί αυξήσεις σε περιόδους σταθερότητας, όπως και σταθερά ποσοστά σε περιόδους μεγάλων κοινωνικοοικονομικών αλλαγών. Εντούτοις, αυτά τα συνολικά νούμερα μπορεί να κρύβουν σημαντικές διαφορές ως προς τμήματα του πληθυσμού. Για παράδειγμα, αναλλοίωτα ποσοστά μπορεί να κρύβουν αύξηση ποσοστού στους άντρες και αντίστοιχη μείωση στις γυναίκες (όπως συνέβη, π. χ. στην Αυστραλία, Χιλή, Κούβα, Ιαπωνία και Ισπανία). Το ίδιο μπορεί να συμβεί και σε διαμετρικά αντίθετες ηλικιακές ομάδες, όπως οι έφηβοι και οι ηλικιωμένοι (π.χ. στη Νέα Ζηλανδία). Έχει δειχθεί ότι μια αύξηση στα ποσοστά ανεργίας συνήθως, αλλά όχι πάντα, συνοδεύεται από μείωση στα ποσοστά αυτοκτονιών του γενικού πληθυσμού (π.χ. στη Φινλανδία), αλλά από αύξηση στους ηλικιωμένους και στους συνταξιούχους (π.χ. στην Ελβετία).

Η κατανάλωση του οίονουεματος (π.χ. στα Βαλτικά κράτη και στη Ρωσική Ομοσπονδία) και η εύκολη πρόσβαση σε μερικές τοξικές ουσίες (π. χ. στην Κίνα, Ινδία και Σρι Λάνκα) και πυροβόλα όπλα (π. χ. στο Ελ Σαλβαντόρ και στις ΗΠΑ) φαίνεται να σχετίζεται θετικά με τα ποσοστά αυτοκτονιών σε όλες τις χώρες – εκβιομηχανισμένες και αναπτυσσόμενες- που έχουν ως τώρα μελετηθεί. Και πάλι, να σημειωθεί ότι τα συνολικά ποσοστά μπορεί να κρύβουν μείζονες διαφορές μεταξύ, ας πούμε, αγροτικών και αστικών περιοχών (π.χ. στην Κίνα και στο Ιράν).

Η αυτοκτονία είναι ένα από τα κύρια αίτια θανάτου μεταξύ των νεαρών ενηλίκων. Συγκαταλέγεται μεταξύ των τριών κυρίων αιτιών θανάτου στον πληθυσμό ηλικίας 15-34. Όπως απεικονίζεται σε δύο παραδείγματα στο Σχήμα 2.5, η αυτοκτονία επικρατεί στην ηλικιακή ομάδα 15-34 όπου είναι η πρώτη ή δεύτερη αιτία θανάτου και για τα δύο φύλα. Αυτό αντιπροσωπεύει για την κοινωνία μαζική απώλεια νέων ανθρώπων στην παραγωγική τους ηλικία. Δεδομένα για τις απόπειρες αυτοκτονίας είναι διαθέσιμα από λίγες χώρες. Δείχνουν ότι οι απόπειρες φτάνουν να είναι έως 20 φορές περισσότερες από τις αυτοκτονίες.

Σε αυτοτραυματισμούς, συμπεριλαμβανομένων των αυτοκτονιών, οφείλονται 814.000 θάνατοι το 2000. Ευθύνονταν για το 1,3 όλων των DALYs σύμφωνα με την GBD 2000.

Σχήμα 2.4 Αλλαγές στους προτυπωμένους κατά ηλικία δείκτες αυτοκτονίας σε ορισμένες χρονικές περιόδους, σε χώρες με πληθυσμό άνω των 100 εκατομμυρίων.



Σχήμα 2.5 Η αυτοκτονία ως κύρια αιτία θανάτου, επιλεγμένες χώρες της Ευρωπαϊκής περιφέρειας και της Κίνας. 15 - 34 ετών. 1998.

Ευρώπη (επιλεγμένες χώρες) ^α		
Και τα δύο φύλα	Άνδρες	Γυναίκες
1 Ατυχήματα στις μεταφορές	1 Ατυχήματα στις μεταφορές	1 Σύνολο Καρκίνων
2 Αυτοκτονίες	2 Αυτοκτονίες	2 Ατυχήματα στις μεταφορές
3 Σύνολο Καρκίνων	3 Σύνολο Καρκίνων	3 Αυτοκτονίες
Κίνα (επιλεγμένες περιοχές) ^β		
Και τα δύο φύλα (αγροτικές και αστικές περιοχές)	Άνδρες (αγροτικές περιοχές)	Γυναίκες (αγροτικές περιοχές)
1 Αυτοκτονίες	1 Τροχαία ατυχήματα	1 Αυτοκτονίες
2 Τροχαία ατυχήματα	2 Σύνολο Καρκίνων	2 Σύνολο Καρκίνων
3 Σύνολο Καρκίνων	3 Αυτοκτονίες	3 Σύνολο Καρδιαγγειακών παθήσεων

^α Αλβανία, Αυστρία, Βουλγαρία, Κροατία, Τσεχική δημοκρατία, Εσθονία, Φινλανδία, Γαλλία, Γερμανία, Ελλάδα, Ουγγαρία, Ισραήλ, Ιταλία, Καζακστάν, Λετονία, Λιθουανία, Λουξεμβούργο, FYROM, Μάλτα, Ολλανδία, Νορβηγία, Πορτογαλία, Δημοκρατία της Μολδαβίας, Ρουμανία, Σλοβακία, Σλοβενία, Ισπανία, Ηνωμένο Βασίλειο.

