



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

***‘Η ΚΡΙΣΗ ΠΑΝΙΚΟΥ ΣΤΑ ΧΡΟΝΙΑ ΤΗΣ
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ’***

***‘THE PANIC DISORDER IN YEARS OF
FINANCIAL CRISIS’***



**ΛΑΖΑΝΑ ΜΑΡΙΑ
ΜΠΕΡΔΕΚΛΗ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ**

**ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ
ΣΑΜΑΡΤΖΗ ΚΥΡΙΑΚΗ**

ΠΑΤΡΑ – 2017

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η παρούσα ανασκόπηση που φέρει το τίτλο ‘ Η κρίση πανικού στα χρόνια της οικονομικής κρίσης’ καταγράφηκε στο πλαίσιο εκπόνησης πτυχιακής εργασίας σύμφωνα με τα προβλεπόμενα για την ολοκλήρωση των σπουδών στις Σχολές Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας του Ανώτατου Τεχνολογικού Ιδρύματος Πάτρας και ειδικότερα στο Τμήμα Νοσηλευτικής.

Εμείς οι σπουδάστριες, Λαζανά Μαρία και Μπερδέκλη Κωνσταντίνα επιλέξαμε την εκπόνηση της συγκεκριμένης εργασίας με σκοπό εκτός από την ορθή ολική ενημέρωση περί της οικονομικής κρίσης και του άγχους, να είναι η επιπρόσθετη πληροφόρηση επιμέρους θεμάτων καθώς και η περαιτέρω ανάπτυξη των γνώσεων που θα εφοδιάσει τον ενδιαφερόμενο αναγνώστη είτε σπουδαστή είτε επαγγελματία υγεία γύρω από το σκοτεινό μονοπάτι της ανθρώπινης ψυχής.

Η βιβλιογραφική ανασκόπηση που μελετήθηκε μέσα από πρόσφατα βιβλία αλλά και μέσα από άρθρα που αναζητήθηκαν από έγκαιρες και έγκυρες ιστοσελίδες διαδικτύου όπως Pub med, Google Scholar αλλά και με βάση το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών (DSM-V) και ύστερα από εκτενέστερη ανάλυση των αποτελεσμάτων από σχετικές έρευνες και σχολαστικό συνδυασμό των αντίστοιχων πληροφοριών που αντλήθηκαν παρατηρήθηκε η άμεση συσχέτιση εμφάνισης της διαταραχής πανικού με την οικονομική κρίση στον ευρωπαϊκό και ελληνικό λαό.

Η Ψυχική Υγεία αποτελεί το κομβικό σημείο του ενδιαφέροντος των επαγγελματιών υγείας και αυτό προκύπτει λόγω των πολλών και συνεχόμενων μεταβολών που επηρεάζουν αρνητικά τη ψυχосύνθεση του σύγχρονου ανθρώπου είτε από ενδογενείς παράγοντες (παθολογικά, κληρονομικά αίτια) είτε από εξωγενείς παράγοντες που σχετίζονται με τις συνθήκες που διαμορφώνονται από το εξωτερικό περιβάλλον.

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά την αξιότιμη κ. Σαμαρτζή Κυριακή για τη πολύτιμη βοήθεια της και την εύστοχη συνεργασία μας κατά τη διάρκεια της διεκπεραίωσης της πτυχιακής εργασίας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η έναρξη της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης δεν άργησε να φανεί και στον ελλαδικό χώρο στα τέλη του 2007. Το μέγεθος της συρρίκνωσης της οικονομίας ήταν τέτοιο που με γρήγορους ρυθμούς κατέπληξε το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού όχι μόνο στην οικονομία της χώρας και συνεπώς στο κλάδο της εργασιακής απασχόλησης προκαλώντας την ανεργία όπως ήταν αναμενόμενο, αλλά εξίσου και στον κοινωνικό-ψυχολογικό τομέα αφού όσες καταστάσεις ήταν δεδομένες έπαψαν να υφίστανται και το αίσθημα της ανασφάλειας και του άγχους άρχισαν να γίνονται πρωταγωνιστές.

Στη παρούσα εργασία πραγματοποιείται ανασκόπηση στοχεύοντας στη καλύτερη ενημέρωση των αγχωδών διαταραχών και ειδικότερα της διαταραχής πανικού τη χρονική περίοδο της οικονομικής κρίσης κάνοντας σχετική αναφορά και στην έννοια της οικονομίας αλλά και στις αντίστοιχες επιπτώσεις που έχει φέρει στη ψυχική υγεία του σύγχρονου ανθρώπου.

Τα γενικά στοιχεία του άγχους, η εννοιολογική του σημασία επιτρέπουν την καλύτερη κατανόηση του θέματος, ενώ η ταξινόμηση των αγχωδών διαταραχών με ιδιαίτερη επισήμανση τη γενικευμένη ανασκόπηση της διαταραχής πανικού, η οποία αποτελεί μια σύνηθες ασθένεια που συναντάται στη καθημερινότητα μας όλο και περισσότερο είτε σε μικρότερες είτε σε μεγαλύτερες ηλικίες, αποτελεί σημαντικό λόγο γνωριμίας με αυτή.

Η εργασία συνεχίζεται με την διερεύνηση των αιτιολογικών παραγόντων που βοηθούν στην εμφάνιση της κρίσης αλλά και στη κατάλληλη θεραπευτική προσέγγιση με τους αντίστοιχους σύγχρονους ή μη θεραπευτικούς τρόπους που έχουν προκύψει ύστερα από έρευνες με στόχο τη θεραπεία της ασθένειας από τη σύγχρονη Ψυχιατρική.

Επεκτείνεται παρακάτω στην αναγκαία νοσηλευτική διεργασία που δημιουργείται από τον επαγγελματία υγεία στο πλαίσιο εφαρμογής για την πλήρη αντιμετώπιση και ίαση από τη διαταραχή πανικού.

Ωστόσο, η οικονομική προσέγγιση των εννοιών της όπως είναι η οικονομική κρίση και η ανεργία, τα οποία αποτελούν διαδεδομένα φαινόμενα της καθημερινότητας και αναφορές σε ήδη γνώριμες χρηματοπιστωτικές κρίσεις που έχει αντιμετωπίσει ο κλάδος της οικονομίας της Ευρώπης αλλά και της Ελλάδας, αποτελούν μέρη της εργασίας που θα αποτελέσουν χρήσιμες πληροφορίες για τον αναγνώστη.

Η οικονομική κρίση και η ψυχική υγεία αποτελούν συνδετικό κρίκο μεταξύ τους και αυτό επισημάνθηκε από τα αποτελέσματα των εκτενέστερων ανασκοπήσεων που μελετήθηκαν αφού τα σημάδια της καταθλιπτικής διαταραχής και των γενικευμένων αγχωδών διαταραχών συμπεριλαμβανομένου και της κρίσης πανικού, σηματοδοτούν τις επιπτώσεις των νέων ανθρώπων στη καθημερινότητα τους με αντίκτυπο τα σοβαρά προβλήματα στη ψυχική υγεία τους.

Το συμπέρασμα είναι ότι η επίδραση της οικονομικής κρίσης στην υγεία των πολιτών εξαρτάται από το βάθος και τη διάρκεια της κρίσης και ακόμα από την ικανότητα ανάπτυξης μηχανισμών προστασίας της κοινωνίας. Η προστασία των πολιτών υψηλού κινδύνου πρέπει να αποτελεί προτεραιότητα σε δύσκολους καιρούς της οικονομικής-κοινωνικής κρίσης.

Λέξεις – Κλειδιά

Αγχώδη διαταραχή, οικονομική κρίση, ανεργία, διαταραχή πανικού

ABSTRACT

The start of the global economic crisis did not take long to be seen in Greece at the end of 2007. The magnitude of the contraction of the economy was such that the majority of the population quickly struck not only the economy of the country and consequently the sector of employment causing unemployment as expected, but equally in the socio-psychological field since the situations that were given ceased to exist and the feeling of insecurity and anxiety began to become protagonist

In the present work, a review is being carried out aiming at better information of anxiety disorders and especially of panic disorder during the period of the economic crisis by referring to the concept of economy as well as to the corresponding effects that it has on the mental health of the modern person. This review starts with reference to the general elements of anxiety and its conceptual meaning, thus enabling a better understanding of the subject. Then, a classification of anxiety disorders is made and a generalized review is made of panic disorder, which is a common illness that is becoming increasingly common in our everyday lives, either at younger or older age, and is an important reason to get acquainted with it. In addition, the work continues with the investigation of the causative factors that help in the onset of the crisis but also the appropriate therapeutic approach with the corresponding current or non-therapeutic ways that have emerged after research to treat the disease from modern-psychiatry.

The necessary nursing process created by the professional health is expanded below in the context of application for complete treatment and cure by panic disorder.

In conclusion, the economic approach of its concepts, such as the economic crisis and unemployment, which are widespread phenomena of everyday life, is highlighted, while reference is made to familiar financial crises facing the economy of Europe as well as Greece. The economic crisis and mental health in the present work are a link between them and this was highlighted by the results of the more extensive reviews being studied since the signs of depressive disorder and generalized anxiety disorders including panic attacks signal the impact of young people on everyday life their impact on their serious mental health problems. The conclusion is that the impact of the crisis on the health of citizens depends on the depth and duration of the crisis and even on the capacity to develop mechanisms to protect society. During the economic crisis, the unemployed, the deplorable, the sufferers of chronic physical or mental illnesses are high-risk groups for morbidity-mortality and suicidal disasters. The protection of high-risk citizens should be a priority in difficult times of economic and social crisis.

Keywords

Anxiety disorder, economic crisis, unemployment, panic disorder

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

_Toc495435968

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	3
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	5
ABSTRACT	6
Κεφάλαιο 1: Γενικά στοιχεία αγχωδών διαταραχών	12
1.1 Λέξεις-κλειδιά για την καλύτερη κατανόηση ορισμών σχετικά με τη ψυχική υγεία και το άγχος.....	13
1.2: Συσχέτιση Ψυχικής Υγείας – Ψυχικής Νόσου.....	13
1.3: Εννοιολογική σημασία του άγχους	16
1.4: Ιστορική αναδρομή του άγχους-Επιδημιολογικά στοιχεία-Πορεία και Πρόγνωση του άγχους.....	18
Κεφάλαιο 2: Κλινικές μορφές αγχωδών διαταραχών	21
2.1 Φυσιολογικό-Παθολογικό άγχος.....	22
2.2 Αιτιοπαθογένεια αγχωδών διαταραχών	23
2.3 Διάγνωση αγχωδών διαταραχών	27
Κεφάλαιο 3: Ταξινόμηση αγχωδών διαταραχών.....	30
3.1 Ανασκόπηση στις ειδικές μορφές των αγχωδών διαταραχών.....	31
3.1.1 Γενικά στοιχεία για την ειδική φοβία.....	33
3.1.2 Γενικά στοιχεία διαταραχής κοινωνικού άγχους	34
3.1.3 Γενικά στοιχεία για την γενικευμένη αγχώδη διαταραχή	34
3.1.4 Γενικά στοιχεία για τις διαταραχές που συνδέονται με το stress και μετά από ψυχοτραυματική εμπειρία	35
3.1.5: Γενικά στοιχεία για την Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή	36
Κεφάλαιο 4: Γενικά στοιχεία για τη διαταραχή πανικού	38
4.1 Ιστορική αναδρομή διαταραχής πανικού	39
4.2 Επιδημιολογικά στοιχεία – Συννοσηρότητα διαταραχής πανικού.....	39
4.3 Εκτενέστερη ανασκόπηση της διαταραχής πανικού	41
Κεφάλαιο 5: Θεραπεία Αγχωδών διαταραχών	48
5.1 Ψυχοθεραπευτική προσέγγιση	49
5.1.1 Γνωσιακές - Συμπεριφορικές Ψυχοθεραπείες.....	49
5.1.2 Θεραπεία Έκθεσης	49
5.1.3 Θεραπεία Ενδοδοκτικής Έκθεσης	50
5.1.4 Γνωσιακή Θεραπεία	50
5.1.5 Εκπαίδευση στην αναπνοή.....	50
5.1.6 Εκπαίδευση στη χαλάρωση.....	50
5.1.7 Εκπαίδευση ενοφθαλμισμού στο στρες	51
5.1.8 Εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες.....	51
5.2 Φαρμακευτική Θεραπεία.....	51
5.2.1 Εκτενέστερη ανασκόπηση αγχολυτικής θεραπείας	52
5.2.2 Κίνδυνοι συνεχόμενης χρήσης αγχολυτικών φαρμακευτικών σκευασμάτων	56

Κεφάλαιο 6: Νοσηλευτική Φροντίδα ατόμου με διάγνωση άγχους.....	59
6.2 Νοσηλευτική Διεργασία.....	63
6.2.1 Νοσηλευτική Εκτίμηση.....	64
6.2.2 Νοσηλευτική Διάγνωση.....	65
6.2.3 Νοσηλευτική Παρέμβαση.....	66
6.2.4 Νοσηλευτικοί Σκοποί- Κριτήρια Αξιολόγησης Νοσηλευτικών Παρεμβάσεων.....	67
6.3 Ανάλυση-Εκτίμηση-Νοσηλευτική Αξιολόγηση περιστατικού με διάγνωση διαταραχής πανικού.....	67
Β' ΜΕΡΟΣ.....	71
Κεφάλαιο 7: Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στη Ψυχική Υγεία του σύγχρονου ανθρώπου.....	71
7.1: Εισαγωγικά στοιχεία της Οικονομίας – Οικονομικής Θεωρίας.....	72
7.2: Ορισμός οικονομικής κρίσης – Χαρακτηριστικά – Οικονομικός Κύκλος.....	73
7.2.1: Ιστορική αναδρομή παλαιότερων οικονομικών κρίσεων.....	74
7.3: Εισαγωγή στις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης σε Ελλάδα και Ευρώπη.....	76
7.3.1: Οι συνέπειες της οικονομικής κρίσης στον Ευρωπαϊκό λαό.....	76
7.3.2: Οι συνέπειες της οικονομικής κρίσης στον Ελληνικό λαό.....	77
7.3.3: Επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στο σύστημα της υγείας.....	79
7.3.4 Οι επιπτώσεις των οικονομικών κρίσεων στην ψυχική υγεία.....	80
7.3.5: Επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στα άτομα.....	82
7.3.6: Επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης σε σχέση με τη μετανάστευση.....	85
7.3.7: Επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης σε σχέση με τον αυτοκτονικό ιδεασμό.....	86
7.4: Συσχέτιση οικονομικής κρίσης και ψυχικής υγείας.....	86
7.5: Αποτελέσματα οικονομικής κρίσης στη ψυχική υγεία του σύγχρονου ατόμου βασισμένα σε ερευνητικά δεδομένα.....	88
Γ' ΜΕΡΟΣ.....	94
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	94
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ.....	98

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα ανασκόπηση με τίτλο ‘Η διαταραχή πανικού στα χρόνια της οικονομικής κρίσης’ αποτελεί ένα επίκαιρο πρόβλημα , το οποίο με την ύφεση της οικονομικής κρίσης συναντάται όλο και πιο συχνά στη κοινωνία έχοντας ως αποτέλεσμα η κρίση πανικού να διαδοθεί στα αυτιά του σύγχρονου ανθρώπου ,ο οποίος αναζητά την κατάλληλη ενημέρωση σχετικά με τη συγκεκριμένη ασθένεια.

Η διαταραχή πανικού ανήκει στη κατηγορία των αγχωδών διαταραχών , οι οποίες αποτελούν ένα από τα μεγαλύτερα ποσοστά επιπτώσεων της ψυχικής υγείας του ανθρώπου και οι επαγγελματίες της υγείας που ασχολούνται ιδίως με το κλάδο της ψυχικής διαταραχής καλούνται να την αντιμετωπίσουν.

Πιο συγκεκριμένα η εργασία αναφέρεται σε δυο πολυσυζητημένα θέματα που συνοψίζονται με τις εκφράσεις ‘οικονομική κρίση’ και ‘ψυχική υγεία’.

Η Ψυχική Υγεία με το πέρασμα του χρόνου εισέρχεται στο κλάδο της Υγείας όλο και με πιο γρήγορα βήματα. Αυτό προκύπτει λόγω ότι η αιτία πολλών ασθενειών του σώματος βρίσκουν ανταπόκριση στο ψυχικό ανθρώπινο παράγοντα και για αυτό το λόγο κρίνεται σημαντικό η ψυχική υγεία του ανθρώπου να βρίσκει προστασία στον ίδιο βαθμό κλίμακας με τη σωματική προκειμένου να εξασφαλιστεί η κατάλληλη ισορροπία στον ίδιον.

Η οικονομική κρίση, η οποία από το 2008 έχει κάνει την εμφάνιση της και στο Ελληνικό Κράτος φαίνεται με βάση τι μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί σχετικά με το θέμα που μας απασχολεί, να έχει επηρεάσει σημαντικά την κοινωνία γενικότερα αλλά και την οικογένεια και το ίδιο το άτομο ειδικότερα επιβάλλοντας περιορισμούς στη ζωή τους και συνεπώς δυσχεραίνοντας το βιοτικό τους επίπεδο.

Αναμφίβολα, οι συνέπειες που έχει φέρει η οικονομική κρίση στη ψυχική υγεία οδηγεί πολλούς ερευνητές στη μελέτη πολλών χωρών που έχουν βιώσει αλλά και συνεχίζουν να βιώνουν μέχρι και σήμερα παρόμοιες καταστάσεις και τα αποτελέσματα να δείχνουν τη συσχέτιση της οικονομικής ύφεσης με την ένταση των ψυχικών διαταραχών στα άτομα.

Ο συσχετισμός αυτός αποκτά από τον αναγνώστη ξεχωριστό ενδιαφέρον ανάγνωσης, δεδομένου ότι, η Ελλάδα τα τελευταία χρόνια έχει έρθει αντιμέτωπη με τη χρηματοπιστωτική κρίση και κατά συνέπεια με τα επακόλουθα αποτελέσματα της, όπως είναι η ανεργία και με αυτό τον τρόπο όχι μόνο ως θεατής αλλά ως ενεργό μέλος να βιώνει παρόμοιες καταστάσεις οδηγώντας τον στην οικονομική αδιέξοδο.

Το αντικείμενο της συγκεκριμένης ανασκόπησης έχει ως σκοπό τη κατάλληλη πληροφόρηση των αγχωδών διαταραχών και ειδικότερα της διαταραχής πανικού σε μια περίοδο, η οποία χαρακτηρίζεται από οικονομικά προβλήματα , τα οποία με τη σειρά τους βοηθούν στην αναταραχή της ψυχικής ισορροπίας του ατόμου. Ωστόσο, ιδιαίτερη σημασία αξίζει να δοθεί στον τρόπο με τον οποίον επιδρά η οικονομική ύφεση στο ψυχικό κόσμο του ανθρώπου αλλά και με ποιους τρόπους μπορεί να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά.

Πιο αναλυτικά, παρακάτω, φανερώνεται η αναδίπλωση της δομή των κεφαλαίων που απαρτίζουν την παρούσα εργασία :

Το 1^ο κεφάλαιο πραγματεύεται αρχικά στα γενικά στοιχεία των αγχωδών διαταραχών , στην έννοια του άγχους και στην ιστορική αναδρομή του.

Στο 2^ο κεφάλαιο αναλύουμε τις κλινικές μορφές του άγχους , την αιτία που εκδηλώνεται στη ζωή του σύγχρονου ανθρώπου αλλά και με ποιον τρόπο γίνεται η κατάλληλη διάγνωση του άγχους.

Στο 3^ο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στη ταξινόμηση των αγχωδών διαταραχών σύμφωνα με το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών(DSM-V) και μια εκτενέστερη ανασκόπηση των ειδικών μορφών των αγχωδών διαταραχών.

Στο 4^ο κεφάλαιο, ωστόσο, παρουσιάζονται τα γενικά στοιχεία που αφορούν τη διαταραχή πανικού , επισημαίνοντας την ιστορική αναδρομή , τα επιδημιολογικά στοιχεία και τη συνοσηρότητα της νόσου αλλά γίνεται η πραγμάτωση μιας ανασκοπικής ανάλυσης τη συγκεκριμένης διαταραχής.

Στο επακόλουθο κεφάλαιο, το 5^ο , η θεραπευτική προσέγγιση των αγχωδών διαταραχών αποτελεί πρωταγωνιστικό ρόλο καθώς αναλύονται τα είδη της ψυχοθεραπείας αλλά ακολουθεί και η ενημέρωση της αγχολυτική θεραπείας μέσω φαρμακευτικής αγωγής.

Στο 6^ο κεφάλαιο, αναφέρουμε το ρόλο του επαγγελματία υγεία στη φροντίδα του ατόμου με διάγνωση διαταραχή πανικού και γίνεται έκθεση της νοσηλευτικής εκτίμησης, της νοσηλευτικής παρέμβασης αλλά και της αξιολόγησης των νοσηλευτικών παρεμβάσεων .

Στο τελευταίο κεφάλαιο και 7^ο κεφάλαιο, οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στη ψυχική υγεία είναι τα κύριο θέμα που θα αναλυθεί αφού θα γίνει σχετική εισαγωγή σε οικονομικές ορολογίες αλλά και στα τελικά αποτελέσματα των εκβάσεων της οικονομικής κρίσης στο κόσμο της ψυχικής υγείας του ανθρώπου στη σύγχρονη καθημερινότητα.

Κεφάλαιο 1: Γενικά στοιχεία αγωγών διαταραχών

1.1 Λέξεις-κλειδιά για την καλύτερη κατανόηση ορισμών σχετικά με τη ψυχική υγεία και το άγχος

Ψυχική υγεία: ορίζεται η ικανότητα ενός ατόμου να αντιληφθεί τον εαυτό του, όπως τον αντιλαμβάνονται και οι άλλοι και να μπορέσει να προσαρμοστεί στο πολιτισμικό και κοινωνικό πλαίσιο στο οποίο ζει.

Ψυχική νόσο: αναφέρεται ως την αδυναμία του ατόμου να αντιληφθεί τον εαυτό του όπως οι άλλοι τον αντιλαμβάνονται, καθώς επίσης αδυνατεί να προσαρμοστεί στους κανόνες του πολιτισμικού και κοινωνικού πλαισίου στο οποίο ζει.

Άγχος : Είναι μια πιο γενικευμένη συναισθηματική αντίδραση από το φόβο. Μπορεί να θεωρηθεί μια υπερβολική αντίδραση φόβου σε εξωτερικά ερεθίσματα και συμβαίνει κατά κύριο λόγο εξαιτίας της αναμονής άσχημων συμβάντων.

Ορίζεται μία κατάσταση παράλογης ανησυχίας, φόβου, αμηχανίας και αβεβαιότητας η οποία προκαλείται από υποκειμενική αντίληψη απειλής καθώς η πηγή της είναι άγνωστη.

Φόβος : ορίζεται ως η συναισθηματική αντίδραση απέναντι σε ένα συγκεκριμένο κίνδυνο και απευθύνεται σε παρούσα απειλή.

Στρες : ορίζεται η απουσία της ισορροπίας μεταξύ των απαιτήσεων που προβάλλει μια κατάσταση και την ικανότητα του ατόμου να τις αντιμετωπίσει.

Μηχανισμοί άμυνας του Εγώ : Ανακαλύφθηκαν από τον Freud. Περιορίζουν το άγχος βραχυπρόθεσμα , δεν είναι σχεδιασμένοι για μακροχρόνια χρήση και όσο περισσότερο χρησιμοποιούνται σε μόνιμη βάση τόσο λιγότερο αποτελεσματικοί γίνονται.

Απόθηση : Ανακαλύφθηκε από το Freud. Πρόκειται για έναν από τους μηχανισμούς άμυνας του εγώ, όπου απαγορευμένες ενορμήσεις του < εκείνο > εμποδίζονται και δε φθάνουν στο συνειδητό.

Ανησυχία : Ορίζεται μια σειρά ανεξέλεγκτων αρνητικών και συναισθηματικών σκέψεων και εικόνων που σχετίζονται με πιθανές μελλοντικές απειλές ή κινδύνους. (*Ιατρική Ψυχολογία-Μια σύγχρονη Ψυχιατρική, 2009*)

1.2: Συσχέτιση Ψυχικής Υγείας – Ψυχικής Νόσου

Ψυχική Υγεία και Ψυχική Νόσο είναι δύο έννοιες πολυσυζητημένες και οικίες καθώς ακούγονται όλο και πιο συχνά τα τελευταία χρόνια και για αυτό τον λόγο βρίσκονται στο προσκήνιο για συζήτηση και εξερεύνηση βάση των πολύπλοκων προβλημάτων που βιώνουμε τα τελευταία χρόνια όπως η οικονομική κρίση , όπου φέρει σημαντικές επιπτώσεις στην ψυχική υγεία , και οι επίμονες επιπτώσεις οδηγούν στην ψυχική νόσο. Η λέξη Υγεία , δεν σχετίζεται μόνο με την σωματική ακεραιότητα του ατόμου αλλά και με ένα σημαντικό συστατικό στοιχείο του το οποίο είναι το μυαλό του ανθρώπου , το οποίο του προσδιορίζει την προσωπικότητα του καθώς και την στάση του μέσα στο κοινωνικό σύνολο. Από την άλλη με τον όρο Ψυχική δεν σημαίνει ότι υπάρχει διαχωρισμός του μυαλού από το σώμα αλλά μυαλό και σώμα συνυπάρχουν. (*Hogan M.,2008*)

Έτσι λοιπόν είναι σπουδαίο να γνωρίσουμε την ακριβής έννοια των δύο αυτών εννοιών , τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά τους , τις ποικίλες μορφές που εκδηλώνονται και τέλος να γνωρίσουμε τους μηχανισμούς με τους οποίους γίνεται η μετάβαση από την μια στην άλλη. Με τον όρο Ψυχική Υγεία αναφερόμαστε στην ικανότητα του ατόμου να αντιλαμβάνεται τον εαυτό του όπως οι άλλοι , και να μπορεί να προσαρμοστεί στο πολιτισμικό και κοινωνικό πλαίσιο στο οποίο ζει.

Μερικά από τα χαρακτηριστικά της Ψυχικής Υγείας ενός ατόμου είναι :

- § Θετική στάση απέναντι στον εαυτό του Θετική στάση για την διαδικασία της ανάπτυξης και τις προσωπικής εξέλιξης Αίσθημα πληρότητας και εσωτερική ισορροπία που επιτυγχάνεται με την αξιοποίηση των πνευματικών, σωματικών και ψυχικών δυνατοτήτων του ανθρώπου.
- § Θετική στάση για την ενσωμάτωση του στο κοινωνικό σύνολο
- § Θετική στάση για την αντίληψη της πραγματικότητας
- § Πλήρης κατανόηση για το πλαίσιο μέσα στο οποίο ζει
- § Θετική στάση για την διαδικασία της αυτονομίας (*Hogan M.,2008*)

Από την άλλη πλευρά με τον όρο Ψυχική Νόσος αναφερόμαστε στην αδυναμία του ατόμου να αντιληφθεί τον εαυτό του όπως τον αντιλαμβάνονται και οι άλλοι καθώς και να προσαρμοστεί στους κανόνες του πολιτισμικού και κοινωνικού πλαισίου που ζει. Αξίζει να αναφερθεί ότι η ψυχική ασθένεια έχει να κάνει με την σκέψη και την συμπεριφορά του ατόμου δημιουργώντας πόνο και ανικανότητα καθώς δεν είναι αναπτυξιακά ή κοινωνικά καθορισμένη. Η ψυχική ασθένεια λοιπόν καθορίζεται από ένα συνδυασμό δηλαδή το πώς το άτομο αισθάνεται , ενεργεί , σκέπτεται και λειτουργεί. (*Hogan M.,2008*)

Η Ψυχική Υγεία και η Ψυχική νόσο επηρεάζουν σημαντικά τη ζωή του ατόμου. Τα επίπεδα αυτά είναι:

- Βιολογικό επίπεδο, αφορά την δομή και την λειτουργία του εγκεφάλου.
- Προσωπικό επίπεδο , αφορά την φροντίδα του εαυτού του.
- Διαπροσωπικό επίπεδο, σχετίζεται με τις διαπροσωπικές σχέσεις που μπορεί να αναπτύξει.
- Κοινωνικό επίπεδο, αφορά την στάση του ατόμου μέσα στο πολιτισμικό πλαίσιο αλλά και στις κοινωνικές συνθήκες. (*Hogan M.,2008*)

Σύμφωνα με το παρακάτω Πίνακα 1, απεικονίζονται συνοπτικά οι αιτιολογικοί παράγοντες ανά επίπεδο και ανά πόλο του συνεχούς Ψυχική Υγεία – Ψυχική νόσος. Αποδεικνύεται ότι κάθε ένα από τα επίπεδα ζωής του ατόμου (Βιολογικό – Προσωπικό- Διαπροσωπικό- Κοινωνικό) διαμορφώνονται από ένα πλήθος παραγόντων, οι οποίοι τις περισσότερες φορές επηρεάζονται μεταξύ τους σε μεγάλο βαθμό και αποτελεί δύσκολη η διάκριση τους .

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΙΔΡΟΥΝ ΣΤΗ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ – ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟ

ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟΣ

ΑΤΟΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

ΘΕΤΙΚΗ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ
ΥΠΑΡΞΗ ΝΟΗΜΑΤΟΣ ΓΙΑ
ΖΩΗ
ΒΙΩΜΑ ΑΡΜΟΝΙΑΣ
ΘΕΤΙΚΗ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ
ΖΩΤΙΚΟΤΗΤΑ

ΑΝΗΣΥΧΙΑ
ΑΠΩΛΕΙΑ ΝΟΗΜΑΤΟΣ ΓΙΑ ΖΩΗ
ΒΙΩΜΑ ΔΥΣΑΡΜΟΝΙΑΣ
ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ
ΑΓΧΟΣ

ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΗ
ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ
ΣΥΝΤΡΟΦΙΚΟΤΗΤΑ
ΒΟΗΘΕΙΑ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ
ΑΛΛΟΥΣ
ΙΣΟΡΡΟΠΙΑ ΜΕΤΑΞΥ
ΑΠΟΜΟΝΩΣΗΣ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΤΗΤΑΣ

ΑΝΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΗ
ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ
ΧΕΙΡΑΓΩΓΗΣΗ
ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΗ ΕΞΑΡΤΗΣΗ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΣΥΡΣΗ
ΑΠΟΥΣΙΑ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟΥ
ΕΛΕΓΧΟΥ

ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

ΑΙΣΘΗΜΑ "ΑΝΗΚΕΙΝ"
ΑΠΟΔΟΧΗ ΚΑΙ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ
ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΟΤΗΤΑΣ
ΜΗ ΑΝΟΧΗ ΣΤΗ ΒΙΑ

ΕΠΑΡΚΕΙΑ
ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΩΝ ΠΟΡΩΝ

ΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ ΚΑΙ ΤΟΞΙΚΟ-
ΕΞΑΡΤΗΣΗ
ΒΙΑ
ΦΤΩΧΕΙΑ
ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΔΙΑΚΡΙΣΗ
ΣΕΞΙΣΜΟΣ
ΕΛΛΕΙΨΗ ΣΤΕΓΗΣ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΡΑΤΣΙΣΜΟΣ
ΡΑΤΣΙΣΜΟΣ
ΕΛΛΕΙΨΗ ΠΟΡΩΝ

Πίνακας 1: Παράγοντες που επιδρούν στη Ψυχική Υγεία – Ψυχική Νόσο
(προέλευση στοιχείων: *Hogan, M., 2008*)

1.3: Εννοιολογική σημασία του άγχους

Το άγχος είναι μια παγκόσμια ανθρώπινη εμπειρία με προστατευτικό ή αμυντικό χαρακτήρα. Η εμφάνιση του υποδεικνύει την ύπαρξη ενός απροσδιόριστου κινδύνου ή απειλής με αποτέλεσμα να βιώνεται ως μια δυσάρεστη κατάσταση εσωτερικής έντασης. Είναι απαραίτητο ο άνθρωπος προκειμένου να λειτουργήσει αποτελεσματικά να δημιουργεί σχέσεις-κλειδιά ανάμεσα σε γεγονότα που λαμβάνουν χώρο μέσα στο περιβάλλον του αναζητώντας με αυτό τον τρόπο σήματα ασφάλειας. Παράλληλα, το άτομο πρέπει να βρίσκεται και σε ετοιμότητα για ξαφνικούς κινδύνους και είναι αναγκαίο να παίρνει την κατάλληλη πληροφορία διότι με αυτό τον τρόπο νιώθει την ασφάλεια. Όταν όμως, δεν αντιλαμβάνεται τα μηνύματα της ασφάλειας βρίσκεται σε κατάσταση άγχους με αποτέλεσμα όταν η κατάσταση αυτή έχει διάρκεια το άγχος να γίνεται χρόνιο. Το άγχος φαίνεται να έχει άμεση σχέση με το συναίσθημα του φόβου, μόνο που σε αυτή την περίπτωση δεν υπάρχει φοβόγνο αντικείμενο αφού το σήμα κινδύνου είναι ασυνείδητο και το άτομο περιστρέφεται από μια διάχυτη και αόριστη αίσθηση επικείμενου κινδύνου. Ο φόβος τελικά φαίνεται να οδηγεί σε συγκεκριμένες δραστηριότητες όπως είναι η φυγή ή επίθεση ενώ το άγχος έχει τη δυνατότητα να καταφέρει να αποσυντονίσει και να αποδιοργανώσει τον πάσχοντα. *(Παπαγεωργίου – Βασιλοπούλου Α., 2012)*

Η λέξη << άγχος >> απαντάται ήδη στα ομηρικά έπη και στην αρχαία ελληνική γραμματεία (<<άγχω>>) με την έννοια της περίσφιξης του λαιμού και του πνιξίματος. Το άγχος κάνει την εμφάνιση του συνειδητά από την εποχή του homo sapiens. Από τα πρωτόγονα χρόνια το άγχος αποτελούσε σημάδι απειλής και κινδύνου για τη ζωή του ανθρώπου από τα ζώα. Σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες από το μεσαίωνα και μετά ήταν κοινόχρηστη λέξη και αντικείμενο μελέτης από λογοτέχνες και φιλοσόφους. Ως ψυχιατρικός όρος εισήχθη από τον Freud το 1894, αλλά έγινε αποδεκτός μετά τα 1930. Ο Freud στην πραγματικότητα περιέγραψε τη διαταραχή πανικού μέσα στο πλαίσιο της αγχώδους νεύρωσης. Πολλοί πριν από τον Freud και άλλοι μελετητές (Hartshorn 1864, Da Costa 1871) είχαν περιγράψει τη συμπτωματολογία του άγχους σε συνδυασμό από σωματικές και κλινικές εκδηλώσεις με διαφορετική ορολογία, όπως σύνδρομο υπεραερισμού, καρδιακή νεύρωση κ.τ.λ. *(Παπαγεωργίου – Βασιλοπούλου Α., 2012)*

Από την εποχή της Αναγέννησης και έπειτα αποδεχόντουσαν μόνο τις λογικές εμπειρίες και όχι τα παράλογα φαινόμενα, με αποτέλεσμα το άγχος να θεωρείται παράλογη εμπειρία κι ο φόβος να έχει λογική αιτία με συνέπεια τη καθυστέρηση της μελέτης του άγχους. Επιπλέον, το 17^ο αιώνα σύμφωνα με τον Ernst Cassirer, οι φιλόσοφοι προσπαθούσαν να αποδώσουν την ορθολογική λύση του ανθρώπου σε συνδυασμό με τα μαθηματικά, διότι φαίνεται ότι ο μαθηματικός λόγος είναι το κλειδί μεταξύ του ανθρώπου και του σύμπαντος. Ο Kierkegaard ανακάλυψε το άγχος το 1844, ωστόσο είχε διαπιστωθεί από την εποχή του Ιπποκράτη, ο οποίος είχε περιγράψει περιστατικά φοβίας και ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής. Το 17^ο αιώνα, ο Robert Burton μέσα από το βιβλίο του 'Η Ανατομία της Μελαγχολίας' διαχώρισε τους παθολογικούς φόβους με τους φυσιολογικούς φόβους. *(Παπαγεωργίου – Βασιλοπούλου Α., 2012)*

Το άγχος φαίνεται να ορίζεται ως μια αντίδραση του ατόμου απέναντι στην απειλή της ανυπαρξίας σύμφωνα με το φιλόσοφο Paul Tillich. Το άτομο πιστεύει ότι έχει τη δυνατότητα της συνείδησης του θανάτου είτε της συνείδηση της απουσίας της ύπαρξης του. Μέσω αυτής της κριτικής ικανότητας το άγχος αυξάνεται ενάντια στην απειλή αυτή και μειώνεται όταν το άτομο καταλάβει την απειλή και επομένως αντιμετωπίζει την απειλή της ανυπαρξίας. **(Παπαγεωργίου – Βασιλοπούλου Α., 2012)**

“Εσωτερική έκφραση του πειρασμού” και “εσωτερική προϋπόθεση της αμαρτίας” ορίζεται το άγχος σύμφωνα με τον Niebuhr. Πιστεύεται πως το άγχος προκαλείται στον άνθρωπο λόγω της έκθεσής του σε κινδύνους όπως είναι οι μεταβολές της φύσης και συγκρίνεται με τα ζώα, τα οποία δε μπορούν να προβλέψουν το κίνδυνο σε αντίθεση με τον άνθρωπο. Καταλήγει, πως το άτομο είναι ελεύθερο αλλά η δυνατότητα του να είναι κανείς ελεύθερος, ανελεύθερος, δεσμευμένος, απεριόριστος είναι λόγοι που γεννούν το άγχος. **(Παπαγεωργίου – Βασιλοπούλου Α., 2012)**

Νευρωσικό άγχος καλείται το αίσθημα κινδύνου το οποίο προέρχεται από ασυνείδητες συγκρούσεις, κυρίως σεξουαλικές ή επιθετικές κινήσεις των γονέων ενάντια στα παιδιά τους, τα οποία επισύρουν κίνδυνο ευνουχισμού. Το άγχος προκαλείται όταν η σκέψη γίνει συνειδητή, με αποτέλεσμα αυτή η σύγκρουση στο παιδί να προκαλεί τη δημιουργία των αμυντικών μηχανισμών προκειμένου να κάνει διαχείριση του άγχους. Έτσι, αν οι άμυνες είναι βλαπτικές εμφανίζουν το νευρωσικό άγχος, εάν πάλι έχουν θετικό αποτέλεσμα προκαλείται το φυσιολογικό άγχος. (Freud) **(Παπαγεωργίου – Βασιλοπούλου Α., 2012)**

Το άγχος ανακαλύφθηκε από τον Kierkegaard ως υποκειμενική εμπειρία, ενώ με ψυχολογική έννοια χρησιμοποιήθηκε το 2^ο ήμισυ του 17^{ου} αιώνα και μέχρι το 1750 χρησιμοποιήθηκε επίσημα στο χώρο της ιατρικής. Στα μέσα του 19^{ου} αιώνα κάνει την εμφάνισή του ο όρος νευρικότητα (nervousness), ο οποίος υποδήλωνε τα υποκείμενα συμπτώματα του άγχους. Ωστόσο, το άγχος εκείνο το διάστημα άρχισε να είναι διαδεδομένο και εύχρηστο ενώ παράλληλα παρέμενε αόριστο. **(Παπαγεωργίου – Βασιλοπούλου Α., 2012)**

Το άγχος καλείται ως δυσφορία, ανησυχία και υπερβολική ταραχή, το οποίο υποκρύπτει οξείες και χρόνιες νόσους. Περιγράφει το άγχος ως σύνδρομο που περιλαμβάνει υποκειμενικά (ψυχικά) κι σωματικά συμπτώματα και μπορεί να συνοδεύει διαφορετικές παθολογικές καταστάσεις (Landre-Bauvais, 1813). **(Παπαγεωργίου – Βασιλοπούλου Α., 2012)**

Το άγχος ορίζεται ως μια δυσάρεστη συναισθηματική (συγκινησιακή) κατάσταση, η οποία χαρακτηρίζεται από υποκειμενικό αίσθημα χρόνιας εξάντλησης που καλύπτεται από τον όρο νευρικότητα. Το άγχος περιλαμβάνει συνδυασμό ψυχολογικών και σωματικών εκδηλώσεων αλλά κυρίως έχει δοθεί έμφαση στα υποκειμενικά συμπτώματα (έντονη εξάντληση, νευρικότητα, φόβος) για την πιστοποίηση των ερεθισμάτων που οδήγησαν στην πρόκληση του άγχους (Freud). **(Παπαγεωργίου – Βασιλοπούλου Α., 2012)**

Επίσης σύμφωνα με τον Freud, το άγχος προέρχεται από την απελευθέρωση καταπιεσμένων σεξουαλικών τάσεων και ότι η συσσωρευμένη λόγω αναστολής της κανονικής έκφρασης απελευθερώνεται αυτόματα σε ελεύθερο άγχος. Στη συνέχεια τροποποίησε αυτή την άποψη και επισήμανε ότι το άγχος αποτελεί σήμα κινδύνου, ο οποίος προκαλεί δυσάρεστη συγκινησιακή κατάσταση με αποτέλεσμα το άτομο να συνειδητοποιήσει ότι πρέπει να εφαρμόσει έναν τρόπο που θα είναι κατάλληλος προκειμένου να προσαρμοστεί απέναντι στον κίνδυνο. **(Παπαγεωργίου – Βασιλοπούλου Α., 2012)**