^β Cause of death statistics and vital rates, civil registration systems and alternative sources of information. *World Health Statistics Annual 1993*, Geneva, WHO, 1994 (Section A/B: China 11-17)

Η πιο κοινή ψυχική διαταραχή που οδηγεί σε αυτοκτονία είναι η κατάθλιψη, αν και τα ποσοστά είναι υψηλά και στη σχιζοφρένεια. Επιπλέον, η αυτοκτονία συχνά σχετίζεται με χρήση ουσιών – είτε από το πρόσωπο που αυτοκτονεί είτε από την οικογένειά του. Το μεγαλύτερο ποσοστό αυτοκτονιών σε μερικές χώρες της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης έχει πρόσφατα αποδοθεί στην κατανάλωση οιονοπνεύματος (Rossow 2000).

Είναι ευρέως γνωστό, ότι η διαθεσιμότητα των μέσων για να αυτοκτονήσει κανείς, έχει μεγάλη σχέση με τον αριθμό των αυτοκτονιών. Αυτό το γεγονός έχει μελετηθεί καλύτερα ως προς την διαθεσιμότητα πυροβόλων όπλων, και το εύρημα είναι, ότι υπάρχει μεγάλη θνησιμότητα λόγω αυτοκτονίας μεταξύ εκείνων που αγόρασαν όπλα και σε μικρό χρονικό διάστημα από την αγορά τους (Wintemute et al. 1999). Το 54% των θανάτων από τραύμα πυροβόλων όπλων στις ΗΠΑ το 1997 οφειλόταν σε αυτοκτονία (Rosenberg et al. 1999).

Η ακριβής εξήγηση της διαφοροποίησης των ποσοστών αυτοκτονιών, πρέπει πάντοτε να διερευνάται ως προς τις τοπικές παραμέτρους. Υπάρχει επιτακτική ανάγκη επιδημιολογικής παρακολούθησης και κατάλληλης τοπικής έρευνας, για την καλύτερη κατανόηση αυτού του μείζονος προβλήματος της δημόσιας υγείας και για την βελτίωση της πρόληψης.

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΨΥΧΙΚΩΝ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

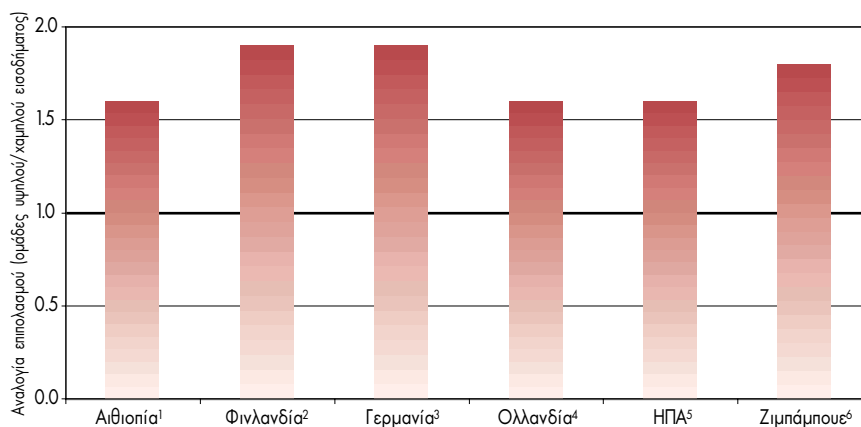
Ο επιπολασμός, η εκδήλωση και η πορεία των ψυχικών και συμπεριφορικών διαταραχών καθορίζεται από μία ποικιλία παραγόντων. Περιλαμβάνονται κοινωνικοί και οικονομικοί

παράγοντες, δημογραφικοί, όπως το φύλο και η ηλικία, σοβαρές απειλές, όπως συγκρούσεις και καταστροφές, η ύπαρξη σοβαρών σωματικών ασθενειών και το οικογενειακό περιβάλλον. Όλα περιγράφονται εδώ εν συντομία, ώστε να φανεί πώς επηρεάζουν την ψυχική υγεία.

ΦΤΩΧΕΙΑ

Η φτώχεια, και οι συνδεδεμένες με αυτήν καταστάσεις της ανεργίας, του χαμηλού επιπέδου εκπαίδευσης, της περιθωριοποίησης και της έλλειψης στέγης, δεν είναι μόνο ευρέως εξαπλωμένη στις φτωχές χώρες, αλλά επίσης μαστίζει μια αξιόλογη μειονότητα των πλουσίων χωρών. Δεδομένα διεθνών ερευνών στη Βραζιλία, Χιλή, Ινδία και Ζιμπάμπουε δείχνουν, ότι οι κοινές ψυχικές διαταραχές έχουν διπλάσια συχνότητα μεταξύ των φτωχών σε σχέση με τους πλούσιους (Patel et al. 1999). Στις ΗΠΑ, βρέθηκε ότι τα παιδιά των φτωχότερων οικογενειών κινδύνευαν από διαταραχές σε αναλογία 2: 1 ως προς τις συμπεριφορικές, και 3: 1 ως προς καταστάσεις συννοσηρότητας (Costello et al. 1996). Μία ανασκόπηση 15 μελετών, βρήκε ότι η μέση αναλογία του γενικού επιπολασμού των ψυχικών διαταραχών μεταξύ των χαμηλότερων και υψηλότερων κοινωνικοοικονομικών κατηγοριών ήταν 2,1: 1 για ένα έτος, και 1,4: 1 για όλη τη ζωή (Kohn et al. 1998). Παρόμοια αποτελέσματα έχουν αναφερθεί σε πρόσφατες μελέτες στη Βόρειο Αμερική, Λατινική Αμερική και Ευρώπη (WHO International Consortium of Psychiatric Epidemiology 2000). Το σχήμα 2.6 δείχνει ότι η κατάθλιψη είναι συχνότερη μεταξύ των φτωχών, σε σύγκριση με τους πλούσιους.