Το άγχος ως όρος ‘anxietas’ έχει χρησιμοποιηθεί από τον Boisser de Sauvages κ.ά, προκειμένου να γίνει η περιγραφή των παροξυσμών καταστάσεων της ανησυχίας. Όροι όπως , ‘panophobia’, ‘vertigo’, ‘palpitatio’, ‘oscitatio’ δηλώνουν το άγχος του πανικού και αναφέρονται σε νόσους που πολλοί Ευρωπαίοι ιατροί χρησιμοποιούν, δίχως όμως να δηλώνουν ψυχολογικές εκδηλώσεις και να εντάσσονται στα συμπτώματα των ψυχικών διαταραχών. (Παπαγεωργίου – Βασιλοπούλου Α., 2012)

Ο όρος ‘anxiety’ προέρχεται από το angst, η ακριβής απόδοσή του θα ήταν η αγωνία , ο φόβος , ο τρόμος. Ο όρος angst προέρχεται από την ιαπετική ρίζα angh , που σημαίνει σφίγγω ασφυκτικά. Ωστόσο, παράγωγοι όροι από το angst χρησιμοποιήθηκαν από το δυτικό κόσμο με τη ρίζα angh, anxiete, angustia, anger και έχουν καταλήξει στον αγγλικό όρο anxiety (Aubrey Lewis). (Παπαγεωργίου – Βασιλοπούλου Α. , 2012)

Το άγχος έχει διατυπωθεί με ποικίλους όρους:

- § Angoisse (μ.τ.φ του λατινικού όρου angustus (στενός), ως αίσθημα πνιγμονής ή πίεσης στο επιγάστριο συνοδευμένο από δύσπνοια και έντονη θλίψη.
- § Anxiete, ως κατάσταση ανησυχίας και ταραχής με δυσκολία στην εισπνοή και πίεση στην προκάρδια περιοχή.(Παπαγεωργίου – Βασιλοπούλου Α., 2012)

Σύμφωνα με το έγκυρο Sydenham Lexicon, το άγχος ορίζεται ως μια κατάσταση ανησυχίας, κατάθλιψη με αίσθημα σύσφιξης και δυσφορίας στην προκάρδια περιοχή, το οποίο όταν εντείνεται υποδηλώνει τι σύμπτωμα οξείας νόσου. Στη Γερμανία το άγχος εμφανίστηκε με τον όρο ‘angst’, στη Γαλλία ‘angoisse’, στην Ισπανία ‘angustia’ που κάνουν αναφορές στις σωματικές και σοβαρές μορφές του άγχους. (Παπαγεωργίου – Βασιλοπούλου Α., 2012)

1.4: Ιστορική αναδρομή του άγχους-Επιδημιολογικά στοιχεία-Πορεία και Πρόγνωση του άγχους

Οι αγχώδεις διαταραχές έχουν αναγνωριστεί από τον Freud και πιθανότατα και νωρίτερα. Κάποιοι ισχυρίζονται πως τα κορίτσια που αναγνώρισαν τις μάγισσες στις Δίκες του Salem είχαν νοσήσει από κάποια αγχώδη διαταραχή και πιο ειδικά από τη Διαταραχή του πανικού. Παλιότερα, οι αγχώδεις διαταραχές ονομάζονταν «νευρώσεις», αν και ο όρος αυτός θεωρείται απαρχαιωμένος φαίνεται να χρησιμοποιείται ακόμα από κάποιους. Ο Freud έγινε και παραμένει και σήμερα γνωστός για το έργο του που σχετίζεται με τις αγχώδεις διαταραχές , καθώς δούλεψε με άτομα που έπασχαν από φοβίες, ιδεοψυχαναγκασμούς και γενικευμένες αγχώδεις διαταραχές. Ιδιαίτερη σημασία για τον φιλόσοφο είχαν οι υποκειμενικές αιτίες στο υποσυνείδητο των ασθενών. Ο Freud και οι μαθητές του ισχυρίζονταν πως το άγχος λειτουργούσε ως προειδοποιητικό σημάδι επικίνδυνων ή απειλητικών παρορμήσεων και με ποιον τρόπο θα εισέλθουν στο συνειδητό νου. Όμως αν συνέβαινε κάτι τέτοιο, η ζωή θα ήταν πολύ ενδιαφέρουσα αλλά και επικίνδυνη αν επιτρέπαμε να συμβεί κάτι τέτοιο, με αποτέλεσμα το εγώ να κάνει τα πάντα για να αποτρέψει αυτόν το κίνδυνο. Οι ‘μηχανισμοί άμυνας του εγώ’ έχουν την δυνατότητα να παραποιήσουν ή να αρνηθούν την πραγματικότητα ,διατηρώντας έτσι την ψυχική ισορροπία του ατόμου και επιτρέποντας του να τα καταφέρει σε δυσκολίες της ζωής. Ο Freud ασχολήθηκε ιδιαίτερα με τις ψυχικές συγκρούσεις και παρορμήσεις του «εκείνο» ενάντια στους μηχανισμούς άμυνας του εγώ και στους ανέφικτους στόχους της αγνότητας του υπερεγώ και στις σεξουαλικές και επιθετικές ενορμήσεις του ατόμου. Η απόθεση, ένας τύπος από τους μηχανισμούς άμυνας του εγώ, αποτελεί κύριο χαρακτηριστικό των αγχωδών διαταραχών. Το «εγώ» το άτομο το αντιλαμβάνεται όταν πρόκειται να δράσει ενάντια σε μια σεξουαλική ή επιθετική ενόρμηση που στη προκειμένη φάση δεν αρμόζει. Όταν λοιπόν, ενεργοποιείται ο μηχανισμός της απόθεσης το άγχος φαίνεται να ελαττώνεται και αυτό προκύπτει λόγω ότι οι απαγορευμένες ενορμήσεις

παρεμποδίζονται και δε φθάνουν στο συνειδητό και τελικά η συμπεριφορά του ατόμου να προσαρμόζεται ανάλογα με τα γεγονότα που τον περικλείουν. Ωστόσο, σύμφωνα με το Freud, ο μηχανισμός της απώθησης μπορεί να λειτουργήσει αρνητικά και να αποτύχει. Είναι κατανοητό, ότι ένα τραυματικό γεγονός μπορεί να προκαλέσει έντονο άγχος, το οποίο αποκαλείται διαχεόμενο άγχος σύμφωνα με το φιλόσοφο. Όπως είναι λογικό σε αυτή τη φάση το «εγώ» θα χρησιμοποιήσει επιπλέον συμπληρωματικές άμυνες για να κερδίσει το αυξημένο άγχος και αυτό θα προκαλέσει επιπλέον φοβίες και καταναγκασμούς. Κατά τον Freud, ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δοθεί στη δύναμη των βιολογικών μας ενορμήσεων σε συνδυασμό με τον έλεγχο του ατόμου, η σημασία των πρώιμων παιδικών εμπειριών και οι συγκρούσεις σχέσεων που επανεμφανίζονται συγκρούονται με τις πρόσφατες. Τελικά, ο Freud μας έμαθε πόσο απαραίτητο είναι να εξετάζουμε το παρελθόν κάποιου, προκειμένου να κατανοήσουμε την αιτία των παρόντων προβλημάτων του. Έτσι, κρίνεται αναγκαίο να γνωρίζουμε πώς να λαμβάνουμε ένα καλό ιστορικό στο μέγιστο των δυνατοτήτων μας. **(Getzfeld A.R., 2009)**

Περισσότεροι από τους μισούς ανθρώπους που έρχονται αντιμέτωποι με μια αγχώδη διαταραχή πληρούν τα κριτήρια για την εμφάνιση δεύτερης αγχώδους διαταραχής σε κάποια φάση της ζωής τους (T.A. Brown et al., 2001). Παρατηρείται σε άτομα με αγχώδη διαταραχή συχνά να παρουσιάζουν συμπτώματα άλλων αγχώδων διαταραχών αλλά κατά κύριο λόγο σε υποκλινικό επίπεδο, δίχως να πληρούν διαγνωστικά κριτήρια. Άνω το 80% των ατόμων με αγχώδη διαταραχή, πέρα από τη διάγνωση διαταραχής πανικού, βιώνουν προσβολές πανικού (Barlow et al., 1985). Προκύπτουν δυο κυρίαρχοι λόγοι για τους οποίους αποκαλύπτεται η αιτία εμφάνισης μιας επιπλέον αγχώδη διαταραχής ενώ έχει διαγνωσθεί ήδη μια. **(Kring A.M., Davison G.C et al., 2007-2010)**

Μια εκτίμηση αποτελεί η επικάλυψη των συμπτωμάτων που χρησιμοποιούνται για να διαγνωσθεί μια αγχώδη διαταραχή. Όπως είναι λογικό σωματικά σημεία, εφίδρωση, ταχυκαρδία, είναι γνώριμα διαγνωστικά κριτήρια για την προσβολή πανικού, ωστόσο εμφανίζονται και στις διαταραχές της φοβίας αλλά και μετά από ένα μετατραυματικό γεγονός. **(Kring A.M., Davison G.C et al., 2007-2010)**

Από την άλλη μεριά, οι αιτιολογικοί παράγοντες, που στηρίζονται σε νευροβιολογικά χαρακτηριστικά ή σε χαρακτηριστικά προσωπικότητας παρατηρείται ότι αυξάνουν τις πιθανότητες εμφάνισης περισσότερων αγχώδων διαταραχών. **(Kring A.M., Davison G.C et al., 2007-2010)**

Έχει επισημανθεί τα $\frac{3}{4}$ των ασθενών που παρουσιάζουν συμπτώματα αγχώδους διαταραχής να εκδηλώνουν σημεία για τουλάχιστον άλλη μια αγχώδη διαταραχή (Kessler et al., 1997). Αξίζει να σημειωθεί ότι το 60% των ατόμων που βρίσκονται σε θεραπεία κατά της αγχώδους διαταραχής έχει προοπτικές εμφάνισης μείζονος κατάθλιψης (T.A Brown et al., 2001). Σύμφωνα με τα ευρήματα μιας έρευνας, η οποία επαναλήφθηκε μετά από 15 χρόνια παρουσιάζει την εμφάνιση της κατάθλιψης ως τη μετέπειτα πορεία μιας αγχώδους διαταραχής και ιδιαίτερα της διαταραχής πανικού κι αυτό το γεγονός μπορεί να στηριχτεί στα σοβαρά προβλήματα που προκύπτουν από τις αγχώδεις διαταραχές, όπως είναι τα συναισθήματα απελπισίας και απόγνωσης που εύκολα μπορούν να οδηγήσουν στη φάση της κατάθλιψης (Merikangas et al., 2003). Ωστόσο, πέρα από την εμφάνιση της κατάθλιψης ως αποτέλεσμα της αγχώδους διαταραχής είναι και η κατάχρηση ουσιών (Jacobsen, Southwick, Kosten, 2001), η διαταραχή της προσωπικότητας (Johnson, Weissman, Klerman, 1990) με αντίκτυπο κυρίως στην αποφευκτική, εξαρτησιακή και δραματική διαταραχή της προσωπικότητας. **(Kring A.M., Davison G.C et al., 2007-2010)**

Στο γενικό πληθυσμό οι αγχώδεις διαταραχές είναι ιδιαίτερα εμφανείς ,ενώ ο επιπολασμός της φαίνεται να ανέρχεται γύρω στο 20% σύμφωνα με έγκυρες διεθνείς επιδημιολογικές μελέτες τα τελευταία 20 χρόνια ύστερα από θέσπιση των απαραίτητων διαγνωστικών κριτηρίων για την κάθε διαταραχή αντίστοιχα. *(Kring A.M. , Davison G.C et al.,2007-2010)*

<u>ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ</u>	<u>ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ</u>
Ειδική φοβία	5,4-11,3%
Κοινωνική φοβία	0,5-13,3%
Αγοραφοβία	1,3-6,9%
Διαταραχή πανικού	0,4-3,8%
Διαταραχή γενικευμένου άγχους	2,3-13,1%
Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή	0,7-4,4%

Πίνακας 2. Αγχώδης Διαταραχή και Επιπολασμός προέλευση στοιχείων: (Kring A.M. , Davison G.C et al.,2007-2010)

Όπως παρατηρείται, οι φοβίες είναι μια από τις πιο κοινές αγχώδεις διαταραχές ,ενώ στις μελέτες αυτές επισημάνθηκε πως η κατάχρηση και η εξάρτηση από το αλκοόλ, η κατάθλιψη και η δυσθυμία αντίστοιχα συνυπάρχουν έντονα αλλά κυρίως κατά τη διάρκεια της αντιμετώπισης από τις αγχώδεις διαταραχές. Επίσης, το φύλο που επηρεάζεται κατά κύριο λόγο σύμφωνα με τις μελέτες φαίνεται να είναι ο γυναικείος πληθυσμός από ότι ο ανδρικός με εξαίρεση τη διαταραχή κοινωνικού άγχους και την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή. Οι νεανικές ηλικίες , οι οποίες περιλαμβάνουν τη διακύμανση μεταξύ 24-44 έτη και η φυλή έχουν ιδιαίτερη συχνότητα σε αστικά κέντρα από ότι στην ύπαιθρο. Οι ευρωπαϊκές μελέτες δείχνουν πως τα άτομα που νοσούν από μια αγχώδη διαταραχή αποτελούν το 4,6% που έχουν εισέλθει σε πρωτοβάθμια περίθαλψη, ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό , το οποίο ανέρχεται στο 80% των ψυχιατρικών περιστατικών δεν ακολουθούν κατευθυντήρια γραμμή από τον κατάλληλο αρμόδιο ψυχικής υγείας. Εν τέλει, το συμπέρασμα αποδεικνύει ότι οι αγχώδεις διαταραχές αποτελούν μία από τις πιο συχνές διαταραχές στην σύγχρονη καθημερινότητα που ένας επιστήμονας υγείας οποιασδήποτε ειδικότητας μπορεί να συναντήσει κατά τη διάρκεια της πορείας του στο χώρο της υγείας. *(Kring A.M. , Davison G.C et al.,2007-2010)*

Η πορεία και η πρόγνωση των αγχωδών διαταραχών φαίνεται να έχει διακυμάνσεις κατά χρονικά διαστήματα, δηλαδή την αύξηση των περιστατικών ή τη μείωση αυτών αντίστοιχα. Πιο συγκεκριμένα, οι φοβίες φαίνεται να παραμένουν σταθερές ή να βρίσκονται σε ύφεση με άμεση εξάρτηση την ηλικία, ενώ το γενικευμένο άγχος παρουσιάζει κατά κύριο λόγο βελτίωση. Πρέπει να τονιστεί ο κίνδυνος της επιπλοκής των αγχωδών διαταραχών σε συνδυασμό με τη κατάχρηση του αλκοόλ ή διάφορων παρηγορητικών ουσιών με απότερω σκοπό την ανακούφιση του συσσωρευμένου άγχους . Επιπλέον, η μακροχρόνια ύπαρξη αγχώδους διαταραχής μπορεί να οδηγήσει στη κατάθλιψη και στον αυτοκτονικό ιδεασμό και αυτό οφείλεται στη χρονιότητα των συμπτωμάτων και της χρόνιας και απεγνωσμένης κόπωσης συνεπώς. Επομένως, όταν υπάρχει ήδη μια διαγνωσμένη αγχώδη διαταραχή ή συνυπάρχει διαταραχή προσωπικότητας τότε η πρόγνωση παραμένει δύσκολη. *(Σοδάτος,, Λυκούρας Π., 2006)*

Κεφάλαιο 2: Κλινικές μορφές αγχωδών διαταραχών

2.1 Φυσιολογικό-Παθολογικό άγχος

Το άγχος λειτουργεί ως σήμα εγρήγορσης , προετοιμάζει το άτομο να βρίσκεται σε ετοιμότητα καθώς είτε να επιτεθεί είτε να αποφύγει μια επικίνδυνη κατάσταση. Έτσι, εξασφαλίζεται η εγρήγορση και επιτυγχάνεται η ισορροπία ανάμεσα στο άτομο και το περιβάλλον. (*Αλεβίζος Β., 2008*)

Το αυξημένο άγχος θεωρείται **φυσιολογικό** όταν εκδηλώνεται σε καταστάσεις όπου ο κίνδυνος είναι άμεσος και μπορεί να προκαλέσει σωματικές βλάβες ή σε καταστάσεις που απειλούν την αυτοεκτίμηση ή την ψυχολογική του ευεξία. (*Αλεβίζος Β., 2008*)

Όταν το άγχος γίνεται πολύ έντονο και παρατεταμένο μετατρέπεται σε **παθολογικό άγχος**. Ορίζεται ως μια ανεπαρκής ή δυσανάλογη αντίδραση σε μια κατάσταση ή συμβάν, και ως αντίδραση προερχόμενη από συγκρούσεις του ατόμου από το παρελθόν. Ωστόσο οι επιπτώσεις του είναι οι εξής:

- § Διαταράσσεται η κανονική λειτουργικότητα του ατόμου.
- § Αδυναμία ανταπόκρισης στις καθημερινές δραστηριότητες του ατόμου.
- § Εμφάνιση αυξημένου τόνου στο αυτόνομο νευρικό σύστημα .
- § Εκδήλωση στη συμπεριφορά με τάση αποφυγής. (*Αλεβίζος Β., 2008*)

Εν κατακλείδι η διάγνωση του είναι εύκολη, όμως είναι δύσκολο να πιστοποιηθούν οι αιτίες του. Διακρίνεται σε πρωτογενές άγχος όπου δεν έχει εμφανή αιτία και δευτερογενές άγχος που προέρχεται από περιβαλλοντικό, σωματικό ή ψυχολογικό στρες . (*Αλεβίζος Β., 2008*)

Σύμφωνα με την υπαρξιακή λογική ο Kierkegaard , το άγχος αντιπροσωπεύει την ικανότητα του ατόμου για την ελευθέρια του, όταν έχει δηλαδή το άτομο την ανάγκη να οδεύσει προς τα εμπρός με σκοπό την ανάπτυξη και την πρόοδο του έρχεται αντιμέτωπος με το **φυσιολογικό άγχος**, Ενώ από την άλλη πλευρά, η αδυναμία ή αποτυχία να καταφέρει νέους στόχους προκαλεί το **παθολογικό άγχος**. (*Αλεβίζος Β., 2008*)

Ως ένα βαθμό, το άγχος φαίνεται να αποτελεί φυσιολογική εμπειρία από τη στιγμή που υπάρχει βαθμός συμβατότητας με τις περιστάσεις και δε προκαλεί αποδιοργάνωση. Ίσως να προσφέρει και κάποια πλεονεκτήματα όπως είναι η προετοιμασία αντίδρασης έναντι σε επικείμενο κίνδυνο ή απειλή, προκαλώντας την αίσθηση της επαγρύπνησης με αποτέλεσμα να οδηγεί σε κατάλληλες αποφάσεις και ενέργειες. Μάλιστα συμβάλλει στην κατάκτηση ικανοτήτων αντιμετώπισης δύσκολων καταστάσεων και τέλος στην ωρίμανση της προσωπικότητας. Σε ορισμένες περιπτώσεις βιώνεται και ως ευχάριστη, διασκεδαστική και επιδιωκόμενη εμπειρία (Αγγελίδης 1970), σε διάφορα θεάματα όπως είναι οι αθλοπαιδιές (ποδόσφαιρο, περιπετειώδεις ταινίες κ.τ.λ). (*Αλεβίζος Β., 2008*)

Όταν το άγχος είναι υπερβολικό ,έντονο και έχει διάρκεια γίνεται παθολογικό και σταματά να αποτελεί ένα απλό σημάδι κινδύνου με αποτέλεσμα να αποκτά το χαρακτήρα μιας κατάστασης που επιδεινώνει τις ήδη γνώριμες ικανότητες προσαρμογής στον κίνδυνο, αποδιοργανώνοντας με αυτόν τον τρόπο τις επακόλουθες δραστηριότητες και φθάνοντας στην εξουθένωση τον πάσχοντα. Το άγχος συνδέεται με τους στρεσογόνους παράγοντες που περικυκλώνουν το περιβάλλον και η εμφάνισή του κυριαρχεί σε περιπτώσεις απώλειας οργάνωσης και σε άλλες απειλητικές καταστάσεις για τη φυσική και ψυχολογική ομαλότητα του ατόμου. Το άγχος είναι ακόμα κοινό σύμπτωμα των ψυχιατρικών διαταραχών , όπως της κατάθλιψης και των παρανοειδών διαταραχών. Επιπλέον , οι σωματικές παθήσεις συνοδεύονται από άγχος και εξάρτηση από άλλα άτομα λόγω ύπαρξης χρόνιας νόσους και αυτό αποτελεί ένα μεγάλο αγχογόνο παράγοντα. Στις αγχώδεις διαταραχές , το άγχος είναι το πρωταρχικό σύμπτωμα αλλά η εμφάνιση του είναι διαφορετική σε κάθε περίπτωση, όπως

συμβαίνει στην αγοραφοβία ή στην κοινωνική φοβία. Εν τέλει, σύμφωνα με τα διάφορα ταξινομητικά πλαίσια του άγχους φαίνεται να μην υπάρχει ιδιαίτερο κλινικό ενδιαφέρον και να μη δικαιολογείται η συμπτωματολογία και πολλές φορές να έχει αντίκτυπο και ενάντια στο ίδιο το άτομο. (*Αλεβίζος Β., 2008*)

2.2 Αιτιοπαθογένεια αγχώδων διαταραχών

Η αιτιολογία των αγχώδων διαταραχών φαίνεται να ξεκινά από τις ψυχοκοινωνικές θεωρήσεις, οι οποίες αποτελούν την αρχική γένεση και διαίωνηση των ‘νευρώσεων’. Με τη βοήθεια της μεθοδολογίας ,του συμπεριφορισμού αλλά και της γνωσιακής μάθησης έγιναν οι κατάλληλες διατυπώσεις προκειμένου να αναγνωριστούν οι αγχώδη διαταραχές και οι κατάλληλες θεραπευτικές μέθοδοι αντιμετώπισης, όπως είναι η γνωσιακή - συμπεριφορική θεραπεία αλλά και η φαρμακευτική παρέμβαση. (*Κουκιά Ε., 2014*)

Ο Freud υποστήριξε ότι οι συνθήκες πράξεων και καταστάσεων(επιθετικές, σεξουαλικές) κάτω από υποσυνείδητες σκέψεις είναι εύκολο να εισχωρήσουν στη ζωή των ατόμων και να προκαλέσουν φόβο και συνεπώς άγχος. Το άγχος φαίνεται να αναπτύσσεται από την παιδική ηλικία κιόλας και να προκαλεί αποδιοργάνωση και αποσυντονισμό εξαιτίας κάποιας πραγματικής ή όχι απώλειας ενός αγαπημένου αντικειμένου ή κάποιου φόβου από σωματική βλάβη. Το άγχος χρησιμοποιήθηκε από το Freud προκειμένου να περιγράψει το άγχος εκείνο που βιώνεται υποσυνείδητα και για να αντιμετωπιστεί από το άτομο χρησιμοποιεί τους κατάλληλους αμυντικούς μηχανισμούς για την αντιμετώπιση αυτής της απειλητικής κατάστασης. (*Κουκιά Ε., 2014*)

Οι ψυχοκοινωνικές θεωρήσεις περιλαμβάνουν τις ψυχοδυναμικές θεωρήσεις κατά τις οποίες το άγχος εξαρτάται από το πόσο σωστά λειτουργούν οι αμυντικοί μηχανισμοί άμυνας του εγώ απέναντι στη διατήρηση της ισορροπίας σε αυτό είτε έπειτα από την απώλεια ενός αντικειμένου αγάπης είτε από κάποια σοβαρή απειλή που πιέζει το εγώ σε υποσυνείδητο επίπεδο ανεξέλεγκτων ενορμήσεων. Εν τούτοις, φαίνεται ότι οι μηχανισμοί ταύτισης , απώθησης και μετάθεσης του άγχους μετά από επαναλαμβανόμενες πράξεις προκαλούν την εμφάνιση των αγχώδων διαταραχών. (*Κουκιά Ε., 2014*)

Άλλη μια θεώρηση που συγκαταλέγεται στις ψυχοκοινωνικές θεωρήσεις είναι η γνωσιακή θεωρία. Η κεντρική ιδέα της γνωσιακής θεωρίας στηρίζεται σε σκέψεις και ιδέες που έχουν οι άνθρωποι είτε αυτές είναι συνειδητές είτε ασυνείδητες απέναντι στον κίνδυνο που τους προκαλεί φόβο άρα και άγχος σηματοδοτώντας την αναμενομένη εμφάνιση αγχώδους διαταραχής. Επομένως . κρίνεται απαραίτητη η γνώση των μαθησιακών διεργασιών απέναντι στις λειτουργίες της ψυχικής υγείας, όπως είναι σημαντικό να αναγνωρίζεται η αιτία των αγχώδων πηγών χρησιμοποιώντας τη λογική και καταρτισμένες υποθέσεις. Σύμφωνα με νέα κλινικά ευρήματα και έρευνες παρατηρήθηκε ότι οι ιδέες , οι στάσεις και οι πεποιθήσεις των ασθενών , δηλαδή οι γνωσιακοί παράγοντες σε συνδυασμό με τις συμπεριφορικές θεωρήσεις απέκτησαν τον όρο γνωσιακή – συμπεριφορική θεραπεία (Cognitive – Behavior Theory, CBT) , αφού παλιότερα υποστήριζαν ότι ήταν ανεξάρτητος συνδυασμός μεταξύ τους. (*Κουκιά Ε., 2014*)

Η συμπεριφορολογία ή διαφορετικά οι θεωρίες μάθησης έχουν ως κεντρική ιδέα μαθησιακές διεργασίες που βασίζονται σε συγκεκριμένου είδους συνειρμούς , όπως είναι η μάθηση του σωστού- λάθους που έχεις σπουδαίο ρόλο στην αναγνώριση των σωστών-λειτουργικών καταστάσεων και εν τέλει στη θεραπεία μιας αγχώδους διαταραχής. Ωστόσο, πιο αναλυτικά παρατηρείται πως οι θεωρίες της μάθησης και η ανίχνευση μιας διαταραχής που βασίζεται στο άγχος επανδρώνεται με τους παρακάτω τρόπους:

§ Με κλασική (ή παβλοβιανή) οροεξαρτημένη μάθηση (classical conditioning): Κατά την οποία ένα ερέθισμα συνδυάζεται πολλές φορές και με μεγάλη συχνότητα με ένα

ερέθισμα που ανταποκρίνεται ως απάντηση (ανεξάρτητο ερέθισμα) , μέχρι το ερέθισμα αυτό από μόνο του να προκαλέσει την απάντηση. Ένα παράδειγμα για να κατανοηθεί καλύτερα η ερμηνεία του σχολιασμού είναι, όταν ένα παιδί βρεθεί μπροστά σε ένα ήμερο και μικρό ζώο (το πρώτο ερέθισμα), στη συνέχεια προκαλείται το ερέθισμα του φόβου και αυτό θα συμβεί εξαιτίας είτε ενός ήχου κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης του ζώου με επανειλημμένο τρόπο με αποτέλεσμα το παιδί να φοβηθεί και εν τέλει να συνεχίσει να φοβάται το ζώο ακόμα και να μην ακουστεί ξανά ο ήχος. (Κουκιά E., 2014)

§ **Με συντελεστική (ή εγχειρηματική) οροεξαρτημένη μάθηση (operant conditioning) .** Σύμφωνα με την οποία μια αρχική συμπεριφορά που έχει ως προϋπόθεση την αμοιβή έχει τη τάση να αυξάνεται σε συχνότητα (θετική ενίσχυση) , ενώ αν μια συμπεριφορά δεν είναι καλή και δεν έχει την προϋπόθεση της αμοιβής αλλά τιμωρεί έχει τη προδιάθεση να μειώνεται σε συχνότητα με αποτέλεσμα να υιοθετείται από το άτομο μια άλλου είδους συμπεριφορά. (Κουκιά E., 2014)

§ **Με κοινωνική μάθηση (μάθηση μέσω προτύπου).** Σύμφωνα με την οποία, το άτομο μέσα από κοινωνικές εκδηλώσεις και συναναστροφές με άλλου είδους ομάδες ατόμων , φαίνεται να υιοθετεί μέσω της παρατήρησης και όχι μέσω κάποιας τραυματικής εμπειρίας συμπεριφορές με συναισθηματικές εκδηλώσεις. (Κουκιά E., 2014)

-Στις Βιολογικές θεωρίες, η συμβολή των απεικονιστικών μεθόδων , η ψυχοφυσιολογική διερεύνηση του άγχους, η έρευνα σε πειραματόζωα και οι προκλητές δοκιμασίες δείχνουν την ραγδαία πρόοδο των νέων εξελίξεων στα αποτελέσματα που σχετίζονται με τη νευρολογία των αγχωδών διαταραχών. (Κουκιά E., 2014)

Σύμφωνα με τις μελέτες και έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί στα πειραματόζωα παρουσιάζεται η εκδήλωση του στρες να φέρνει αναταραχή στη λειτουργία της μνήμης και βλάβες στον ιππόκαμπο. Αυτό προκύπτει λόγω της αυξημένης έκκρισης των γλυκοκορτικοειδών και του παράγοντα έκλυσης της κορτικοτροπίνης (Corticotrophin Releasing Factor, CRF), στη διάρκεια εντόνου άγχους και αναστολή της νευρογένεσης ή αναστολή λόγω του στρες του νευροτροφικού παράγοντα (Brain Derived Neurotrophic Factor, BDNF) πιστεύοντας ότι είναι πιθανοί παθοφυσιολογικοί μηχανισμοί που ευθύνονται για την εκδήλωση των αγχωδών διαταραχών. Ωστόσο, υπάρχει αξιοπιστία και εγκυρότητα ότι η αντικαταθλιπτική αγωγή είναι ικανή να επαναφέρει τη νευρογένεση αλλά και την αναστροφή στη λειτουργία του ιππόκαμπου. (Κουκιά E., 2014)

Η νορεπινεφρίνη, η σεροτονίνη και το γ-αμινοβουτυρικό οξύ είναι οι κύριοι νευροδιαβιβαστές που συμμετέχουν ενεργά στην αιτιοπαθογένεια των αγχωδών διαταραχών. Είναι γνωστό ότι το άγχος χαρακτηρίζεται από αυξημένη αντίδραση του ΑΝΣ και του τόνου του ΣΝΣ, αφού αυξάνεται η απελευθέρωση των κατεχολαμινών και η παραγωγή μεταβολιτών της νορεπινεφρίνης. (Κουκιά E., 2014)

Ωστόσο, παρόλο τον ελαττωμένο λανθάνων αριθμό επέλευσης του ύπνου REM και του IV ύπνου που ταιριάζει με τη κατάθλιψη, τα μειωμένα επίπεδα του γ- αμινοβουτυρικού οξέος (GABA) εμφανίζουν μεγάλη δραστηριότητα και σύγχυση του ΚΝΣ , όπου καταλήγει το συμπέρασμα στη συσχέτιση που έχει το άγχος με τις μεταβολές του σεροτονινεργικού συστήματος με την υπερδραστηριότητα της ντοπαμίνης και του κροταφικού λοβού. (Κουκιά E., 2014)

Παρατηρείται , ότι το εγκεφαλικό κέντρο των νοραδρενεργικών νευρώνων (υπομέλας τύπος) έχει έντονη παρουσίαση και ένταση στις αγχώδεις διαταραχές και ιδιαίτερα στη διαταραχή πανικού , αλλά η μεγάλη δράση της αμυγδαλής και ο αποσυντονισμός της λειτουργίας της, φαίνεται να έχουν σχέση με το κοινωνικό άγχος. Ο υπομέλης τόπος αυξάνει τη δράση όταν τα επίπεδα του CO2 αυξάνονται στον εγκέφαλο ύστερα από χορήγηση του γαλακτικού νατρίου είτε υπεραερισμού ή μετά από εισπνοή διοξειδίου του άνθρακα. Επίσης διεγείρουν τον

υπομελή τόπο, τα φάρμακα ,όπως είναι η νοχιμβίνη που προκαλεί το άγχος ενώ η κλονιδίνη έχει αγχολυτικές και αντιπανικές ιδιότητες με αποτέλεσμα να αδρανοποιεί τον υπομελή τόπο. Όμως ,σχετικά ευρύτατα δε δείχνουν να υπάρχει η πλήρη ολοκλήρωση των φαρμάκων αυτών στην αγχολυτική εμπλοκή του υπομέλανα τόπου. **(Κουκιά E., 2014)**

Κατά τις προκλητές δοκιμασίες ,που στηρίζονται στη χρήση χημικών ουσιών διαθέτοντας εκλεκτική νευροδιαβιβαστική δράση (νοχιμβίνη , κλονιδίνη, νορεπινεφρίνη και ισοπρεναλίνη) φανερώνεται η κακή λειτουργία του νοραδρενεργικού συστήματος, δηλαδή η υπερευαισθησία στους προσυναπτικούς ή η μειωμένη ευαισθησία στους μετασυναπτικούς α-2-αδρενεργικούς υποδοχείς στη διαταραχή πανικού. Ωστόσο, ο ρόλος της χορήγησης της m-χλωροφαινυλπιπεραζίνης , ένας μη εκλεκτός ανταγωνιστής των 5HT_{2C} υποδοχέων σε συνδυασμό με την ορθολογική και αποτελεσματική χρήση των σεροτονινεργικών αντικαταθλιπτικών .κρίνουν απαραίτητη τη σεροτονινεργική λειτουργία στην αιτιοπαθογένεια της διαταραχής πανικού , της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής αλλά και στα φυσιολογικά άτομα. **(Κουκιά E., 2014)**

Είναι γνωστή η συμβολή των βενζοδιαζεπινών στη θεραπευτική αντιμετώπιση των αγχωδών διαταραχών και ιδιαίτερα της διαταραχής πανικού . Η χορήγηση όμως της φλουμαζεπίλης (ανταγωνιστής ενδογενών βενζοδιαζεπινικών υποδοχέων) δημιουργεί μεγαλύτερο άγχος στους ασθενείς με διαταραχή πανικού παρά σε φυσιολογικούς ανθρώπους, οι οποίοι δε διαταράσσονται με το άγχος. **(Κουκιά E., 2014)**

Ωστόσο, στους ασθενείς που έχουν διαγνωσθεί με γενικευμένο άγχος το σύστημα θεραπείας των υποδοχέων GABA- BZD φαίνεται να μη λειτουργεί όπως θα έπρεπε και αυτό προκύπτει είτε λόγω της μειωμένης ευαισθησίας των υποδοχέων είτε της μη καλής λειτουργίας των ανασταλτικών νευροδιαβιβαστών .Πιο συγκεκριμένα, νέες μελέτες έχουν δείξει ότι άτομα με γενικευμένο άγχος έχουν μειωμένη λειτουργικότητα και αριθμό και υποδοχείς BZD στον αριστερό κροταφικό λοβό σύμφωνα με απεικονιστικές μεθόδους. **(Κουκιά E., 2014)**

-Ακόμα , το τετραπεπτίδιο της χολοκυστοκινίνης και η καφεΐνη που χρησιμοποιούνται στις προκλητές δοκιμασίες αντενδεικνύεται για τη κατάλληλη λειτουργία των νευρωνικών κυκλωμάτων , όπου εμπλέκονται η χολοκυστοκινίνη και η αδενosίνη και στους ασθενείς με άλλου τύπου με αγχώδεις διαταραχές . **(Κουκιά E., 2014)**

- Σύμφωνα με τον Αμερικανό Ψυχίατρο, Donald Klein διατυπώθηκε ‘η θεωρία του ψευδούς συναγερμού ασφυξίας’ , ‘false suffocating –alarm theory’ κατά την οποία η μη σωστή λειτουργικότητα των αυτονομικών κέντρων στο στέλεχος του εγκεφάλου θεωρείται η βασικότερη αιτία των συμπτωμάτων της διαταραχής πανικού. Ωστόσο, οι διαταραχές που προκαλεί η χορήγηση του διοξειδίου του άνθρακα (CO₂) κυρίως στους ασθενείς με διαταραχή πανικού και σε λιγότερο βαθμό σε ασθενείς χωρίς αγχώδεις διαταραχές ήταν και ο λόγος που έγινε η έκθεση της παραπάνω άποψης από τον Αμερικανό ψυχίατρο. **(Κουκιά E., 2014)**

- Επιπλέον ,μια άλλη θεωρία αναφέρει την ‘νευροανατομική υπόθεση της διαταραχής πανικού’ , ‘neuroanatomical hypothesis of panic disorder’ κατά την οποία η δυσλειτουργία στη διαταραχή πανικού εντοπίζεται σε κεντρικές νευρωτικές δομές. Πιο ειδικά φαίνεται ότι οι αντιδράσεις πανικού έχουν ως βιολογική βάση το κύκλωμα του φόβου , ‘fear network’ ,σύμφωνα με το οποίο η ανατομία της περιοχής του ΚΝΣ και με τον ειδικό κεντρικό πυρήνα της (αμυγδαλή) έρχονται σε αλληλεπίδραση με το μέσο προμετωπιαίο λοβό , ο οποίος αποτελεί κεντρικό κόμβο για τις γνωσιακές λειτουργίες μαζί με τον υπόκαμπο, μέσα από τον οποίον γίνεται η σύνδεση της οροεξαρτημένης μάθησης , αναγνωρίζοντας τα εσωτερικά και εξωτερικά ερεθίσματα που προκαλούν τις αντιδράσεις στη διαταραχή πανικού με αποτέλεσμα να στέλνονται στα υποθαλαμικά κέντρα και στους πυρήνες του στελέχους του εγκεφάλου απαγωγές οδούς. **(Κουκιά E., 2014)**

Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή εξηγείται η αποτελεσματικότητα της γνωσιακής ψυχοθεραπείας , η οποία δρα στον προμετωπιαίο φλοιό , της συμπεριφορικής θεραπείας , η οποία δρα στον ιππόκαμπο και οι φαρμακολογικές παρεμβάσεις , οι οποίες δρουν στα υποθαλαμικά κέντρα και στους πυρήνες του στελέχους. Αξίζει να αναφερθεί πως οι 'θεωρήσεις του κυκλώματος του φόβου', και ο ρόλος της αμυγδαλής είναι από τις θεωρήσεις εκείνες που αποτελούν τη γένεση και τη διαίωνιση του φόβου και του άγχους , χάρη στις οποίες προοδευτικά οι έρευνες στηρίζονται σε αυτές όσον αφορά το νευροανατομικό υπόστρωμα της κλασικής/παυλοβιανής μάθησης. **(Κουκιά E., 2014)**

- Η αύξηση της ηλεκτροδερματικής αγωγιμότητας , ο αυξημένος αριθμός μη ειδικών αυτόματων διακυμάνσεων της ηλεκτροδερματικής αντίστασης , η αυξημένη καρδιακή συχνότητα και αρτηριακή πίεση , ο αυξημένος τόνος των μυών με ελαττωμένη αιματική ροή στην περιφέρεια και η μειωμένη αντίδραση της δερματικής αγωγιμότητας αποτελούν πληθώρα χαρακτηριστικών ευρημάτων στο τομέα των ψυχοφυσιολογικών μετρήσεων. **(Κουκιά E., 2014)**

Πιο συγκεκριμένα , στην ΙΔΨ διαταραχή το ηλεκτροκαρδιογράφημα παρουσιάζει δυσρυθμίες στη μετωποκροταφική περιοχή υποδηλώνοντας ελαττωμένη ωρίμανση του ΚΝΣ και κακή λειτουργία των κροταφικών λοβών. Από την άλλη πλευρά , τα σημαντικότερα ευρήματα , όσον αφορά, τα εγκεφαλικά προκλητά δυναμικά , δεν έχουν κάποια σταθερά γεγονότα όπως δείχνουν οι μελέτες , ωστόσο παρατηρούνται μειωμένα ακουστικά προκλητά δυναμικών στις κυματομορφές του ΗΚΓ από 100-300m/sec μετά από εκλυτικό ερέθισμα. **(Κουκιά E., 2014)**

- Σύμφωνα με τις γενετικές μελέτες παρατηρείται συγγενική συσχέτιση σε ασθενείς με διαταραχή πανικού .Το 5% περίπου των ατόμων που έχουν αυξημένα επίπεδα άγχους και στρες φαίνεται να φέρουν πολυμορφική παραλλαγή του γονιδίου που έχει συσχέτιση με το μεταβολισμό του φορέα της σεροτονίνης. Οι υποστηρικτές της γενετικής τονίζουν ότι το άγχος και ο φόβος μεταξύ τους συνδέονται άμεσα με γενετικούς δεσμούς. **(Κουκιά E., 2014)**