Σχήμα 2.6 Επιπολασμός της κατάθλιψης σε ομάδες χαμηλού και υψηλού εισοδήματος, επιλεγμένες χώρες.



¹ Awas M et al. (1999). Major mental disorders in Butajira, Southern Ethiopia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100 (Suppl 397): 56-64.

² Lindeman S et al. (2000). The 12-month prevalence and risk factors for major depressive episode in Finland: representative sample of 5993 adults. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102: 178-184.

³ Wittchen HU et al. (1998). Prevalence of mental disorders and psychological impairments in adolescents and young adults. *Psychological Medicine*, 28: 109-126.

⁴ Bijl RV et al. (1998). Prevalence of Psychiatric disorders in the general population: results of the Netherlands Mental health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33:587-595.

⁵ Kessler RC et al. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the national Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51: 8-19.

⁶ Abas MA, Broadhead JC (1997). Depression and anxiety among women in an urban setting in Zimbabwe. *Psychological Medicine*, 27: 59-71.

Σημείωση: Η οριζόντια έντονη γραμμή στο 1.0 υποδεικνύει το σημείο όπου η αναλογία του επιπολασμού της κατάθλιψης σε ομάδες χαμηλού εισοδήματος, είναι ίση με αυτή των ομάδων υψηλού εισοδήματος. Πάνω από αυτή τη γραμμή οι ομάδες με χαμηλό εισόδημα παρουσιάζουν υψηλότερο επιπολασμό της κατάθλιψης.

Υπάρχουν επίσης στοιχεία, ότι η πορεία των διαταραχών καθορίζεται από την κοινωνικοοικονομική θέση του ατόμου (Kessler et al. 1994; Saraceno & Barbui 1997). Αυτό μπορεί να είναι αποτέλεσμα μεταβλητών που σχετίζονται με τις υπηρεσίες, συμπεριλαμβανομένων των εμποδίων στην πρόσβαση των υπηρεσιών. Το χάσμα θεραπείας για τις περισσότερες ψυχικές διαταραχές είναι μεγάλο, αλλά για το φτωχό πληθυσμό είναι τεράστιο. Επιπλέον, οι φτωχοί συχνά κρύβουν προβλήματα ψυχικής υγείας που τους απασχολούν, όταν ζητούν θεραπεία για σωματικά προβλήματα, όπως φαίνεται στο Πλαίσιο 2.4.

Η σχέση μεταξύ ψυχικών και συμπεριφορικών διαταραχών, συμπεριλαμβανομένων όσων σχετίζονται με την κατανάλωση οινοπνεύματος, και της οικονομικής ανάπτυξης κοινοτήτων και χωρών δεν έχει ερευνηθεί συστηματικά. Φαίνεται όμως πιθανό, ότι ο φαύλος κύκλος φτώχειας και ψυχικών διαταραχών στο οικογενειακό επίπεδο (δες Σχήμα 1.4) λειτουργεί επίσης στο κοινοτικό και κρατικό επίπεδο.

ΦΥΛΟ

Έχει υπάρξει αυξημένο ενδιαφέρον στη μελέτη τού κατά πόσο το φύλο επηρεάζει τον επιπολασμό, την αιτιολογία και την πορεία των ψυχικών και συμπεριφορικών διαταραχών. Στους προηγούμενους αιώνες, παρατηρήθηκε μεγαλύτερο ποσοστό γυναικών μεταξύ των εγκλειστών σε άσυλα και άλλα θεραπευτικά ιδρύματα, αλλά δεν είναι σαφές εάν οι ψυχικές διαταραχές ήταν πράγματι συχνότερες στις γυναίκες, ή εάν, απλώς, οι γυναίκες οδηγούνταν εκεί συχνότερα προς θεραπεία.

Πρόσφατες μελέτες, μεθοδολογικά επαρκείς, που έγιναν σε κοινοτικό επίπεδο έχουν αποκαλύψει μερικές ενδιαφέρουσες διαφορές. Ο συνολικός επιπολασμός των ψυχικών και συμπεριφορικών διαταραχών δεν φαίνεται να διαφέρει μεταξύ ανδρών και γυναικών.

Πλαίσιο 2.4 Οι απόψεις των φτωχών για τις σωματικές και ψυχικές ασθένειες

Όταν ερωτώνται για την υγεία τους¹, οι φτωχοί αναφέρουν πολλούς και διάφορους τραυματισμούς και ασθένειες: σπασμένα μέλη, εγκαύματα, δηλητηριάσεις από χημικά και τη μόλυνση, διαβήτη, πνευμονία, βρογχίτιδα, φυματίωση, HIV/AIDS, άσθμα, διάρροια, τυφοειδή πυρετό, ελονοσία, παρασιτικές ασθένειες από μολυσμένο νερό, δερματικές μολύνσεις και άλλες ασθένειες. Συχνά αναφέρονται προβλήματα ψυχικής υγείας μαζί με τα σωματικά, και συχνά συζητιούνται ενοχλήματα που σχετίζονται με καταχρήσεις ουσιών και αλκοόλ. Οι ομάδες συζήτησης συχνά καταλήγουν ότι το άγχος, η κατάθλιψη, η έλλει-

ψη αυτοεκτίμησης και η αυτοκτονία είναι επακόλουθα της φτώχειας και της κακής υγείας. Ένα θέμα που συχνά εμφανίζεται είναι το άγχος του να μην μπορεί κανείς να βγάλει τα απαραίτητα για να ζήσει την οικογένειά του. Οι άνθρωποι συνδέουν πολλές μορφές ασθενειών με το άγχος και την αβεβαιότητα, αλλά συχνά ξεχωρίζουν τρεις, που αναφέρουν ιδιαίτερα: το HIV/AIDS, τον αλκοολισμό και τα ναρκωτικά.