Στα άτομα 1^{ου} συγγενικού βαθμού παρατηρείται η συχνότητα των αγχώδων διαταραχών να φθάνει το 20% σε αντίθεση με συγγενείς φυσιολογικών ατόμων που δεν έχουν κάποια αγχώδη διαταραχή να ανέρχεται το ποσοστό 4,2% (Harmis et al,1983) . Το αλκοόλ και η κατάθλιψη είναι σύνηθες γνωρίσματα που παρατηρούνται σε συγγενείς όσων έχουν διαγνωσθεί με κάποια αγχώδη διαταραχή. Οι γονείς από την άλλη μεριά που έχουν νοσήσει και αναγνωρισθεί με αγοραφοβία και διαταραχή πανικού, τα παιδιά τους έχουν μεγάλες πιθανότητες να αποκτήσουν την ίδια συμπεριφορά και μετά από αρκετό χρονικό διάστημα να αποκτήσουν και εκείνα κάποια αγχώδη διαταραχή. Όμως, αξίζει να επισημανθεί ότι δεν είναι πάντα έγκυρη και αξιόπιστη η πεποίθηση της κληρονομικότητας σε δεσμούς της οικογένειας αφού θα μπορούσε να διατυπωθεί και η θεωρία της μάθησης και της μίμησης. **(Κουκιά E., 2014)**

Ευαίσθητα άτομα είναι εφικτό να εμφανίσουν διαταραχή πανικού ακόμα από κάποιο υπεραερισμό, εισπνοές CO₂ , χορήγηση ισχυρών αγχολυτικών ουσιών , όπως είναι η νοχιμβίνη, καφεΐνη, κάνναβη, αδρεναλίνη και ισοπροτεμενόλη πιο ειδικά όμως μετά από η ενδοφλέβια χορήγηση γαλακτικού νατρίου. Για το λόγο αυτό, για την αποφυγή εμφάνισης γαλακτικού νατρίου στα άτομα που έχουν νοσήσει από διαταραχή πανικού αποφεύγεται η άσκηση διότι μέσω αυτής αυξάνεται η παραγωγή του γαλακτικού νατρίου. Επίσης, μέσα από τον υπεραερισμό, απελευθερώνεται CO₂ και έτσι προκαλείται η υποκαπνία , η οποία δημιουργεί την αλκάλωση μέσω της οποίας αυξάνεται η πρωτεϊνική δέσμευση του Ca²⁺ και μειώνονται οι συγκεντρώσεις των ιόντων Ca²⁺ στον ορό. Πολλοί συγγραφείς τέλος ισχυρίζονται ότι η ύπαρξη της αλκάλωσης αποτελεί τη κυριότερη αιτία για την εμφάνιση της διαταραχής πανικού. Ωστόσο, το 1/3 των ασθενών με διαταραχή πανικού φαίνεται να μην είναι θετικό στην έγχυση του γαλακτικού νατρίου, ενώ ένα 50% φαίνεται να έχει σημεία χρόνιου υπεραερισμού. **(Κουκιά E., 2014)**

2.3 Διάγνωση αγχώδων διαταραχών

Για να τεθεί η διάγνωση μιας πρωτοπαθούς αγχώδους διαταραχής, η συμπτωματολογία του άγχους που εμφανίζει ο ασθενής δεν θα πρέπει να οφείλεται σε :

- § **Γενετική Ιατρική Πάθηση**, όπως είναι η στηθάγχη, καρδιακές αρρυθμίες, συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια, υπογλυκαιμία, υποξία, πνευμονική εμβολή, οξύς έντονος πόνος, θυρεοτοξίκωση, φαιοχρωματοκύτωμα, νόσος Meniere. (*Λυκούρας Α., et al., 2015*)
- § **Υπάρχουσα φαρμακευτική αγωγή-ουσίες** που λαμβάνει, όπως είναι η καφεΐνη, αμινοφυλλίνη και συναφείς συνδυασμοί, συμπαθητικό-μιμητικοί παράγοντες (π.χ αποσυμφορητικά ρινός και διαιτητικά δισκία), γλουταμινικό νάτριο(συντηρητικά τροφίμων), ψυχοδιεγερτικά και ψευδαισθησιογόνα, απόσυρση από το αλκοόλ, τις βενζοδιαζεπίνες και άλλα κατασταλτικά υπνωτικά, θυρεοειδικές ορμόνες και ανιψυχωτικά. (*Λυκούρας Α., et al., 2015*)
- § **Άλλη Ψυχιατρική Πάθηση**, όπως (σχιζοφρένεια, διαταραχές διάθεσης, αποφευκτική διαταραχή προσωπικότητας, διαταραχή προσαρμογής με άγχος). (*Λυκούρας Α., et al., 2015*)

Ο αποκλεισμός, λοιπόν ιατρικών παθήσεων έχει μεγάλη σημασία αφού τα συμπτώματα που προκαλούν τη προσβολή πανικού προκαλούνται από οργανικές διαταραχές, όπως είναι ο υπερθυρεοειδισμός, ο φαιοχρωματοκύτωμα, η υπογλυκαιμία, οι παθήσεις του αιθουσαίου νεύρου και η υπερκοιλιακή ταχυκαρδία. Ο αποκλεισμός και άλλων ψυχικών διαταραχών είναι απαραίτητος να γίνει, αφού και η μείζονος κατάθλιψη, η γενικευμένη αγχώδη διαταραχή, η σχιζοφρένεια, η διαταραχή αποπροσωποποίησης και η μεταιχμιακή/ οριακή διαταραχή παρουσιάζουν επεισόδια διαταραχής πανικού και εκδηλώσεις άγχους που υποχωρούν στη συνέχεια λόγω της θεραπευτικής αγωγής κατά των διαταραχών. Όταν υπάρχει αναγνωρίσιμος ψυχοπιεστικός παράγοντας, είναι κατανοητή η εκδήλωση των αγχώδων συμπτωμάτων προκαλώντας στο άτομο σημαντική έκπτωση λειτουργικότητας του εξαιτίας της έντασης των συμπτωμάτων που είναι δυσανάλογα προς αυτόν και μη διαχειρίσιμα, με αποτέλεσμα να γίνεται η διάγνωση της διαταραχής με άγχος. (*Λυκούρας Α., et al., 2015*)

- Σύμφωνα με το DSM-V, ως γνωστό η διαταραχή πανικού αναφέρεται σε επαναλαμβανόμενες απροσδόκητες κρίσεις πανικού. Μια κρίση πανικού χαρακτηρίζεται από απότομη αύξηση του έντονου φόβου ή της έντονης δυσφορίας που κορυφώνεται σε λίγα λεπτά. Στη διάρκεια του χρόνου κορύφωσης εμφανίζονται 4 ή περισσότερα από 13 φυσικά και γνωστικά συμπτώματα που σχετίζονται με τη συγκεκριμένη αγχώδη διαταραχή. (*DSM-V, American Psychiatric Association, 2013*)

§ Ο όρος επαναλαμβανόμενος σημαίνει περισσότερες από μια απροσδόκητες κρίσεις πανικού, ενώ ο όρος απροσδόκητος αναφέρεται σε μια κρίση πανικού στην οποία δεν υπάρχει εμφανής παραδοχή ή σκανδάλη κατά την εμφάνισή της, δηλαδή η επίθεση φαίνεται να συμβαίνει όταν το άτομο βρίσκεται σε χαλαρωτική κατάσταση ή όταν αναδύεται στον ύπνο(νυκτερινή επίθεση πανικού). Ωστόσο, υπάρχουν και κρίσεις πανικού που πραγματοποιούνται εξαιτίας κάποιου προφανές σκηνηκού ή σκανδαλισμού. (*DSM-V, American Psychiatric Association, 2013*)

Ο προσδιορισμός της συχνότητας των κρίσεων πανικού ή το απροσδόκητο αυτών οδηγεί στη διάγνωση από τον κλινικό ιατρό, η οποία βασίζεται σε ένα συνδυασμό προσεκτικής αμφισβήτησης ως προς την ακολουθία των γεγονότων που προηγούνται ή οδηγούν στη κρίση, εάν δηλαδή η επίθεση είχε αίτια για να εμφανιστεί ή εάν προέκυψε δίχως κάποιο συγκεκριμένο λόγο . *(DSM-V, American Psychiatric Association,2013)*

Η συχνότητα και η σοβαρότητα των επεισοδίων της κρίσης πανικού ποικίλουν σημαντικά. Όσον αφορά τη συχνότητα, μια κρίση πανικού μπορεί να είναι μέτρια σε ένταση και συχνή(π.χ μια φορά ανά βδομάδα) για μήνες αλλά να υπάρχουν και σύντομες εκρήξεις συχνότερων επιθέσεων (π.χ καθημερινά) ή ακόμα να είναι λιγότερο συχνές (π.χ 2 επιθέσεις ανά μήνα) για πολλά χρόνια. Τα άτομα, ωστόσο, με σπάνιες κρίσεις πανικού μοιάζουν και με εκείνα με συχνότερες επιθέσεις πανικού , έχουν δηλαδή σχεδόν την ίδια συμπτωματολογία. Από την άλλη πλευρά όσον αφορά τώρα τη σοβαρότητα των κρίσεων πανικού σημαντικό ρόλο παίζουν οι εκρήξεις των συμπτωμάτων, τα δημογραφικά χαρακτηριστικά , η συννοσηρότητα με άλλες διαταραχές , το οικογενειακό ιστορικό και τα βιολογικά δεδομένα. *(DSM-V, American Psychiatric Association,2013)*

Τα άτομα που παρουσιάζουν κρίσεις πανικού μπορεί να έχουν συμπτώματα πλήρη (4 ή περισσότερα συμπτώματα) αλλά και περιορισμένα(λιγότερα από 4) καθώς ο αριθμός και ο τύπος των συμπτωμάτων των επιθέσεων να διαφέρουν κάθε φορά σε μια νέα κρίση πανικού. Όμως , για τη σωστή διάγνωση μιας κρίσης πανικού πρέπει να προϋπάρχουν περισσότερα από 1 απροσδόκητα πλήρη συμπτώματα. *(DSM-V, American Psychiatric Association,2013)*

Οι κρίσεις πανικού αποτελούν πιθανές εκβάσεις, οι οποίες προκαλούν στα άτομα είτε σωματικές ανησυχίες (π.χ καρδιακή νόσος, διαταραχή επιληπτικών κρίσεων) είτε κοινωνικές φοβίες , όπως είναι η αμηχανία, ο φόβος που αυτά τα χαρακτηριστικά κρίνονται αρνητικά από το κοινωνικό και οικογενειακό περιβάλλον των ατόμων λόγω των ορατών συμπτωμάτων του πανικού ,ενώ τελικά ανησυχούν και για τη ψυχική τους λειτουργία διότι κατά τη διάρκεια της κρίσης θεωρούν πως ‘τρελαίνονται’ ή ότι ‘χάνουν τον έλεγχο’. Στα άτομα με κρίσεις πανικού παρατηρούνται αλλαγές στη συμπεριφορά τους , οι οποίες αντιπροσωπεύουν τις προσπάθειες ελαχιστοποίησης ή αποφυγής των επιθέσεων και των συνεπειών τους, με αποτέλεσμα να αποφεύγουν τη σωματική άσκηση , την αναδιοργάνωση της καθημερινότητά τους καθώς αποφεύγουν καταστάσεις που έχουν σχέση με τη διαταραχή της αγοραφοβίας(αποχώρηση από το σπίτι, τη χρήση δημόσιων συγκοινωνιών ή βόλτα στην αγορά) με σκοπό τη μείωση πρόκλησης του άγχους. *(DSM-V, American Psychiatric Association,2013)*

ΣΥΣΧΕΤΙΣΜΕΝΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ ΠΟΥ ΥΠΟΣΤΗΡΙΖΟΥΝ ΤΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Ένας τύπος απροσδόκητης επίθεσης πανικού είναι μια νυκτερινή επίθεση πανικού , το άτομο δηλαδή ξυπνάει από τον ύπνο με συμπτώματα πανικού , με τη διαφορά πως δεν παρουσιάζει την ίδια συμπτωματολογία ,όταν το άτομο βρίσκεται σε αφύπνιση. Στο Ηνωμένο Βασίλειο αυτός ο τύπος πανικού έχει εκτιμηθεί ότι συμβαίνει μια φορά περίπου στο 1/3-1/4 των ατόμων με διαταραχή πανικού εκ των οποίων τα άτομα βιώνουν τις κρίσεις πανικού σε έντονο βαθμό μέσα στην ημέρα. Αναμφισβήτητα, πέρα από την ανησυχία που τα κυριεύει ,προκαλείται το αίσθημα της κρίσης μαζί με τις συνέπειές της ,με αποτέλεσμα πολλά άτομα να αναφέρουν σταθερά ή διαλείποντα συναισθήματα άγχους που σχετίζονται με θέματα υγείας και ψυχικής υγείας. *(DSM-V, American Psychiatric Association,2013)*

Τα άτομα με διαταραχή πανικού αναμένουν τη προσδοκία μιας καταστροφικής έκβασης και αυτό θεωρούν ότι θα συμβεί είτε εξαιτίας των ήπιων σωματικών συμπτωμάτων που θα αντιμετωπίσουν είτε από τις παρενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής που λαμβάνουν (π.χ πιστεύουν ότι πάσχουν από κάποια καρδιακή πάθηση ή η παρουσία ενός πονοκεφάλου σηματοδοτεί την ύπαρξη ενός κακοήθι όγκου στον εγκέφαλο). Επιπλέον, τα άτομα που έρχονται αντιμέτωπα με επεισόδια κρίσεων πανικού , φανερώνουν ανησυχίες σχετικά με την ικανότητα για την ολοκλήρωση των καθημερινών καθηκόντων τους ή αν θα αντέξουν στου έντονους ρυθμούς τη καθημερινότητάς τους που χαρακτηρίζεται από πολύ άγχος. Ακόμη, η μεγάλη ποσότητα χρήσης των φαρμάκων (π.χ αλκοόλ, συνταγογραφούμενα φάρμακα ή ναρκωτικά φάρμακα) αποσκοπούν στον έλεγχο των κρίσεων πανικού ή ακραίων συμπεριφορών (π.χ αυστηροί περιορισμοί στη πρόσληψη ή την αποφυγή της τροφής συγκεκριμένων τροφίμων ή φαρμάκων λόγω των ανησυχητικών ‘φυσικών’ συμπτωμάτων που προκαλούν οι κρίσεις πανικού. *(Λοκούρας Α., et al., 2015) , (Black D.W, et al., 2015) , (DSM-V, American Psychiatric Association,2013)*

Κεφάλαιο 3: Ταξινόμηση αγχωδών διαταραχών

3.1 Ανασκόπηση στις ειδικές μορφές των αγχώδων διαταραχών

Το **άγχος** είναι μια υποκειμενική συναισθηματική κατάσταση υπερβολικής ανησυχίας, έντασης, αβεβαιότητας και παράλογου φόβου όπου προκαλείται από μια απειλή που η πηγή της είναι άγνωστη αιτιολογίας. Το **άγχος και ο φόβος** είναι δυο συναφή συναισθήματα όπου μας προειδοποιούν για την ύπαρξη κινδύνου και κινητοποιούν το άτομο να είναι σε ετοιμότητα ώστε να μπορέσει να το αντιμετωπίσει. (Λοκούρας Α., 2012, Black D.W et al., 2015)

Ωστόσο ο **φόβος** είναι μια συναισθηματική αντίδραση έναντι σε ένα συγκεκριμένο κίνδυνο ενώ το **άγχος** είναι ένα σύνθετο συναίσθημα όπου σηματοδοτεί την παρουσία μιας άγνωστης και ασαφούς απειλής. Το άγχος αποτελεί μια βιωματική εμπειρία των περισσότερων ανθρώπων. Μπορεί επίσης να διακριθεί σε **πρωτογενές άγχος** όπου σχετίζεται με ψυχολογικούς παράγοντες και σε **δευτερογενές άγχος** που αποτελεί την αντίδραση σε σωματικό πρόβλημα. (Λοκούρας Α., 2012, Black D.W et al., 2015)

Το Διαγνωστικό Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών (**DSM**) μια κοινή γλώσσα και τυποποιημένα κριτήρια για την ταξινόμηση των ψυχικών διαταραχών. Δημοσιεύτηκε από την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία και μπορεί να χρησιμοποιηθεί από τους γιατρούς, ερευνητές, φαρμακευτικές εταιρείες καθώς και ψυχιατρικές υπηρεσίες. Μέχρι και σήμερα έχουν εκδοθεί 5 διαγνωστικά εγχειρίδια.

Το **DSM- IV** δημοσιεύτηκε το 1994 περιέχοντας 297 διαταραχές και έχοντας 886 σελίδες. Όμως ένα αναθεωρημένο κείμενο το DSM- IV γνωστό ως DSM- IV- TR δημοσιεύτηκε το 2000. Οι αγχώδεις διαταραχές ανήκουν στο DSM- IV- TR αναφέροντας 11 διαγνωστικούς τύπους αγχώδων διαταραχών. Αποτελούν μια από τις συχνότερες ομάδες ψυχιατρικών διαταραχών.

ΣΗΜΕΙΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΑΓΧΩΔΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

ΦΥΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ		ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ
Τρόμος	Ωχρότητα	Αίσθημα φόβου
Αίσθημα αστάθειας	Ταχυκαρδία	Δυσκολία συγκέντρωσης
Πόνος στην πλάτη	Προκάρδιοι παλμοί	Υπερεγρήγορση
Πονοκέφαλος	Εφίδρωση	Αϋπνία
Μυϊκή τάση	Κρύα χέρια	Ελαττωμένη libido
Δύσπνοια	Διάρροια	Κόμπος στο λαιμό
Υπεραερισμός	Ξηροστομία	Στομαχικές διαταραχές
Κόπωση	Συχνουρία	
Εξάψεις	Παραισθήσεις	
Υπερδραστηριότητα του αυτόνομου νευρικού συστήματος	Δυσκολία κατάποσης	

Πίνακας 3: Σημεία και Συμπτώματα αγχώδων διαταραχών(προέλευση στοιχείων: (DSM-V, 2013)

Ωστόσο, το άγχος μπορεί να εκδηλώσει μορφές, οι οποίες ταξινομούνται με βάση τις φοβίες, τη διαταραχή κοινωνικού άγχους (κοινωνική φοβία), τη γενικευμένη αγχώδη διαταραχή, την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή και τις διαταραχές που συνδέονται με το stress αλλά και μετά από ένα τραυματικό γεγονός. Πιο αναλυτικά ταξινομούνται ως εξής:

§ **Φοβίες**

Αγοραφοβία

Διαταραχή κοινωνικού άγχους

Ειδικές φοβίες

§ **Έμμονες ιδέες και τελετουργίες**

Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή

§ **Αναβιώσεις τραυματικών γεγονότων**

Οξεία αντίδραση στο stress

Διαταραχή μετά από ψυχοτραυματικό stress

§ **Με χρόνιες ανήσυχες σκέψεις και ποικίλα σωματικά συμπτώματα**

Διαταραχή γενικευμένου άγχους ή επεισόδια παροξυσμικού άγχους με έντονα αυτονομικά συμπτώματα μεγάλης έντασης.

§ **Διαταραχή πανικού χωρίς αγοραφοβία** : Χαρακτηρίζεται από αιφνίδιες προσβολές πανικού. Μπορεί να εκδηλωθεί μεμονωμένα αλλά και με αγοραφοβία .Ο πανικός μπορεί να εξελιχθεί σε πλήρεις προσβολές πανικού , άγχος , φοβική αποφυγή για συγκεκριμένες καταστάσεις. Επίσης το άτομο μπορεί να οδηγηθεί σε καταχρήσεις ναρκωτικών και αλκοόλ , κατάθλιψη και τέλος σε κοινωνικούς και επαγγελματικούς περιορισμούς.

§ **Διαταραχή πανικού με αγοραφοβία** : Αποτελεί το άγχος του ατόμου να βρεθεί σε χώρους ή σε καταστάσεις εκτός του σπιτιού όπως σε ανοιχτούς χώρους και σε πλήθος όπου η διαφυγή και η έξοδος φοβάται πως είναι αδύνατη. Παρουσιάζεται έντονη δυσφορία καθώς και φόβος ότι θα προσβληθούν από κρίση πανικού.

§ **Διαταραχή γενικευμένου άγχους**: Περιλαμβάνει την υπερβολική ανησυχία για περιστάσεις, γεγονότα και συγκρούσεις τις καθημερινότητας. Τα συμπτώματα μπορεί να εμφανίζουν διακυμάνσεις καθώς επίσης μπορεί να επικαλύπτονται από άλλες παθολογικές και ψυχιατρικές διαταραχές.

§ **Ειδική φοβία**: Χαρακτηρίζεται ο παράλογος φόβος για κάποιο αντικείμενο και το άτομο βιώνει μαζικό άγχος όταν εκτεθεί στο φοβικό αντικείμενο αυτό καθώς προσπαθεί με κάθε τρόπο να το αποφύγει.

§ **Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή** : Χαρακτηρίζεται από ιδεοληψίες δηλαδή επίμονες καθώς και επαναλαμβανόμενες ιδέες, σκέψεις, εικόνες, παρορμήσεις επιπλέον συνυπάρχουν και οι ψυχαναγκασμοί όπου είναι επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές ή

πράξεις όπου αποσκοπούν στην ακύρωση των ιδεοληψιών και στην μείωση του άγχους που προκαλούν οι ιδεοληψίες.

§ **Μετατραυματική και οξεία διαταραχή στρες:** Παρατηρείται ότι σε αυτές τις διαταραχές το άγχος οφείλεται σε εξαιρετικά στρεσογόνα γεγονότα. Το γεγονός αναβιώνεται στα όνειρα καθώς επίσης και σε νοερές αναδρομές όπου το άτομο δεν κοιμάται.

3.1.1 Γενικά στοιχεία για την ειδική φοβία

Η ειδική φοβία είναι ένας έκδηλος και επίμονος φόβος καθώς είναι υπερβολικός και παράλογος. Δημιουργείται από την παρουσία ή την πρόβλεψη της παρουσίας ειδικού αντικειμένου ή μιας ειδικής κατάστασης (π.χ. ύψη, ζώα, ένεση, έκθεση σε αίμα).

Η έκθεση στο ερέθισμα αυτό επιφέρει οξεία αντίδραση άγχους καθώς επίσης μπορεί να οδηγεί σε προσβολή πανικού. Μολονότι οι ασθενείς αναγνωρίζουν ότι ο φόβος είναι υπερβολικός, προσαρμόζουν την ζωή τους με τέτοιο τρόπο ώστε να αποφεύγουν τελείως ή να ελαχιστοποιούν την επαφή με το φοβογόνο ερέθισμα. *(Παπαδημητρίου Γ.Ν et al., 2013 που στηρίζεται σε δεδομένα από το DSM-V)*

Επιδημιολογία : Η ειδική φοβία αποτελεί την συχνότερη ψυχική διαταραχή στις γυναίκες και τη δεύτερη σε συχνότητα στους άνδρες. Ο διά βίου επιπολασμός έχει υπολογιστεί στο 12,5%. *(Παπαδημητρίου Γ.Ν et al., 2013 που στηρίζεται σε δεδομένα από το DSM-V)*

Θεραπεία : Η αντιμετώπιση των ειδικών φοβιών μπορεί να πραγματοποιηθεί με ψυχοθεραπείες που έχουν σχέση με τη συμπεριφορά όπου φαίνεται να έχουν αποτελεσματικότητα και με φαρμακευτική αγωγή. *(Παπαδημητρίου Γ.Ν et al., 2013 που στηρίζεται σε δεδομένα από το DSM-V)*

- Η αντιμετώπιση με τις ψυχοθεραπείες μπορεί να πραγματοποιηθεί με ποικίλους τρόπους :

§ **Συστηματική απευαισθητοποίηση και έκθεση στην φαντασία**, σκοπός της θεραπείας αυτής είναι η εξοικείωση στο φοβικό ερέθισμα και η απόσβεση της φοβικής αντίδρασης.

§ **Θεραπεία έκθεσης in vivo**, στην θεραπεία αυτή ο ασθενής έρχεται προοδευτικά σε πραγματική επαφή με φοβικό ερέθισμα.

§ **Θεραπεία εικονικής πραγματικότητας**, αποτελεί μια καινούργια μέθοδο θεραπείας για την υποφοβία καθώς επίσης και για την φοβία πτήσης όπου φαίνεται να έχει μεγάλη αποτελεσματικότητα.

§ **Εφαρμοσμένη μυϊκή τάση**, είναι μια ειδική θεραπεία για την αντιμετώπιση της φοβίας για το αίμα.

Γνωσιακή θεραπεία, υπάρχουν ενδείξεις ότι είναι αρκετά αποτελεσματική στην αντιμετώπιση των ειδικών φοβιών καθώς επίσης σε συνδυασμό με την έκθεση in vivo είναι αποτελεσματική στην αντιμετώπιση της αγοραφοβίας και της φοβίας πτήσης. *(Παπαδημητρίου Γ.Ν et al., 2013 που στηρίζεται σε δεδομένα από το DSM-V)*

- Η φαρμακευτική αγωγή επιτυγχάνεται με D-κυκλοσερίνη πριν την έκθεση σε φοβογόνο ερέθισμα επιταχύνει την απόσβεση των φοβικών αντιδράσεων. *(Παπαδημητρίου Γ.Ν et al., 2013 που στηρίζεται σε δεδομένα από το DSM-V)*

3.1.2 Γενικά στοιχεία διαταραχής κοινωνικού άγχους

Η διαταραχή κοινωνικού άγχους χαρακτηρίζεται από έντονο και επίμονο φόβο του ατόμου έναντι μίας ή περισσότερων καταστάσεων, οι οποίες είναι είτε κοινωνικές είτε απαιτείται να ενεργήσει μπροστά στο κοινό στις οποίες θα εκτίθεται σε άγνωστους ανθρώπους καθώς επίσης και σε εξουχιστικό έλεγχο. Επί πρόσθετα το άτομο πιστεύει ότι θα ενεργήσει με τέτοιο τρόπο όπου θα ταπεινωθεί ή θα βρεθεί σε αμηχανία. Η έκθεση στην φοβική κοινωνική κατάσταση δημιουργεί έντονο άγχος, που μπορεί να λάβει διαστάσεις έως και προσβολή πανικού. Ο άτομο αναγνωρίζει ότι το άγχος είναι υπερβολικό, ωστόσο αδυνατεί να το ελέγξει με αποτέλεσμα είτε να αποφεύγει τις φοβικές κοινωνικές καταστάσεις ή αλλιώς να τις υπομένει εμφανίζοντας έντονο άγχος με συνέπεια να εμφανίζεται σημαντική έκπτωση στην λειτουργικότητα του ατόμου. *(Λύκουρας Α., 2012) , (Παπαδημητρίου Γ.Ν et al., 2013 που στηρίζεται σε δεδομένα από το DSM-V)*

Επιδημιολογία : Η διαταραχή κοινωνικού άγχους αποτελεί πλέον μια από τις πιο συχνές αγχώδεις διαταραχές με τον δια βίου επιπολασμό να αγγίζει μέχρι και το 13%. Οι γυναίκες έχουν ελάχιστες πιθανότητες εμφάνισης της διαταραχής συγκριτικά με τους άνδρες. *(Παπαδημητρίου Γ.Ν et al., 2013 που στηρίζεται σε δεδομένα από το DSM-V)*

Θεραπεία: Η αντιμετώπιση της διαταραχής κοινωνικού άγχους μπορεί να αντιμετωπιστεί αρχικά με τις ψυχοθεραπείες όπου είναι η γνωσιακές-συμπεριφορικές ψυχοθεραπείες στις οποίες περιλαμβάνονται η θεραπεία έκθεσης, η γνωσιακή θεραπεία, η εφαρμοσμένη χαλάρωση και τέλος η εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες. *(Παπαδημητρίου Γ.Ν et al., 2013 που στηρίζεται σε δεδομένα από το DSM-V)*

Έπειτα σημαντικό ρολό για την αντιμετώπιση έχει και η φαρμακευτική αγωγή. Η παροξετίνη φαίνεται να είναι το πιο αποτελεσματικό φάρμακο έναντι της διαταραχής αυτής ενώ τέλος θα πρέπει να αναφερθεί ότι τα ποσοστά υποτροπής μετά από την διακοπή της φαρμακευτικής θεραπείας είναι υψηλά. *(Λύκουρας Α., 2012) , (Παπαδημητρίου Γ.Ν et al., 2013 που στηρίζεται σε δεδομένα από το DSM-V)*

3.1.3 Γενικά στοιχεία για την γενικευμένη αγχώδη διαταραχή

Η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή είναι μια συχνή ψυχική διαταραχή καθώς έχει χρόνια πορεία και σημαντικό βαθμό συννοσηρότητας παρουσιάζοντας σωματικές νόσους καθώς και ψυχιατρικές διαταραχές όπου τις περισσότερες φορές παρατηρείται σημαντική έκπτωση της λειτουργικότητας του ασθενούς. Η διαταραχή αυτή χαρακτηρίζεται από υπερβολικό άγχος και ανησυχία που εμφανίζονται τις περισσότερες ημέρες μιας περιόδου τουλάχιστον 6 μηνών, μια σειρά γεγονότων ή δραστηριοτήτων όπως είναι η εργασία και η σχολική επίδοση. Το άτομο δυσκολεύεται να ασκήσει έλεγχο στο άγχος και την ανησυχία που τον διακατέχουν. Το άγχος και η ανησυχία συνδέονται με τα ακόλουθα συμπτώματα τα οποία είναι η ευερεθιστότητα , η μυϊκή τάση, διαταραχές του ύπνου, δυσκολία στην συγκέντρωση, νευρικότητα ή αίσθημα αγωνίας , αδυναμία χαλάρωσης και εύκολη κόπωση. Επί πρόσθετα αξίζει να αναφερθεί ότι η συννοσηροτητα με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές είναι

εντυπωσιακή καθώς το 66% ενός πληθυσμού φαίνεται να παρουσιάζουν τουλάχιστον μια ακόμα συναισθηματική ή αγχώδη διαταραχή (μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, αγοραφοβία , ειδική φοβία , κοινωνική φοβία και διαταραχή πανικού) μπορεί επίσης να παρουσιαστεί και κάποια διαταραχή προσωπικότητας. Συχνή είναι και η συννοσηρότητα με σωματικές νόσους όπου συχνά συνοδεύεται από χρόνια πόνο όπως οσφυαλγία , κεφαλαλγία, πόνους σε όργανα του γαστρεντερικού συστήματος, μυοσκελετικούς πόνους και ημικρανίες. Τέλος φαίνεται να παρουσιάζουν διαταραχές στην υπνική λειτουργία. (Λύκουρας Α., 2012) , (Παπαδημητρίου Γ.Ν., et al., 2013 που στηρίζεται σε δεδομένα από το DSM-V) , (Χριστοδούλου Γ.Ν, 2012)

Επιδημιολογία: Ο διά βίου επιπολασμός κυμαίνεται από 5-6% στον γενικό πληθυσμό ενώ ο επιπολασμός των 12 μηνών κυμαίνεται από 1,5-3,1%. Η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή φαίνεται να είναι πιο συχνή στον πληθυσμό των ενηλίκων ηλικίας 55-85 ετών. (Λύκουρας Α., 2012), (Παπαδημητρίου Γ.Ν, et al., 2013 που στηρίζεται σε δεδομένα από το DSM-V)

Θεραπεία: Η αντιμετώπιση της διαταραχής γενικευμένου άγχους μπορεί να επιτευχθεί με ψυχοθεραπείες, με την γνωσιακή- συμπεριφορική θεραπεία, καθώς με διάφορες μορφές τεχνικής χαλάρωσης. Η γνωσιακή θεραπεία μόνη της ή σε συνδυασμό με την συμπεριφορική θεραπεία αλλά και τις στρατηγικές χαλάρωσης είναι η πιο ευρέως χρησιμοποιούμενες στην κλινική πράξη θεραπείας. Όμως την μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα έχουν ο συνδυασμός γνωσιακής και συμπεριφορικής θεραπείας. Στην συνέχεια, η αντιμετώπιση μπορεί να γίνει με φαρμακευτική αγωγή όπου οι SSRIs παροξετίνη, εσιταλοπράμη, σερτραλίνη ,ο SNRI βενλαφαζίνη η βουσπιρόνη καθώς επίσης και ένα νέο φάρμακο η πριγκαμπαλίνη με αντισπασμικές,αγχολυτικές και αναλγητικές ιδιότητες ,έχουν μεγάλη αποτελεσματικότητα στην θεραπεία . Επίσης μπορούν να χορηγηθούν βενζοδιαζεπίνες και τρίκυκλα αντικαταθλιπτικά αλλά η χρήση τους είναι περιορισμένη διότι επιφέρουν ανεπιθύμητες επιπλοκές. (Χριστοδούλου Γ.Ν, 2012) , (Παπαδημητρίου Γ.Ν.,et al., 2013 που στηρίζεται σε δεδομένα από το DSM-V)

3.1.4 Γενικά στοιχεία για τις διαταραχές που συνδέονται με το stress και μετά από ψυχοτραυματική εμπειρία

Είναι ένα σύνδρομο που εμφανίζεται όταν ένα άτομο είναι παρόν, ή εμπλέκεται σε ένα τραυματικό γεγονός καθώς επίσης έχει πληροφορηθεί για ένα έντονο στρεσογόνο γεγονός στο οποίο υπήρξε πραγματικός ή επαπειλούμενος θάνατος, σοβαρός τραυματισμός και απειλή της σωματικής ακεραιότητας του ή άλλων.

Το άτομο αντιδρά στην εμπειρία αυτή με έντονο φόβο, αίσθημα αβοηθητότητας και ψυχικό τρόπο. Επιπλέον φαίνεται να παρουσιάζει επανειλημμένα έντονες αναβιώσεις όπου παρουσιάζονται με ποικίλους τρόπους. Αρχικά παρατηρούνται επαναλαμβανόμενες και παρείσακτες ενοχλητικές ανακλήσεις του γεγονότος όπου περιλαμβάνονται εικόνες , σκέψεις και αντιλήψεις. Στην συνέχεια το άτομο βιώνει επανειλημμένα καθώς και ενοχλητικά όνειρα και τέλος το άτομο ενεργεί ή αισθάνεται καθώς επίσης συμπεριφέρεται ακριβώς όπως την ώρα που συνέβαινε το τραυματικό γεγονός.

Επιπλέον φαίνεται να παρουσιάζει το άτομο έντονη ψυχολογική ενόχληση και έντονο άγχος κατά την έκθεση του σε εξωτερικά (καταστάσεις , τοποθεσίες) και σε εσωτερικά (σκέψεις, συναισθήματα) ερεθίσματα όπου μπορεί είτε να συμβολίζουν ή να μοιάζουν με κάποια πλευρά του τραυματικού γεγονότος .Υπάρχει επίσης μειωμένο ενδιαφέρον για συμμετοχή για δραστηριότητες με άλλους ανθρώπους, αδυναμία να σκεφτεί τον εαυτό του σε μελλοντικό χρόνο καθώς υπάρχει και το αίσθημα της απομόνωσης.

Επιδημιολογία

Τα άτομα που έχουν βιώσει ψυχοτραυματικό γεγονός ο δια βίου επιπολασμός κυμαίνεται από 5-75%. Οι άνδρες παρατηρείται ότι βιώνουν μεγαλύτερο αριθμό ψυχοτραυματικών γεγονότων ωστόσο οι γυναίκες έχουν όμως τις πιο σοβαρές ψυχοτραυματικές εμπειρίες.

Θεραπεία

Η αντιμετώπιση του ψυχοτραυματικού στρες μπορεί να επιτευχθεί με **ψυχοθεραπείες** και με **φαρμακευτική αγωγή**.

Η ψυχοθεραπευτική παρέμβαση περιλαμβάνει:

- § **γνωσιακές-συμπεριφορικές ψυχοθεραπείες** στις οποίες ανήκει η θεωρία της έκθεσης όπου αποσκοπεί στην μείωση του φόβου που έχει σχέση με ερεθίσματα είτε εσωτερικά είτε εξωτερικά. Τέλος η γνωσιακή θεραπεία αναφέρεται σε ένα ψυχοτραυματικό γεγονός , το οποίο με τη σειρά του επιφέρει αλλαγές στις πεποιθήσεις του ατόμου προκειμένου να μπορέσει να αντιμετωπίσει τις αντίξοες καταστάσεις της ζωής. Όμως στόχος της γνωσιακής θεραπείας είναι η τροποποίηση των πεποιθήσεων αυτών και η αποκατάσταση της λειτουργικότητας του ατόμου.
- § **ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία** , η οποία προσφέρει βοηθητικές λειτουργίες στη διαταραγμένη αίσθηση της πραγματικότητας, στις διαταραχές παρορμήσεων και στην αίσθηση του εαυτού που βιώνει ο ασθενής.
- § **οφθαλμοκινητική και απευαισθητοποίηση και επεξεργασία** κατά την οποία, ο ασθενής φέρνει στο μυαλό του εικόνες, συναισθήματα που έχουν σχέση με το τραυματικό γεγονός που έχει βιώσει ενώ ταυτόχρονα ο θεραπευτής ζητά να εστιάσει σε ένα συγκεκριμένο οπτικό πεδίο.

Η φαρμακευτική αγωγή για την πρόληψη ανάπτυξης μετατραυματικών συμπτωμάτων αποτελεί τη χορήγηση της **προπρανολόλης**. Σε οξεία φάση χορηγούνται α) SSRiS φλουοξετίνη παροξετίνη και σετραλίνη β) TCA αμιτριπτυλίνη και ιμιπραμίνη γ) MAOI φενελζίνη και βροφαρομίνη και δ) μιρταζαπίνη ε) βενλαφαξίνη και νεφαζοδόνη και αντιεπιληπτικού λαμοτριγίνη. (*Παπαδάτου Α. et al., 2012*)

3.1.5: Γενικά στοιχεία για την Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή

Τα άτομα που παρουσιάζουν επαναλαμβανόμενες ιδεοληψίες και ανεξέλεγκτες ψυχαναγκαστικές συμπεριφορές οδηγούν στη διάγνωση της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής, ενώ τα ίδια τα άτομα γνωρίζουν ότι οι εκδηλώσεις αυτές είναι παράλογες. Πιο αναλυτικά, οι πιο κοινές ιδεοληψίες (ανεπιθύμητες ,επίμονες, διεισδυτικές ιδέες, παρορμήσεις ή εικόνες που προκαλούν άγχος) σχετίζονται με σκέψεις που αφορούν συγκεκριμένα αντικείμενα , όπως σκέψεις μόλυνσης , αμφιβολίας, σκέψεις σεξουαλικού περιεχομένου και επιθετικότητας αλλά και μη αποδεκτών παρορμήσεων. Από την άλλη μεριά , οι πιο κοινοί ψυχαναγκασμοί (ανεπιθύμητες συμπεριφορές και πράξεις) αφορούν συνήθειες όπως είναι το συχνό μέτρημα, η προσευχή, το πλύσιμο των χεριών, η επανάληψη των λέξεων , ο έλεγχος και η αναζήτηση των διαβεβαιώσεων. Οι ιδεοληπτικές σκέψεις και οι ψυχαναγκαστικές πράξεις δε βοηθούν στην εκπλήρωση χρήσιμων σκοπών και συχνά το άτομο θεωρεί ότι μπορεί να προλάβει κάποιο γεγονός όμως στην πραγματικότητα είναι απίθανο να πραγματοποιηθεί. Επιπλέον , οι ιδεοληπτικές σκέψεις ή οι ψυχαναγκαστικές πράξεις διαρκούν μεγάλο χρονικό διάστημα , με αποτέλεσμα οι καθημερινές δραστηριότητες να καθυστερούν και να αναστέλλονται και το ίδιο να ισχύει και στις διαπροσωπικές σχέσεις των

ατόμων και τελικά να οδηγείται το άτομο ύστερα από τέτοιες συνθήκες σε πραγματική αναπηρία. Ωστόσο, είναι κατανοητό ότι στην ύπαρξη συνεχόμενων ιδεοληψιών και ψυχαναγκασμών το άγχος να βρίσκεται σε συνεχόμενα υψηλά επίπεδα. *(Παπαδημητρίου Γ.Ν et al, 2013 που στηρίζεται σε δεδομένα από το DSM-V)*

Επιδημιολογία: Η συχνότητα εμφάνισης της ΙΔΨ ανέρχεται περίπου στο 2,5% στη διάρκεια της ζωής ενός ατόμου και τα συμπτώματα θα πρέπει να γίνονται εμφανές τουλάχιστον για δυο συνεχόμενες εβδομάδες , προκαλώντας δυσφορία στο άτομο ή άμεση επιρροή και επιπτώσεις στις καθημερινές ασχολίες του. Τα πρώιμα συμπτώματα της ΙΔΨ εκδηλώνονται συνήθως στη παιδική ή εφηβική ηλικία αι η πορεία της διαταραχής να γίνει ακόμα και χρόνια καθώς η κατάθλιψη ή ακόμα και η εξάρτηση από ουσίες είναι πιθανόν να αποτελούν συνέπεια της ΙΔΨ. *(Παπαδημητρίου Γ.Ν et al., 2013 που στηρίζεται σε δεδομένα από το DSM-V)*

Θεραπεία: Περιλαμβάνει τη :

§ **Γνωσιακή – Συμπεριφορική Θεραπεία**, κατά την οποία είναι η απαραίτητη η καθοδήγηση των ατόμων με ΙΔΨ να αναγνωρίσει και να κατανοήσει τις καταστάσεις εκείνες που του προκαλούν υψηλά επίπεδα άγχους και συνεπώς τον οδηγούν σε ανεπιθύμητες σκέψεις και τελετουργικές συμπεριφορές. Ωστόσο, η καθοδήγηση του ατόμου να διερευνήσει το νόημα και την αιτία των ανεπιθύμητων σκέψεων και την εναλλαγή της συμπεριφοράς πραγματοποιείται μέσα από συμπεριφορικές τεχνικές, όπως είναι οι τεχνικές χαλάρωσης, η κατακλυσμική θεραπεία, ‘η διακοπή της σκέψης’ αλλά και η ηλεκτροσπασμοθεραπεία, η οποία έχει δημιουργηθεί για τη θεραπεία των καταθλιπτικών συμπτωμάτων της ΙΔΨ.

§ **Φαρμακευτική Θεραπεία**, η οποία περιλαμβάνει τη χορήγηση των εκλεκτών αναστολέων επαναπρόσληψης της σεροτονίνης , όπως είναι η φλουβοξαμίνη (Domyrex) αλλά και η χορήγηση των τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών, όπως η χλωμιπραμίνη (Anafranil) ,αφού αποτελούν τις αποδοτικότερες φαρμακευτικές παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση της ΙΔΨ. *(Hogan M., 2008) , (Παπαδημητρίου Γ.Ν et al, 2013 που στηρίζεται σε δεδομένα από το DSM-V)*

Κεφάλαιο 4: Γενικά στοιχεία για τη διαταραχή πανικού

4.1 Ιστορική αναδρομή διαταραχής πανικού

Η ιστορία της διαταραχής πανικού έχει τις ρίζες της με το αίσθημα του συνδρόμου της ευερέθιστης καρδιάς που πρωτοεμφανίστηκε σε στρατιώτες κατά τη διάρκεια του Αμερικανικού Εμφύλιου Πολέμου από τον Jacob Mendes Da Costa. Το αναφερόμενο σύνδρομο Da Costa αφορούσε πολλά ψυχικά και σωματικά συμπτώματα, τα οποία σήμερα έχουν αναγνωριστεί ως τα κοινά διαγνωστικά κριτήρια της διαταραχής πανικού. Ο Freud, επίσης το 1895, εισήγαγε την έννοια της αγχώδους νεύρωσης που θεωρήθηκε την περίοδο εκείνη ότι χαρακτηριζόταν από οξεία και χρόνια ψυχικά και σωματικά συμπτώματα. Ακόμα, ο Freud, εξήγησε την οξεία αγχώδη νεύρωση παρόμοια με τη διαταραχή πανικού σύμφωνα με το DSM-IV καθώς ήταν και εκείνος που χαρακτήρισε τη συγγένεια της διαταραχής πανικού σε σχέση με την αγοραφοβία. Η έννοια της αγοραφοβίας αναγνωρίστηκε επίσημα τη χρονολογία 1871 με σκοπό να κατανοηθεί η φοβία των ατόμων, οι οποίοι δε μπορούσαν να παραμείνουν σε δημόσιους χώρους και ειδικά σε κλειστούς δίκως να έχουν την παρουσία κάποιου συγγενή ή φίλου τους. Ο όρος "αγοραφοβία" έχει ρίζες από ελληνικές λέξεις, <αγορά> και <φόβος>. Από το 1980, η διάγνωση της αγχώδους νεύρωσης αποσύρθηκε από το DSM-III και εισήχθη η διάγνωση της διαταραχής πανικού και από τότε έχει πιστοποιηθεί και αιτιολογηθεί η εγκυρότητα της συγκεκριμένης έννοιας λόγω των ειδικών θεραπειών της διαταραχής που έχουν αναπτυχθεί. (*Sadock's K., et al, 2000*)

4.2 Επιδημιολογικά στοιχεία – Συννοσηρότητα διαταραχής πανικού

Σύμφωνα με τις επιδημιολογικές μελέτες, η επικράτηση ζωής της διαταραχής πανικού ανέρχεται το 1,5-3% και της κρίσης πανικού στο 3-4% κατά τα κριτήρια DSM-III που είναι πιο αυστηρά από τα κριτήρια του DSM-III-R και DSM-IV που σημαίνει ότι τα ποσοστά των αποτελεσμάτων μπορεί να είναι και υψηλότερα. Για παράδειγμα, μια πρόσφατη μελέτη που έλαβε μέρος στο Τέξας με 1600 τυχαίους καθ' επιλογή ενήλικες παρατηρήθηκε επικράτηση ζωής πανικού 3,8%, της κρίσης 5,6% και 2,2% για τις κρίσεις πανικού με περιορισμένα συμπτώματα τα οποία δεν ήταν επαρκή ώστε να δοθεί αξιόλογο αποτέλεσμα αφού τα κριτήρια ήταν ελλιπείς. Από μελέτες που έχουν ασχοληθεί με τη διαταραχή πανικού σχετικά με την αγοραφοβία και ειδικά μέσω ψυχιατρικών μονάδων προκύπτει ότι τα 3/4 των ασθενών έχουν διαγνωσθεί από διαταραχή πανικού ενώ από μελέτες αντίστοιχου τύπου στην κοινότητα παρατηρείται ότι οι μισοί από τους ασθενείς πάσχουν από την αγοραφοβία δίκως όμως να έχουν συμπτώματα της διαταραχής πανικού. Ωστόσο, οι λόγοι για αυτού του είδους τις αποκλίσεις πρέπει να αναζητηθούν στις κατάλληλες μεθόδους διάγνωσης που έχουν χρησιμοποιηθεί, αφού είναι γνωστό ότι μετά από μια τραυματική εμπειρία και σοκ επέρχεται συνήθως η έναρξη της αγοραφοβίας. (*Sadock's K., et al, 2000*), (*DSM-V, American Psychiatry Association 2013*)

Στις δυτικές χώρες ο επιπολασμός βίου της διαταραχής πανικού ανέρχεται το 1-2%. Ιδιαίτερη προσοχή συνίσταται σε άτομα του συγγενικού περιβάλλοντος, μέσα στο οποίο υπάρχει ήδη άτομο που έχει διαγνωσθεί με διαταραχή πανικού αφού οι πιθανότητες να νοσήσει και κάποιος άλλος είναι στο διπλάσιο ποσοστό, με αποτέλεσμα η κληρονομισιμότητα να είναι πολύ υψηλή, πάνω από 70%. Οι κρίσεις πανικού γίνονται εμφανές στην εφηβεία ιδίως στις ηλικίες των 14-15 ετών (18%) αλλά και στο πέρασμα αυτής γύρω στα 25 έτη με συμπτώματα της ζάλης και διαταραχές του γαστρεντερολογικού συστήματος, ενώ σπάνια εμφανίζεται πριν από την εφηβεία. Η διαταραχή πανικού με αγοραφοβία έχει παρατηρηθεί πιο συχνή 2-3 φορές περισσότερο στο γυναικείο πληθυσμό από ότι στον αντρικό και αυτό μπορεί να δικαιολογηθεί στη πιθανή ελλιπή διάγνωση των συμπτωμάτων της διαταραχής στους άντρες.

Οι γυναίκες τείνουν να έχουν περισσότερες υποτροπές , ιδιαίτερα αν βρίσκονται στη φάση της εγκυμοσύνης ή μετέπειτα της λοχείας, όμως αυτό δε δικαιολογείται από όλες τις σχετικές έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί. Ωστόσο, μόνο κοινωνικός παράγοντας που έχει επισημανθεί και δικαιολογηθεί για την εμφάνιση της διαταραχής πανικού είναι ένα πρόσφατο ιστορικό διαζυγίου ή αποχωρισμού. (*Σολδάτος Α.Π., 2006*), (*Παπαδημητρίου Γ.Ν et al., 2013 που στηρίζεται σε δεδομένα από το DSM-V*). Σύμφωνα με τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-V , στο γενικό πληθυσμό σε ολόκληρη την περιοχή των Η.Π.Α και πολλές χώρες της Ευρώπης η επικράτηση ζωής του πανικού σε ένα μόλις χρόνο ανέρχεται στο 2-3% σε ενήλικες και εφήβους. Στις χώρες που παρατηρείται μείωση των συμπτωμάτων εμφάνισης της κρίσης πανικού είναι σε περιοχές της Αφρικανοαμερικής, της Καραϊβικής, οι Ασιατικοί Αμερικάνοι σε αντίθεση με τους μη Λατίνους και τους Αμερικανούς Ινδούς που ανέρχονται σε 0,1-0,8%. Επιπλέον, οι γυναίκες φαίνονται να επηρεάζονται με ρυθμό 2:1 σε σχέση με το αντρικό φύλο, ενώ τέλος τα ποσοστά επικράτησης μειώνονται στα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας (0,7% σε ενήλικες ηλικίας 64 ετών)με αποτέλεσμα η σοβαρότητα της πάθησης να είναι μειωμένη σε υποκλινικό επίπεδο. (*DSM – V*).

Σύμφωνα με μια ελληνική μελέτη (1996) σε άτομα που έχουν διαγνωσθεί από διαταραχή πανικού παρατηρήθηκε ότι το 16% εμφάνιζε κατάθλιψη, το 60% κοινωνική φοβία, το 44% ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή και το 66% υποχονδριακή συμπτωματολογία. Είναι αναγκαίο να σχολιαστεί η δυσκολία της διάγνωσης της διαταραχής πανικού με την ύπαρξη της ιδεοψυχαναγκαστικής συμπτωματολογίας διότι τάσεις φυγής, σκέψεις που προκαλούν κακό από πρόθεση, φόβοι θανάτου ή ατυχήματος ή απώλεια οικογενειακού μέλους γίνονται συχνά και στα άτομα με ΙΔΨ. Συννοσηρότητα ακόμα μπορεί να υπάρξει ανάμεσα στη διαταραχή πανικού και στο αλκοόλ αφού είναι γνωστή η αγχολυτική του δράση με αποτέλεσμα η ποσότητα του προσλαμβανόμενου οινοπνεύματος να είναι ανάλογη με εκείνη της βαρύτητας του άγχους και με αποτέλεσμα η συχνότητα του αλκοόλ και των αγχωδών διαταραχών να είναι αυξημένη στους πάσχοντες (George et al, 1990). (*Navarro B., et al., 2013*) , (*Sadock's et al., 2000*) , (*Σολδάτος K et al., 2006*)

Σύμφωνα με το DSM-V, η μέση ηλικία κατά την έναρξη της διαταραχής πανικού στις Η.Π.Α είναι γύρω στα 20-24 χρόνια. Πολύ μικρός αριθμός των επεισοδίων ξεκινά από την παιδική ηλικία, ενώ η εμφάνιση των επεισοδίων μετά την ηλικία των 45 είναι ασυνήθιστη, δίχως όμως και να σημαίνει ότι δε μπορεί να διαγνωστεί. Εάν η διαταραχή δε θεραπευτεί τότε χαρακτηρίζεται χρόνια καθώς αρκετά μεγάλο ποσοστό μερικών ατόμων παρουσιάζουν χρόνια ύφεση ενδιάμεσα, άλλα άτομα μπορεί να έχουν συνεχή σοβαρή συμπτωματολογία ενώ πλήρη ύφεση χωρίς επακόλουθη υποτροπή μέσα σε λίγα χρόνια παρουσιάζει μια μειοψηφία ατόμων. Η πορεία της διαταραχής πανικού περιπλέκεται από μια σειρά άλλων διαταραχών, όπως διαταραχές άγχους, καταθλιπτικές διαταραχές και διαταραχές από χρήσεις ουσιών. (*DSM-V*).

Η διαταραχή πανικού μπορεί να θεωρηθεί ότι έχει εμφανιστεί στην παιδική ηλικία από την πρώτη εμφάνιση των ‘φοβερών ξόρκων’ προκαλώντας φόβο και άγχος ,ενώ οι ενήλικες και οι έφηβοι τείνουν να συνυπάρχει η διαταραχή πανικού με άλλου είδους αγχώδη διαταραχές. Ωστόσο, μέχρι και σήμερα δεν έχουν ανακαλυφθεί διαφορές στην κλινική παρουσίαση μεταξύ εφήβων και ενηλίκων όσον αφορά τη διαταραχή πανικού. Επισημαίνεται, ότι οι έφηβοι μπορούν να ανησυχούν λιγότερο για τις επιθέσεις πανικού σε σχέση με τους νέους ενήλικες . Υπάρχει χαμηλός επιπολασμός διαταραχής πανικού στις μεγάλες ηλικίες ,ενώ η εμφάνιση της διαταραχής σε αυτή την ηλικία εμφανίζεται λόγω στη συρρίκνωση του αυτόνομου κεντρικού συστήματος. Πολλά άτομα μεγαλύτερης ηλικίας με επεισόδια πανικού παρατηρούνται να διακατέχονται από υβρίδιο επιθέσεων πανικού με περιορισμένη συμπτωματολογία γενικευμένου άγχους. (*Σολδάτος K et al., 2006*).

Οι ενήλικες, επιπλέον, τείνουν να αποδίδουν τις επιθέσεις πανικού που παρουσιάζουν σε ορισμένες αγχώδη καταστάσεις, όπως μια ιατρική διαδικασία ή το κοινωνικό περιβάλλον. Ωστόσο, οι ηλικιωμένοι μπορούν να υποστηρίξουν το λόγο της εμφάνισης μιας κρίσης πανικού ακόμα και αν μια επίθεση μπορεί να ήταν απροσδόκητη εκείνη τη στιγμή οδηγεί στο συμπέρασμα ότι υπάρχει υποεκτίμηση των απροσδόκητων κρίσεων σε αυτές τις ηλικίες και απαιτείται ιδιαίτερη διερεύνηση των ηλικιωμένων προκειμένου να γίνει η κατάλληλη αξιολόγηση για το αν οι επιθέσεις πανικού αναμενόμενες πριν από την είσοδο τους σε μια κατάσταση. (Σολδάτος K et al., 2006).

Κατά την παιδική ηλικία το μικρό ποσοστό εμφάνισης διαταραχής πανικού φαίνεται να σχετίζεται με τη δυσκολία που έχουν τα παιδιά να περιγράψουν το σύμπτωμα που νιώθουν εκείνη τη στιγμή, όμως βρίσκονται σε θέση να μας περιγράψουν αν υπάρχει κάποιο έντονο στοιχείο φόβου μέσα τους που να οφείλεται σε αντικείμενα και καταστάσεις που δημιουργούν το άγχος εκείνη τη χρονική στιγμή. (Σολδάτος K et al., 2006).

Από την άλλη πλευρά, οι έφηβοι μπορεί να είναι λιγότερο πρόθυμοι από τους ενήλικες στο να συζητάνε τι τους προβληματίζει για τις κρίσεις πανικού που τους απασχολεί. Ως εκ τούτου, οι κλινικοί γιατροί θα πρέπει να είναι γνώστες ότι στους εφήβους και στους ενήλικες τα επεισόδια της κρίσης πανικού συμβαίνουν απροσδόκητα και θα πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στα επεισόδια έντονου φόβου ή κινδύνου που παρουσιάζουν. (Σολδάτος K et al., 2006).

4.3 Εκτενέστερη ανασκόπηση της διαταραχής πανικού

Η διαταραχή πανικού όπως είναι χαρακτηριστικό γίνεται φανερή στο τέλος της εφηβείας ή στην αρχή της ενήλικης ζωής, δίχως όμως να μην υπάρχουν σε χαμηλά κι ελάχιστα ποσοστά κρούσματα εμφάνισης της στην παιδική ηλικία, κατά την εφηβεία ή στη μέση ηλικία. Με αποτελέσματα ευρημάτων φαίνεται ότι η έναρξη της διαταραχής συνυπάρχει και με άλλους κοινωνικούς παράγοντες που επηρεάζουν σε αρκετά μεγάλο βαθμό τη ψυχοσύνθεση των ατόμων. Γενικότερα, η διαταραχή πανικού είναι χρόνια πάθηση, της οποίας η πορεία διαφέρει από άτομο σε άτομο, ενώ πολλές μελέτες δείχνουν το βαθμό δυσκολίας προκειμένου να ερμηνευτούν λόγω της μη ελεγχόμενης και καλής επίδρασης στη θεραπεία. Το 30-40% των ασθενών εμφανίζουν ελευθερία συμπτωμάτων ύστερα από μακροχρόνια παρακολούθηση της πάθησης, το 50% φέρει ήπια συμπτώματα και τέλος το 10-20% φαίνεται να έχει σοβαρά προβλήματα και επιπλοκές. Τα άτομα που παρουσιάζουν επεισόδιο κρίσης πανικού σε ήπια μορφή δε φαίνεται να τους προκαλεί ιδιαίτερη ανησυχία, σε αντίθεση όταν το φαινόμενο αυτό γίνεται πιο συχνό με περισσότερη ένταση και μεγαλύτερη συμπτωματολογία τότε η ανησυχία αυξάνεται, η αλλαγή συμπεριφοράς γίνεται ορατή στο κοντινό περιβάλλον δίχως όμως να θέλουν να το συζητήσουν καθώς και οι επιδόσεις στο σχολικό περιβάλλον ή στο εργασιακό ανάλογα την ηλικία τους. Η συχνότητα και η βαρύτητα των συμπτωμάτων των κρίσεων φέρει κύματα διακυμάνσεων, αυτό σημαίνει ότι οι κρίσεις μπορεί να είναι αρκετές κατά την διάρκεια μιας ημέρας ή ακόμα να είναι σπάνιες κατά τη διάρκεια ενός μήνα. Απαραίτητη επισήμανση είναι ότι η κατανάλωση αλκοόλ, καφέ και τσιγάρων εντείνουν τη συμπτωματολογία στο μέγιστο βαθμό. (Κουκιά E., 2014), (DSM-V, 2013)

Η ποιότητα ζωής που χαρακτηρίζει τα επεισόδια κρίσης πανικού μπορεί να αντιστοιχηθεί με την ποιότητα ζωής όσων νοσούν από το φαινόμενο της κατάθλιψης και μπορεί να χαρακτηριστεί ακόμα πως το αίσθημα των κρίσεων στα άτομα αυτά είναι χειρότερο ακόμα και από ορισμένες παθολογικές καταστάσεις. Πάνω από το 60% των ασθενών με κρίσεις

πανικού παρατηρείται ότι εμφανίζουν κατά τη διάρκεια της ζωής κατάθλιψη όπου το 30-60% των ασθενών με κατάθλιψη παρουσιάζουν στο μέλλον δευτερογενούς διαταραχή. Η προσπάθεια αυτοίωσης χαρακτηρίζεται από υψηλά ποσοστά κατάχρησης ουσιών, αλκοόλ και αγχολυτικών-ηρεμιστικών χαπιών. Φαίνεται, πως τα άτομα με διάγνωση παροξυσμικού άγχους και εκδηλώσεων επεισοδίων με κρίσεις πανικού να επιχειρούν να αυτοκτονήσουν σε ποσοστό 20%, δηλαδή 8 φορές περισσότερες πιθανότητες να βάλουν τέλος στη ζωή τους σε σύγκριση με άτομα που δε φέρουν κάποια ψυχιατρική πάθηση. (Κουκιά Ε., 2014), (DSM-V, 2013)

Η πρόγνωση της κρίσης πανικού φαίνεται χάρη στην ύπαρξη των κατάλληλων θεραπευτικών και αποτελεσματικών τρόπων αντιμετώπισης να είναι καλή με ιδιαίτερη σημασία η ορθή παρακολούθηση από καταρτισμένους θεράποντες. Ωστόσο, μελέτες που παίρνουν μέρος προκειμένου να παρακολουθούν τη πάθηση άμεσα δείχνουν την εκδήλωση των ήπιων συμπτωμάτων ύστερα όμως από κατάλληλη θεραπεία, δεν μπορούν παρόλα αυτά να λείπουν και σε ορισμένους ασθενείς οι υποτροπές της νόσου. (Κουκιά Ε., 2014), (DSM-V, 2013)

Αποδεικνύεται η ιδιαίτερη χρήση υπηρεσιών υγείας της πρωτοβάθμιας περίθαλψης σε άτομα τα οποία κάποιος αγχώδη παράγοντας έχει προκαλέσει την εμφάνιση της διαταραχής πανικού. Οι συνήθειες όπως είναι το κάπνισμα, το αλκοόλ, το ευερέθιστο έντερο αλλά και οι κεφαλαλγίες έχουν αυξημένη επίδραση με τη εμφάνιση πανικού, ενώ ακόμα μπορεί να διατυπωθεί πως η καρδιακή νόσος έχει άμεση συσχέτιση με την διαταραχή αφού έχει κοινά σημεία, δεδομένου ότι το 25% των καρδιολογικών ασθενών πληρούν τα κριτήρια της διαταραχής. (Κουκιά Ε., 2014), (DSM-V, 2013)

Η επίθεση του πανικού μπορεί να αποτελέσει την τελική αλλά και οξύτατη εκδήλωση του πραγματικού φόβου σε συνδυασμό με το ρεαλιστικό άγχος. Είναι απότομη αύξηση του έντονου φόβου, η οποία μπορεί να έχει προκληθεί είτε σε μια ήρεμη κατάσταση είτε από μια έντονη ταλαιπωρία με αποτέλεσμα να φθάσει στην κορυφή σε λίγα λεπτά με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά κατά τη διάρκεια της κρίσης να είναι κάποια από τα ακόλουθα συμπτώματα, όπως είναι το αίσθημα των παλμών, χτύπημα καρδιάς, επιτάχυνση καρδιακού ρυθμού, εμετό, αίσθημα δύσπνοιας ή πνιγμού, πόνος στο στήθος και έντονη δυσφορία, αίσθημα ζάλης, ασταθούς, ελαφρύς ή λιποθυμίας, αποδυνάμωση ή αποπροσωποποίηση, φόβος να χάσει τον έλεγχο και να πεθάνει. Η διαταραχή πανικού είναι ένα σύντομο επεισόδιο μέγιστου και ανεξέλεγκτου φόβου που η εμφάνιση του γίνεται ξαφνικά χωρίς να είναι πάντα φανερή ή γνωστή η αιτία. Χαρακτηρίζεται από μια αλληλουχία αισθήματος τόσο προσωπικής, σωματικής ή ψυχικής συμφοράς σε συνδυασμό με εκδηλώσεις από το συμπαθητικό νευρικό σύστημα. Ακόμα, η διαταραχή πανικού φέρει μεγάλο αριθμό κρίσεων σε συγκεκριμένο χρονικό περιθώριο. Ωστόσο, για να γίνει η κατάλληλη διάγνωση θα πρέπει τουλάχιστον μια από τις επιθέσεις να έχει ακολουθήσει 1 μήνα ή και μεγαλύτερο διάστημα με επίμονη ανησυχία ή ανησυχία για επιπρόσθετες κρίσεις πανικού ή τις συνέπειες τους, όπως είναι η απώλεια ελέγχου, καρδιακή προσβολή, να υπάρχει δύσκολη και άσχημη προσαρμογή στη συμπεριφορά που να έχει σχέση με τις επιθέσεις, όπως είναι οι συμπεριφορές που είναι σχεδιασμένες προκειμένου να αποφεύγεται μια κρίση πανικού, κάνοντας γυμναστική ή να υπάρχει άγνοια απέναντι στις καταστάσεις. Επίσης, για να διαγνωσθεί η διαταραχή πανικού θα πρέπει να έχει εξακριβωθεί πως δεν οφείλεται σε φυσιολογικές επιδράσεις μιας ουσίας, όπως είναι τα φάρμακα κατάχρησης ή απλό φάρμακο, ή σε κάποια άλλη ιατρική κατάσταση, για παράδειγμα υπερθυρεοδισμός, καρδιοπνευμονικές διαταραχές. Τέλος, είναι απαραίτητο να αναφερθεί ότι οι κρίσεις πανικού δε συμβαίνουν πάντα ως απάντηση σε φοβίες, ή σε περιγραφέντα φοβικά αντικείμενα ή σε καταστάσεις, ή ακόμα σε εμμονές και στην ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή ή τέλος σε υπενθυμίσεις μετατραυματικών συμβάντων (μετατραυματικό στρες). (Κουκιά Ε., 2014), (DSM-V, 2013)

Οι επαναλαμβανόμενες προσβολές πανικού που διαρκούν ένα μήνα ή περισσότερο , δημιουργούν στον πάσχοντα :

- § Επίμονη ανησυχία και άγχος με ενδοιαστικές σκέψεις που έχουν άμεση σχέση με την πιθανή επανάληψη του τραυματικού συμβάντος και συνεπώς την επανεμφάνιση κάποιας προσβολής πανικού.
- § Ανησυχία και φόβο για τις ενδεχόμενες επιπτώσεις.
- § Σημαντική αλλαγή συμπεριφοράς ως αποτέλεσμα των προσβολών πανικού. *(Κουκιά Ε., 2014) , (DSM-V, American Psychiatric Association,2013)*

Οι Προσβολές Πανικού διακρίνονται σε τρεις τύπους:

- § **Απροσδόκητες:** η προσβολή πανικού εμφανίζεται αυτόματα και ξαφνικά.
- § **Συνδεδεμένες με συγκεκριμένες καταστάσεις:** η προσβολή πανικού σχεδόν πάντα συμβαίνει αμέσως μετά την έκθεση σε κάποια κατάσταση ή σε αναμονή κάποιας κατάστασης.
- § **Προδιατεθειμένες από καταστάσεις:** οι προσβολές πανικού είναι πιο πιθανό να συμβούν κατά την έκθεση σε μια συγκεκριμένη κατάσταση, αλλά δεν συνοδεύονται πάντοτε με αυτήν. *(Κουκιά Ε., 2014) , (DSM-V, American Psychiatric Association,2013)*

Η προσβολή πανικού κορυφώνεται σε διάστημα 10 λεπτών. Επί πρόσθετα οι προσβολές μπορεί να κυμαίνονται από λίγες κατά την διάρκεια ενός έτους, μέχρι πολλές προσβολές κατά την διάρκεια μιας μέρας. Η διαταραχή πανικού συνοδεύεται από αγοραφοβία όπου είναι ο φόβος να μείνει κάποιος μόνος σε χώρους όπου η διαφυγή θα ήταν δύσκολη σε περίπτωση κρίση πανικού. Δημιουργεί σοβαρές επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής του ασθενούς αλλά και στην ικανότητα του να λειτουργεί στην εργασία και στις κοινωνικές του επαφές. *(Κουκιά Ε., 2014) , (DSM-V, American Psychiatric Association,2013)*

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Ένας συνδυασμός παραγόντων που συμβάλλει στην εμφάνιση της Διαταραχής Πανικού περιλαμβάνει :

§ Νευροβιολογικούς Παράγοντες

Η προσβολή πανικού φαίνεται να αντανακλά μια δυσλειτουργία στην πυροδότηση του νευρικού κυκλώματος του φόβου, που ακολουθείται από απότομη αύξηση της δραστηριότητας του συμπαθητικού νευρικού συστήματος. *(Κουκιά Ε., 2014)*

§ Συμπεριφορική Προσέγγιση

Εστιάζεται στην κλασσική εξαρτημένη μάθηση. Προτείνεται ότι οι προσβολές πανικού αποτελούν κλασικά εξαρτημένες αντιδράσεις είτε στις συνθήκες που προκαλούν άγχος

είτε στις εσωτερικές σωματικές αισθήσεις της διέγερσης. Το άτομο βιώνει σωματικές ενδείξεις του άγχους, ακολουθεί η πρώτη προσβολή πανικού και στη συνέχεια οι προσβολές πανικού καθίστανται εξαρτημένη αντίδραση στις σωματικές αλλαγές.

Αρνητικό γεγονός ζωής

|

Ψυχολογική και βιολογική ευαλωτότητα απέναντι στο άγχος

|

Άγχος

|

Πεποίθηση ότι τα σωματικά συμπτώματα είναι επικίνδυνα

|

Σωματικά συμπτώματα, όπως αυξημένος καρδιακός ρυθμός

|

Πρώτη προσβολή πανικού

|

Αγχώδης εγρήγορση σε σχέση με σωματικά συμπτώματα

|

Διαταραχή Πανικού (Κουκιά Ε., 2014)

§

§ Γνωστικοί Παράγοντες

Οι γνωστικές θεωρήσεις εστιάζουν στην αίσθηση ελέγχου που έχει το άτομο και στις καταστροφικές παρερμηνείες των σωματικών αλλαγών.

Αντίληψη Ελέγχου: Η αντίληψη ελέγχου όσον αφορά τις σωματικές αλλαγές μπορεί να παίζει καταλυτικό ρόλο στο κατά πόσο ένα άτομο θα παρουσιάσει προσβολή πανικού. (Κουκιά Ε., 2014)

Φόβος των Σωματικών Αισθήσεων: Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο, οι προσβολές πανικού εμφανίζονται όταν ένα άτομο ερμηνεύσει τις σωματικές αισθήσεις ως ενδείξεις επικείμενου θανάτου. Σκέψεις αυτού του είδους αυξάνουν το άγχος, που οδηγεί σε περισσότερες σωματικές αντιδράσεις, δημιουργώντας έτσι έναν φαύλο κύκλο. (Κουκιά Ε., 2014)

Η Αγοραφοβία και η Υπόθεση του φόβου: Το κυρίαρχο γνωστικό μοντέλο για την αιτιολογία της αγοραφοβίας είναι η υπόθεση του φόβου, στην οποία προτείνεται ότι η αγοραφοβία προέρχεται από αρνητικές σκέψεις για τις συνέπειες που θα είχε το να βιώσει κανείς μια προσβολή πανικού μπροστά σε άλλους. (Κουκιά Ε., 2014)

§ Ψυχοδυναμικές Υποθέσεις

Σύμφωνα με το Freud το άγχος πηγάζει όχι μόνο από εξωτερικούς κινδύνους αλλά και από εσωτερικούς, όπως είναι η απειλή ότι η πάλη του Εγώ να ικανοποιήσει τις επιθυμίες του Εκείνου χωρίς να παραβιάσει τις απαιτήσεις της πραγματικότητας και του Υπερεγώ θα αποτύχει. Αυτή η προσπάθεια είναι συνεχής και συνήθως επιτυχής, έτσι ώστε να μην βιώνουμε ούτε το άγχος, ούτε την ενόρμηση. Σε μερικές περιπτώσεις όμως το άγχος είναι τόσο έντονο που το βιώνουμε ή τα καταφέρνουμε να το περιορίσουμε μόνον μέσω της χρήσης μηχανισμών άμυνας. Τότε παρατηρούμε τη νευρωτική συμπεριφορά. Οι ψυχοδυναμικοί θεωρητικοί προτείνουν ότι οι αγχώδεις διαταραχές διαφέρουν ως προς το είδος της άμυνας που χρησιμοποιούν. Κάποιοι νεότεροι θεωρητικοί προτείνουν ότι η αγχώδης προσκόλληση που χαρακτηρίζεται από εξάρτηση και ανασφάλεια μας κάνει πιο ευάλωτους στο άγχος. Όντως άτομα με κρίσεις πανικού και αγοραφοβία είναι άτομα που είχαν άγχος αποχωρισμού ως παιδιά, ή είχαν χάσει κάποιο γονιό στην παιδική ηλικία. Οι απρόβλεπτες προσβολές πανικού μπορεί να πυροδοτούνται από ασυνείδητους ψυχολογικούς παράγοντες. (Κουκιά Ε., 2014)

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Η διαταραχή πανικού, είναι μια αγχώδης διαταραχή που εκδηλώνεται είτε με **ψυχολογικά** είτε με **σωματικά συμπτώματα**.

Ψυχολογικά Συμπτώματα

Σωματικά Συμπτώματα

Αδυναμία προσοχής και συγκέντρωσης	Δύσπνοια – αίσθημα πνιγμού
Φόβος ότι χάνεται ο έλεγχος	Ταχυκαρδία- αίσθημα παλμών
Φόβος για την υγεία- πιθανή απώλεια ζωής	Τάση λιποθυμίας
Φόβος ότι το άτομο οδηγείται στη παράνοια	Τρέμουλο – ζάλη
Φόβος για κλειστούς χώρους – έλλειψη οξυγόνου	Αίσθημα αστάθειας – έλλειψη ισορροπίας
Φόβος για πολύβουα και πολυπληθή μέρη	Αίσθημα βάρους στο στήθος
	Μούδιασμα και μυρμήγκιασμα σε όλο το σώμα
	Εξάψεις – ρίγη- έντονη εφίδρωση στα άκρα
	Ναυτία ή κοιλιακή ενόχληση
	Μυϊκή τάση και σφίξιμο

Πίνακας 4: Ψυχολογικά – Σωματικά Συμπτώματα

Προέλευση στοιχείων: (DSM-V, American Psychiatric Association, 2013)

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΥΜΒΑΛΛΟΥΝ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΩΝ ΚΡΙΣΕΩΝ ΠΑΝΙΚΟΥ

- § **Σημαντικά γεγονότα:** Θετικά και αρνητικά , χρόνια προβλήματα υγείας, ένας χωρισμός, απώλεια, αλλαγή εργασίας ,θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου , τα οικονομία αδιέξοδα, η γέννηση ενός παιδιού, εισαγωγή σε πανεπιστήμιο.
- § **Κάποιες ουσίες και φάρμακα:** (οι αμφεταμίνες, η κοκαΐνη και ορισμένα υπνωτικά φάρμακα)

- § **Η κατάθλιψη:** Άνθρωποι που πάσχουν από κατάθλιψη παρουσιάζουν συχνά και κάποια αγχώδη διαταραχή. Πολλές φορές δεν είναι εύκολο να πούμε αν η κατάθλιψη προϋπήρχε ή αν παρουσιάστηκε ως συνέπεια των κρίσεων πανικού.
- § **Η ιδιοσυγκρασία του ατόμου:** Υπάρχουν άνθρωποι ήρεμοι και άνθρωποι πιο ναυτικοί, άνθρωποι που έχουν μεγάλη προσαρμοστικότητα και αντοχή και άλλοι εκνευρίζονται με το παραμικρό. Γενικά άνθρωποι με υψηλό επίπεδο ευερεθιστότητας και χαμηλή ικανότητα προσαρμογής είναι πιο επιρρεπείς στο φόβο και το άγχος.
- § **Ο τρόπος που αντιμετωπίζει τις δυσκολίες:** Αν ο τρόπος του είναι περισσότερο παθητικός και βασίζεται στο να αποφεύγει καταστάσεις που τον φοβίζουν, να στρέφεται στον εαυτό του, να έχει αρνητικές σκέψεις τότε δημιουργεί προϋποθέσεις ευνοϊκές για διαταραχές φόβου και άγχους.
- § **Η αυτοεικόνα του:** Στον τρόπο δηλαδή που βλέπει τον εαυτό του, τις προσδοκίες που έχει από αυτόν και την ζωή του και εμπιστοσύνη στις δυνατότητες του.
- § **Κληρονομικότητα:** Παρατηρείται ότι είναι μεγαλύτερες οι πιθανότητες να πάθουν κρίσεις πανικού άνθρωποι στων οποίων την άμεση οικογένεια υπάρχουν συγγενείς που πάσχουν ή έπασχαν κάποτε και αυτοί. (*Κουκιά E., 2014*) , (*DSM-V, American Psychiatric Association,2013*)

Οι κρίσεις πανικού δεν οφείλονται, σε αδυναμία του ατόμου να ελέγξει τον εαυτό του ή σε έλλειψη θέλησης. Αντιθέτως τα άτομα που υποφέρουν από προσβολές πανικού είναι δυναμικά και λειτουργούν κάτω από δύσκολες συνθήκες, ασκώντας έντονη ψυχολογική πίεση στον εαυτό τους. Είναι εκείνα τα άτομα που θέλουν να έχουν τον έλεγχο τόσο στις καταστάσεις της ζωής τους όσο και στις σχέσεις που δημιουργούν. Τους αρέσει η τάξη και η οργάνωση. Θέτουν σε άμεση προτεραιότητα τα προβλήματα των άλλων και στην προσπάθεια τους να βοηθήσουν αγνοούν τις δικές τους συναισθηματικές ανάγκες. Όταν, λοιπόν, αυτοί οι άνθρωποι, που ελέγχουν τόσο καλά τη ζωή τους, βιώσουν κρίση πανικού, αισθάνονται ανασφάλεια αλλά και θυμό για την δυσμενή θέση στην οποία έχουν απέλθει και κρύβουν με κάθε τρόπο τα προβλήματα τους. (*Κουκιά E., 2014*)

Κεφάλαιο 5: Θεραπεία Αγχωδών διαταραχών

Όταν το άγχος είναι φυσιολογικό έχει ευεργετικό χαρακτήρα καθώς το ίδιο το άτομο συμμετάσχει ενεργά στην θεραπεία του. Αντιμετωπίζεται επιτυχώς μέσω της ενημέρωσης και της καθοδήγησης χωρίς να απαιτείται φαρμακευτική και ψυχολογική θεραπεία . Αντιθέτως όταν το άγχος είναι οργανικό θα πρέπει να αντιμετωπισθεί η αιτιολογία του ενώ όταν υπάρχει ψυχιατρική νοσηρότητα η αναγνώριση και η θεραπεία της ψυχιατρικής διαταραχής είναι σημαντική. Στην αντιμετώπιση του άγχους το πρωταρχικό στάδιο είναι η αναγνώριση και η αντιμετώπιση των συμπτωμάτων , έπειτα εάν συνυπάρχει κάποια ψυχιατρική νόσο να γίνει αποδεκτή από τον ίδιο τον ασθενή και τέλος η επανένταξη του στις καθημερινές του

δραστηριότητες. Η θεραπεία λοιπόν βασίζεται σε δύο μορφές α) ψυχοθεραπείες και β) στην φαρμακευτική αγωγή. (*Παπαδημητρίου Γ.Ν et al., 2013* , (*Αλεβίζος Β., 2008*)

5.1 Ψυχοθεραπευτική προσέγγιση

Από τις ψυχοθεραπείες οι γνωσιακές- συμπεριφορικές ψυχοθεραπείες είναι οι πιο αποτελεσματικές για την αντιμετώπιση των αγχώδων διαταραχών. (*Παπαδημητρίου Γ.Ν et al., 2013* , (*Αλεβίζος Β., 2008*)

5.1.1 Γνωσιακές - Συμπεριφορικές Ψυχοθεραπείες

Οι ψυχοθεραπείες αυτές προέκυψαν από την σύνθεση θεωρητικών αρχών και κλινικών στρατηγικών των συμπεριφορικών και γνωσιακών θεραπειών. Το κοινό χαρακτηριστικό τους είναι ότι απαιτούν από την πλευρά του ασθενούς συστηματική και επαναλαμβανομένη εξάσκηση. Η εξάσκηση αυτή αφορά νέες συμπεριφορές και γνώσεις όπου ο ασθενής και ο θεραπευτής συμφωνούν να θέσουν στόχο και η εκπαίδευση επιτελείται συστηματικά μεταξύ των συνεδρίων. Απαιτείται συστηματική επανάληψη και συνειδητή προσπάθεια του ασθενή προκειμένου να εγκατασταθούν οι νέες συμπεριφορές και γνώσεις. Ο μέσος όρος συνεδρίων είναι 8- 20 . Οι συνεδρίες αυτές είναι σε υψηλό βαθμό δομημένες καθώς εστιάζονται στην άμεση αντιμετώπιση των συμπτωμάτων. Ασθενής και θεραπευτής συνεργάζονται όχι μόνο για να καθορίσουν τους στόχους της θεραπείας αλλά στο να βρουν από κοινού τις πιο κατάλληλες και αποτελεσματικές στρατηγικές προκειμένου να επιτευχθούν οι στόχοι τους. Στις αγχώδεις διαταραχές λοιπόν οι πλέον τεκμηριωμένες μορφές γνωσιακών - συμπεριφορικών ψυχοθεραπειών, η συμπεριφορική θεραπεία έκθεσης και η γνωσιακή θεραπεία. (*Παπαδημητρίου Γ.Ν et al., 2013* , (*Αλεβίζος Β., 2008*)