Το HIV/AIDS έχει μεγάλη επίπτωση: στη Ζάμπια, μία ομάδα νέων θεώρησε την φτώχεια αιτία της πορνείας, του HIV/AIDS και, τελικά, του θανάτου. Συζητήσεις ομάδων στην Αργεντινή, Γκάνα, Τζα-

μαίκα, Ταϊλάνδη, Βιετνάμ και αρκετές άλλες χώρες, επίσης αναφέρουν το HIV/AIDS και σχετικές ασθένειες ως προβλήματα που επηρεάζουν τη δυνατότητα να κερδίζουν τα απαραίτητα και πιέζουν οικονομικά την ευρύτερη οικογένεια.

Οι άνθρωποι θεωρούν την χρήση ναρκωτικών και τον αλκοολισμό ως αιτίες βίας, ανασφάλειας και κλοπών, και θεωρούν τα χρήματα που ξοδεύονται για αλκοόλ και άλλες ουσίες, τη μέθη στους άνδρες και την οικογενειακή βία, ως σύνδρομα της φτώχειας. Πολλές ομάδες συζήτησης από παντού αναφέρουν προβλήματα κακομεταχείρισης γυναικών, όταν οι σύζυγοι επιστρέφουν μεθυ-

σμένοι και πολλές ομάδες καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η πόση μπίρας οδηγεί σε σεξουαλική αβουλοσύνη και ασθένειες. Ο αλκοολισμός είναι ιδιαίτερα συχνός στους άντρες. Οι φτωχοί στις αστικές, αλλά και στις αγροτικές περιοχές της Αφρικής, τον αναφέρουν συχνότερα από τα ναρκωτικά.

Η κατάχρηση φαρμακευτικών ουσιών αναφέρεται συχνά στις αστικές περιοχές, ιδιαίτερα στη Λατινική Αμερική, στην Ταϊλάνδη, και το Βιετνάμ καθώς και σε τμήματα της Βουλγαρίας, Κιργιστάν, Ουζμπεκιστάν και της Ρωσικής Ομοσπονδίας. Οι εξαρτημένοι από ναρκωτικά δυστυχούν, όπως και οι οικογένειές τους.

¹ Narayan D et al. (2000). *Voices of the poor, crying out for change*. New York, Oxford University Press for the World Bank.

Όμως, οι αγχώδεις και καταθλιπτικές διαταραχές είναι συχνότερες μεταξύ των γυναικών, ενώ οι διαταραχές λόγω χρήσης ουσιών και η διαταραχή αντικοινωνικής προσωπικότητας είναι συχνότερες μεταξύ των ανδρών (Gold 1998). Σχεδόν όλες οι μελέτες δείχνουν μεγαλύτερο επιπολασμό καταθλιπτικών και αγχώδων διαταραχών στις γυναίκες, με συνήθη αναλογία μεταξύ 1.5:1 και 2:1. Αυτό έχει βρεθεί όχι μόνο στις αναπτυγμένες, αλλά και σε έναν αριθμό αναπτυσσόμενων χωρών (Patel et al. 1999; Pearson 1995). Είναι ενδιαφέρον να παρατηρηθεί, ότι οι διαφορές στις αναλογίες λόγω φύλου, σχετίζονται πολύ με την ηλικία: οι μεγαλύτερες διαφορές υπάρχουν στους ενήλικους, ενώ δεν αναφέρεται διαφορά στην παιδική ηλικία και είναι μικρές στους ηλικιωμένους.

Έχουν προταθεί πολλοί λόγοι που εξηγούν τον μεγαλύτερο επιπολασμό καταθλιπτικών και αγχώδων διαταραχών μεταξύ των γυναικών. Βεβαίως, κάποιο ρόλο παίζουν γενετικοί και βιολογικοί παράγοντες, όπως δείχνει ιδιαίτερα η στενή χρονική σχέση του υψηλότερου επιπολασμού και της αναπαραγωγικής ηλικίας, η οποία ακολουθείται από ορμονικές αλλαγές. Έχουν μελετηθεί επαρκώς οι ορμονικές αλλαγές που συνοδεύουν τον καταμήνιο κύκλο και τον τοκετό. Η κατάθλιψη μάλιστα, που ακολουθεί τον τοκετό μπορεί να σηματοδοτεί την αρχή μίας υποτροπιάζουσας καταθλιπτικής διαταραχής. Οι ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες, όμως, είναι επίσης σημαντικοί όσον αφορά τις διαφορές ανδρών και γυναικών στις καταθλιπτικές και αγχώδεις διαταραχές.

Μπορεί να υπάρχουν περισσότεροι αγχογόνοι παράγοντες στη ζωή των γυναικών. Ο παραδοσιακός κοινωνικός ρόλος των γυναικών τις εκθέτει σε περισσότερα στρεσογόνα ερεθίσματα, αλλά και μειώνει την ικανότητά τους να απομακρύνουν τους παράγοντες αυτούς από το περιβάλλον τους.

Άλλος λόγος για τις διαφορές των φύλων ως προς τις κοινές ψυχικές διαταραχές, είναι η οικογενειακή και σεξουαλική βία στην οποία εκτίθενται οι γυναίκες. Η οικογενειακή βία υπάρχει σε όλο τον κόσμο και την υφίστανται κυρίως οι γυναίκες (WHO 2000b). Μία ανασκόπηση μελετών (WHO 1997a), βρήκε ότι υφίστανται οι γυναίκες τέτοια βία κάποτε στη ζωή τους σε ποσοστά μεταξύ 16 και 50%. Η σεξουαλική βία είναι επίσης συνήθης. Έχει υπολογιστεί ότι μία στις πέντε γυναίκες υφίσταται βιασμό, ή απόπειρα βιασμού, στη ζωή της. Αυτά τα τραυματικά γεγονότα έχουν ψυχολογικά επακόλουθα, και συνηθέστερα αγχώδεις και καταθλιπτικές διαταραχές. Μία πρόσφατη μελέτη στη Νικαράγουα, βρήκε ότι οι γυναίκες με συναισθηματικές διαταραχές ήταν έξι φορές περισσότερο πιθανό να αναφέρουν κακομεταχείριση από τους συζύγους τους, από ότι οι γυναίκες χωρίς τέτοιες διαταραχές (Ellsberg et al. 1999). Επίσης, γυναίκες που είχαν υποστεί κακομεταχείριση κατά τα δέκα προηγούμενα έτη, ήταν δέκα φορές πιθανότερο να έχουν συναισθηματικές διαταραχές, σε σχέση με εκείνες που δεν είχαν υποστεί κακομεταχείριση.

Μια μελέτη του ΠΟΥ (Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence) και μια μελέτη του διεθνούς δικτύου κλινικών επιδημιολόγων (INCLLEN 2001), η World Studies of Abuse in Family Environments (WorldSAFE), ερευνούν τη συχνότητα και τα επακόλουθα που έχει στη ζωή των γυναικών η βία που υφίστανται από τους συντρόφους τους. Η έρευνα γίνεται με διάφορα δείγματα πληθυσμού. Και στις δύο μελέτες, οι γυναίκες ερωτώνται εάν έχουν σκεφτεί ή αποπειραθεί να αυτοκτονήσουν. Τα προκαταρκτικά αποτελέσματα δείχνουν μία πολύ σημαντική σχέση μεταξύ αυτού του είδους της βίας και των αυτοκτονικών τάσεων (δες Πίνακα 2.3). Επιπλέον, οι ίδιες τάσεις βρέθηκαν όσον αφορά τη σεξουαλική βία μόνη της, ή και σε συνδυασμό με σωματική βία.

Σε αντίθεση με τις καταθλιπτικές και αγχώδεις διαταραχές, οι σοβαρές ψυχικές διαταραχές, όπως η σχιζοφρένεια και η διπολική συναισθηματική διαταραχή, δεν έχουν σαφή διαφορά στην επίπτωση ή τον επιπολασμό (Kessler et al. 1999). Η σχιζοφρένεια, όμως, φαίνεται να αρχίζει νωρίτερα, και να έχει χειρότερη πορεία στους άνδρες (Sartorius et al. 1986). Σχεδόν όλες οι μελέτες δείχνουν ότι οι διαταραχές λόγω χρήσης ουσιών και οι διαταραχές αντικοινωνικής προσωπικότητας είναι πολύ συχνότερες μεταξύ των ανδρών.

Η συννοσηρότητα είναι συχνότερη μεταξύ των γυναικών. Συνήθως, παίρνει τη μορφή

της ταυτόχρονης ύπαρξης καταθλιπτικών, αγχώδων και σωματόμορφων διαταραχών. Τα στοιχεία δείχνουν ότι οι γυναίκες αναφέρουν μεγαλύτερο αριθμό σωματικών και ψυχολογικών συμπτωμάτων από τους άνδρες.

Η συνταγογραφία δείχνει επίσης, ότι οι γυναίκες παίρνουν περισσότερα ψυχοτρόπα φάρμακα (δες σχήμα 1.5). Αυτά συμπεριλαμβάνουν αγχολυτικά, αντικαταθλιπτικά, ηρεμιστικά, υπνωτικά και αντιψυχωτικά φάρμακα.

Πίνακας 2.3 Σχέση μεταξύ οικογενειακής βίας και αυτοκτονικών τάσεων

% γυναικών που είχαν κάποτε στην ζωή τους σκέψεις να αυτοκτονήσουν (P < 0,001)								
Εμπειρία σωματικής βίας από σύντροφο	Βραζιλία ¹ (n=940)	Χιλή ² (n=422)	Αίγυπτος ² (n=631)	Ινδία ² (n=6327)	Ινδονησία ³ (n=765)	Φιλιππίνες ² (n=1001)	Περού ¹ (n=1088)	Ταϊλάνδη ¹ (n=2073)
Ποτέ	21	11	7	15	1	8	17	18
Κάποτε	48	36	61	64	11	28	40	41

¹ WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence (preliminary results, 2001). Geneva, WHO (unpublished document)

² International Network of Clinical Epidemiologists (INCLEN 2001). *World Studies of Abuse in Family Environments (WorldSAFE)*. MANILA, International Network of Clinical Epidemiologists. This survey questioned women about "severe physical violence"

³ Hakimi M et al. (2001). *Silence for the sake of harmony: domestic violence and women's health in Central Java*. Yogyakarta, Indonesia, Program for Appropriate Technology in Health.

Αυτή η μεγαλύτερη χρήση φαρμάκων, μπορεί εν μέρει να εξηγηθεί από τον μεγαλύτερο επιπολασμό κοινών ψυχικών διαταραχών και από την μεγαλύτερη συχνότητα με την οποία οι γυναίκες καταφεύγουν στις υπηρεσίες υγείας. Ένας σημαντικός παράγων, είναι πιθανά ο τρόπος που συνταγογραφούν οι ιατροί, οι οποίοι μπορεί να παίρνουν τον εύκολο δρόμο της συνταγής όταν αντιμετωπίζουν μία σύνθετη ψυχοκοινωνική κατάσταση που, στην ουσία, απαιτεί ψυχολογική παρέμβαση.