5.1.2 Θεραπεία Έκθεσης

Στην θεραπεία έκθεσης , κατά την διάρκεια της οποίας, ένας ασθενής ,εισέρχεται και παραμένει σε μια φοβογόνο κατάσταση πάρα το άγχος που αισθάνεται, αποτελεί το βασικό μέρος των περισσότερων γνωσιακών- συμπεριφορικών ψυχοθεραπειών. Στην θεραπεία έκθεσης λοιπόν ο ασθενής θα πρέπει να βιώσει όσο τον δυνατό πληρέστερα την συναισθηματική αντίδραση που δημιουργείται κατά την παρουσία του στην φοβογόνο συνθήκη, ώστε να επέλθει αποτελεσματική αλλαγή στις συναισθηματικές, συμπεριφορικές και γνωσιακές συνιστώσες της αγχώδους διαταραχής. Η θεραπεία έκθεσης δεν οδηγεί στην εξάλειψη των μαθημένων αντιδράσεων φόβου, αλλά στην εκμάθηση καινούργιων και πιο λειτουργικών αντιδράσεων , οι οποίες ανταγωνίζονται, αλλά δεν αντικαθιστούν πλήρως την αρχική αντίδραση φόβου. Η θεραπεία έκθεσης ξεκινά τυπικά με την δημιουργία μιας λίστας όπου ιεραρχούνται καταστάσεις όπου ο ασθενής φοβάται ή αποφεύγει. Η έκθεση ξεκινά από καταστάσεις που δημιουργούν λιγότερο άγχος στον ασθενή και προοδευτικά εκτείνεται στις πιο φοβογόνες καταστάσεις. Επιπλέον, μια χρήσιμη τεχνική είναι η έκθεση στην φαντασία σε περιπτώσεις που η έκθεση σε μια φοβογόνο συνθήκη δεν μπορεί να διασπαστεί σε στάδια δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί σταδιακά. Τέλος η αντιμετώπιση συμπεριφορών αποφυγής και συμπεριφορών ασφάλειας θα πρέπει να εντοπιστούν και να αντιμετωπιστούν κατά την διάρκεια της θεραπείας έκθεσης, διότι ο ασθενής αποδίδει στη θεραπεία έκθεσης, συμπεριφορές που δεν συνέβησαν στη έκθεση του στην φοβογόνο κατάσταση. (*Παπαδημητρίου Γ.Ν et al., 2013* , (*Αλεβίζος Β., 2008*)

5.1.3 Θεραπεία Ενδοδεκτικής Έκθεσης

Αποτελεί μια μορφή της θεραπείας έκθεσης ειδικά για την διαταραχή πανικού. Χρησιμοποιείται μια σειρά τεχνικών για την δημιουργία σωματικών αισθήσεων παρόμοιων με αυτές μιας προσβολής πανικού (π χ επιτόπου τροχάδην για πρόκληση ταχυκαρδίας) . Σκοπός λοιπόν της πρόκλησης τέτοιου είδους αισθήσεων είναι η εξοικείωση στα έντονα σωματικά ενοχλήματα μιας προσβολής πανικού και η επίτευξη γνωσιακής αναδόμησης , δηλαδή αλλαγή νοήματος που ο ασθενής αποδίδει στα ερεθίσματα αυτά. (*Παπαδημητρίου Γ.Ν et al., 2013 , (Αλεβίζος Β., 2008)*)

5.1.4 Γνωσιακή Θεραπεία

Η γνωσιακή θεραπεία εστιάζεται στον εντοπισμό και στην τροποποίηση των ειδικών δυσλειτουργικών γνώσεων , σκέψεων και πεποιθήσεων . Οι γνωσιακές στρατηγικές αναπτύχθηκαν ώστε να κατέχουν κεντρικό ρόλο στην γνωσιακή θεραπεία ενώ η εκμάθηση τους πραγματοποιείται κατά τη διάρκεια της συνεδρίας και στο ενδιάμεσο κενό των συνεδριών ο ασθενής τις εξασκεί συστηματικά, με αφετηρία τα γεγονότα της καθημερινότητας. (*Παπαδημητρίου Γ.Ν et al., 2013 , (Αλεβίζος Β., 2008)*)

Επιπλέον αναπόσπαστο μέρος της γνωσιακής θεραπείας αποτελώντας ένα από τα ισχυρότερα εργαλεία γνωσιακής αναδόμησης είναι οι στρατηγικές έκθεσης σε εξωδεκτικά και ενδοδεκτικά ερεθίσματα. Οι στρατηγικές αυτές δομούνται κατά την διάρκεια της συνεδρίας και εκτελούνται από τον ασθενή στο χρονικό μεσοδιάστημα μεταξύ δύο συνεδριών με την μορφή συμπεριφορικών πειραμάτων όπου αποσκοπούν :

- § Στη διευκόλυνση του θεραπευτή και του ασθενή να εντοπίσουν τις δυσλειτουργικές γνώσεις που σχετίζονται με τα συναισθήματα άγχους και φόβου και τις αντίστοιχες συμπεριφορές.
- § Στην ενίσχυση της αποτελεσματικότητας και της αμφισβήτησης των δυσλειτουργιών αυτών γνώσιών, ενώ ο ασθενής καλείται στην ίδια του τη ζωή να διαπιστώσει το βαθμό ορθότητας τους. (*Παπαδημητρίου Γ.Ν et al., 2013 , (Αλεβίζος Β., 2008)*)

5.1.5 Εκπαίδευση στην αναπνοή

Ο ασθενής μαθαίνει τεχνικές για να μπορεί να ελέγξει την υπέρπνοια που πολύ συχνά συνοδεύει το έντονο άγχος και τον πανικό και τις δυσάρεστες σωματικές αισθήσεις που αυτή προκαλεί. (*Παπαδημητρίου Γ.Ν et al., 2013 , (Αλεβίζος Β., 2008)*)

5.1.6 Εκπαίδευση στη χαλάρωση

Στην θεραπεία αυτή χρησιμοποιούνται τεχνικές για τον έλεγχο της μυϊκής τάσης που συνοδεύει το άγχος και τις προσβολές πανικού. Η πιο αποτελεσματική τεχνική στην κρίση πανικού είναι πλέον η εφαρμοσμένη χαλάρωση , η οποία βασίζεται στην εφαρμογή τεχνικών προοδευτικής μυϊκής χαλάρωση από τον ασθενή, αρχικά στις καθημερινές του δραστηριότητες και στην συνέχεια στην έκθεση του σε φοβογόνες καταστάσεις.(*Παπαδημητρίου Γ.Ν et al., 2013 , (Αλεβίζος Β., 2008)*)

5.1.7 Εκπαίδευση ενοφθαλμισμού στο στρες

Είναι μια από τις πρώτες γνωσιακές- συμπεριφορικές θεραπείες, και βασίζεται στην θεωρητική αρχή ότι το στρες δεν αποτελεί μόνο περιβαλλοντικό ερέθισμα, ούτε μόνο μια υποκειμενική αντίδραση του ατόμου σε αυτό αλλά είναι αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης και των δύο αυτών παραμέτρων. Η θεραπεία στοχεύει στην εκπαίδευση του ατόμου σε ατομικές και διαπροσωπικές δεξιότητες που θα τον βοηθήσει να ανταπεξέλθει σε μια στρεσογόνο συνθήκη χρησιμοποιώντας διάφορες τεχνικές όπως τεχνικές αναπνοής, χαλάρωσης, και διακοπής σκέψης, στρατηγικές γνωσιακής αναδόμησης, τεχνικές απόκτησης θάρρους, παίξιμο ρόλου και στρατηγικές μίμησης προτύπου. (Παπαδημητρίου Γ.Ν et al., 2013, (Αλεβίζος Β., 2008)

5.1.8 Εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες

Βασίζεται στην θεωρητική αρχή ότι οι ασθενείς με κοινωνική φοβία έχουν άγχος σε κοινωνικές καταστάσεις λόγω ελλείψεις κοινωνικών δεξιοτήτων και ικανότητας διαπροσωπικής συναλλαγής. Περιλαμβάνει συνδυασμό τεχνικών μίμησης προτύπου, συμπεριφορικής πρόβας και θετικής ενίσχυσης. (Παπαδημητρίου Γ.Ν et al., 2013, (Αλεβίζος Β., 2008)

5.2 Φαρμακευτική Θεραπεία

Η φαρμακευτική θεραπεία έχει ως ένδειξη το έντονο, παθολογικό άγχος που βιώνει το άτομο ως δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση, ως υποκειμενική εμπειρία φόβου και αγωνιάς μειώνοντας συνεπώς τη λειτουργικότητα του. Το άγχος και οι αγχώδεις διαταραχές θεραπεύονται (συμπτωματικά) αποτελεσματικά με ειδική φαρμακευτική αγωγή, που περιλαμβάνει τα αγχολυτικά, τα αντικαταθλιπτικά και αλλά φάρμακα άλλων κατηγοριών. Η θεραπευτική μεθοδολογία ακολουθεί δυο στρατηγικές

1. Τη βραχεία διάρκεια θεραπεία που αποσκοπεί να απαλλάξει τον πάσχοντα από τα συμπτώματα και να τον επαναφέρει στην προηγμένη λειτουργικότητα του.
2. Τη μακρά διάρκεια θεραπεία, για τη διατήρηση, σε ορισμένες περιπτώσεις, του θεραπευτικού αποτελέσματος και την αποτροπή εκδήλωσης νέου επεισοδίου στο μέλλον. (Stephen M.S., 2008)

Βραχείας Διάρκειας Θεραπείας

Πριν από την εφαρμογή φαρμακευτικής θεραπείας θα πρέπει να τίθεται ακριβής διάγνωση και να διευκρινίζεται εάν η αγχώδης συμπτωματολογία είναι δευτεροπαθής , δηλαδή αν οφείλεται σε άλλη ψυχική διαταραχή , όπως κατάθλιψη, σχιζοφρένεια , χρήση ουσιών ή σε σωματική νόσο όπως υπερθυρεοειδισμό, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Σε αυτές τις περιπτώσεις προτάσσεται η θεραπεία της πρωταρχικής νόσου. (*Stephen M.S., 2008*)

Το ήπιο ή το άγχος που οφείλεται σε ψυχοτραυματικό στρες ή σε κοινά προσωπικά και διαπροσωπικά προβλήματα, αν δεν χαρακτηρίζεται από παθολογική αιτία, δεν αποτελεί ένδειξη αγχολυτικής θεραπείας. Όμως είναι απαραίτητο και στο παθολογικό άγχος , πριν γίνει χορήγηση αγχολυτικής θεραπείας να δοκιμάζεται , όπου είναι δυνατόν, βραχυχρόνια αντιμετώπιση με συμβουλευτική θεραπεία με στόχο το χειρισμό του στρες, με καθημερινή άσκηση ή με ψυχοθεραπεία. Η κρίση πανικού, η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή και η διαταραχή ύστερα από ψυχοτραυματικό γεγονός απαιτούν άμεση αγχολυτική θεραπεία. (*Stephen M.S., 2008*)

5.2.1 Εκτενέστερη ανασκόπηση αγχολυτικής θεραπείας

§ Εκλεκτοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRI)

Τα φάρμακα αυτά ασκούν την φαρμακευτική δράση σε ένα μονό νευροβιβαστικό σύστημα , το σεροτονινεργικό. Δεν επηρεάζουν αλλά συστήματα (χολινεργικό , ισταμινικό) και έτσι δεν προκαλούν ανεπιθύμητες ενέργειες. Τα φάρμακα αυτά είναι αποτελεσματικά σε καταστάσεις όπου η κατάθλιψη συνυπάρχει με το άγχος, ενώ φαίνεται να μειώνεται ο κίνδυνος αυτοκαταστροφής. (*Stephen M.S., 2008*)

Οι κυριότερες ανεπιθύμητες ενέργειες αφορούν συμπτώματα από το γαστρεντερικό σύστημα , όπως ναυτία και σε διαταραχές της σεξουαλικής λειτουργίας. Πιο σπάνια εμφανίζονται αϋπνία , άγχος και εξωπυραμидικά συμπτώματα. Μπορούν επίσης να πυροδοτηθούν μανιακά επεισόδια και να παρατηρηθεί απώλεια σωματικού βάρους σε υψηλές δόσεις. Τέλος τα φάρμακα αυτά είναι ανεκτά στον ανθρώπινο οργανισμό με αποτέλεσμα να υπάρχει καλή συνεργασία του ασθενούς, αφού δε προκαλούν επιπλοκές. (*Stephen M.S., 2008*)

- Ø **Φλουοξετίνη** : Είναι το πρώτο φάρμακο της κατηγορίας που εμφανίστηκε στο θεραπευτικό προσκήνιο. Λόγω της μακράς και μεγάλης χρήσης του φαίνεται να έχει σημαντικό βαθμό αποτελεσματικότητας. Έχει μακρά ημιπερίοδο ζωής και επιμηκύνει την ημιπερίοδο ζωής και άλλων φαρμάκων που συγχορηγείται. Δεν πρέπει να χορηγείται μαζί με αναστολείς της MAO γιατί μπορεί να προκληθεί σεροτονινεργικό σύνδρομο (υπερθερμία , δυσκαμψία διαταραχές συνειδήσεως). Χρειάζεται μεγάλη προσοχή στην χορήγηση με άλλα φάρμακα για την πρόληψη ανεπιθύμητων ενεργειών, όπως είναι η ναυτία , η σεξουαλική δυσλειτουργία και άγχος που μπορεί να προκληθεί ή να ενεργοποιηθεί ως καταστροφικός ιδεασμός. (*Stephen M.S., 2008*)
- Ø **Φλουβοξαμίνη** : Είναι από τα πρώτα φάρμακα της κατηγορίας που χρησιμοποιήθηκαν στην Ευρώπη. Έχει συγκρίσιμη αντικαταθλιπτική αποτελεσματικότητα με αυτήν των τρικυκλικών. Έχει βραχεία ημιπερίοδο ζωής σε σχέση με την φλουοξετίνη και οι πιο συχνές ανεπιθύμητες ενέργειες είναι η ναυτία , η τάση για έμετο, η κεφαλαλγία καθώς με το φάρμακο αυτό φαίνεται ο αυτοκτονικός ιδεασμός να υποχωρεί σχετικά γρήγορα. (*Stephen M.S., 2008*)

- Ø **Παροξετίνη** : Έχει βραχεία ημιπερίοδο ζωής σε σχέση με την φλουοξετίνη αλλά μικρότερη από την φλουβοξαμίνη. Οι συνηθέστερες ανεπιθύμητες ενέργειες είναι η ναυτία και η υπνηλία. (*Stephen M.S., 2008*)
- Ø **Σιταλοπράμη** : Εμφανίζει μεγάλη αποτελεσματικότητα στην μείζονα κατάθλιψη. Σε πολλούς ασθενείς δεν είναι αποτελεσματική σε δόσεις μικρότερες από 40 mg ημερησίως. Μπορεί να εμφανιστεί αύξηση των επιπέδων σιλοπράμης στο πλάσμα λόγω ταυτόχρονης χορήγησης σιλοπράμης με ορισμένες φαινοθειαζίνες. Οι πιο συχνές παρενέργειες είναι ναυτία , μεγάλη εφίδρωση και κεφαλαλγία. (*Stephen M.S., 2008*)
- Ø **Σερτραλίνη** : Είναι αποτελεσματικό για την μείζονα κατάθλιψη και για την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή. Δεν μπορεί να χορηγηθεί μαζί με MAOI και σε περίπτωση διακοπής θα πρέπει να γίνει προοδευτική διακοπή για την αποφυγή στερητικών συμπτωμάτων. Συνίσταται παρακολούθηση του ασθενή κατά την θεραπεία για το ενδεχόμενο αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς. Μπορεί να προκαλέσει ναυτία , εφίδρωση, τρόμο, σεξουαλική δυσλειτουργία, άγχος , αϋπνία και απώλεια βάρους. (*Stephen M.S., 2008*)

§ Εκλεκτοί αναστολείς της επαναπρόσληψης σεροτονίνης και νοραδρεναλίνης (SNRI)

Κύριος εκπρόσωπος είναι :

- Ø **Βενλαφαξίνη** : Η φαινυλαιθυλαμίνη αυτή , που έχει χημική δομή διαφορετική από τα υπάρχοντα αντικαταθλιπτικά , αναστέλλει την επαναπρόσληψη κυρίως της σεροτονίνης , της νοραδρεναλίνης και λιγότερο της ντοπαμίνης. Επίσης έχει ημιπερίοδο ζωής μόνο 3 με 5 ώρες και δεν επηρεάζει τους μουςκαρινικούς και τους ισταμινεργικούς υποδοχείς και έτσι οι ανεπιθύμητες ενέργειες περιορίζονται στο ελάχιστο , με τις πιο σημαντικές να είναι η ναυτία , η υπνηλία , η ξηροστομία , η δυσκοιλιότητα και η αύξηση της αρτηριακής πίεσης σε μεγάλες δόσεις. (*Stephen M.S., 2008*)

§ **Ειδικά σεροτονινεργικά**

- Ø **Νεφαζοδόνη** : Έχει χημική δομή που μοιάζει με αυτή της τραζοδόμης , ασκεί ανταγωνιστική δράση στους τύπους των 2 υποδοχέων της σεροτονίνης και αναστέλλει ελαφρά την επαναπρόσληψη της σεροτονίνης και της νοραδρεναλίνης στο προσυναπτικό νευρώνα. Έχει μικρή ημιπερίοδο ζωής 2- 4 ώρες αλλά παράγει δραστικούς μεταβολίτες με μεγαλύτερη ημιπερίοδο ζωής . Οι παρενέργειες που παρατηρούνται είναι ναυτία και καταστολή, ενώ σπάνια εμφανίζονται ξηροστομία , δυσκοιλιότητα , ορθοστατική υπόταση, αϋπνία , άγχος και τρόμος χεριών . Πριν από την έναρξη θεραπείας με βενλαφαξίνη προηγείται ηλεκτροκαρδιογραφικός έλεγχος , καθώς επίσης αξιολόγηση της αρτηριακής πίεσης , και γενικά συνίσταται να αποφεύγεται η χορήγηση του σε ασθενείς με νόσους του καρδιαγγειακού συστήματος , ηλεκτρολυτικές διαταραχές και υπέρταση. (*Stephen M.S., 2008*)

§ Τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά

Στην οικογένεια με τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά (και τα συγγενή τεταρτοκυκλικά), βασίστηκε η Ψυχιατρική για να θεραπεύσει την κατάθλιψη, τις προηγούμενες δεκαετίες. Παρόλο που έχουν πλέον εμφανιστεί στην ψυχιατρική, αρκετές επόμενες γενιές φαρμάκων (SSRI, SNRI, ντουλοξετίνη, Remeron - μιρταζαπίνη), η σύγχρονη Ψυχιατρική εξακολουθεί

ακόμα να χρησιμοποιεί (αλλά σαν δεύτερη ή τρίτη επιλογή) φάρμακα αυτής της παλαιάς φαρμακευτικής οικογένειας των τρικυκλικών. Παρόλο που η θεραπευτική αποτελεσματικότητα με τα τρικυκλικά είναι δεδομένη, οι πολλές παρενέργειες περιορίζουν τη χρήση τους και τα οδηγούν στην εφεδρεία της ψυχοφαρμακολογίας, όχι όμως και στην εξαφάνιση. Η Χλωμιπραμίνη ή Κλομιπραμίνη (Anafranil) είναι ιδιαίτερα κατασταλτική και έχει ένδειξη θεραπευτικής αντιμετώπισης εκτός από την κατάθλιψη, στην διαταραχή πανικού, στην ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή και στις φοβικές διαταραχές. Η θεραπεία με τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, πρέπει να ξεκινάει με χαμηλή δοσολογία και στη συνέχεια με προοδευτική αύξηση σε διαιρεμένες δόσεις ή εφάπαξ το βράδυ. Στις ιδεοψυχαναγκαστικές και φοβικές διαταραχές απαιτούνται γενικά μεγαλύτερες δόσεις. (*Stephen M.S., 2008*)

Παρενέργειες από τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά

- § Αποφυγή οδήγησης : Ασθενείς που λαμβάνουν τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά έχουν μεγάλες πιθανότητες να εμπλακούν σε τροχαία ατυχήματα, σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό, λόγω καταστολής και μείωσης της συγκέντρωσης.
- § Σε υψηλές δόσεις μπορούν να εμφανίσουν καρδιακά προβλήματα (**αρρυθμίες, υπόταση**). Προληπτικός έλεγχος με ηλεκτροκαρδιογράφημα τακτικά. Προσοχή (έως αποφυγή) σε ηλικιωμένους.
- § Σε υψηλές δόσεις μπορούν να εμφανιστούν επιληπτικές κρίσεις.
- § Λόγω της γενικευμένης ψυχικής κινητοποίησης που προκαλούν, συνιστάται:

Ταυτόχρονη χορήγηση και ενός ακόμη αγχολυτικού φαρμάκου και στενή επιτήρηση των σοβαρά ασθενών κατά τις πρώτες εβδομάδες έναρξης της θεραπείας, για την αποφυγή τυχόν απόπειρας αυτοκτονίας.

- § Μερικά τρικυκλικά έχουν διεγερτική δράση και πρέπει να λαμβάνονται το πρωί, ενώ κάποια άλλα έχουν κατασταλτική (αμιτρυπτίνη, δοξεπίνη), οπότε η βραδινή λήψη είναι προτιμότερη. Μάλιστα η τραζοδόνη (Trittico) αποτελεί ενδιαφέρουσα εναλλακτική λύση σαν υπνωτικό. (*Stephen M.S., 2008*)
- § Ξηρότητα στόματος, υπνηλία, εφιδρώσεις, μυδρίαση, διαταραχές προσαρμογής, τρόμος, υπομανία, διαταραχές σεξουαλικής λειτουργίας, δυσκολία στην ούρηση ναυτία, έμετοι. (*Stephen M.S., 2008*)
- § Ηωσινοφιλία, θρομβοπενία, εξάνθημα, λευκοπενία, ακοκκιοκυτταραιμία, αιμωδίες των άκρων, σύνδρομο άκαιρης έκκρισης , ίκτερος, παραισθησία, αύξηση ή απώλεια βάρους, διαταραχές του σακχάρου του αίματος. (*Stephen M.S., 2008*)

Αντενδείξεις : Έμφραγμα μυοκαρδίου, κολποκοιλιακός αποκλεισμός, γλαύκωμα κλειστής γωνίας, μανία,, υπερευαισθησία στο συγκεκριμένο φάρμακο. (*Stephen M.S., 2008*)

Αλληλεπιδράσεις : Ενίσχυση της κατασταλτικής δράσης του αλκοόλ και άλλων κατασταλτικών φαρμάκων. Ανταγωνίζεται τα αντιεπιληπτικά, τους αναστολείς των β-υποδοχέων, και την κλονιδίνη. Αντίθετα, ενισχύει τη δράση των αντιυπερτασικών φαρμάκων. Τα αντισυλληπτικά μειώνουν τη δράση τους. (*Stephen M.S., 2008*)

Προσοχή : Σε καρδιοπάθειες ιδιαίτερα αν συνοδεύονται από αρρυθμίες, σε επιληψία, σε κύηση και γαλουχία, σε ηπατική ανεπάρκεια, σε ψυχώσεις (επιτείνουν λ.χ. τη μανία), σε γλαύκωμα και υπερτροφία του προστάτη, σε διαβητικούς, στην αναισθησία (κίνδυνος αρρυθμιών). (*Stephen M.S., 2008*)

§ Βενζοδιαζεπίνες

Οι βενζοδιαζεπίνες έχουν τέσσερις αισθητές επιδράσεις:

1. αγχολυτικές (μειώνουν το άγχος),
2. σπασμολυτικές (σταματούν ή ανακουφίζουν τους σπασμούς),
3. μυοχαλαρωτικές
4. καταπραϋντικές/υπνωτικές (προκαλούν ύπνο). (*Stephen M.S., 2008*)

Χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία πολλών παθήσεων, όπως είναι οι αγχώδεις διαταραχές, οι μυϊκοί σπασμοί, οι αιφνίδιες κρίσεις, η άπννια και η ενσυνείδητη (προχειρουργική) καταστολή. Έχουν όμως παρενέργειες και μπορούν να προκαλέσουν εξάρτηση. Λειτουργούν αρχικά ενισχύοντας την ανασταλτική επίδραση της χημικής ουσίας γ-αμινοβουτυρικού οξέος ή GABA στον εγκέφαλο, που με τη σειρά του αμβλύνει τη δραστηριότητα του εγκεφάλου, ενώ επιδρά έμμεσα σε χημικές ουσίες του εγκεφάλου, όπως η **σεροτονίνη**. (*Stephen M.S., 2008*)

Οι βενζοδιαζεπίνες χωρίζονται σε δύο βασικές κατηγορίες, αυτές με μέσο χρόνο δράσης και αυτές με μακρό χρόνο δράσης. Οι μεν περιλαμβάνουν τη **λοραζεπάμη** και την **τεμαζεπάμη**, οι δε το **χλωροδιαζεποξείδιο** και τη **διαζεπάμη**. Οι ουσίες με μέσο χρόνο δράσης διαρκούν σε γενικές γραμμές 6-8 ώρες και χορηγούνται 3-4 φορές την ημέρα. Η επίδραση τους συχνά ποικίλλει σε ένταση. Οι βενζοδιαζεπίνες με μακρό χρόνο δράσης χορηγούνται συνήθως μία φορά την ημέρα, συχνά τη νύχτα, για να επιφέρουν ύπνο, καθώς έχουν την τάση να παραμένουν περισσότερο στο σώμα. Οι ουσίες με μακρό χρόνο δράσης πιθανόν να χρειάζονται μερικές μέρες για να επιδράσουν στο μέγιστο δυνατόν, καθώς συγκεντρώνονται στο σώμα. Αντίθετα, η επίδραση θα χρειαστεί μερικές μέρες για να εξασθενήσει. (*Stephen M.S., 2008*)

Εκείνες που έχουν μακρό χρόνο δράσης χρησιμοποιούνται πρωταρχικά ως υπνωτικά, ενώ εκείνες με πιο σύντομο χρόνο δράσης χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση του άγχους και τον έλεγχο των κρίσεων. Οι κύριες χρήσεις των βενζοδιαζεπινών είναι:

Αγχολυτική. Σε ένα ιδανικό κλινικά περιβάλλον, αυτές θα χρησιμοποιούνταν μόνο στην περίπτωση που το άγχος είναι τόσο εξουθενωτικό, που παρεμποδίζει τον τρόπο ζωής, τη δουλειά και τις διαπροσωπικές σχέσεις του ασθενή. Στην πραγματικότητα, χορηγούνται αδιάκριτα για μια ολόκληρη ομάδα παθήσεων «που έχουν σχέση με το στρες», σε πολλές από αυτές αδικαιολόγητα, όπως το πένθος, καθώς τώρα θεωρείται ότι η ψυχολογική προσαρμογή στο θάνατο παρεμποδίζεται από τη χρήση αυτών των ουσιών, και ο ασθενής είναι ιδιαίτερα ευάλωτος στο να αναπτύξει εξάρτηση. Οι βενζοδιαζεπίνες μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την ανακούφιση του «φυσιολογικού άγχους», του άγχους που νιώθει κάποιος από την πίεση των προβλημάτων της ζωής, ή όταν όλα τού φαίνεται ότι πηγαίνουν στραβά. Σε αυτές τις περιπτώσεις, η ουσία χορηγείται, αν το στρες είναι εμφανές και ο βαθμός άγχους φαίνεται να είναι ανάλογος του στρες. (*Stephen M.S., 2008*). Οι βενζοδιαζεπίνες μπορούν να συνδυαστούν με άλλα φάρμακα και να χρησιμοποιηθούν για τη θεραπεία πολλών σωματικών παθήσεων, στις οποίες το άγχος και τα συναισθήματα παίζουν σημαντικό ρόλο. Οι βενζοδιαζεπίνες που χρησιμοποιούνται για τη «βραχυπρόθεσμη» ανακούφιση έντονου άγχους περιλαμβάνουν τη διαζεπάμη, της οποίας η επίδραση μπορεί να διαρκέσει για αρκετά μεγάλη χρονική περίοδο. Βενζοδιαζεπίνες με μικρότερη χρονική διάρκεια, όπως η λοραζεπάμη, και με χορήγηση είτε από το στόμα είτε ενέσιμα, χρησιμοποιούνται κυρίως σε οξείες ψυχιατρικές

καταστάσεις, όπου απαιτείται πολύ γρήγορη νάρκωση. Η λοραζεπάμη χορηγείται επίσης για την αντιμετώπιση διαταραχών πανικού. (*Stephen M.S., 2008*)

Υπνωτική. Τα υπνωτικά χορηγούνται σε περιπτώσεις βραχυπρόθεσμης, παροδικής αϋπνίας και το πιο συνηθισμένο είναι η νιτραζεπάμη. Επειδή η επίδραση διαρκεί πολύ, μπορεί να χρειάζονται χρόνο για να αποβληθούν από το σώμα, προκαλώντας συχνά πονοκέφαλο στο χρήστη το πρωί. (*Stephen M.S., 2008*)

Άλλες χρήσεις. Πολλές από τις βενζοδιαζεπίνες χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία άλλων παθήσεων. Η διαζεπάμη χρησιμοποιείται για τη χαλάρωση των μυών ή την ανακούφιση των μυϊκών σπασμών. Η κλωροδιαζεποξείδη, η κλοραζεπάτη, η διαζεπάμη και η οξαζεπάμη χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων στέρησης του αλκοόλ. Η κλοβαζάμη, η κλοναζεπάμη, η κλοραζεπάτη, η διαζεπάμη και η λοραζεπάμη χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία συγκεκριμένων σπασμωδικών διαταραχών, όπως είναι η επιληψία. (*Stephen M.S., 2008*)

5.2.2 Κίνδυνοι συνεχόμενης χρήσης αγχολυτικών φαρμακευτικών σκευασμάτων

Μια συνηθισμένη επίδραση είναι η αίσθηση κόπωσης και υπνηλίας κυρίως μέσα στις πρώτες ώρες μετά από μεγάλες δόσεις. Η υπνηλία που προκαλείται από τις βενζοδιαζεπίνες συνεπάγεται ότι η οδήγηση, ο χειρισμός επικίνδυνων μηχανημάτων και παρόμοιες δραστηριότητες πρέπει να αποφεύγονται. Έχουν καταγραφεί πολλές βραχυπρόθεσμες βλάβες, όσον αφορά λεπτές κινήσεις, στη χειρωνακτική επιδεξιότητα, σε διανοητικές δραστηριότητες και στη μνήμη. Σε άτομα με άγχος, ωστόσο, η ψυχολογική βλάβη είναι πιο δύσκολο να ανιχνευτεί, καθώς το ίδιο το άγχος μειώνει την απόδοση. (*Stephen M.S., 2008*)

Περιστασιακά οι βενζοδιαζεπίνες προκαλούν παράδοξη, διεγερτική επίδραση, όπως αυξημένη επιθετικότητα και εχθρότητα, παραβατική συμπεριφορά, όπως κλοπές από καταστήματα, σεξουαλικές απρέπειες ή παραπτώματα, όπως παρενόχληση και επίδειξη, και ακραίες συναισθηματικές συμπεριφορές, όπως γοερό κλάμα ή χαχάνισμα. Οι αντιδράσεις αυτές παρατηρούνται κυρίως σε ασθενείς που είναι αγχώδεις από την αρχή και εμφανίζονται κυρίως κατά τη διάρκεια των πρώτων εβδομάδων της αγωγής ή μετά την αύξηση της δοσολογίας. Οι αντιδράσεις αυτές συνήθως υποχωρούν από μόνες τους ή μετά τη μείωση της δοσολογίας. Ωστόσο, κάποια άτομα δεν συνδέουν αυτά τα αισθήματα με τη λήψη του φαρμάκου, γεγονός που προκαλεί μια ακόμα πιο συγκεχυμένη κατάσταση. (*Stephen M.S., 2008*)

Οι βενζοδιαζεπίνες μπορούν να επηρεάσουν την αναπνοή όσων έχουν ήδη αναπνευστικά προβλήματα, όπως βρογχίτιδα ή εμφύσημα. Άλλες πιθανές παρενέργειες είναι υπερβολική αύξηση βάρους, εξανθήματα, εξασθένηση της σεξουαλικής λειτουργίας, εμμηνορροϊκές ανωμαλίες, σπάνια ανωμαλίες στο αίμα. Οι περισσότερες παρενέργειες υποχωρούν με το πέρασμα του χρόνου. Ωστόσο μερικές βλάβες, κυρίως όσες αφορούν τη μνήμη, μπορεί να συνεχιστούν, αν και το άτομο μπορεί να μάθει να ζει έτσι, καταφεύγοντας π.χ. στην τήρηση των σημειώσεων, ώστε να διευκολύνει τη μνήμη του. (*Stephen M.S., 2008*)

Υπερβολική δόση

Η λήψη υπερβολικής δόσης βενζοδιαζεπινών συμβαίνει συχνά, αλλά σπάνια επέρχεται εξαιτίας της ο θάνατος. Μόνο τα παιδιά και οι αδύναμοι οργανισμοί, ειδικά όσοι έχουν

αναπνευστικά προβλήματα, κινδυνεύουν από τις βενζοδιαζεπίνες. Εκείνοι που έχουν πάρει υπερβολική δόση νιώθουν υπνηλία και πέφτουν σε βαθύ ύπνο. Ωστόσο, μπορούν να συνέλθουν και να ξυπνήσουν μετά από 24 ως 28 ώρες. Πολύ λίγες μελέτες έχουν ερευνήσει το αν οι βενζοδιαζεπίνες εξακολουθούν να μειώνουν το άγχος μετά από μακρόχρονη χρήση. Αν και τα άτομα ισχυρίζονται ότι συνεχίζουν να νιώθουν λιγότερο άγχος, η συνεχιζόμενη χρήση των βενζοδιαζεπινών μπορεί απλά και μόνο να εμποδίζει την εμφάνιση των συμπτωμάτων στέρησης. Υπάρχει αυξανόμενη αμφιβολία για τη μακροχρόνια αποτελεσματικότητα των ηρεμιστικών βενζοδιαζεπινών. Είναι σίγουρο ότι όταν χρησιμοποιούνται για να διευκολύνουν τον ύπνο, οι βενζοδιαζεπίνες χάνουν την επίδραση τους μέσα σε λίγες εβδομάδες. Οι βενζοδιαζεπίνες πρέπει να αποφεύγονται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, όταν αυτό είναι δυνατό, καθώς μπορεί να κινδυνεύσει το έμβρυο, π.χ. από υπερωιοσχιστία και άλλες δυσμορφίες του προσώπου. Οι ουσίες αυτές περνούν επίσης στο αίμα του εμβρύου και μπορεί να καταστείλουν την αναπνοή του νεογέννητου. Τα φάρμακα αυτά μπορεί να περάσουν επίσης στο γάλα της μητέρας, με πιθανή συνέπεια το μωρό να νιώθει υπνηλία και να μην τρέφεται καλά. (*Stephen M.S., 2008*)

Εξάρτηση

Με τη διακοπή της χρήσης, το 15-35% των μακροχρόνιων χρηστών (πάνω από 6 μήνες) θα έχουν χαρακτηριστικό στερητικό σύνδρομο. Μετά από απότομη διακοπή, και ειδικά δόσεων στο ανώτερο όριο της θεραπευτικής κλίμακας, μπορεί να προκληθεί σοβαρή ασθένεια με οξείες καταστάσεις παράνοιας και σύγχυσης, ακόμα και επιληπτικές κρίσεις που πιθανόν να θέσουν σε κίνδυνο τη ζωή του ατόμου. Στην πιο ήπια και συνηθισμένη του μορφή, αυτό μπορεί να αντιπροσωπεύει το λεγόμενο «σύνδρομο ανάδρασης». Για 1-2 ημέρες ή και περισσότερο, το άτομο νιώθει νευρικό και αγχώδες, με κακό ύπνο, που διακόπτεται από εφιάλτες. (*Stephen M.S., 2008*)

Οι κρίσεις πανικού είναι συνηθισμένες. Αυτό συμβαίνει γιατί τα επίπεδα αδρεναλίνης στο σώμα έχουν αλλάξει από τη χρόνια χρήση των βενζοδιαζεπινών. Συνήθως η αδρεναλίνη εκκρίνεται ως ανταπόκριση στον κίνδυνο. Εάν διαταραχθεί η ισορροπία, η αδρεναλίνη εκκρίνεται, όταν αυτό δεν είναι αναγκαίο κι έτσι έχουμε κρίσεις πανικού. Μετά τη διακοπή της βενζοδιαζεπίνης, ακόμα και μετά από προσεκτική και σταδιακή μείωση της δόσης, μπορεί να καθυστερήσει να φανεί η επίδραση της στέρησης. Η καθυστέρηση αυτή αποδίδεται στο ρυθμό με τον οποίο αποβάλλεται το ναρκωτικό από το σώμα. Οι βενζοδιαζεπίνες είναι **λιποδιαλυτές** και γι' αυτό κατακρατούνται στο λιπώδη ιστό για μεγάλα χρονικά διαστήματα. (*Stephen M.S., 2008*)

Αντίστοιχα, μετά τη λήψη μιας ουσίας με σύντομο χρόνο δράσης, το σύνδρομο στέρησης μπορεί να εμφανιστεί την επόμενη νύχτα με πολύ ακατάστατο ύπνο, ενώ μετά τη λοραζεπάμη, μια ουσία με μέτριο χρόνο δράσης, η στέρηση εμφανίζεται μέσα σε 48-72 ώρες. Μετά τη διακοπή της διαζεπάμης ή μιας βενζοδιαζεπάμης με μακρό χρόνο δράσης, η στέρηση μπορεί να καθυστερήσει μέχρι και 10 μέρες. Η διάρκεια της αγωγής επίσης καθορίζει σε μεγάλο βαθμό την έκταση και πιθανόν τη σοβαρότητα της στέρησης. Η δοσολογία είναι επίσης ένας σημαντικός παράγοντας. Είναι πολύ πιο πιθανό να έχουν στερητικά συμπτώματα όσοι παίρνουν μεγάλες δόσεις παρά όσοι διατηρούν μια μέση κλινικά δοσολογία. (*Stephen M.S., 2008*)

***Κεφάλαιο 6: Νοσηλευτική Φροντίδα ατόμου με διάγνωση
άγχους***

6.1 Εισαγωγή

Το άγχος έχει διατυπωθεί με πολλούς τρόπους ,αποτελεί μια επώδυνη συναισθηματική εμπειρία του εσωτερικού κόσμου του ατόμου, προκαλώντας δυσφορία ,δίχως πολλές φορές κάποιο ειδικό αντικείμενο , απροσδιόριστη προέλευσης , όπου στο τέλος προκαλεί το αίσθημα του κινδύνου. Για αυτό το λόγο , ο νοσηλευτής είναι απαραίτητο να κατανοεί τη φύση του άγχους , την αιτία που προκλήθηκε , πως επιδρά στον άνθρωπο και ποιες είναι οι συνέπειες για τη νοσηλευτική. Ωστόσο, το άγχος έχει ως χαρακτηριστικό του γνώρισμα την έννοια της απειλής είτε αντικειμενικής είτε υποκειμενικής πραγματικής ή φανταστικής. Οι απειλές έχουν σχέση είτε με τη σωματική ακεραιότητα του ατόμου , π.χ φόβος του πόνου , αναπηρία ή διάγνωση ανίατης ασθένειας, είτε με το γνώρισμα της αυτοεκτίμησης , π.χ απειλές ως προς τα άτομο για το αν είναι ικανό να διατηρήσει την εικόνα, τις αξίες που συνδέονται με την ύπαρξη του μέσα στις οποίες συγκαταλέγονται η εκδήλωση αναγκών για προβολή και κοινωνική άνοδο. Τέλος οι απειλές του άγχους έχουν σχέση και με την προσωπικότητα του ατόμου , την προσωπική του ύπαρξη , τις διαπροσωπικές του σχέσεις και την έκφραση ελευθερίας, τη βούληση των αποφάσεων καθώς και την απειλή του θανάτου και το νόημα της ζωής αντίστοιχα. (*Ραγιά Α et al., 2005*)

6.1.1 Εκδηλώσεις άγχους

Η εκδήλωση του άγχους περιγράφεται με επιθετικότητα , φυγή ή παραμονή/ακίνητοποίηση. Η σωματοποίηση είναι εκείνη , η οποία μετατρέπει την ενέργεια του άγχους στην εμφάνιση σωματικών συμπτωμάτων , όπως γαστρεντερικές διαταραχές, ημικρανίες, έλκη , απώλεια ύπνου και εμφάνιση συμπτωμάτων της καταθλιπτικής διαταραχής. Όμως σε κάποια άλλα άτομα που το άγχος δε τους παρουσιάζει σωματικές εκδηλώσεις , διοχετεύουν την ενέργεια του άγχους σε οικοδομικές μορφές συμπεριφοράς , όμως η κατάλληλη εκπαίδευση νέων μεθόδων , η σωματική δραστηριότητα και άθληση και άλλου τέτοιου είδους δημιουργικές ενασχολήσεις είναι που βοηθούν στη λύση των προβλημάτων και συνεπώς στη μείωση του άγχους. (*Ραγιά Α et al., 2005*)

6.1.2 Επίπεδα άγχους

Σύμφωνα με τη Perlan, έχουν περιγραφεί 4 επίπεδα άγχους με διαφορετική επίδραση στην αντίληψη, τη μάθηση και τη συμπεριφορά. Ο ρόλος , ωστόσο, του επαγγελματία υγείας είναι να διαθέτει την δυνατότητα να αναγνωρίζει τα συμπτώματα σε κάθε επίπεδο του άγχους επιλέγοντας στη συνέχεια τις κατάλληλες νοσηλευτικές παρεμβάσεις . Τα επίπεδα άγχους είναι :

- § Ελαφρό άγχος, το οποίο εκφράζει το καθημερινό άγχος, το φυσιολογικό που είναι απαραίτητο για να επιβιώσει το άτομο προκειμένου να αυξηθούν οι προθέσεις και τα κίνητρα του με σκοπό τη επιδίωξη περισσότερων στόχων και επιτυχία αυτών . (*Ραγιά Α et al., 2005*)
- § Μέτριο άγχος, κατά το οποίο φαίνεται να ξεπερνά τα όρια του φυσιολογικού άγχους , με αποτέλεσμα να έχει μειωθεί η ικανότητα πνευματικής αντίληψης και σκέψης, το άτομο να μη βρίσκεται σε θέση να επιλύσει βασικά προβλήματα και τελικά η επίτευξη του στόχου να πραγματοποιηθεί με αργούς ρυθμούς. (*Ραγιά Α et al., 2005*)
- § Έντονο άγχος, που σημαίνει οξύ άγχος, κατά το οποίο το άτομο δε μπορεί να λειτουργήσει πια αποτελεσματικά μέσω πνευματικής αντίληψης , απομονώνεται καθώς δυσκολεύεται να βρει τρόπο για την λύση του ζητήματος που τον αγχώνει με

αποτέλεσμα να χρησιμοποιεί μηχανισμούς άμυνας αλλά είναι δύσκολο να εκπληρώσει το επιθυμητό του έργο. (*Ραγιά Α et al., 2005*)

§ Πανικός, φέρει ένα έντονο διεισδυτικό άγχος, το οποίο προκαλεί μέγιστη ανικανότητα αντιμετώπισης σε οποιοδήποτε πρόβλημα αν προκύψει ή ήδη υπάρχον καθώς κυριαρχεί και η αδυναμία λήψης αποφάσεων προκαλώντας με αυτόν τον τρόπο το αίσθημα του τρόμου, της συναισθηματικής παράλυσης και την εμφάνιση ακόμα παραληρητικών ιδεών και ψευδαισθήσεων. Το άτομο είναι λογικό να αντιδρά με διάφορους τρόπους προκειμένου να αντιμετωπίσει το άγχος , είτε υγιείς είτε παθολογικούς. (*Ραγιά Α et al., 2005*)

Υγιής συμπεριφορά καλείται όταν το άτομο είναι σε θέση να επιλύσει από μόνος του το πρόβλημα , να αναγνωρίζει αν κάτι πηγαίνει σωστά ή όχι στον εαυτό του , να αντιλαμβάνεται ότι βρίσκεται σε άγχος και είναι ικανός να αντιμετωπίσει την κατάσταση άμεσα και αποτελεσματικά ή να την αποφύγει ή να συμβιβαστεί με αυτή. (*Ραγιά Α et al., 2005*)

Από την άλλη πλευρά, παθολογική είναι η συμπεριφορά στην οποία το άτομο αποσύρεται σωματικά ή ψυχολογικά και συνοδεύεται από θυμό και τάσεις επιθετικότητας που έρχονται σε σύγκρουση με τα δικαιώματα και τις ανάγκες άλλων με αποτέλεσμα να τον κυριαρχούν τα αισθήματα ενοχής στο τέλος .Λόγω αδυναμίας του ατόμου να αντιμετωπίσει το πρόβλημα που του προκαλεί άγχος συχνά φαίνεται να οδηγείται σε συμβιβασμό , αλλάζοντας όμως συμπεριφορά και άποψη προκειμένου να ελαττωθεί το άγχος. (*Ραγιά Α et al., 2005*)

ΚΛΙΜΑΚΑ ΑΓΧΟΥΣ HAMILTON

Η κλίμακα κατάθλιψης του Hamilton είναι η ευρύτερα χρησιμοποιούμενη κλίμακα μέτρησης της βαρύτητας της κατάθλιψης παγκοσμίως. Από την αρχή της δημοσιότητάς της, το 1960 πολλές άλλες εκδοχές και μορφές χορήγησης της κλίμακας έχουν δημοσιευθεί και χρησιμοποιούνται , αν και οι ερευνητές σπανίως διευκρινίζουν ποια εκδοχή ακριβώς χρησιμοποιούν.