Ο μεγαλύτερος επιπολασμός διαταραχών λόγω χρήσης ουσιών και διαταραχών αντικοινωνικής προσωπικότητας στους άνδρες, είναι σταθερό εύρημα σε όλο τον κόσμο. Σε πολλά μέρη, όμως, οι διαταραχές λόγω χρήσης ουσιών αυξάνονται ταχέως μεταξύ των γυναικών.

Οι γυναίκες επίσης, φέρουν το βάρος της φροντίδας των ψυχικά άρρωστων μέσα στην οικογένεια. Αυτό γίνεται όλο και πιο σημαντικό, αφού όλο και περισσότερα άτομα με χρόνιες ψυχικές διαταραχές βρίσκουν φροντίδα στην κοινότητα.

Συνοπτικά, το φύλο σαφώς καθορίζει εν μέρει τις ψυχικές διαταραχές και αυτός ο παράγοντας πρέπει να κατανοηθεί και να ερευνηθεί καλύτερα, ώστε να εκτιμηθεί η γενική του επίπτωση.

ΗΛΙΚΙΑ

Η ηλικία είναι σημαντικός καθοριστικός παράγοντας των ψυχικών διαταραχών. Οι ψυχικές διαταραχές κατά την παιδική και εφηβική ηλικία έχουν περιγραφεί εν συντομία παραπάνω. Υψηλός επιπολασμός διαταραχών συναντάται επίσης και στην τρίτη ηλικία. Εκτός της νόσου Alzheimer, που συζητήθηκε πιο πριν, οι ηλικιωμένοι πάσχουν επίσης από έναν αριθμό άλλων ψυχικών και συμπεριφορικών διαταραχών. Εν γένει, ο επιπολα-

σμός μερικών διαταραχών τείνει να αυξάνεται με την ηλικία. Κύρια θέση μεταξύ αυτών κατέχει η κατάθλιψη. Αυτή είναι κοινή μεταξύ των ηλικιωμένων: οι μελέτες δείχνουν ότι πάσχουν από κατάθλιψη το 8-20% όσων βρίσκουν φροντίδα στην κοινότητα και το 37% όσων βρίσκουν φροντίδα στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Μία πρόσφατη μελέτη, σε δείγμα κοινότητας, ανθρώπων άνω των 65 ετών βρήκε κατάθλιψη στο 11,2% του πληθυσμού (Newman et al. 1998). Μία άλλη πρόσφατη μελέτη, βρήκε ότι ο επιπολασμός μινός ήταν 4,4% μεταξύ των γυναικών και 2,7% μεταξύ των ανδρών, αν και ο επιπολασμός ζωής ήταν 20,4% και 9,6% αντίστοιχα. Η κατάθλιψη είναι ακόμη συχνότερη μεταξύ των ηλικιωμένων με σωματικές αναπηρίες (Katona & Livingston 2000) με αποτέλεσμα μεγαλύτερη ανικανότητα στην ομάδα αυτή των ασθενών. Οι καταθλιπτικές διαταραχές μένουν αγνώστες μεταξύ των ηλικιωμένων ακόμη συχνότερα απ' ό,τι μεταξύ των νέων, διότι θεωρούνται, λανθασμένα, φυσικό επακόλουθο του γήρατος.

ΣΥΓΚΡΟΥΣΕΙΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΣΤΡΟΦΕΣ

Οι συγκρούσεις, συμπεριλαμβανομένων των πολέμων και των κοινωνικών αναταραχών, και οι καταστροφές επηρεάζουν μεγάλο αριθμό ατόμων και έχουν ως επακόλουθο ψυχικά προβλήματα. Υπολογίζεται ότι, παγκοσμίως, περίπου 50 εκατομμύρια άνθρωποι είναι πρόσφυγες ή έχουν εκτοπιστεί από τα σπίτια τους μέσα στην ίδια τους τη χώρα. Επιπροσθέτως, εκατομμύρια επηρεάζονται από φυσικές καταστροφές, όπως σεισμούς, πλημμύρες, τυφώνες και παρόμοια μεγάλης κλίμακας καταστροφικά φαινόμενα (IFRC 2000). Αυτές οι καταστάσεις βάζουν σε δοκιμασία την ψυχική υγεία των εμπλεκόμενων, οι πλείστοι των οποίων ζουν σε αναπτυσσόμενες χώρες, όπου οι δυνατότητες να αντιμετωπιστούν αυτά τα προβλήματα είναι άκρως περιορισμένες. Το ένα τρίτο έως το ήμισυ των εμπλεκόμενων, πάσχουν από ψυχολογικές διαταραχές. Η συχνότερη διάγνωση είναι η διαταραχή στρες μετά από ψυχοτραυματική εμπειρία (Post-traumatic stress disorder – PTSD), συχνά συνοδευόμενη από καταθλιπτικές ή αγχώδεις διαταραχές. Επιπλέον, τα περισσότερα άτομα αναφέρουν ψυχολογικά προβλήματα που δεν είναι τόσο σοβαρά ώστε να ονομαστούν διαταραχές. Η PTSD εμφανίζεται μετά από ένα αγχογόνο γεγονός εξαιρετικά απειλητικό ή καταστροφικό, και χαρακτηρίζεται από ενοχλητικές αναμνήσεις του στρεσογόνου παράγοντα, αποφυγή συνθηκών που συνδέονται με τον στρεσογόνο παράγοντα, διαταραχές του ύπνου, ευερεθιστότητα και θυμό, δυσκολία στη συγκέντρωση και υπερ-εγρήγορση. Ο επιπολασμός της PTSD στον πληθυσμό, σύμφωνα με την GBD 2000, είναι 0,37%. Η ειδική διάγνωση της PTSD αμφισβητείται, διότι θεωρείται πολιτισμικά εξαρτώμενη και διότι γίνεται πολύ συχνά. Η PTSD έχει μάλιστα θεωρηθεί ως διαγνωστική κατηγορία που έχει επιβληθεί βάσει κοινωνικοπολιτικών αναγκών (Summerfield 2001). Ακόμη και αν η καταλληλότητα αυτής της διάγνωσης είναι αβέβαιη, είναι γενικά αποδεκτό ότι η έκθεση σε σοβαρό τραύμα έχει επίπτωση στην ψυχική υγεία.