Η συμπλήρωση του τεστ γίνεται από τον ίδιο τον Ιατρό κατά τη διάρκεια της συνέντευξης σε συνάρτηση με τη κλινική εκτίμηση του ασθενούς, που πραγματοποιείται ταυτόχρονα. Η συμπλήρωση της κλίμακας παρουσιάζει αρκετές δυσκολίες και απαιτεί ιδιαίτερη κλινική εξάσκηση. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα η αξιοπιστία της κλίμακας να εξαρτάται ιδιαίτερα από αυτόν που βαθμολογεί, ενώ η χρήση της κλίμακας από άπειρους κλινικούς είναι πιθανό να οδηγήσει σε λανθασμένες διαγνώσεις. Η κλίμακα Hamilton δεν αποτελεί διαγνωστικό εργαλείο αλλά εργαλείο εκτίμησης της βαρύτητας της νόσου.

Για κάθε ερώτηση, επιλέγεται από τον κλινικό ο αριθμός εκείνος που αντιπροσωπεύει καλύτερα τον ασθενή κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας και στη συνέχεια κλικάρεται το νούμερο αυτό στο κουτί βαθμολόγησης που βρίσκεται αριστερά κάθε ερώτησης και ακολούθως καταγράφεται το score και το αντίστοιχο αποτέλεσμα. (*Π.Π Φερεντίνος, et al., 2003*)

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΗΠΙΑ	ΜΕΤΡΙΑ	ΣΟΒΑΡΑ	ΠΟΛΥ ΣΟΒΑΡΑ
1. Αγχώδης Διάθεση: ανησυχίες, εγρήγορση, ευερεθιστότητα	0	1	2	3	4
2. Ένταση: Αίσθημα έντασης, εύκολη κόπωση, αδυναμία χαλάρωσης, τρομαγμένες αντιδράσεις, εύκολο κλάμα, τρόμος, αίσθημα ανησυχίας	0	1	2	3	4
3. Φοβίες: Σκοτάδι, ξένους, μεγάλα ζώα, όνειρα, πλήθος, κίνηση στους δρόμους, να μείνει μόνος	0	1	2	3	4
4. Αϋπνία: Δυσκολία έλευσης ύπνου, διακεκομμένος ύπνος, εφιάλτες, νυχτερινοί τρόμοι	0	1	2	3	4
5. Γνωσιακά: Δυσκολία συγκέντρωσης, φτωχή μνήμη	0	1	2	3	4
6. Καταθλιπτική Διάθεση: Απώλεια ενδιαφερόντων, έλλειψη ικανοποίησης από τα χόμπυ, κατάθλιψη, πολύ πρωινή αφύπνιση, διακύμανση διάθεσης κατά τη διάρκεια της ημέρας	0	1	2	3	4
7. Γενικά σωματικά συμπτώματα (μυϊκό σύστημα): Μυϊκοί πόνοι, πιασίματα, δυσκαμψία, μυοσπασμοί, αστάθεια φωνής, τρίξιμο δοντιών	0	1	2	3	4
8. Γενικά σωματικά συμπτώματα (αισθητηριακό): Εμβοή, ψυχρές ή θερμές εξάψεις, αίσθημα αδυναμίας, μουδιάσματα	0	1	2	3	4
9. Καρδιαγγειακά συμπτώματα: Ταχυκαρδία, αίσθημα προκάρδιων παλμών, θωρακικό άλγος, παλλόμενη σφίξη αγγείων, αίσθημα λιποθυμίας, αρρυθμία	0	1	2	3	4
10. Αναπνευστικά προβλήματα: Αίσθημα πίεσης ή σύσφιξη στο θώρακα, αίσθημα πνιγμού, ανασταγμού, δύσπνοια	0	1	2	3	4
11. Γαστρεντερικά συμπτώματα: Δυσκαταποσία, ερωγές, δυσπεψία, πόνοι πριν και μετά το γεύμα, αίσθημα καύσου, αίσθημα πληρότητας, ναυτία, έμετος, αίσθημα βύθισης, κινητικότητα των σπλάχνων, χαλάρωση κύστης, απώλεια βάρους, δυσκοιλιότητα	0	1	2	3	4
12. Ουρογεννητικά συμπτώματα: Συχνουρία, αμηνόρροια, μηνόρροια, ψυχρότητα, πρόωρη εκσπερμάτωση, απώλεια της γενετησίας ορμής, ανικανότητα	0	1	2	3	4
13. Συμπτώματα από το Α.Ν.Σ: Ξηρότητα στόματος, εξάψεις, ωχρότητα, τάση για εφίδρωση, κεφαλαργία, ανόρθωση τριχών	0	1	2	3	4
14. Συμπεριφορά κατά τη συνέντευξη: Ένταση, αδυναμία χαλάρωσης, ανήσυχη κίνηση χεριών, σφίξιμο χεριών, τραβήγμα δακτύλων, βηματισμοί, τρόμος χεριών, εφίδρωση σε ένταση, αυξημένος μυϊκός	0	1	2	3	4

Εικόνα 1

6.2 Νοσηλευτική Διεργασία

Η νοσηλευτική διεργασία θεσπίζει τα κατάλληλα όρια ως προς το επιστημονικό αντικείμενο του Επαγγελματία Ψυχικής Υγείας και αποτελεί επιστημονική μέθοδο για την προσφορά της νοσηλευτικής φροντίδας.

Σύμφωνα με το διάγραμμα της νοσηλευτικής διεργασίας ακολουθούνται κάποια βήματα , τα οποία καταγράφονται στην παρακολούθηση του ασθενούς και είναι τα εξής:

1. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

Έχει σχέση με την αξιολόγηση της κατάστασης των ατόμων , οι οποίοι πάσχουν από ψυχική νόσο και στοχεύει στη δημιουργία μιας βάσης από στοιχεία όσον αφορά το άτομο , την οικογένεια ή την κοινότητα (κοινωνικό περιβάλλον και εργασιακό περιβάλλον).

Η μέθοδος που ακολουθείται για την καλύτερη εκτίμηση της αξιολόγησης περιλαμβάνει:

§ Την παρατήρηση της συμπεριφοράς των συναισθημάτων , των γνωστικών αντικειμένων , των διαπροσωπικών σχέσεων και της φυσιολογική λειτουργικότητας του ατόμου.

§ Τη καταγραφή του τρόπου με τον οποίον το άτομο που νοσεί αλλά και το οικογενειακό του περιβάλλον αντιλαμβάνεται το παρόν ψυχιατρικό πρόβλημα , πραγματοποιείται καταγραφή ατομικού και οικογενειακού ιστορικού και των θρησκευτικών πεποιθήσεων, των πολιτισμικών του παρεμβάσεων καθώς τη δύναμη και την ικανότητα του ατόμου.

§ Την εξέταση των ψυχικών λειτουργιών , με βάση την οποία γίνεται συγκέντρωση των πληροφοριών όσον αφορά την εξωτερική εμφάνιση, τη ψυχοκινητική δραστηριότητα , την άρθρωση του λόγου και της εκφραστικότητας , τη συναισθηματική του κατάσταση αλλά και το γνωστικό του επίπεδο.

Τη σωματική εξέταση. (Hogan M., 2008)

2. ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Όσον αφορά το πλαίσιο της διάγνωσης , πραγματοποιείται ο καθορισμός των αιτιολογικών παραγόντων της εισόδου του στη νοσοκομειακή μονάδα και στη συνέχεια προσδιορίζονται οι κατάλληλες νοσηλευτικές πράξεις . (Hogan M., 2008)

3. ΑΝΑΜΕΝΟΜΕΝΕΣ ΕΚΒΑΣΕΙΣ

Γίνεται ο προσδιορισμός με τον οποίον επρόκειτο να γίνει η αξιολόγηση των επιθυμητών θεραπευτικών αποτελεσμάτων αφού πραγματοποιηθούν.

Οι αναμενόμενες εκβάσεις έχουν σχέση με τον τρόπο με τον οποίον ο Νοσηλευτής Ψυχικής Υγείας θα αξιολογήσει το άτομο και το οικογενειακό του περιβάλλον ύστερα από την τακτική παρακολούθηση της συμπεριφοράς του καθώς θα πρέπει να αξιολογήσει και το βαθμό που αντιστοιχεί στην πρόοδο της αποτελεσματικότητας από τους αρμόδιους θεραπευτικούς στόχους που του είχαν ανατεθεί. (Hogan M., 2008)

4. ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ

Περιλαμβάνει την κατάλληλη στρατηγική επιδιώκοντας την επίτευξη των στόχων που έχουν προγραμματιστεί για τη φροντίδα του αρρώστου.

Αρχικά, είναι απαραίτητη η εξασφάλιση της σωματικής ακεραιότητας του ατόμου και του περιβάλλοντος που περιστρέφεται και των σωματικών του αναγκών που περιλαμβάνουν την αξιολόγηση του ατόμου ως προς την κριτική ικανότητα, τον κίνδυνο αυτοτραυματισμού, την εμφάνιση βίαιης συμπεριφοράς ή του αυτοκτονικού ιδεασμού. Στη συνέχεια γίνεται η σχετική αναφορά ως προς το βαθμό επικινδυνότητας και οι στόχοι που έχουν προγραμματιστεί γίνονται κάτω από συμφωνία με τον θεραπευόμενο. (*Hogan M., 2008*)

5. ΕΦΑΡΜΟΓΗ

Πλαισιώνει την έναρξη και την ολοκλήρωση των προγραμματισμένων παρεμβάσεων που στοχεύουν στην αποτελεσματική προσέγγιση των απαιτούμενων θεραπευτικών ενεργειών. Ο νοσηλευτής Ψυχικής Υγείας καλείται να δώσει ιδιαίτερη προσοχή στη κοινωνικοποίηση, στην εκπαίδευση και τη συμβουλευτική καθώς και στη νέα δημιουργία ενός περιβάλλοντος με πρότυπα και ηθικές συμπεριφορές που με αυτό τον τρόπο ο ασθενής θα μάθει να σέβεται και να λειτουργεί αποτελεσματικά σκοπεύοντας στην ομαλή αποκατάστασή του και συνεπώς στη ψυχική του ισορροπία. (*Hogan M., 2008*)

6. ΕΠΑΝΕΞΕΤΑΣΗ – ΕΠΑΝΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

Στο στάδιο αυτό , που αποτελεί και το τελευταίο κατά τη νοσηλευτικής διεργασία, πραγματοποιείται ο υπολογισμός του βαθμού όσον αφορά την αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών μέσων που έχουν ανατεθεί στον θεραπευόμενο.

Είναι και το σημαντικότερο στάδιο , αφού μέσα από αυτό αποδεικνύεται αν επιτευχθήκαν οι στόχοι που είχαν τεθεί ή αν πρέπει να δημιουργηθεί μια νέα διεργασία με άλλες παρεμβάσεις από τον υπεύθυνο ψυχικής υγείας.

Το τελικό στάδιο της νοσηλευτικής διεργασίας περιλαμβάνει μια συνοπτική αξιολόγηση και φέρει μέγεθος περίληψης εξιτηρίου. (*Hogan M., 2008*)

6.2.1 Νοσηλευτική Εκτίμηση

Όταν το άγχος βρίσκεται στα επίπεδα του μετρίου και έντονου άγχους ή ακόμη και πανικού , τότε προοδευτικά το άτομο αρχίζει να τον κατακλύζει το αίσθημα της δυσφορίας. Αυτή η δυσφορία οδηγεί το άτομο στο να έρχεται σε επαφή με κάποιον ειδικό , όπως είναι ο ιατρός ή ο νοσηλευτής προκειμένου να ελαττωθεί η δυσφορία. Το άτομο που είναι αγχωμένο δε μπορεί πολλές φορές να διαχειριστεί τη κατάσταση, αναζητώντας βοήθεια ανακούφισης σε κέντρα υγείας, στα τμήματα επειγόντων περιστατικών , σε εξωτερικά ιατρεία , σε θαλάμους γενικού νοσοκομείου ή ακόμα και σε κλινικές ψυχική υγείας. Ωστόσο, το άγχος προκαλεί σωματικές και ψυχικές επιδράσεις στην υγεία του ατόμου και γενικότερα στη λειτουργικότητά του , έτσι κατά τη νοσηλευτική εκτίμηση εξετάζονται υποκειμενικά και αντικειμενικά δεδομένα , τα οποία αναφέρονται παρακάτω:

§ Το επίπεδο του άγχους που φέρει ο άρρωστος.

§ Προσαρμοστικές ή δυσπροσαρμοστικές αντιδράσεις συμπεριφοράς απέναντι το άγχος.

- § Στρεσογόνες ή απειλητικές καταστάσεις (σύστημα αξιών και πεποιθήσεων, αυτοεκτίμηση, προσωπικότητα, προσωπική ασφάλεια, διαπροσωπικές σχέσεις, υποστηρικτικό δίκτυο, ολοκλήρωση προσδοκιών και ευθυνών).
- § Διαπροσωπικό περιβάλλον που περιβάλλει το άτομο- Ικανότητα περιβάλλοντος να βοηθήσει στη διαχείριση του άγχους.
- § Μεταπτώσεις στη σωματική του κατάσταση και συμπεριφορά.
- § Εύρεση επιπέδου άγχους – Αναγνώριση σωματικών και ψυχολογικών σημείων και συμπτωμάτων .
- § Συνήθειες που λάμβανε ο άρρωστος στο παρελθόν για τη διαχείριση του τότε άγχους που είχε καλεστεί να αντιμετωπίσει .
- § Πιθανότητα υπάρχουσας πηγής βοήθειας και οι ικανότητες του ατόμου για να αντιμετωπίσει το άγχος. (*Ραγιά Α et al, 2005*)

Είναι πολύ βασικό να ληφθεί σωστό ιστορικό , εκμαιεύοντας τις κατάλληλες πληροφορίες μέσω της συζήτησης του επαγγελματία υγεία και του αρρώστου, οι οποίες έχουν σχέση με το αν το άτομο έχει εκφράσει το άγχος του στο κοντινό περίγυρό του, αν έχει ζητήσει υποστήριξη , αν έχει προδιάθεση εκτόνωσης του άγχους και αν έχει σκεφτεί με ποιους τρόπους θα επιλύσει το πρόβλημα του. Ακόμα, ερωτάται να απαντήσει αν κάνει λογικές και θετικές σκέψεις, αν έχει κοινωνική ζωή , αν συμμετέχει σε δραστηριότητες καθώς και να διαθέτει χρόνο χαλάρωσης και ηρεμίας και τέλος αν οι στόχοι του βασίζονται στην πραγματικότητα και είναι εφικτοί να πραγματοποιηθούν. (*Ραγιά Α et al, 2005*)

6.2.2 Νοσηλευτική Διάγνωση

Η νοσηλευτική διάγνωση χαρακτηρίζει το σαφή προσδιορισμό των δυνατοτήτων και των προβλημάτων του ασθενούς, όπου στη προκειμένη φάση τα κύρια προβλήματα είναι:

- § Το έντονο άγχος, το οποίο είναι η κύρια διάγνωση, που προκαλεί συναισθηματική δυσφορία και αδυναμία λειτουργικότητας και μη ικανότητα αντιμετώπισης του άγχους. Το άγχος πιθανότατα να συσχετίζεται με κάποια σωματική, ψυχολογική ή και κοινωνική απειλή , το οποίο δε μπορεί να επιλυθεί με τους μηχανισμούς άμυνας λόγω απελπισίας , αδυναμίας και χαμηλής αυτοεκτίμησης .
- § Μη αποτελεσματική αντιμετώπιση προσωπικών προβλημάτων του.
- § Κοινωνική απομόνωση.
- § Συναισθηματική διαταραχή ύστερα από ψυχοτραυματικό γεγονός.
- § Άγχος που σχετίζεται με μειωμένη γνώση προεγχειρητικών και μετεγχειρητικών ενεργειών και ψυχοσωματικών μεταβολών που ίσως εμφανιστούν. (*Ραγιά Α et al, 2005*)

Το άτομο ,ωστόσο, παρουσιάζει αντίστοιχα υποκειμενικά-αντικειμενικά γνωρίσματα.

ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΙΚΑ ΓΝΩΡΙΣΜΑΤΑ

- § Ο άρρωστος εκφράζει αυξημένη μυϊκή τάση, μούδιασμα στα χέρια και πόδια, επίπονο αίσθημα φόβου και επικείμενης καταστροφής , ανικανότητα προέλευσης ψυχικής δυσφορίας , δυσκολία να κοιμηθεί και να συγκεντρωθεί να εργαστεί , αποξένωση από πρόσωπα και σύνηθες καταστάσεις , εκλεκτική απροσεξία σε απειλητικά γεγονότα και προκαταλήψεις με στόχο την επισήμανση των λεπτομερειών. (*Ραγιά Α et al, 2005*)

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΑ ΓΝΩΡΙΣΜΑΤΑ

Ο άρρωστος εκδηλώνει ψυχοκινητική δραστηριότητα σε μεγάλο βαθμό , αφηρημάδα, ανήσυχο-ξαφνιασμένο-ερευνητικό ύφος , ταχύπνοια-ταχυκαρδία, διακεκομμένος ύπνος, αυξημένα αντανακλαστικά , ιδρωμένες παλάμες. Επίσης, φανερώνει ενδείξεις παλινδρομικής συμπεριφοράς(κλάμα, δάγκωμα νυχιών), ξαφνική άνοδος φωνής-γρήγορη και δυσνόητη ομιλία, μειωμένες γνωσιακές δεξιότητες , δυσπροσαρμοστική χρήση αμυντικών μηχανισμών (προβολή, άρνηση, μετάθεση) αλλά και συμπεριφορές αποφυγής.(*Ραγιά Α et al, 2005*)

6.2.3 Νοσηλευτική Παρέμβαση

Η νοσηλευτική παρέμβαση χαρακτηρίζει το σχεδιασμό του νοσηλευτή, δηλαδή το ρόλο που έχει προκειμένου να καθορίσει τις προτεραιότητες του ατόμου, να καταγράψει τους σκοπούς και τις αναμενόμενες εκβάσεις του ασθενούς , να αναπτύξει στρατηγική εκτίμηση των αποτελεσμάτων ,να επιλέξει τις κατάλληλες νοσηλευτικές παρεμβάσεις και τέλος να εκτελέσει το σχέδιο φροντίδας, το οποίο περιλαμβάνει:

- § Αναγνώριση τρόπων ανακούφισης συμπεριφοράς ως προς το άγχος, προκειμένου να προληφθεί η κλιμάκωση των συμπτωμάτων και να διατηρηθεί ο έλεγχος ακόμα και με την παρουσία του άγχους.
- § Παρατηρητικότητα του οικογενειακού περιβάλλοντος σε περίπτωση που η ίδια οικογένεια προκαλεί το άγχος και αποτρέπει το άτομο να έχει συμπεριφορές φυγής δείχνοντας με αυτόν τον τρόπο ότι το στρες ξεπερνά τα όρια που διαθέτει ο άρρωστος.
- § Ήρεμη προσέγγιση του αρρώστου – Βοήθεια στην περιγραφή του τι αισθάνεται , αφού με αυτό τον τρόπο θα αναγνωριστεί και θα εκτιμηθεί το άγχος και τελικά θα βοηθήσει τον άρρωστο στο να αρχίσει να το αντιμετωπίζει από μόνος του.
- § Περίπατος με τον άρρωστο κα συζήτηση που να σχετίζεται με τη αιτία του άγχους. Η σωματική άσκηση και ειδικά ο βηματισμός βοηθά τη μείωση της έντασης του άγχους ,ενώ η παρουσία του νοσηλευτή κοντά στον άρρωστο βοηθά στην εξωτερίκευση των αισθημάτων , τον ηρεμεί καθώς δημιουργείται το αίσθημα της ασφάλειας μεταξύ τους.
- § Ελάττωση των ερεθισμάτων του περιβάλλοντος (θορύβου, φωτισμός , συνομιλία άλλων ατόμων), διότι τα πολλά ερεθίσματα αυξάνουν το άγχος αντί να το ελαττώσουν.
- § Συστηματική χορήγηση αγχολυτικών ή και άλλων φαρμάκων ύστερα από ιατρική οδηγία , αφού τα φάρμακα θεωρούνται τα πιο θεραπευτικά και λιγότερο περιοριστικά μέτρα για τη μείωση του άγχους ή του πανικού.
- § Ακρόαση του αρρώστου με θερμό ενδιαφέρον και αποδοχή στο να αποκαλύψει την υποκειμενική εμπειρία του άγχους , χωρίς να υπάρξει οριοθέτηση και προϋποθέσεις στον άρρωστο , με αποτέλεσμα να εδραιώνεται ο σεβασμός μεταξύ νοσηλευτή-ασθενή , να αναγνωρίζεται η προσωπική του αξία, βεβαιώνεται συνεπώς ότι οι ανησυχίες του θα ληφθούν υπόψη σοβαρά ενώ με τη συζήτηση εκτονώνεται και έτσι μειώνεται το άγχος.
- § Προσανατολισμός του αρρώστου να χρησιμοποιεί μεθόδους μείωσης του άγχους που παλιότερα τον είχαν βοηθήσει στη διαχείριση του άγχους και να ζητηθεί βοήθεια από το υποστηρικτικό δίκτυο προκειμένου να επιλυθούν όλες οι πιθανόν εκκρεμότητες που χρειάζονται όσο χρονικό διάστημα νοσηλεύεται.
- § Εκπαίδευση στρατηγικών τρόπων μείωσης του άγχους σύμφωνα με τις ικανότητες του και τις προτιμήσεις του όπως, προοδευτική χαλάρωση, ασκήσεις αργών και ρυθμικών αναπνοών, ακρόαση ήρεμης μουσικής σε ήρεμο περιβάλλον, δημιουργία αναπαράστασης ενός όμορφου τοπίου με λουλούδια ή την γαλήνη της θάλασσας.

- § Ενημέρωση του αρρώστου για την αποφυγή λήψη καφεΐνης, νικοτίνης και άλλων ψυχοδραστικών ουσιών αφού βοηθούν στη μείωση του άγχους.
- § Διδασκαλία του αρρώστου στο να ξέρει να αποδέχεται το μέτριο και φυσιολογικό άγχος που θεωρείται εποικοδομητικό στη συμπεριφορά και δραστηριότητα του.
- § Τακτική παρακολούθηση από το ιατρικό-νοσηλευτικό προσωπικό και παρακολούθηση του εφαρμοσμένου προγράμματος για την πρόληψη της κλιμάκωσης των συμπτωμάτων και του άγχους. (*Ραγιά Α et al, 2005*)

6.2.4 Νοσηλευτικοί Σκοποί- Κριτήρια Αξιολόγησης Νοσηλευτικών Παρεμβάσεων

Σε αυτή τη κατηγορία ο νοσηλευτής είναι απαραίτητο να ξέρει να εκτιμά το βαθμό επίτευξης των σκοπών /εκβάσεων , να προσδιορίζει τους παράγοντες που συνέβαλλαν στην επιτυχία ή αποτυχία των σκοπών αλλά και να μπορεί να τροποποιήσει το σχέδιο φροντίδας αν ενδείκνυται σε περίπτωση αποτυχημένης παρέμβασης. Ωστόσο, αν οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις απέδωσαν στην αντιμετώπιση και στη διαχείριση του άγχους τότε ο ασθενής θα έχει την ικανότητα να :

- § Εκφράσει από μόνος του ότι αισθάνεται ήρεμος, χωρίς έντονη μυική δραστηριότητα.
- § Παρουσιάζει μειωμένα σωματικά , νοητικά , συμπεριφορικά και ψυχολογικά συμπτώματα του άγχους.
- § Περιγράφει τα σημεία-συμπτώματα που πρωτοεμφανίστηκαν στην ύπαρξη του άγχους.
- § Χρησιμοποιεί από μόνος του κατάλληλες τεχνικές ανακούφισης – διαχείρισης του άγχους.
- § Αναγνωρίζει την αιτία που προκλήθηκε το άγχος.
- § Εκδηλώνει την ικανότητα λήψης αποφάσεων και λύσης των προβλημάτων του.
- § Σχεδιάζει μελλοντικούς στόχους.
- § Ζητά υποστήριξη από το οικογενειακό του περιβάλλον, το ιατρικό-νοσηλευτικό προσωπικό όποτε είναι απαραίτητο.
- § Αντιλαμβάνεται τη σπουδαιότητα διακοπής διεγερτικών ουσιών και την αποτελεσματικότητα της φαρμακευτικής αγωγής με το θεραπευτικό της σκοπό που εμφανίζει τα επιθυμητά αποτελέσματα της δράσης της. (*Ραγιά Α et al, 2005*)

6.3 Ανάλυση-Εκτίμηση-Νοσηλευτική Αξιολόγηση περιστατικού με διάγνωση διαταραχής πανικού

Περιστατικό 1^ο

Ασθενής Χ. Ζ ηλικίας 30 ετών εισέρχεται στην ψυχιατρική κλινική του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Αττικό στις 21/8/2017 με διάγνωση διαταραχής πανικού. Τα συμπτώματα του κατά την άφιξη στο νοσοκομείο ήταν : δυσκολία στην αναπνοή και αίσθημα πνιγμού.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Ανάγκες προβλήματα	Αντικειμενικός στόχος	Νοσηλευτικές παρεμβάσεις	Εφαρμογή	Αξιολόγηση Παρεμβάσεων
1. Δυσκολία στην αναπνοή	1. Έλεγχος αναπνοής και επαναφορά της σε σταθερό ρυθμό	1. Δημιουργία ήρεμου περιβάλλοντος. § Μεταφορά σε μονόκλινο δωμάτιο. § Πραγματοποίηση κατάλληλων τεχνικών αναπνοής	1. Ασφάλεια και ιδιωτικότητα ασθενούς. 2. Ενθάρρυνση ασθενούς να αναπνέει ήρεμα και σταθερά. 3. Χορήγηση O ₂ σε περίπτωση μη αποκατάσταση ρυθμού αναπνοής.	1. Αποκατάσταση αναπνοής σε φυσιολογικό επίπεδο
2. Αίσθημα πνιγμού	1. Εξάλειψη αισθήματος πνιγμού.	1. Τοποθέτηση ασθενούς στο κρεβάτι σε κατάλληλο ύψος. 2. Παρότρυνση ασθενούς να βήχει.	1. Αποφυγή πνιγμού σε τοποθέτηση κεφαλής στο κατάλληλο ύψος. 2. Η προαγωγή βήχα βοηθά τον ασθενή να διώξει το αίσθημα του πνιγμού με κατάλληλες τεχνικές αναπνοής.	1. Εξάλειψη αισθήματος πνιγμού
3. Αντιμετώπιση πανικού	1. Αποκατάσταση ψυχικής ισορροπίας	1. Εναρξη συζήτησης με τον ασθενή. 2. Διαθεσιμότητα χρόνου απέναντι του. 3. Τρόποι- Μέθοδοι διαχείρισης άγχους.	1. Η συζήτηση βοηθά στην έκφραση συναισθημάτων και στη διεξαγωγή συμπερασμάτων της αιτίας του πανικού. 2. Η παραχώρηση χρόνου βοηθά στη μείωση του άγχους ώστε να ηρεμήσει ο ασθενής. 3. Εκπαίδευση ασθενή στη διαχείριση διαταραχής πανικού με κατάλληλη μεθοδολογία.	1. Επανάταξη στη καθημερινότητα και διαχείριση του άγχους

Περιστατικό 2^ο

Ασθενής Σ.Μ , εργαζόμενη στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών(Π.Γ.Ν.Π.), ηλικίας 47 ετών, χωρισμένη με 3 παιδιά , το ένα εκ των οποίων έχει διαγνωσθεί με αυτισμό, αντιμετωπίζει βαριάς μορφής καταθλιπτικής διαταραχής προκαλώντας την απώλεια του βάρους της με αποτέλεσμα να έρχεται αντιμέτωπη με τη νευρική ανορεξία αλλά και με συχνά επακόλουθα επεισόδια διαταραχής πανικού. Στις 28/8/2017 κατά τη διάρκεια των εργασιακών της καθηκοντολογιών αισθάνθηκε ξαφνική δύσπνοια, έντονη ταχυκαρδία, κοιλιακό άλγος και τάση λιποθυμίας. Βρίσκεται υπό φαρμακευτική αγωγή αντικαταθλιπτικών φαρμάκων και λήψη βιταμινών και συμπληρώματα τροφής για την αύξηση του βάρους της καθώς κάνει τακτικές συνεδρίες με το προσωπικό της ψυχίατρο και ψυχολόγο.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Ανάγκες- Προβλήματα	Αντικειμενικός σκοπός	Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις	Εφαρμογή	Αξιολόγηση Παρεμβάσεων
1. Δύσπνοια	1. Έλεγχος της αναπνοής και επαναφορά στο φυσιολογικό της ρυθμό	1. Δημιουργία ήρεμου περιβάλλοντος. 2.Πραγματοποίηση κατάλληλων τεχνικών αναπνοής	1. Τοποθέτηση της ασθενούς σε ήρεμο περιβάλλον, το οποίο προάγει την ασφάλεια και την ακεραιότητα της. 2.Συχνή λήψη ζωτικών σημείων και επανέλεγχο αυτών για την παρακολούθηση της αρτηριακής πίεσης, του οξυγόνου για πιθανή τοποθέτηση μάσκας και των σφίξεων. 3.Εκπαίδευση της ασθενούς για την πάρεση σωστών αναπνοών με αργό και σταθερό ρυθμό εισπνοής και εκπνοής.	Η συχνότητα των αναπνοών, οι παλμοί της καρδιάς και το οξυγόνο βρίσκονται σε φυσιολογικές τιμές.
2.Γαστρεντερικές διαταραχές (ναυτία, έμετος)	1. Αποφυγή εμετού και ανακούφιση από τις ενοχλήσεις του γαστρεντερικού συστήματος.	1. Κατάλληλη τοποθέτηση της ασθενούς στο κρεβάτι προκειμένου να αποφευχθεί το αίσθημα της εισρόφησης και του πνιγμού σε περίπτωση εμετού	1. Αποφυγή κατάποσης νερού και λήψης τροφής για την ελάττωση των γαστρεντερολογικών ενοχλήσεων.	Ανακούφιση από το κοιλιακό άλγος και τις ενοχλήσεις του γαστρεντερικού συστήματος.
3. Λιποθυμική τάση	1. Πρόληψη και αποφυγή χτυπήματος και τραυματισμού στο κεφάλι λόγω του λιποθυμικού επεισοδίου.	1. Τεχνικές πράξεις προκειμένου να επέλθει από το λιποθυμικό επεισόδιο και αφύπνιση της.	1. Σωστή χρήση τεχνικών για την αντιμετώπιση του λιποθυμικού επεισοδίου. (ανύψωση κάτω άκρων και το μέρος της κεφαλής και της σπονδυλικής στήλης σε οριζόντια θέση)	Επικοινωνία με το περιβάλλον και πλήρη αντιμετώπιση του λιποθυμικού επεισοδίου.

<p>4. Αντιμετώπιση πανικού</p>	<p>1. Αποκατάσταση η ψυχικής ισορροπίας</p>	<p>1. Έναρξη συζήτησης με τον ασθενή.</p>	<p>1. Ήρεμη συζήτηση και γνωριμία μαζί της προκειμένου να νιώσει άνετα και ασφάλεια με σκοπό να εκφράσει τις φοβίες της και τα αισθήματα της που πιθανόν την φοβίζουν και της προκαλούν το πανικό</p> <p>2. Αποβολή δυσάρεστων και αγχωτικών σκέψεων από το νου της με ήρεμη ομιλία.</p> <p>3. Υπενθύμιση στη τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής που λαμβάνει , στη λήψη των συμπληρωμάτων τροφής αλλά και στην τακτική ενημέρωση των ιατρών για να είναι ενήμεροι για τα επεισόδια πανικού που αντιμετωπίζει.</p>	<p>Επανάταξη στη καθημερινότητα και διαχείριση του άγχους και των υπολοίπων προβλημάτων που αντιμετωπίζει.</p>
---	--	--	--	--

B' ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 7: Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στη Ψυχική Υγεία του σύγχρονου ανθρώπου

Με τον όρο ‘κρίση’ εννοείται η μειωμένη ικανότητα της αποτελεσματικής λειτουργικότητας ενός οποιουδήποτε οργανισμού. Η εμφάνιση της κρίσης έχει ως κύριο χαρακτηριστικό γνώρισμα την αιφνίδια και μη συνήθης αλλαγή , η οποία καταφέρνει να προκαλέσει ένα πιεστικό πρόβλημα που πιθανόν επιφέρει άγχος και αγωνία μέχρι να βρεθεί η κατάλληλη και άμεση επίλυση του προβλήματος.

Η ‘οικονομική κρίση’ έχει ως φυσική ιδιότητα να προκαλεί δυσκολίες στις λειτουργικότητα του συστήματος της οικονομίας με άμεσο αποτέλεσμα την πρόκληση των δυσλειτουργιών είτε στο κοινωνικό σύνολο είτε στο σύνολο της ομάδας και ειδικότερα στα άτομα που χαρακτηρίζονται ως μεμονωμένες ομάδες.

Η σχετική ενημέρωση που περιλαμβάνει τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα της οικονομικής κρίσης και ειδικότερα στο χώρο της ψυχικής υγείας , ο οποίος αποτελεί τη ψυχική διαμόρφωση του προσώπου του ατόμου είναι και το αντικείμενο μελέτης του παρόντος κεφαλαίου. (Μουρδουκούτας Π., 2006)

7.1: Εισαγωγικά στοιχεία της Οικονομίας – Οικονομικής Θεωρίας

Η Οικονομική επιστήμη , όπως και κάθε άλλους είδους επιστήμη στοχεύει να μελετήσει , να διερευνήσει, να αναλύσει αλλά και να βελτιώσει τη κατανόηση ενός οικονομικού θέματος. Το ίδιο, ωστόσο , συμβαίνει και με την επιστήμη της Ιατρικής, η οποία έχει σκοπό την μελέτη και την ανάλυση και την επεξήγηση κάποιας δυσλειτουργίας του ανθρώπινου οργανισμού (ασθένεια) που αντιμετωπίζει και αναζητά τρόπους ανακούφισης (θεραπεία) , ενώ η Οικονομική αναζητά λύσεις που σχετίζονται με τα οικονομικά προβλήματα . Ανάμεσα στις συγκεκριμένες επιστήμες, των οποίων η προσφορά τους στη παγκόσμια κοινωνία είναι πολύτιμη χρησιμοποιούν και οι δυο την κοινή λογική των αφαιρέσεων προκειμένου να αιτιολογήσουν κάποια φαινόμενα είτε οικονομικού είτε ιατρικού περιεχομένου. Η Ιατρική έχει ως αντικείμενο ασχολίας της ένα συγκεκριμένο σύστημα , τον ανθρώπινο οργανισμό , ο οποίος δε μεταβάλλεται με το χρόνο και το τόπο σε αντίθεση με τα συστήματα της Οικονομικής που συνεχώς μεταβάλλονται. Είναι γνωστό, ότι το σύστημα της δυτικής οικονομίας είναι διαφορετικό από το σύστημα της Η.Π.Α, ενώ χρειάζεται να επισημανθεί ότι η Οικονομική δεν έχει την πολυτέλεια των εργαστηρίων για τον απαραίτητο έλεγχο των οικονομικών θεωριών όπως έχει η επιστήμη της Ιατρικής για τις αντίστοιχες ιατρικές θεωρίες.

Η μελέτη ,συνεπώς, της οικονομικής δε θεωρείται εύκολο αντικείμενο ενασχόλησης συγκριτικά με τη μελέτη άλλων επιστημών. Οι οικονομολόγοι είναι αρμόδιοι να διερευνούν οικονομικά φαινόμενα και προβλήματα χρησιμοποιώντας μοντέλα με τη μέθοδο τη αφαίρεσης από καταστάσεις που αντιμετωπίζει ο κόσμος ,που περιλαμβάνουν τέσσερα μέρη:

§ Τα αξιώματα

§ Τις υποθέσεις τους

§ Τους κανόνες λήψης αποφάσεων

§ Τις μαχητές υποθέσεις.