Μελέτες θυμάτων φυσικών καταστροφών έχουν επίσης δείξει υψηλά ποσοστά ψυχικών διαταραχών. Μία πρόσφατη μελέτη από την Κίνα βρήκε υψηλό ποσοστό ψυχολογικών συμπτωμάτων και κακή ποιότητα ζωής μεταξύ των επιζώντων από σεισμούς. Η μελέτη επίσης έδειξε, ότι η υποστήριξη μετά το καταστροφικό γεγονός είχε θετικά αποτελέσματα ως προς την βελτίωση της ευεξίας (Wang et al. 2000).

ΜΕΙΖΟΝΑ ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Η ύπαρξη σοβαρών σωματικών νοσημάτων επηρεάζει την ψυχική υγεία των ατόμων, αλλά και ολόκληρων οικογενειών. Οι περισσότερες ασθένειες που προκαλούν σοβαρή αναπηρία ή απειλούν τη ζωή, όπως ο καρκίνος στους άνδρες και τις γυναίκες, έχουν αυτή την επίδραση. Η περίπτωση του HIV/AIDS περιγράφεται εδώ χαρακτηριστικά.

Η λοίμωξη από HIV/AIDS εξαπλώνεται πολύ γρήγορα σε πολλά μέρη του κόσμου.

Στο τέλος του 2000, 36,1 εκατομμύρια άνθρωποι συνολικά ζούσαν με λοίμωξη από HIV/AIDS και 21,8 εκατομμύρια είχαν ήδη πεθάνει (UNAIDS 2000). Από τις 5,3 εκατομμύρια νέες μολύνσεις το 2000, η μία στις 10 ήταν παιδιών και σχεδόν οι μισές ήταν γυναικών. Σε 16 χώρες της Αφρικής νότια της Σαχάρας, το 10% του πληθυσμού που είναι σε αναπαραγωγική ηλικία, είναι μολυσμένο με HIV/AIDS. Η επιδημία του HIV/AIDS έχει μειώσει την οικονομική ανάπτυξη και το προσδόκιμο επιβίωσης μέχρι και 50% σε χώρες που έχουν πληγεί περισσότερο. Σε πολλές χώρες το HIV/AIDS θεωρείται τώρα απειλή για την εθνική ασφάλεια. Επειδή δεν υπάρχει ούτε θεραπεία, ούτε και εμβόλιο, η πρόληψη παραμένει η κύρια μέριμνά μας, ενώ η φροντίδα και η υποστήριξη των πασχόντων από HIV/AIDS είναι το κρίσιμο σημείο, όπου μπορούμε να παρέμβουμε.

Οι επιπτώσεις αυτής της επιδημίας στην ψυχική υγεία είναι σημαντικές. Ως επακόλουθο αυτής της μόλυνσης, ένα τμήμα ανθρώπων υποφέρει από ψυχολογικές επιπτώσεις (διαταραχές καθώς και άλλα προβλήματα). Οι επιπτώσεις του έντονου στιγματισμού και των διακρίσεων εναντίον ανθρώπων με HIV/AIDS, επίσης παίζουν βασικό ρόλο στο ψυχολογικό στρες. Οι διαταραχές ποικίλουν από αγχώδεις ή καταθλιπτικές διαταραχές, έως διαταραχές προσαρμογής (Maj et al.1994a). Διαταραχές των γνωστικών λειτουργιών επίσης είναι συχνές, εάν κανείς τις αναζητήσει (Maj et al.1994b, Starace et al. 1998). Επιπρόσθετα, τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας υφίστανται και αυτά τις επιπτώσεις του στίγματος και, αργότερα, των πρόωγων θανάτων των πασχόντων συγγενών τους. Οι ψυχολογικές συνέπειες που αντιμετωπίζουν μέλη οικογενειών που διαλύθηκαν, και παιδιά που ορφάνεψαν λόγω του HIV/AIDS, δεν έχουν μελετηθεί λεπτομερώς, αλλά είναι πιθανό να είναι σημαντικές.

Αυτές οι περίπλοκες καταστάσεις, όπου μια σωματική ασθένεια έχει ψυχολογικές συνέπειες σε ατομικό, οικογενειακό και κοινοτικό επίπεδο, απαιτούν λεπτομερή εκτίμηση, ώστε να καθορισθεί ο αντίκτυπος που έχουν στην ψυχική υγεία. Υπάρχει ανάγκη για περαιτέρω έρευνα στον τομέα αυτόν.

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΙ ΚΑΙ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Οι ψυχικές διαταραχές είναι βαθιά ριζωμένες στο κοινωνικό περιβάλλον του ανθρώπου. Μία ποικιλία κοινωνικών παραγόντων επηρεάζουν την έναρξη, την πορεία και την έκβαση των διαταραχών αυτών.