Επομένως , η Οικονομική είναι η επιστήμη που μέσω αυτής γίνεται διερεύνηση κατανομής πόρων ανάμεσα σε εναλλακτικές χρήσεις. Μελετά τη παραγωγή και την ανταλλαγή των αγαθών , τους εναλλακτικούς μηχανισμούς κατανομής των πόρων και την αξιολόγηση των κρατικών πολιτικών έχοντας ως στόχο την παρέμβαση σε αυτούς τους μηχανισμούς. Διερευνά, επίσης, το καθορισμό του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος (Α.Ε.Π) και τα συστατικά του μέρη, τις πηγές της οικονομικής του ανάπτυξης, τα προβλήματα των επιχειρήσεων και τις εναλλακτικές πολιτικές μέσω των οποίων αποσκοπείται η επιδίωξη της οικονομικής ανάπτυξης αλλά και η αντιμετώπιση επιχειρηματικών διακυμάνσεων. (Μουρδουκούτας Π., 2006)

Η Οικονομική Θεωρία , από την άλλη πλευρά ,αποτελεί ένα σύνολο γενικεύσεων (υποθέσεων) που δημιουργούνται από την κατασκευή μοντέλων και με τον εμπειρικό έλεγχο των υποθέσεων βάση από εμπειρικά στοιχεία στοχεύει ως οδηγός σε μελέτες που διερευνούν πολύπλοκα οικονομικά προβλήματα του πραγματικού κόσμου. Οι οικονομολόγοι, κατά συνέπεια δημιούργησαν δικές τους έννοιες και ορολογίες για να έχουν το δικό τους κοινό κώδικα επικοινωνίας, όπως είναι η στενότητα, τα αγαθά, οι οικονομικοί πόροι, τα οικονομικά συστήματα, οι αγορές και ο ορθολογισμός. *(Μουρδουκούτας Π., 2006)*

Η Οικονομική Αποδοτικότητα αποτελεί έναν σημαντικό όρο στο χώρο της οικονομίας, αφού είναι φορέας που παράγει και παράλληλα καταναλώνει τη μεγαλύτερη ποσότητα αγαθών από δεδομένους πόρους. Ενώ η Τεχνική Αποδοτικότητα σημαίνει τη μέγιστη παραγωγή ενός αγαθού από διαθέσιμους πόρους. *(Μουρδουκούτας Π., 2006)*

Το Κόστος Ευκαιρίας είναι χαρακτηριστικός όρος της οικονομίας αντίστοιχα και ορίζει τη θυσία της καλύτερης εναλλακτικής δυνατότητας που είναι το αποτέλεσμα της δέσμευσης των οικονομικών πόρων σε μια συγκεκριμένη δραστηριότητα. *(Μουρδουκούτας Π., 2006)*

7.2: Ορισμός οικονομικής κρίσης – Χαρακτηριστικά – Οικονομικός Κύκλος

Ο Frederic S. Mshkin (Mshkin S. Frederic, NBER WORKING PAPERS SERIES, WORKING PAPER NO 3934, 1991) υποστήριξε ότι η οικονομική κρίση αποτελεί μια διαταραχή των χρηματοπιστωτικών αγορών κατά τις οποίες οι ακατάλληλες και συνεπώς λανθασμένες επιλογές και τα λογικά προβλήματα του οικονομικού τομέα να αυξάνονται συνεχώς με αποτέλεσμα την αδυναμία της διοχέτευσης των κεφαλαίων σε παραγωγικές επενδύσεις και σε αποδοτικούς τομείς. Η οικονομία μπορεί, ωστόσο, να οδηγηθεί εύκολα μακριά από την οικονομική ισορροπία και να στραφεί η οικονομική της ανάπτυξη σε καθοδική πορεία κατά τη διάρκεια μιας οικονομικής κρίσης. *(Soros G., 2008)*

Η οικονομική κρίση, εντούτοις, αποτελεί φαινόμενο κατά το οποίο η οικονομία έχει χαρακτηριστικό της γνώρισμα τη διαρκή και αισθητή μείωση της οικονομικής δραστηριότητας. Η οικονομική δραστηριότητα αναφέρεται στα μακροοικονομικά μεγέθη της οικονομίας, όπως είναι η απασχόληση, το εθνικό προϊόν, οι επενδύσεις, οι τιμές κ.τ.λ . Ο τομέας των επενδύσεων, ωστόσο, είναι και ο βασικότερος δείκτης της οικονομικής δραστηριότητας, αφού η αυξομείωση των τιμών και των ποσοστών έχουν τη δυνατότητα να συμπαρασύρουν κοντά τους τα αντίστοιχα οικονομικά μεγέθη. *(Soros G., 2008)*

Η οικονομία ακολουθεί διαδοχική αλληλουχία , η οποία έχει ως λογική πορεία τη μεγέθυνση και την ύφεση, ενώ παράλληλα τη καινοτομία αλλά και τη παρακμή. Η εκδήλωση της οικονομικής κρίσης, αναμφίβολα, ανήκει στη κατηγορία της ύφεσης απαρτιζόμενη από αλληλοδιαδοχούς κύκλους , όπως είναι απόλυτο κατανοητό υπάρχει μεγάλο ποσοστό της αύξησης της ανεργίας και μείωσης του εισοδήματος και των τιμών και των αγαθών συνεπώς μέχρι να επέλθει η ανάκαμψη της οικονομίας. *(Soros G., 2008)*

Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι η αύξηση της ανεργίας και η μείωση του εισοδήματος έρχεται από τις χώρες εκείνες , οι οποίες εισάγουν και παράγουν προϊόντα ή αντίστοιχες υπηρεσίες. Στη συνέχεια, εξαιτίας της μειωμένης παραγωγής προϊόντων και υπηρεσιών και δεδομένου ότι όλες οι χώρες του κόσμου έχουν μια κοινή αγορά και συνεπώς εξαρτώνται η μία από την άλλη έχουν ως αποτέλεσμα να επηρεάζονται είτε με αργό είτε με γρήγορο ρυθμό. Ο βαθμός επιρροής τους κρίνεται από το μέγεθος της χώρας. Αυτό σημαίνει ότι εάν η κρίση αφορά μια μικρότερη χώρα , τότε δε προκαλείται σημαντικό πρόβλημα αφού η λογική εκτίμηση θεωρεί ότι η θιγόμενη χώρα θα βρει σε άλλη χώρα την αγορά που χρειάζεται, ενώ

εάν η κρίση αφορά μια μεγαλύτερη χώρα και σαφώς με περισσότερο πληθυσμό και πιο υψηλό εισόδημα τότε το αποτέλεσμα θα πάρει διεθνείς διαστάσεις, την παγκόσμια κρίση που καλείται να αντιμετωπίσει το μεγαλύτερο ποσοστό του σύγχρονου ανθρώπου σήμερα. Η ένταση που θα καθορίσει την εξέλιξη της οικονομικής κρίσης στη κάθε χώρα εξαρτάται από τη δομή τη οικονομίας της. *(Διακόπουλος, X, 2009)*

Ύστερα από το τέλος της οικονομικής ύφεσης ανέρχεται η ανάκαμψη ακόμα και αν η παρούσα πολιτική και κυβέρνηση δε βοηθήσει στην ανάπτυξη της κάθε χώρας που έχει πληγεί από το φαινόμενο της οικονομικής κρίσης και συνεπώς της ανεργίας, η ανάκαμψη θα οφείλεται στην ύπαρξη πολλών ανθρώπων ή εταιρειών που προσπαθούν μέσα από τις χαμηλές τιμές των προϊόντων να επωφεληθούν από τα αντίστοιχα αγαθά που τους ενδιαφέρουν. *(Πανηγυράκης Γ., 2001)*

Το μέγεθος των αγαθών και των αξιών που χρειάζονται οι οικονομικά δυνατότεροι προκειμένου να βοηθήσουν στην ανάκαμψη της εκάστοτε χώρας έχουν άμεση συσχέτιση με την συνεργασία και την υποστήριξη των υγιών τραπεζών απέναντί τους, οι οποίες προσφέρουν δάνεια σε πολίτες με οικονομική ισχύ, οι οποίοι σκοπεύουν να προβούν σε αγορές έχοντας ως αποτέλεσμα την αύξηση της τιμής τους αφού θα έχουν περισσότερη ζήτηση. *(Διακόπουλος, X, 2009)*

Κυκλικές διακυμάνσεις ή οικονομικοί κύκλοι, καλούνται λοιπόν, οι οικονομικές διακυμάνσεις που σχετίζονται με τις διαδοχικές αυξομειώσεις της οικονομικής δραστηριότητας μέσα στο πλαίσιο του οικονομικού συστήματος. Σύμφωνα με μεγάλες και πολύχρονες στατιστικές παρατηρήσεις έχει υποστηριχθεί ότι οι οικονομικοί κύκλοι έχουν διάρκεια γύρω στα 7 έως και 11 χρόνια. *(Πανηγυράκης Γ., 2001)*

7.2.1: Ιστορική αναδρομή παλαιότερων οικονομικών κρίσεων

Κατά τη χρονική πορεία και διάρκεια του 20^{ου} αιώνα έκαναν την εμφάνισή τους και γνωστοποιήθηκαν στην Ιστορία τρεις μεγάλες παγκόσμιες οικονομικές κρίσεις.

Η πρώτη παγκόσμια κρίση αφορά τη μεγάλη ύφεση, η οποία αποκαλείται 'οικονομικό crash', κατά το οποίο παρατηρήθηκε άμεσα η κατακόρυφη πτώση διεθνών χρηματαγορών που είχε ως συνέπεια να καταρρεύσει το μεγαλύτερο πλήθος των τραπεζών και να αυξηθεί με ταχύτατους ρυθμούς η ανεργία. *(Strucler et al, 2009)*

Ωστόσο, η Πολιτεία των Ηνωμένων Πολιτειών της Αμερικής, εφάρμοσε ένα προνοιακό σύστημα προκειμένου να μειωθούν οι κοινωνικές επιπτώσεις που είχε επιφέρει η κρίση. Το προνοιακό αυτό σύστημα, στόχευε στη δημιουργία των επενδύσεων σε προγράμματα της δημόσιας υγείας, ενώ σαν πρόγραμμα περιλάμβανε:

- § Κοινωνική και οικονομική στήριξη στους ανέργους
- § Νέο σχέδιο μεταρρυθμίσεων και βελτίωση της αγροτικής παραγωγής
- § Αναθεώρηση-προσαρμογή οικονομικών εκκρεμοτήτων
- § Που αφορούσαν τους πολίτες
- § Υποστήριξη στους χαμηλόμισθους αλλά και στους συνταξιούχους
- § Προσαρμογή των τιμών στα προϊόντα αγοράς σύμφωνα με τις οικονομικές ανάγκες των πολιτών. *(Strucler et al, 2009)*

Αυτό το σύστημα, πράγματι, φάνηκε να είχε επιτυχία αφού υπήρξαν ενδείξεις ότι η γενική θνησιμότητα του αστικού πληθυσμού μειώθηκε στη περίοδο της ύφεσης καθώς παρατηρήθηκε και μείωση όσον αφορά τις μολυσματικές ασθένειες (πνευμονία, φυματίωση), ενώ από την άλλη πλευρά φαίνεται να επικράτησε η αύξηση της θνησιμότητας όσον αφορά τις χρόνιες παθήσεις του πληθυσμού αλλά και τις απόπειρες αυτοκτονίας. *(Strucler et al, 2009)*

Ωστόσο, με βάση νεότερων δεδομένων και επιδημιολογικών μελετών, παρατηρείται ότι οι καρδιαγγειακές παθήσεις και οι αυτοκτονίες αποδίδονται στις αμεσότερες επιπτώσεις της συγκεκριμένης οικονομικής κρίσης. (*Strucler et al, 2009*)

Τα 1990-1992 έτη πραγματοποιείται η οικονομική κρίση της Ρωσίας αλλά και των χωρών της Βαλτικής. Η ρωσική κυβέρνηση εφάρμοσε ένα οικονομικό πρόγραμμα από την μεριά της, γνωστό ως ‘shock therapy’, κατά το οποίο με τη κατάργηση ελέγχου στις τιμές των προϊόντων αλλά και τη μείωση των μισθολογίων και των συντάξεων είχε ως αποτέλεσμα από την μία πλευρά την αύξηση των τιμών των προϊόντων αλλά και την αύξηση της φτώχειας, αφού οι πολίτες δε θα μπορούσαν να αγοράσουν τα αναγκαία υλικά της καθημερινής ζωής τους. (*Falagas M.E et al., 2009*), (*Uutela et al., 2012*)

Την ίδια χρονική περίοδο παρόμοιες δραματικές κοινωνικές και οικονομικές καταστάσεις αντιμετώπιζαν και οι χώρες της Βαλτικής εξαιτίας της θεσμοθετημένης ανεξαρτησίας των κρατιδίων με αποτέλεσμα οι πολίτες να δυσανασχετήσουν. Η καταγραφή της φτώχειας, της ανεργίας, των αιτήσεων διαζυγίων, της γενικής θνησιμότητας ιδιαίτερα από τη συχνότητα του αυτοκτονικού ιδεασμού σημειώθηκαν σε γρήγορο χρονικό διάστημα, με το αντρικό φύλο να έχει επηρεαστεί σε μέγιστο βαθμό λόγω της κοινωνική θέσης της τότε εποχής που είχε αφού δεν ήταν σε θέση να εκπληρώσει το παραδοσιακό του ρόλο ως προς τη φροντίδα της οικογένειας και την εξασφάλιση των οικονομικών του πόρων. (*Falagas M.E et al., 2009*), (*Strucler et al, 2009*)

Μια ακόμη σημαντική οικονομική κρίση σημειώθηκε στην Ανατολική και Νοτιοανατολική Ασία το 1997 ξεκινώντας από τις χώρες τη Ταϊλανδής που γρήγορα εξαπλώθηκε στις γειτονικές χώρες όπως τις Φιλιππίνες, τη Νότια Κορέα, την Ιαπωνία, την Ινδία, τη Μαλαισία ακόμα και την Ινδονησία. Η οικονομική κρίση είχε ως άμεσο αποτέλεσμα τη γενική θνησιμότητα και πιο συγκεκριμένα από τη συχνότητα πολλών αυτοκτονιών όπου σύμφωνα με τη καταγραφή πολλών επιδημιολογικών μελετών η αυξημένη θνησιμότητα οφειλόταν σε μεγάλο βαθμό στην αύξηση της ανεργίας και συνεπώς στη μείωση του εισοδήματος. Ωστόσο, υπήρξαν και χώρες όπως η Σιγκαπούρη και το Ταϊβάν που δεν επηρεάστηκαν από την οικονομική ύφεση και αυτό αποδίδεται στη μικρή επίδραση της κρίσης στο ακαθάριστο – εθνικό προϊόν της χώρας αλλά και στο χαμηλό ποσοστό της ανεργίας. (*Falagas M.E et al., 2009*), (*Chang S.S et al., 2009*)

Εντούτοις, δεν άργησαν να γίνει φανερή η ευρωπαϊκή οικονομική κρίση και στον ελληνικό πληθυσμό το 2008. Παρατηρήθηκε η δραματική αύξηση της ανεργίας από 6,6% που βρισκόταν το 2008 σε 22% το 2012 καθώς το ποσοστό της ανεργίας των νέων έφθασε το 45%. Το δάνειο της ελληνικής κυβέρνησης από το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο και από τα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης ύστερα από την συμφωνία αυστηρών όρων που ζήτησαν να εφαρμοστεί είχε ως στόχο τις δραστηκές περικοπές των δημοσίων δαπανών. Η δέσμευση των συγκεκριμένων περικοπών είχε ως αποτέλεσμα την μείωση των κλινών και των εργαζομένων στα δημόσια νοσοκομεία αλλά γενικότερα την μείωση των δαπανών της υγείας. Παρόλο των δυσμενών συνθηκών που αντιμετώπιζε το ελληνικό σύστημα της οικονομίας και της υγείας έγινε αυξημένη καταγραφή εισαγωγών στα δημόσια νοσοκομεία σε αντίθεση με τις εισαγωγές που παρατηρήθηκαν στα ιδιωτικά νοσοκομεία. Σύμφωνα με πρόσφατα δεδομένα στοιχεία η ευρωπαϊκή οικονομική κρίση έφερε αύξηση των αυτοκτονιών και των αποπειρών αυτοκτονίας, την αύξηση βίαιων συμπεριφορών συμπεριλαμβανομένου τη παιδική, σεξουαλική κακοποίηση, της εκδηλώσεις εκφοβισμού (*bulling*) και των ανθρωποκτονιών καθώς και την αύξηση συμπτωμάτων οροθετικών για HIV ατόμων και τέλος καταγράφηκε αυξημένος αριθμός χρηστών ηρωίνης. (*Keltikelenis A., et al., 2011*), (*Triantafyllou K., et al., 2011*)

7.3: Εισαγωγή στις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης σε Ελλάδα και Ευρώπη

Οι περισσότερες από τις μελέτες που διερευνούν τις επιπτώσεις των οικονομικών κρίσεων στην ποιότητα ζωής των ατόμων δείχνουν συσχέτιση ανάμεσα στην ανεργία ή άλλους οικονομικούς δείκτες και τα επίπεδα γενικής νοσηρότητας, θνησιμότητας, κατάθλιψης και αυτοκτονιών. Οι κύριες συνέπειες μιας οικονομικής κρίσης είναι η ανεργία, μείωση του εισοδήματος, η γενικευμένη αβεβαιότητα και η περικοπή των δημόσιων δαπανών, περιλαμβανομένων των δαπανών για την υγεία. Σε συνθήκες οικονομικής κρίσης οι φτωχοί αποτελούν ομάδα κινδύνου διότι είναι οι πρώτοι, οι οποίοι πλήττονται. Παράλληλα υψηλού κινδύνου αποτελούν τα άτομα που νοσούν ήδη από ψυχικά νοσήματα λόγω της ήδη υπάρχουσας έκπτωσης της λειτουργικότητάς τους. Επίσης σημαντικό ρόλο παίζουν τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του ατόμου που σχετίζονται με την αυξημένη ευαλότητα στην ψυχοκοινωνική απειλή, όπως χαμηλή ανοχή στην ματαίωση ή χαμηλή αυτοεκτίμηση. (Γιωτάκος Ο., et al 2011), (Ayers J.W et al., 2012)

7.3.1: Οι συνέπειες της οικονομικής κρίσης στον Ευρωπαϊκό λαό

Σύμφωνα με διεθνή δεδομένα, παρατηρήθηκε άμεση συσχέτιση ανάμεσα της οικονομικής ύφεσης και της καταθλιπτικής διαταραχής και αυτό οφείλεται σε ένα σημαντικό παράγοντα, ο οποίος είναι το οικονομικό χρέος που έχει να αντιμετωπίσει ο αναφερόμενος λαός. Σύμφωνα με μία μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε χώρες της Μεγάλης Βρετανίας όπως η Αγγλία, η Σκωτία και Ουαλία παρατηρήθηκε η σχέση του χρέους με τη κακή ψυχική υγεία. Μία άλλη μελέτη από την χώρα της Χιλής έδειξε σαφή σχέση ανάμεσα στην ξαφνική μείωση του εισοδήματος και της διαταραγμένης ψυχικής ισορροπίας. Ενώ μία άλλη ανασκόπηση ανέφερε τη συσχέτιση της φτώχειας και των ψυχικών διαταραχών που προκύπτει από το χαμηλό εισόδημα, την ανασφάλεια και την απελπισία που αισθάνεται το άτομο λόγω της πιθανής ανεργίας καθώς η κοινωνική μεταβολή, το στίγμα, ο κοινωνικός αποκλεισμός σε συνδυασμό με τη συννοσηρότητα από επιπλέον σωματικά νοσήματα και η περιορισμένη δυνατότητα εκπαίδευσης αποτελούν την επεξήγηση της ευαλότητας των φτωχών στα ψυχικά νοσήματα. (Γιωτάκος Ο., et al 2011), (Ayers J.W et al., 2012)

Από τους Stuckler et al, πραγματοποιήθηκε μελέτη σε 26 χώρες της Ευρώπης για το χρονικό διάστημα 1970-2006 που αποσκοπούσε στον τρόπο με τον οποίον οι οικονομικές μεταβολές έχουν τη δυνατότητα να επηρεάσουν τα ποσοστά της θνησιμότητας στην Ευρώπη αλλά και με ποιον τρόπο οι εκάστοτε κυβερνήσεις έχουν την δυνατότητα να αντιμετωπίσουν τις αντίξοες συνέπειες τους. Διαπιστώθηκε ότι για κάθε αύξηση 1% υπήρχε αύξηση 0,8% στις αυτοκτονίες και στις ανθρωποκτονίες σε ηλικίες κάτω των 65 ετών. Η αύξηση της ανεργίας που ανέρχεται στο ποσοστό άνω 3% παρουσιάζει αύξηση 4% στις αυτοκτονίες σε άτομα που είναι μικρότερα των 65 ετών αλλά και στους θανάτους από χρήση αλκοόλ παρατηρείται αντίστοιχη αύξηση. (Γιωτάκος Ο., et al 2011), (Ayers J.W et al., 2012)

Η ύπαρξη ενεργών προγραμμάτων στήριξης αγοράς της εργασίας έχουν ως στόχο την διατήρηση θέσεων εργασίας αλλά και την επανένταξη των ατόμων που έχουν απολυθεί με αποτέλεσμα τα μεγάλα ποσοστά της ανεργίας να μην αντιστοιχούν με ανάλογα ποσοστά των αυτοκτονιών. Επιπλέον, η ύπαρξη προγραμμάτων κοινωνικής πρόνοιας έχουν το ρόλο ζωτικού παράγοντα που αποσκοπεί στην πρόληψη του αυτοκτονικού ιδεασμού σε χώρες που έρχονται αντιμέτωπες με την οικονομική κρίση σύμφωνα με το Οργανισμό Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (OECD) από την χρονική περίοδο του 1880 ως 2003. (Γιωτάκος Ο., et al 2011), (Ayers J.W et al., 2012)

7.3.2: Οι συνέπειες της οικονομικής κρίσης στον Ελληνικό λαό

Μια από τις σοβαρότερες οικονομικές περιόδους της Σύγχρονης Ιστορίας έχει κληθεί η Ελλάδα να αντιμετωπίσει από το 2008-2009. Η οικονομική αναταραχή την οδήγησε να απευθυνθεί στην εποπτεία της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, της Ευρωπαϊκής Τράπεζας αλλά και του Διεθνούς Νομισματικού Ταμείου το Μάιο του 2010 και να υπογραφεί το αντίστοιχο πρόγραμμα οικονομικής προσαρμογής και να πραγματοποιηθεί η αναθεώρηση του το φθινόπωρο του 2010. (Zάντας Δ. et al., (2012), (Mylona K., et al., (2014).

Ως αναμενόμενη έκβαση, η οικονομική κρίση κατάφερε σε σύντομο χρονικό διάστημα να επηρεάσει τους πιο σημαντικούς τομείς της οικονομίας, με τους βασικούς οικονομικούς δείκτες να βρίσκονται στα ύψη της επιδείνωσης. (Zάντας Δ. et al., (2012), (Mylona K., et al., (2014).

Αναφερόμενα στοιχεία της επίπτωσης της οικονομικής κρίσης στην οικονομία φανερώνουν την μειωμένη εργασιακή απασχόληση αφού η ανεργία έφθασε το β' τρίμηνο του 2011 σε ανερχόμενο ποσοστό του 16,3% που αντιπροσωπεύει την αύξηση σε 126,4% συγκριτικά με την αντίστοιχη περίοδο του 2008. Αύξηση, ακόμα, παρουσίασε και η ανεργία των νέων, φθάνοντας το 32,9% το 2011 από το 15,5% ποσοστό το 2008. (Zάντας Δ. et al., (2012), (Mylona K., et al., (2014).

Σύμφωνα με τα στοιχεία της Eurostat, το 2010 διαγνώσθηκε το πιο υψηλό ποσοστό του δημοσίου ελληνικού ελλείμματος και του δημοσίου χρέους αφού έφθασε το 10,6% και το 144,9% του Ακαθαρίστου Εγχωρίου Προϊόντος. (Zάντας Δ. et al., (2012), (Mylona K., et al., (2014).

Το μειωμένο εισόδημα και οι μειωμένες κρατικές δαπάνες έχουν τη δυνατότητα να επηρεάσουν τη κατάσταση στο χώρο της υγείας του πληθυσμού είτε έμμεσα είτε άμεσα μέσα από το σύστημα της υγειονομικής περίθαλψης, σύμφωνα με το Musgrove (1987). Αυτό εξηγείται, διότι το μειωμένο εισόδημα έχει ως αποτέλεσμα τη μεγαλύτερη νοσηρότητα και τη μικρότερη αξιοποίηση των υπηρεσιών της ιδιωτικής υγείας λόγω του χαμηλού μισθολογίου και της αυξημένης ανεργίας, ενώ από την άλλη μεριά οι κρατικές δαπάνες επηρεάζουν σημαντικά τη ποιότητα και την ποσότητα των υπηρεσιών δημόσιας υγείας που υπάρχουν για να χρησιμοποιηθούν με αποτέλεσμα στη συμβολή της υποβάθμισης της υγείας του πληθυσμού. (Zάντας Δ. et al., (2012), (Mylona K., et al., (2014).

Η μείωση ή η έλλειψη του εισοδήματος σε συνδυασμό με την αύξηση της ανεργίας είναι τα κύρια και άμεσα αποτελέσματα από τη χρηματοπιστωτική κρίση υποβάλλοντας τα άτομα της χώρας, στην έλλειψη της ευημερίας οδηγώντας τους στην ακραία φτώχεια. (Zάντας Δ. et al., (2012), (Mylona K., et al., (2014).

Αξίζει να τονιστεί, η σύνδεση που έχει παρατηρηθεί όσον αφορά την ανεργία και το χαμηλό μισθό σε σχέση με τις ψυχικές διαταραχές. (Zάντας Δ. et al., (2012), (Mylona K., et al., (2014).

Από την άλλη μεριά τα προβλήματα εξάρτησης και κατάχρησης ουσιών, η αυξημένη κατανάλωση φθηνών τροφίμων με χαμηλή θρεπτική αξία υιοθετώντας με αυτόν τον τρόπο κακή υγιεινή ζωή, όπως και το κάπνισμα, το αλκοόλ και η κακή διαχείριση και αντιμετώπιση των ασθενειών υποβαθμίζουν την υγειονομική περίθαλψη. (Zάντας Δ. et al., (2012), (Mylona K., et al., (2014).

Σύμφωνα με βιβλιογραφικές ανασκοπήσεις έχει επισημανθεί ότι το χαμηλό κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο έχει ως άμεση επίπτωση τη νοσηρότητα και θνησιμότητα των ατόμων αποκτώντας με αυτό τον τρόπο μια πιο φτωχή υγειονομική κατάσταση. (Zάντας Δ. et al., (2012), (Mylona K., et al., (2014).

Με μελέτη που έλαβε χώρα στην Ελλάδα είχε ως στόχο να διερευνήσει τον αντίκτυπο της οικονομικής κρίσης των δημογραφικών κοινωνικό-οικονομικών στοιχείων σε σχέση με την

ασθένεια παραγόντων στην SRH στην Ελλάδα. Η αυτό-αξιολογούμενη υγεία χρησιμοποιείται στις επιδημιολογικές μελέτες στο χώρο της δημόσιας υγείας ως απαραίτητο μέτρο υγείας και πρόβλεψης όσον αφορά τη νοσηρότητα και θνησιμότητα του πληθυσμού. Επίσης, η SRH θεωρείται έγκυρος δείκτης της αληθινής κατάστασης της υγείας του πληθυσμού αν και υπάρχουν διαφορές σε διάφορες πτυχές του SRH, όπως είναι η ηλικία και τα αντιπαραγωγικά στοιχεία που διαθέτει. (Zάντας Δ. et al., (2012), (Mylona K., et al., (2014).

Ύστερα από τη διερεύνηση της μελέτης κατά τη διεξαγωγή των συμπερασμάτων έδειξε ότι η SRH έχει συσχέτιση θετική με το εισόδημα και την εκπαίδευση και αρνητική με την ανεργία, τη νοσηρότητα υπαρχόντων ασθενειών και την ηλικία τέλος. Ακόμα, έδειξε πως οι άνδρες, οι οποίοι βρίσκονται στα φοιτητικά χρόνια ή διανύουν τη στρατιωτική θητεία τους παρατηρήθηκε ότι η αξιολόγηση της κατάστασης της υγείας τους ήταν καλή ή πολύ καλή σε αντίθεση με ισχυρισμούς από τους συνταξιούχους και το νοικοκυριό. Πολύ σημαντική παρατήρηση της παρούσας έρευνας ήταν ότι αποδείχθηκε ότι η οικονομική κρίση επηρέαζε αρνητικά τη SRH (2011). (Zάντας Δ. et al., (2012), (Mylona K., et al., (2014).

Τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας έδειξαν ότι τα υψηλότερα εισοδήματα και η υψηλή εκπαίδευση σχετίζονται με την καλύτερη SRH χαρακτηρίζοντας με αυτό τον τρόπο ότι η κοινωνική-οικονομική κατάσταση του πληθυσμού επηρεάζει και έχει άμεση σχέση με τις ανισότητες στο τομέα της υγείας ανάμεσα στους ανθρώπους που φέρουν διαφορετική κοινωνική-οικονομική κατάσταση. Επίσης, οι ηλικιωμένοι σύμφωνα με τη λογική έκβαση έχουν περισσότερες πιθανότητες να αντιμετωπίζουν περισσότερα προβλήματα υγείας και αυτό οφείλεται διότι η ηλικία αποτελεί επιβαρυντικό παράγοντα της SRH. Ακόμα, φτωχότερη SRH παρουσιάζεται πιο συχνά στους ανέργους, λόγω της μη διαθέσιμης ασφάλειας υγείας από τα άτομα που έχουν θέση εργασίας. (Zάντας Δ. et al., (2012), (Mylona K., et al., (2014).

Η παρούσα ερευνητική εργασία καταλήγει ότι οι κοινωνικό-οικονομικές ανισότητες χαρακτηρίζουν τη συνοσηρότητα και τη θνησιμότητα σε άτομα με χαμηλό επιμορφωτικό χαρακτήρα και εισόδημα και ιδιαίτερα στις πιο μεγάλες ηλικίες σε περιόδους οικονομικής κρίσης. Το ανδρικό φύλο, ως γνωστό, τείνει να έχει καλύτερη και θετική πρόγνωση όσον αναφορά την κατάσταση της υγείας τους σε σχέση με το γυναικείο φύλο ειδικότερα αν είναι νοικοκυρές με χαμηλό εισόδημα και μορφωτικό επίπεδο σε σχέση με τις εργαζόμενες γυναίκες. (Zάντας Δ. et al., (2012), (Mylona K., et al., (2014)

Τα αποτελέσματα της μελέτης δείχνουν ότι η οικονομική κρίση έχει αρνητικό αντίκτυπο στην SRH διότι κατά τη διάρκεια περιόδων οικονομικής κρίσης η κατάσταση υγείας του πληθυσμού μειώνεται. Παρόλο που υπάρχουν μελέτες που δείχνουν να υπάρχει βελτίωση όσον αφορά τη κατάσταση υγείας κατά την οικονομική ύφεση, αυτό δεν φαίνεται να συμβαίνει στην Ελλάδα. Το 2011 οι Έλληνες πολίτες είχαν αρχίσει να βιώνουν σε πρώιμο στάδιο τις αρνητικές συνέπειες της οικονομικής κρίσης όσον αφορά το προσωπικό τους εισόδημα λόγω των περικοπών των μισθών και των υψηλών φόρων που δέχτηκαν. Με σύγκριση προηγούμενων μελετών, το μειωμένο εισόδημα είναι ένας από τους καθοριστικούς παράγοντες της επιδείνωσης της υγείας για τον πληθυσμό. Η μείωση του εισοδήματος συνδέεται με τη μειωμένη κατανάλωση τροφίμων, τη μειωμένη χρήση των υπηρεσιών προληπτικής φροντίδας και τη χρήση των υπηρεσιών υγείας γενικότερα, και την αύξηση του άγχους και την υιοθέτηση ψευδούς συμπεριφοράς. (Zάντας Δ. et al., (2012), (Mylona K., et al., (2014).

7.3.3: Επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στο σύστημα της υγείας

Ο αντίκτυπος των οικονομικών κρίσεων στην γενική υγεία ποικίλλει καθώς εξαρτάται από πολλούς παράγοντες. Αρχικά φαίνεται ότι σε χώρες υψηλού εισοδήματος, η θνησιμότητα και το προσδόκιμο επιβίωσης δείχνουν να μην μπορούν να επηρεαστούν. Επίσης μπορεί να φέρουν και θετικές επιδράσεις, αφού η μείωση της υπερκατανάλωσης φέρει θετικά αποτελέσματα. Ορισμένοι ερευνητές τονίζουν ότι οι βραχυπρόθεσμες επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στη γενική υγεία ενδέχεται να είναι και θετικές. Διάφορες έρευνες που πήραν χώρα στην ΗΠΑ και στην Ευρώπη έδειξαν αύξηση της θνησιμότητας κατά την οικονομική ανάπτυξη και μείωση κατά την οικονομική ύφεση. Συγκεκριμένα η ύφεση φαίνεται να σχετίζεται με λιγότερους θανάτους σε τροχαία ατυχήματα, λιγότερους θανάτους που σχετίζονται με το αλκοόλ και λιγότερες εισαγωγές στα νοσοκομεία. (*Fillipidis. et al., 2017*) (*Γιωτάκος Ο. 2010*). Άλλες έρευνες που πραγματοποιήθηκαν σε ευρωπαϊκές χώρες έδειξαν θετική συσχέτιση μεταξύ της οικονομικής ύφεσης και του κινδύνου θνησιμότητας ιδιαίτερα στους άνδρες. Οι Economou et al (2008) βρήκαν σημαντική συσχέτιση μεταξύ των ποσοστών ανεργίας και των 5 από τις 6 αιτίες θανάτου που διερεύνησαν, και πιο συγκεκριμένα των ισχαιμικών καρδιοπαθειών, του καρκίνου της τραχείας, του καρκίνου των βρόγχων και του πνεύμονα, κακοηθών νεοπλασμάτων, ανθρωποκτονιών, αυτοκτονιών και τέλος αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών. Στην συνέχεια η χαμηλή κοινωνικό-οικονομική στάθμη του ατόμου, όπως προσδιορίζεται από το χαμηλό εισόδημα, την χαμηλή εκπαίδευση, την εργασία χαμηλών δεξιοτήτων και ο κοινωνικός αποκλεισμός έδειξαν να συνδέονται αρνητικά διότι επιφέρουν κακή σωματική υγεία, κακή ψυχολογική και συναισθηματική υγεία και αυξημένο κίνδυνο θνησιμότητας. (*Fillipidis. et al., 2017*), (*Γιωτάκος Ο. 2010*).

Άλλη μελέτη των Falagas et al έδειξε ότι η θνησιμότητα από καρδιαγγειακά νοσήματα αυξήθηκε καθώς επίσης αυξήθηκε και η θνησιμότητα λόγω αναπνευστικών λοιμώξεων, χρόνιας ηπατικής νόσου, αυτοκτονιών, ανθρωποκτονιών και παρατηρήθηκε και αύξηση της θνησιμότητας των βρεφών. Αντίθετα η θνησιμότητα από τα τροχαία ατυχήματα φαίνεται να ελαττώθηκε. Όσον αφορά τις επιπτώσεις των οικονομικών υφέσεων στα παιδιά φαίνεται να είναι αρκετά σημαντικές. Αρχικά οι πρώιμες αντίξοες εμπειρίες μπορεί να τροποποιήσουν τη δομική και λειτουργική ανάπτυξη του εγκεφάλου του παιδιού, συμβάλλοντας έτσι στην αρνητική έκβαση της ψυχικής υγείας στο μέλλον. Έπειτα η κακή κοινωνικοοικονομική κατάσταση των γονέων φαίνεται να σχετίζεται με την χαμηλή ικανότητα εστίασης της προσοχής των παιδιών, ενώ παιδιά τα οποία μεγαλώνουν σε ιδρύματα έχει διαπιστωθεί ότι εμφανίζουν μεγαλύτερο όγκο αμυγδαλής. Είναι γνωστό επίσης ότι η πρώιμη έκθεση της μητέρας σε στρες λόγω κατάθλιψης, άγχους ή υποσιτισμού κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης αυξάνει τη δραστηριότητα του άξονα υποθάλαμος-υπόφυση – επινεφρίδια στο βρέφος, με αποτέλεσμα την τροποποιημένη απάντηση στα στρεσογόνα ερεθίσματα, ένα γεγονός που παραμένει σε όλη την διάρκεια της ζωής τους. Στην συνέχεια ο υποσιτισμός του ίδιου του βρέφους μπορεί επίσης να παίζει σημαντικό ρόλο για παράδειγμα η έλλειψη του ρετινοϊκού οξέος, παραγώγου της βιταμίνης Α έχει αρνητική επίδραση στην νοητική ανάπτυξη, ενώ η έλλειψη των ω-3 λιπαρών οξέων σχετίζεται με μεγαλύτερη επίπτωση κατάθλιψης και Διαταραχή Ελαττωματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας και τέλος η έλλειψη σιδήρου διαταράσσει την διαδικασία της μυελίνωσης. Αξίζει να αναφερθεί ότι από διάφορες κοινωνικοοικονομικές μελέτες αναδείχθηκε ότι οι χώρες που λαμβάνουν βοήθεια από το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο αναγκάζονται σε περιστολή των δημόσιων κοινωνικών

δαπανών , με παράλληλη επιβάρυνση των ασθενών για το κόστος της υγειονομικής τους περίθαλψη. (*Fillipidis. et al., 2017*) , (*Γιωτάκος Ο. 2010*).

Οι υπηρεσίες του δημοσίου τομέα, είναι η μοναδική πηγή υγειονομικής περίθαλψης, εφόσον κυριαρχεί μείωση της ζήτησης για τις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας. Την ίδια στιγμή όμως, είναι μειωμένα τα έσοδα των κυβερνήσεων για τη χρηματοδότηση της δημόσιας υγειονομικής περίθαλψης με αποτέλεσμα την εμφάνιση βασικών ελλείψεων και την ανεπάρκεια των παρεχόμενων υπηρεσιών. (<http://www.encephalos.gr/pdf/50-1-02g.pdf> - Bing, τελευταία πρόσβαση 04.09.2017). Η ελληνική πρωτοβάθμια φροντίδα αποτελεί την εμπλοκή από διαφορετικούς δημόσιους και ιδιωτικούς επαγγελματίες υγείας και αυτό να έχει ως συνέπεια την έλλειψη συντονισμού και ελέγχου του συστήματος υγείας

Η υποτίμηση των τοπικών νομισμάτων, οδηγεί στη αύξηση του κόστους των εισαγωγών ενώ αυξητικά φαίνονται να κινούνται και να συγκαταλέγονται και τα φάρμακα ώστε να μην υπάρχει διαθεσιμότητα βασικών φαρμάκων, λόγω ότι η απόκτησή τους γίνεται απαγορευτική εξαιτίας του υψηλού κόστους. Η Ελλάδα ειδικότερα, διανύοντας την μεγαλύτερη οικονομική κρίση της σύγχρονης ιστορίας, φαίνεται ότι οι συνολικές δαπάνες για την υγεία αυξήθηκαν από το 5,3% του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος το 1991, στο 9,7% το 2008 (ένα ποσοστιαίο σημείο υψηλότερο από το μέσο όρο του 8,9% των Χώρων του ΟΟΣΑ) , παρατηρήθηκε ότι η αποτελεσματικότητα του ελληνικού συστήματος υγείας μειώθηκε <http://www.encephalos.gr/pdf/50-1-02g.pdf> - Bing, (τελευταία πρόσβαση 21.09.2017)

7.3.4 Οι επιπτώσεις των οικονομικών κρίσεων στην ψυχική υγεία

Η ελληνική οικονομία μετά από 15 χρόνια συνεχούς ανάπτυξης , άρχισε να παίρνει μια φθίνουσα πορεία. Παρόλο που το 2008 κατατασσόταν ως 27η ισχυρότερη οικονομία παγκοσμίως , όμως τα τελευταία χρόνια η φτώχεια καταγράφεται ως ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα που αντιμετωπίζει η χώρα μας. Το 2009 η οικονομική κρίση βαθμιαία επηρέασε ένα μεγάλο κομμάτι του ελληνικού πληθυσμού, στην συνέχεια όμως η Ελλάδα προχώρησε σε συμφωνία το 2010 τον Απρίλιο με το ΔΝΤ. Όμως το 2011 η εικόνα της ελληνικής οικονομίας μοιάζει να είναι ακόμα χειρότερη , διότι το ποσοστό ανεργίας στους ενήλικες αυξήθηκε σταδιακά από 6,6% τον Μάιο του 2008 σε 8,5% τον Μάιο του 2009 και σε 16,6% τον Μάιο του 2011 στην συνέχεια το ποσοστό στους νέου ηλικίας 15-24 ετών εκτοξεύθηκε από 18.6% το 2008 σε 40,1% το 2011 και τέλος το χρέος της χώρας να αυξάνεται διαρκώς. Συνεπώς με την πάροδο του χρόνου παρατηρείται σταδιακή επιδείνωση της οικονομικής κατάστασης της χώρας , με πολλαπλές συνέπειες στην ελληνική κοινωνία αλλά και στην ζωή των πολιτών. (*Οικονόμου Μ, et al., 2013*).