Στους ανθρώπους συμβαίνουν μία σειρά από γεγονότα στη ζωή τους – τόσο σημαντικά, όσο και λιγότερο καθοριστικά. Αυτά πιθανόν να είναι επιθυμητά (όπως μία προαγωγή στη δουλειά) ή αρνητικά (για παράδειγμα, μία απώλεια αγαπημένου προσώπου ή μία επαγγελματική αποτυχία). Έχει παρατηρηθεί ότι πριν την εκδήλωση μερικών ψυχικών διαταραχών υπάρχει μία συσσώρευση αρνητικών γεγονότων ζωής (Brown et al. 1972; Leff et al. 1987). Αν και τα αρνητικά γεγονότα κυριαρχούν πριν την εκδήλωση ή την επανεμφάνιση κυρίως των καταθλιπτικών διαταραχών, όλων των ειδών τα γεγονότα (αρνητικά και θετικά) συχνά προηγούνται της έναρξης άλλων ψυχικών διαταραχών. Οι μελέτες δείχνουν ότι όλα τα σημαντικά γεγονότα στη ζωή λειτουργούν ως στρεσογόνοι παράγοντες και, όταν το ένα έρχεται πάνω στο άλλο, προδιαθέτουν το άτομο σε ψυχικές διαταραχές. Αυτή η επίπτωση δεν περιορίζεται στις ψυχικές διαταραχές, διότι έχει επίσηςδειχθεί ότι είναι συνδεδεμένη με σωματικές ασθένειες, όπως για παράδειγμα το έμφραγμα του μυοκαρδίου.

Φυσικά, τα αρνητικά γεγονότα ζωής, είναι μόνο ένας από τους παράγοντες που συμβάλλουν (όπως η γενετική προδιάθεση, η προσωπικότητα και η ικανότητα να αντιμετωπίσουμε τις αντιξοότητες) στην εκδήλωση των διαταραχών.

Η σημασία της έρευνας σε σχέση με τα γεγονότα ζωής, έγκειται κυρίως στην επισήμανση ατόμων που διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο, επειδή δοκιμάζονται από σημαντικά γεγονότα σε πυκνή διαδοχή (για παράδειγμα, απώλεια εργασίας, απώλεια συζύγου,

και αλλαγή τόπου κατοικίας). Αρχικά, αυτή η επίπτωση παρατηρήθηκε στην κατάθλιψη και την σχιζοφρένεια, αλλά αργότερα βρέθηκε συσχέτιση μεταξύ των γεγονότων ζωής και σε μία ποικιλία άλλων ψυχικών και συμπεριφορικών διαταραχών και καταστάσεων. Ανάμεσα σε αυτές ξεχωρίζει η αυτοκτονία.

Το κοινωνικό και συναισθηματικό περιβάλλον εντός της οικογένειας, επίσης παίζει ζωτικό ρόλο στις ψυχικές διαταραχές. Παρόλο που απόπειρες να συνδεθούν σοβαρές ψυχικές διαταραχές όπως η σχιζοφρένεια και η κατάθλιψη με το οικογενειακό περιβάλλον γίνονται εδώ και πολύ καιρό (Kuipers & Bebbington 1990), μερικές καθοριστικές πρόοδοι έγιναν στο πρόσφατο παρελθόν. Το κοινωνικό και συναισθηματικό περιβάλλον εντός της οικογένειας, έχει ξεκάθαρα συνδεθεί με υποτροπές στην σχιζοφρένεια, αλλά όχι αναγκαστικά με την έναρξη της διαταραχής. Η αρχική παρατήρηση ήταν, ότι οι ασθενείς με σχιζοφρένεια, που πήγαιναν να ζήσουν με τους γονείς τους μετά από μία περίοδο νοσηλείας, υποτροπίαζαν συχνότερα. Αυτό οδήγησε σε έρευνα για την αιτία του φαινομένου αυτού. Οι περισσότερες μελέτες χρησιμοποιούν την έννοια του "εκπεφρασμένου συναισθήματος" των μελών της οικογένειας προς το άτομο με σχιζοφρένεια. Ο όρος αυτός περιλαμβάνει το είδος και την ποσότητα των συναισθημάτων που εκφράζονται από τους συγγενείς προς τους ασθενείς και μεταξύ άλλων περιλαμβάνει τα επικριτικά σχόλια, την εχθρότητα, την συναισθηματική εμπλοκή πέραν του δέοντος, και την έκφραση συμπάθειας προς τον ασθενή.

Ένας μεγάλος αριθμός μελετών από όλες τις περιοχές του κόσμου έχουν δείξει πως ο βαθμός του εκπεφρασμένου συναισθήματος μπορεί να προβλέψει την πορεία της σχιζοφρένειας, συμπεριλαμβανομένων των υποτροπών (Butzlaff & Hooley 1998). Το υψηλό επίπεδο εκπεφρασμένου συναισθήματος συσχετίζεται με χειρότερη πρόγνωση. Υπάρχουν επίσης στοιχεία που δείχνουν ότι η αλλαγή του συναισθηματικού κλίματος στις οικογένειες μπορεί να συνεισφέρει, μαζί με την φαρμακευτική αγωγή, στην πρόληψη των υποτροπών. Αυτά τα ευρήματα είναι χρήσιμα για τη βελτίωση της φροντίδας επιλεγμένων ασθενών μέσα στο οικογενειακό περιβάλλον, και επίσης υπενθυμίζουν την σημασία των κοινωνικών παραγόντων στην πορεία και θεραπεία των σοβαρών ψυχικών διαταραχών, όπως η σχιζοφρένεια.