Η οικονομική δυσχέρεια ,η σημαντική μείωση εισοδήματος , χρέη και κατάσχεση περιουσιακών στοιχείων , απώλεια εργασίας και αβεβαιότητα , αποδιοργάνωση της οικογένειας και των ρόλων, βαθμιαία επιδείνωση της ποιότητας ζωής και της ευημερίας σε ατομικό και οικογενειακό επίπεδο αλλά και έντονη κοινωνική διαταραχή και σημαντικές επιπτώσεις στην ψυχική υγεία όπως κατάθλιψη , αυξημένο άγχος , χαμηλή αυτοεκτίμηση ,αυτοκτονίες και αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές είναι μερικές από τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης. Οι πιο συχνές επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία σύμφωνα με πολλές έρευνες που πραγματοποιήθηκαν είναι η κατάθλιψη , η διαταραχή γενικευμένου άγχους και η οικονομική δυσχέρεια. Αρχικά όσον αφορά την διαταραχή γενικευμένου άγχους σύμφωνα με την έρευνα οι συμμετέχοντες αναφέρουν ότι βιώνουν υπερβολικό άγχος και ανησυχία όπου αδυνατούν να ελέγξουν , για μια σειρά γεγονότων ή δραστηριοτήτων. Έπειτα για την μείζων κατάθλιψη οι συμμετέχοντες αναφέρουν ότι βιώνουν

καταθλιπτική διάθεση ή έλλειψη ενδιαφέροντος ή κινήτρου , επιπλέον ρωτήθηκαν εάν αυτά τα συμπτώματα επηρεάζουν την ικανότητα τους να ανταποκριθούν επαρκώς σε σημαντικούς τομείς της καθημερινότητας τους ,όπως είναι η δουλειά τους και η προσωπική τους ζωή. Στην συνέχεια για την εκτίμηση της οικονομικής δυσχέρειας οι συμμετέχοντες ρωτήθηκαν εάν μπορούν να ανταποκριθούν επαρκώς στις καθημερινές τους απαιτήσεις ενός νοικοκυριού όπου κυμαίνονται από την πληρωμή ενός δανείου μέχρι την πληρωμή του Super Market. **(Ζάβρας Δ., et al., (2013).** Τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής σχετικά με την επικράτηση της μείζων κατάθλιψης για ένα μήνα παρουσίασε αύξηση της τάξεως 20,6 % το 2011 σε σχέση με το 2009. Το 2011 παρατηρούνται μεγάλες αλλαγές στον πληθυσμό καθώς έχει επηρεαστεί σημαντικά από την συνεχιζόμενη οικονομική κρίση , χαρακτηριστικά σύμφωνα με την έρευνα τα άτομα ηλικίας 45-54 παρουσιάζουν μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης της μείζονος κατάθλιψης το 2011 συγκριτικά με το 2009 με τα ποσοστά να ανέρχονται 2011 σε 9,2% και το 2009 σε 4,0% , άτομα ηλικίας 55-64 παρουσιάζουν ποσοστά εμφάνισης το 2011 σε 7,6% και το 2009 σε 4,1% , άτομα ηλικίας 65 και άνω εμφανίζουν ποσοστό το 2011σε 5,2% σε σχέση με το 2009 σε 2,1%. Επιπλέον ως προς την οικογενειακή κατάσταση φαίνεται ότι οι έγγαμοι παρουσιάζουν μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης μείζονος κατάθλιψης με τα ποσοστά να ανέρχονται σε 8,4% το 2011 έναντι 3,9% το 2008 , άτομα με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο εμφανίζουν μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης με ποσοστά 7,3% το 2011 σε σχέση με 2009 με 4,7% .Επί πρόσθετα όσον αφορά τον τόπο κατοικίας φαίνεται οι κάτοικοι της Αθήνα να εμφανίζουν μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης με το ποσοστό να αγκίζει το 6,4% το 2011 έναντι 2,2% το 2009 τέλος μεγάλη μεταβολή παρουσιάζεται στους άνεργους καθώς τα ποσοστά είναι το 2011 σε 11,2% ενώ το 2009 ήταν 4,0%. **(Οικονόμου Μ., et al., 2013).**

Στην συνέχεια τα αποτελέσματα της επικράτησης ενός έτους της διαταραχής γενικευμένου άγχους παρουσίασε αύξηση τάξεως 5,3% το 2011 σε σχέση με το έτος 2009. Πιο συγκεκριμένα φαίνεται να έχει μεγαλύτερη απήχηση στους άνδρες με τα ποσοστά να κυμαίνονται από 3,4% το 2011 έναντι 1,9% το 2009 καθώς επίσης η επιδείνωση της οικονομικής κρίσης φαίνεται να επηρεάζει τις πιο παραγωγικές ηλικίες 25-34 οπού η επικράτηση της γενικευμένης αγχώδης διαταραχής είναι μεγαλύτερη με τα ποσοστά να φτάνουν 5,4% το 2011 έναντι 0,9% το 2009. Επιπλέον υψηλή επικράτηση της Γ.Δ.Α εμφανίζεται στους έγγαμους με ποσοστό 4,8% το 2011 έναντι 3,0% το 2009 και σε άτομα υψηλού μορφωτικού επιπέδου με ποσοστό 4,2% το 2011 έναντι 1,5% το 2009.Τέλος οι κάτοικοι της Αθήνας εμφανίζουν μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης Γ.Δ.Α με ποσοστό 6,4% το 2011 συγκριτικά με το 2009 με 2,2% ακόμα και μεγαλύτερη εμφάνιση παρουσιάζεται και στον εργαζόμενο πληθυσμό με το ποσοστό να φτάνει το 2011 σε 4,3 % το 2011 έναντι 1,6% το 2009. **(Οικονόμου Μ., et al., 2013).**

Το ενδιαφέρον της έρευνας αυτής στρέφεται στην σύγκριση των ποσοστών της επικράτησης των μειζόνων καταθλιπτικών επεισοδίων έναντι της διαταραχής του γενικευμένου άγχους ανά πληθυσμιακές ομάδες. Είδαμε ότι τα άτομα ηλικίας 45 ετών και άνω εμφανίζουν μεγαλύτερη πιθανότητα να εκδηλώσουν μείζονα κατάθλιψη ενώ άτομα ηλικίας 25- 44 ετών όπου βρίσκονται στην παραγωγική και δημιουργική τους περίοδο εκδηλώνουν Γ.Δ.Α. Για αυτό το λόγο λοιπόν τα άτομα μεγαλύτερων ηλικιών που καλούνται να αντιμετωπίσουν πολλαπλές υποχρεώσεις καθώς επίσης να ανταποκριθούν σε ποικίλους οικογενειακούς και επαγγελματικούς ρόλους , είναι πιο πιθανά στην εμφάνιση της καταθλιπτικής διαταραχής , ενώ έχει βρεθεί ότι η απώλεια εργασίας σε αυτά τα άτομα αυξάνει τον κίνδυνο για εμφάνιση περισσότερων συμπτωμάτων της καταθλιπτικής διαταραχής .Από την άλλη πλευρά τα άτομα νεαρής ηλικίας είναι ευάλωτα στην πιθανότητα εκδήλωσης Γ.Δ.Α και αυτό συμβαίνει διότι η συνεχής απειλή της απώλεια της εργασίας , οι δυσμενείς συνθήκες που προδιαγράφουν το εργασιακό τους μέλλον αλλά και η απουσία των επαγγελματικών προοπτικών ενισχύουν το

αίσθημα της μη ικανοποίησης και της αδυναμίας να ανταποκριθούν στους ρόλους και τις απαιτήσεις της ηλικίας τους. (Zavras D., et al., (2013).

Στην συνέχεια με βάση το μορφωτικό επίπεδο, τα άτομα με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο στο οποίο επικρατεί υψηλότερο ποσοστό ανεργίας, όπου βιώνουν πιο έντονα το αίσθημα της απώλειας της εργασίας εμφανίζουν αυξημένες πιθανότητες καταθλιπτικής διαταραχής. Από την άλλη, τα άτομα υψηλού μορφωτικού επιπέδου βιώνουν έντονο άγχος λόγω της συνεχούς απειλής της απώλειας της εργασίας, επικρατεί δηλαδή έντονη εργασιακή ανασφάλεια και αβεβαιότητα για αυτό τον λόγο τα άτομα αυτά παρουσιάζουν μεγάλη προσπάθεια προκειμένου να μπορέσουν να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις της εργασίας τους καθώς και να διατηρήσουν την θέση εργασίας τους. Για να επιτευχθεί αυτό αυξάνονται σε σημαντικό βαθμό ο φόρτος της εργασίας καθώς και οι ώρες εργασίας με αποτέλεσμα τα άτομα αυτά να βιώνουν έντονο άγχος και ενισχύουν τον κίνδυνο εκδήλωσης Γ.Δ.Α. Ακόμα με βάση την οικογενειακή κατάσταση η ομάδα που πλήττονται οι έγγαμοι καθώς παρουσιάζουν μεγάλες πιθανότητες εκδήλωσης καταθλιπτικής διαταραχής αλλά και Γ.Δ.Α. Η οικονομική δυσπραγία συντελεί στην αύξηση της δυσφορίας των συντρόφων, με τις καθημερινές οικονομικές υποχρεώσεις στις οποίες αδυνατούν να ανταποκριθούν τους γεμίζουν με αισθήματα άγχους, λύπης, θυμού, απογοήτευσης και απαισιοδοξία για το μέλλον. Η συναισθηματική δυσφορία αυτή οδηγεί σε συγκρούσεις μεταξύ τους, όπου έχει βρεθεί ότι σχετίζεται με την εμφάνιση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Επιπλέον οι συζυγικές συγκρούσεις επιτείνουν το αίσθημα απειλής της απώλειας του συζύγου αλλά και της οικογενειακής γαλήνης όπου σχετίζεται με την εμφάνιση της Γ.Δ.Α. (Zavras D., et al., 2013)

Τέλος ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζεται εν μέσω της οικονομικής κρίσης οι άνεργοι να εμφανίζουν μόνο καταθλιπτική συμπτωματολογία, διότι σχετίζεται με την απώλεια της εργασίας και των εργασιακών ωφελημάτων, από την άλλη πλευρά οι εργαζόμενοι φαίνεται να είναι ευάλωτοι και στην μείζονα κατάθλιψη και στην Γ.Δ.Α. Ωστόσο οι εργαζόμενοι πέρα από την μείωση του εισοδήματος τους έρχονται αντιμέτωποι καθημερινά με την απώλεια της εργασίας τους, αυξάνοντας τους την ανασφάλεια και την αβεβαιότητα. Το παρατεταμένο άγχος που βιώνουν καθημερινά οι εργαζόμενοι λόγω της εργασιακής ανασφάλειας, ενδεχομένως στο μέλλον να μετασχηματίζεται σε κατάθλιψη. (Zavras D., et al., 2013), (Οικονόμου Μ., et al., 2013)

7.3.5: Επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στα άτομα

Η οικονομική κρίση έχει αντίκτυπο στην κοινωνία, οι επιπτώσεις της δε γίνονται πιο αισθητές όταν εξετάζονται σε επίπεδο οικογένειας και ακόμα περισσότερο πάνω στο ίδιο το άτομο ως μεμονωμένη μονάδα.

Η σύγχρονη κρίση ορίζει τη κρίση της οικονομίας, της ιδεολογίας, του κοινωνικού συμβολαίου και της πολιτικής. Το κύριο γνώρισμα της είναι η επιβολή απότομων και βίαιων αλλαγών στο σύνολο των δομών του Ελληνικού Κράτους με μόνο κριτήριο την εξοικονόμηση πόρων για την εξυπηρέτηση του χρέους.

Οι κύριες επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης, όπως τις βιώνουν τα άτομα, συνοψίζονται στις ακόλουθες:

§ Αύξηση του ποσοστού των ανέργων

Περίπου 1,2 εκατομμύρια Έλληνες είναι άνεργοι εγγεγραμμένοι στον ΟΑΕΔ (Οργανισμός Απασχόλησης Εργατικού Δυναμικού), οι οποίοι αντιστοιχούν σε 864.377 άτομα και το επίδομα ανεργίας χορηγείται μόλις σε 118.842 άτομα. Σύμφωνα με τα στοιχεία που έχουν

αντληθεί από τον ΟΑΕΔ δείχνουν ότι η ανεργία θα αποτελέσει μακροχρόνιο πρόβλημα και αυτό προκύπτει λόγω ότι από τη στιγμή που κάποιος θα χάσει τη δουλειά του θα δυσκολευτεί να μπει και πάλι στην αγορά εργασίας. Η καταγραφόμενη αύξηση των μακροχρόνια ανέργων (για διάστημα πάνω από 12 μήνες) που αναζητούν εργασία υπολογίζεται να ανέρχεται στους 459.232. Οι μακροχρόνια άνεργοι αποτελούν το 23,13% του συνολικού αριθμού των εγγεγραμμένων στον ΟΑΕΔ που αναζητούν εργασία και το 34,15% των μακροχρόνιων ανέργων έχει ως μόνιμη κατοικία την Αττική και το 18,52% την Κεντρική Μακεδονία. (<http://www.newsbeast.gr/greece/arthro/807427/ta-pathi-tou-ellinikou-laou-mesa-apo-arithmous> - Bing, τελευταία πρόσβαση 04.09.2017)

§ Επίπεδο εισοδήματος που αγγίζει τα όρια της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού

Πάνω από δέκα Έλληνες βρίσκονται κάτω από το όριο της φτώχειας. Σύμφωνα με την Eurostat, η Ελλάδα καταλαμβάνει την τρίτη θέση μεταξύ των χωρών της Ευρωζώνης με τον περισσότερο πληθυσμό να βρίσκεται στα όρια της φτώχειας και κοινωνικού αποκλεισμού. (<http://www.newsbeast.gr/> - Bing, τελευταία πρόσβαση 04.09.2017))

Περίπου το 23% των Ελλήνων ζουν κάτω από το όριο της φτώχειας, με μικρά παιδιά, νέους ανθρώπους και ηλικιωμένους να συμπεριλαμβάνονται πίσω από τους αριθμούς. Συγκεκριμένα το 44,8% των συνταξιούχων (1.189.396 από 2.654.784) παίρνουν συντάξεις κάτω από το σταθερό όριο της σχετικής φτώχειας των 665 ευρώ.

Για την Ελλάδα η έκθεση του διεθνούς οργανισμού καταγράφει μείωση των μισθών του δημοσίου κατά 30% από το 2010, ενώ σε χώρες όπως η Ισπανία και η Πορτογαλία οι αντίστοιχοι μισθοί περικόπηκαν κατά 5%. (<http://www.newsbeast.gr/> - Bing, τελευταία πρόσβαση 04.09.2017)

§ Περισσότεροι φόροι στους φτωχούς

Σύμφωνα με έρευνα, οι φτωχότεροι πλήρωσαν περισσότερους φόρους κατά 37%, όταν οι πλούσιοι επιβαρύνθηκαν μόλις κατά 9%.

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε για λογαριασμό του Ιδρύματος Μακροοικονομικών Μελετών Hans Bockler και αναδεικνύει σημαντικές διαφοροποιήσεις, σχετικά με τις φορολογικές επιβαρύνσεις που επιβάρυναν φτωχότερα κοινωνικά στρώματα σε σχέση με τα πλουσιότερα τα χρόνια της κρίσης.

Σύμφωνα με τις φοροεισπρακτικές πολιτικές που ακολούθησαν τα τελευταία χρόνια, οι πολίτες με μεσαία και χαμηλά εισοδήματα είναι αυτοί που σήκωσαν στους ώμους τους όλα τα φορολογικά βάρη

Σε απόλυτους αριθμούς, μπορεί η φορολογική επιβάρυνση στα πιο φτωχά νοικοκυριά να αυξήθηκε κατά μερικές εκατοντάδες ευρώ, όμως σ' αυτήν προστέθηκαν μειώσεις σε μισθούς και συντάξεις, αλλά και η αύξηση της ανεργίας.

Την περίοδο 2008-2012 οι άμεσοι φόροι που κατέλαβαν οι ασθενέστεροι εισοδηματικά Έλληνες αυξήθηκαν κατά 125,9%. Αν συνυπολογιστούν και οι φόροι επί των ακινήτων οι οποίοι αυξήθηκαν κατά 1.071% για τους ισχυρά πιο οικονομικούς πολίτες και κατά 1.420% για τους δυνητικά πιο αδύνατους οικονομικούς πολίτες, συνολικά η φορολόγηση των ασθενέστερων οικονομικά στρωμάτων του ελληνικού λαού αυξήθηκε κατά 337,7%, ενώ η φορολόγηση των ισχυρότερων αυξήθηκε μόλις κατά 9%.

(<http://www.newsbeast.gr/greece/arthro/807427/ta-pathi-tou-ellinikou-laou-mesa-apo-arithmous> - Bing, τελευταία πρόσβαση 04.09.2017) .

§ Αδυναμία πληρωμής δανείων

Η μάλιστα της ανεργίας και η δραματική μείωση του εισοδήματος με τα φτωχότερα νοικοκυριά να έχασαν το 86% του συνολικού εισοδήματος ενώ τα πιο πλούσια μόλις το 16% με 20%) βοήθησε την εκτίναξη των δανείων προκαλώντας την αδυναμία πληρωμής των Ελλήνων στο ανερχόμενο ποσό των 77.000.000.000 ευρώ περίπου.
(<http://www.newsbeast.gr/health/page/3> - Bing, τελευταία πρόσβαση 04.09.2017)

§ Ανασφάλιστοι πολίτες-επιδείνωση υγείας

Οι ανασφάλιστοι πολίτες της χώρας ξεπερνούν τα 3.000.000. Οι ιατροί κάτω από έρευνες της IPSOS που έχουν πραγματοποιήσει, δήλωσαν ότι το 17% των ασθενών τους που ακολουθούσαν χρόνια αγωγή, έμεινε ανασφάλιστο το προηγούμενο έτος σημαίνοντας ότι περίπου 4/10 από αυτούς του ασθενείς αναγκάστηκαν να διακόψουν την αγωγή τους λόγω της οικονομικής στενότητας.

Παρά τη χρόνια πάθηση που είχαν να αντιμετωπίσουν οι ασθενείς οδηγήθηκαν είτε στην τροποποίηση της αγωγής είτε έπαψαν να την ακολουθούν εξαιτίας των δυσμενών συνθηκών που είχαν δημιουργηθεί για την πληρωμή των φαρμάκων αλλά και των αντιστοίχων επισκέψεων στα ιατρεία των ιατρών. Οι γιατροί που συμμετείχαν στην έρευνα ανέφεραν πως 1/3 ασθενείς παρουσίασε επιδείνωση της υγείας του. (**Whitehead B.R., Bergeman C.S., 2015**).

Έρευνες της Ευρωπαϊκής Ένωσης αποκαλύπτουν ότι οι μισοί πολίτες (το 47%) δηλώνουν ότι δε γίνεται λήψη της απαραίτητης φαρμακευτικής περίθαλψης με αποτέλεσμα χιλιάδες να είναι οι ανασφάλιστοι αλλά να αδυνατούν να καλύψουν τα έξοδα νοσηλείας, εξετάσεων και φαρμάκων που απαιτούνται για να μην παρουσιάσουν επιπλοκές και υποτροπή των συμπτωμάτων της ασθένειάς τους.

Το ποσοστό των νοικοκυριών που δεν μπορεί να ανταπεξέλθει στο κόστος της φαρμακευτικής περίθαλψης εξαιτίας της οικονομικής κρίσης εκτιμάται σε 4,5% επί του συνόλου το 2013, όταν το αντίστοιχο ποσοστό το 2010 δεν υπερέβαινε το 1,6%. Ακόμα υπολογίζεται ότι το 31% των νέων στην Ευρωπαϊκή Ένωση αναφέρει ότι εξαιτίας το υψηλό κόστος δεν έχουν πάντα τη δυνατότητα πρόσβασης στις παροχές υγείας. Η Ελλάδα διαθέτει το υψηλότερο ποσοστό της τάξης του 64% νέων, που δηλώνει ως την κυριότερη και βασικότερη αιτία, δηλαδή το υψηλό κόστος της περίθαλψης, για την έλλειψη υγειονομικής περίθαλψης που περιγράφεται σε αντίστοιχες μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί. (**Christodoulou N.G., Christodoulou G.N., 2013**), (**Whitehead B.R., Bergeman C.S., 2015**).

§ Τα προβλήματα στην ιατρική περίθαλψη

Με την οικονομική κρίση παρατηρείται μια συνολική αρνητική επίπτωση στην υγεία, καθώς λοιπόν αυξάνεται η ανεργία οι κυβερνήσεις, καταναλωτές, και οι μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί υγείας βρίσκονται υπό πίεση, το άγχος των εργαζομένων εντείνεται και η απώλεια θέσεων εργασίας οδηγεί στην μείωση της ασφαλιστικής κάλυψης. Τα δημόσια ελλείμματα και η ανεργία ασκούν ασφυκτικές πιέσεις στους προϋπολογισμούς της ασφάλισης και των ιδρυμάτων υγειονομικής ασφάλισης, καθώς επίσης στις επιχειρήσεις υγείας ιδιωτικού χαρακτήρα αντιμετωπίζουν προβλήματα ρευστότητας. Οι επιπτώσεις λοιπόν στην υγεία λόγω της οικονομικής κρίσης είναι η αυξημένη ζήτηση στις δημόσιες μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας και αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι η μείωση του εισοδήματος του ασθενούς τον στρέφει στην αναζήτηση των υπηρεσιών υγείας που έχουν ασφαλιστική κάλυψη. Τα συστήματα υγείας των αναπτυσσόμενων χωρών θα αντιμετωπίσουν προβλήματα

χρηματοδότησης για τους εξής λόγους, πρώτον την μείωση των κρατικών δαπανών για την υγεία λόγω οικονομικής στενότητας και δεύτερον η διακοπή χρηματοδότησης από τις πλουσιότερες χώρες οι οποίες καλύπτουν ένα μεγάλο χρηματικό ποσό στο τομέα της υγείας. Αντίθετα στις μέσης και χαμηλής ανάπτυξης χώρες υπάρχει μεγάλο πρόβλημα των βασικών παροχών όπως είναι οι εμβολιασμοί όπου η μείωση αυτών σχετίζεται με την αυξημένη θνησιμότητα των βρεφών. Όσο αφορά το ελληνικό σύστημα υγείας θα έχει να αντιμετωπίσει αρκετά προβλήματα λόγω της οικονομικής κρίσης. Η δυσαρέσκεια των ασθενών στηρίζεται στις υψηλές ιδιωτικές δαπάνες καθώς επίσης στην μεγάλη αναμονή και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας ειδικά από την πρωτοβάθμια φροντίδα. Τέλος τα ελλείμματα των δημόσιων νοσοκομείων και των ασφαλιστικών οργανισμών υγείας θα αυξηθούν ενώ οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες θα έχουν προβλήματα χρηματοδότησης. (*Kyriopoulos G., Tsiantou B., 2009*).

Έρευνα έχει δείξει ότι το Ελληνικό Κράτος, από τα αρχικά στάδια της οικονομικής κρίσης αντιμετωπίζει εκτός από τα αυξημένα επίπεδα της ανεργίας και τις μεγάλες περικοπές των μισθολογίων στους πολίτες της, παρατηρήθηκε ότι και οι τομείς της υγείας και ευημερίας επηρεάστηκαν σημαντικά με τα αυστηρά μέτρα λιτότητας, τα οποία θέτουν σε κίνδυνο την παροχή και την πρόσβαση στις αντίστοιχες υπηρεσίες έχοντας ως αποτέλεσμα τη δημιουργία χάσματος ανισότητας στο τομέα της υγείας. Με την είσοδο στην 9^η χρονιά της οικονομικής κρίσης το 2016, η Ελλάδα σημείωσε μείωση κατά 29% του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος (ΑΕΠ) μεταξύ 2008-2014, ενώ από το 2014 το ποσοστό ανεργίας έφθασε το 26,5% και η μακροχρόνια ανεργία 19,5%. Επομένως, η κρίση και πολιτική ανταπόκριση που σχεδιάστηκε από διεθνές πιστωτές της Ελλάδος οδήγησαν σε απότομες μειώσεις των δημοσίων δαπανών, οι οποίες ανήλθαν σε 36% μεταξύ 2009-2014. Σύμφωνα λοιπόν με στατιστικά στοιχεία της Ευρωπαϊκής Ένωσης όσον αφορά το εισόδημα και τις συνθήκες διαβίωσης δείχνουν το ποσοστό των ατόμων που αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας και έχουν ανάγκη τη χρήση ιατρικών υπηρεσιών να έχει διπλασιαστεί το κόστος από 7% το 2008 σε 13,9% το 2013. Σημαντική παρατήρηση, ωστόσο, ήταν και το χάσμα ανάμεσα στους πλούσιους και φτωχούς όπου το 2013 αυξήθηκε κατά 10 φορές περισσότερο από το 2008. Επιπλέον, οι περικοπές λιτότητας έχουν επιπτώσεις και σε άλλες ευάλωτες κοινωνικές ομάδες, όπως οι μετανάστες χωρίς έγγραφα και οι χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών. Παρά τα μέτρα όμως που έχουν ληφθεί από το κράτος προκειμένου να αμβλυθεί ο αντίκτυπος της λιτότητας, οι χρόνιες και οι πρόσφατες ασθένειες του υγειονομικού συστήματος στον Ελλαδικό χώρο, από την άλλη μεριά, εξακολουθούν να επηρεάζουν την ικανότητα του κράτους να προστατεύει επαρκώς τις κοινωνικές ομάδες που πλήττονται περισσότερο από την οικονομική κρίση. Οι πρόσφατες πολιτικές αναταραχές του 2015, συμπεριλαμβανόμενων 2 εθνικών εκλογών δημοψηφίσματος κρίσης στην Ευρωζώνη και της κρίσης των προσφύγων κατάφεραν να σύρουν τη προσοχή ύστερα από πιεστικές προκλήσεις στο σύστημα υγείας της χώρας. Εν κατακλείδι, η αντιμετώπιση του αυξανόμενου χάσματος ανισότητας στην υγεία θα απαιτήσει την επίμονη προσπάθεια της ηγεσίας της χώρας κατά τα προσεχή έτη. (*Karanikolos M., Kentikelenis Al., 2016*), (*Filippidis F.T., et al., 2017*), (*Zavras D., 2016*).

7.3.6: Επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης σε σχέση με τη μετανάστευση

Ο αριθμός των Ελλήνων επιστημόνων που έφυγαν για το εξωτερικό, σύμφωνα με μελέτη του Πανεπιστημίου Μακεδονίας, αγγίζει τους 100.000.

Η μετανάστευση των νέων επιστημόνων εντάθηκε την τελευταία πενταετία λόγω της οικονομικής κρίσης και την υψηλής ανεργίας, η οποία ξεπερνάει το 50% στους νέους έως 25

ετών, ενώ παραμένει ιδιαίτερα υψηλή στους νέους 25-29 ετών (40%) και στην εξίσου δυναμική ηλικιακή ομάδα των 30-44 ετών (25,5%).

Με βάση έρευνα του Πανεπιστημίου Μακεδονίας (Μονάδα Περιφερειακής Ανάπτυξης και Πολιτικής), οι νέοι που επιδιώκουν να αναζητήσουν μια καλύτερη προοπτική επιτυχίας αποσκοπώντας σε μία καλύτερη τύχη στον εργασιακό τομέα στράφηκαν στο εξωτερικό διαθέτοντας υψηλά ακαδημαϊκά προσόντα. Σύμφωνα με στατιστικές έρευνες υπολογίζεται ότι το 73% των νέων έχει μεταπτυχιακό τίτλο, το 51,2% διδακτορικό, ενώ το 41% έχει σπουδάσει σε πολύ καλό πανεπιστήμιο. (<http://www.newsbeast.gr/greece/arthro/807427/ta-pathi-tou-ellinikou-laou-mesa-apo-arithmous> - Bing, τελευταία πρόσβαση 04.09.2017)

7.3.7: Επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης σε σχέση με τον αυτοκτονικό ιδεασμό

Τα ποσοστά των αυτοκτονιών αυξάνονται κατά τη διάρκεια των περιόδων που έχουν πληγεί από την οικονομική κρίση. Όμως είναι λίγα εκείνα τα περιστατικά αυτοκτονίας, τα οποία έχουν καταγραφεί και δημοσιευθεί στα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης (Μ.Μ.Ε) που έχουν προκύψει οι αντίστοιχοι θάνατοι εξαιτίας από απώλεια θέσεων εργασίας και από τη φύση των οικονομικών πιέσεων. Σύμφωνα με έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί το 43% των ατόμων που έχουν μια θέση εργασίας, το 41% των ατόμων που αντιμετωπίζει οικονομικές δυσκολίες, το 23% των ατόμων που είναι οικονομικά εξαρτημένοι, μόνο το 13% αυτού του ποσοστού των ανθρώπων οδηγείται στην αυτοκτονία.

Οι οικονομικές δυσκολίες, το ιστορικό ψυχιατρικής διαταραχής, τα οικονομικά εξαρτημένα άτομα καθώς και η μάλιστα της ανεργίας αποτελούν τους σημαντικότερους παράγοντες που οδηγούν συχνότερα σε θανάτους από πρόθεση κατά τη διάρκεια της οικονομικής ύφεσης.

Οι μικρότερες ηλικίες είναι εκείνες που καταγράφονται κυρίως. Ωστόσο, είναι απαραίτητο να γίνουν οι κατάλληλες παρεμβάσεις τόσο από την κοινωνία όσο και από το οικογενειακό περιβάλλον των τόμων που είτε έχουν χάσει την εργασία τους, είτε αντιμετωπίζουν σοβαρές οικονομικές δυσκολίες είτε πάσχουν ήδη από κάποια ψυχική διαταραχή προκειμένου να ληφθούν τρόποι πρόληψης κατά της αυτοκτονίας με τη στήριξη κυρίως των κλινικών ψυχικών υπηρεσιών. (Coope C., et al., 2015), (Haw C., et al., 2014), (Economou M., et al., 2016).

7.4: Συσχέτιση οικονομικής κρίσης και ψυχικής υγείας

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ) έχει γίνει πρόβλεψη με βάση ερευνητικά στοιχεία ότι μέχρι το 2020 οι ψυχικές διαταραχές και ιδιαίτερα οι συναισθηματικές και αγχώδεις διαταραχές θα καταστούν δεύτερες σε συχνότητα εμφάνισης μετά από την αρχική θέση που έχει η ισχαιμική καρδιοπάθεια προκαλώντας με τη σειρά τους σημαντικά λειτουργικά και ψυχικά προβλήματα.

Υψηλές ομάδες κινδύνου, οι οποίοι έρχονται πρώτοι να αντιμετωπίσουν τα αποτελέσματα της οικονομικής ύφεσης, μειωμένοι μισθοί, ανεργία είναι η ομάδα που περιλαμβάνει τους οικονομικά ασθενέστερους ιδιαίτερα όταν οι ίδιοι νοσούν είτε από παθήσεις παθολογικού τομέα ή από ψυχικά νοσήματα, αποτελώντας τον φαύλο κύκλο ανάμεσα στη φτώχεια και στις ψυχικές διαταραχές.

Σημαντική συσχέτιση υπάρχει ανάμεσα της οικονομικής κρίσης και τη ψυχική υγεία των επαγγελματιών της υγείας και αυτό προκύπτει από τις μειώσεις δαπανών που γίνονται σε μισθούς και από λειτουργικά προβλήματα των νοσοκομείων εξαιτίας των περικοπών του κράτους που οδηγούν στη μειωμένη ποιότητα των υποδομών και των υπηρεσιών. Η ύπαρξη ενός περιβάλλοντος εντατικών επαγγελματικών καθηκόντων με συνεχόμενες απαιτήσεις έχει

ως λογικό αποτέλεσμα τη μείωση του ηθικού και τη δημιουργία της επαγγελματικής εξουθένωσης του εκάστοτε προσωπικού (burn - out). (<http://www.encephalos.gr/pdf/50-1-02g.pdf> - Bing, τελευταία πρόσβαση 04/09/2017)

Στην Ελλάδα, οι ψυχικές διαταραχές σημειώνουν αυξημένα ποσοστά που ανέρχονται με ποσοστό 10-12% του συνολικού πληθυσμού όλων των ηλικιών ενώ το μισό ποσοστό από αυτό να οδηγείται στη βοήθεια ειδικού επαγγελματία Ψυχικής Υγείας καθώς σε φαρμακευτικές παρεμβάσεις εξαιτίας της οικονομικής κρίσης σύμφωνα με ειδική αναφορά από το Γιάννη Πατούλη, ο οποίος είναι πρόεδρος του Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών (Ι.Σ.Α). (<http://www.newsbeast.gr/health/arthro/817934/therizoun-oi-psuhikes-astheneies-stin-ellada-exaitias-tis-krisis> - Bing., τελευταία πρόσβαση 04/09/2017).

Τα τελευταία χρόνια που η οικονομική κρίση έχει κάνει την εμφάνιση της και στον Ελλαδικό χώρο φαίνεται πως έπληξε την ψυχική υγεία όχι μόνο όσων έπασχαν από κάποια πάθηση αλλά και τους υγιείς ανθρώπους. Οι μειωμένες πιθανότητες εύρεσης εργασιακής απασχόλησης ή οι μηδαμινές ενασχολήσεις στο εργασιακό περιβάλλον προκαλούν όπως είναι λογικό έντονη ανασφάλεια και άγχος στους ανθρώπους αφού δεν έχουν τη δυνατότητα να καλύψουν τις ανάγκες που απαιτεί ο ίδιος ο εαυτός τους αλλά και της οικογένειά τους με αποτέλεσμα να δημιουργούνται αντίστοιχα ψυχολογικά προβλήματα. Ωστόσο, η συρρίκνωση των προγραμμάτων της υγείας αλλά και η έλλειψη χρηματοδότησης κοινωνικών δομών έχουν προκαλέσει επιπλέον επιδείνωση της κατάστασης στο χώρο της υγείας. Η κρίση έχει την ικανότητα να εξασθενεί τους προστατευτικούς παράγοντες που συμβάλλουν στη δημιουργία και διατήρηση της ψυχικής υγείας και να βοηθά στην αύξηση των παραγόντων κινδύνου της ανάπτυξης των ψυχικών διαταραχών. (*Economou M., et al., (2013)*)

Η εργασιακή ανασφάλεια, η ανεργία, η αύξηση των κοινωνικών ανισοτήτων, η φτώχεια, ο κοινωνικός αποκλεισμός ιδιαίτερα των ευπαθών ομάδων, η αδυναμία ελέγχου της ζωής του ατόμου κι η αβεβαιότητα για το μέλλον που αποτελούν παράγοντες που οδηγούν τη πλειοψηφία των Ελλήνων σε ατομικό και σε ομαδικό επίπεδο να αντιμετωπίσει καταστάσεις που προκαλούν ψυχικό πόνο και απόγνωση.

Η διαρκής άδικη ενοχοποίηση των πολιτών για την κατάστασή τους, φαίνεται πως η πολιτική τους καθιστά αποκλειστικά υπεύθυνους, ως ξεχωριστή περίπτωση από τους υπόλοιπους λαούς της Ευρώπης, προκαλώντας με το αυτό τον τρόπο τη δημιουργία αισθημάτων όπως είναι η μειονεξία, η ανικανότητα και η ενοχή. Αυτό που αξίζει να τονιστεί είναι ότι η κρίση στην Ελλάδα αποτελεί μέρος της ευρωπαϊκής και αποτέλεσμα της διεθνούς κρίσης που εμφανίστηκε το 2008. (<https://kostaskogiopoulos.wordpress.com/2013/08/05/> - Bing, τελευταία πρόσβαση 04/09/2017).

7.5: Αποτελέσματα οικονομικής κρίσης στη ψυχική υγεία του σύγχρονου ατόμου βασισμένα σε ερευνητικά δεδομένα

Το 2007-2008, η βαθιά οικονομική κρίση στις Η.Π.Α έγινε με την πτώχευση της Lehmann Brothers Ins, η οποία (κρίση) εξαπλώθηκε σε γρήγορους ρυθμούς σε όλη την Ευρώπη και παγκοσμίως ευρύτερα και είχε ως λογική συνέπεια να επηρεάσει την Οικονομία αντίστοιχα. Η χρηματοπιστωτική οικονομική κρίση που είναι γνωστή ως 'Η μεγάλη ύφεση' ταλαιπωρεί πολλές χώρες ακόμα και σήμερα. (*Economou M., et al.,(2013)*).

Η οικονομική κρίση ως λογικό αποτέλεσμα έφερε γρήγορη αύξηση της ανεργίας καθώς ήταν προβλέψιμο ότι η διάρκεια της θα ήταν μεγάλη και η ανάκαμψη της θα γινόταν με αργούς ρυθμούς. Μια τέτοια οικονομική αλλαγή συνεπώς θα είχε σημαντικό αντίκτυπο στους εργαζόμενους σε όλο τον κόσμο. (*Economou M., et al.,(2013)*).

Από το 2007-2008, επισημάνθηκε ο μεγάλος αριθμός της ανεργίας στις Ευρωπαϊκές χώρες και κυρίως φάνηκε πως επηρεάστηκαν οι νέοι άνω των 25 ετών εκτός από την χώρα της Γερμανίας. Αυτή η οικονομική κατάσταση επηρέασε αρνητικά όλους τους εργαζόμενους παγκοσμίως. (*Economou M., et al.,(2013)*)

Όλες οι επιχειρήσεις ήρθαν αντιμέτωπες με την οικονομική κρίση, αφού εξαναγκάστηκαν να γίνουν οι ανάλογες περικοπές του προσωπικού και συνεπώς η αύξηση του αριθμού των ανέργων επέφερε ριζικές αλλαγές και στους εργαζόμενους που παρέμειναν στις επιχειρήσεις, όσον αφορά στην οργάνωση της εργασίας, ενισχύοντας με αυτό τον τρόπο το αίσθημα της ανασφάλειας. (*Economou M., et al.,(2013)*)

Επίσης, η μείωση του προσωπικού επέφερε επιβαρυντικό φορτίο εργασίας με περισσότερες βάρδιες, λιγότερη ανάπαυση, μειωμένους μισθούς και δυσάρεσκη εργασία με αποτέλεσμα να δημιουργούνται αγχωτικές συνθήκες εργασίας.

(*Economou M., et al.,(2013)*).

(1) Το άγχος είναι ένας από τους παράγοντες που τα άτομα έρχονται αντιμέτωπα με τις συνέπειες των καταστάσεων που επιφέρει η οικονομική κρίση και καλούνται να το διαχειριστούν με κατάλληλες τεχνικές όπως είναι η ψυχραιμία θέτοντας αρμόδιες λύσεις προκειμένου να ανταπεξέλθουν.

Οι αγχώδεις διαταραχές είναι ιδιαίτερα εμφανές όταν ένα άτομο βιώνει μία συγκεκριμένη απειλή ή μία κατάσταση, η οποία προκαλεί νευρικότητα. Η διαταραχή πανικού είναι αποτέλεσμα των αγχωδών διαταραχών και η οικονομική κρίση βοηθάει στην εκδήλωση της σύμφωνα με έρευνες που έχουν μελετήσει τα αντίστοιχα αντικείμενα, την κρίση πανικού με την κρίση της οικονομίας. Η πρόβλεψη του πανικού για το αν θα κάνει την εμφάνιση του ή όχι έχει ιδιαίτερη σημασία σε όσους τομείς έχουν σχέση με την ανθρώπινη και ζωτική συμπεριφορά και συγκεκριμένα στον τομέα της οικονομίας και αυτό αποδεικνύεται ύστερα από την πρόσφατη χρηματοπιστωτική κρίση. Τα υψηλά επίπεδα αγοράς φαίνεται να προκαλούν πανικό εξαιτίας της μίμησης και της άμεσης απόδειξης της αβεβαιότητας και κατά συνέπεια της νευρικότητας που δημιουργούνται στους ανθρώπους από την επιρροή των εξωτερικών ειδήσεων. Τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης (Μ.Μ.Ε) πέρα από την ικανότητα της ενημέρωσης που δύναται να δώσουν για τα πολιτικά θέματα του ελληνικού και ευρύτερα του παγκόσμιου λαού έχει παρατηρηθεί από μελέτες ότι πολλές φορές η παραπληροφόρηση έχει προκαλέσει στους αποδέκτες της την αβεβαιότητα της υπάρχουσας κατάστασης στον οικονομικό τομέα. Οι πολίτες της εκάστοτε κοινωνίας που καλούνται να αντιμετωπίσουν την κατάσταση της προπαγάνδας και του μιμητισμού που παρέχουν τα Μ.Μ.Ε τους δημιουργεί το αίσθημα της ανασφάλειας και συνεπώς το άγχος για την πραγματικότητα της οικονομίας και οι προδιαγραφές του μέλλοντος όσον αφορά την εύρεση εργασίας και την λύση της ανεργίας οδηγούνται συχνά στην αναποτελεσματική αντιμετώπιση του με αποτέλεσμα ο πανικός να

διακατέχεται και να προκαλεί την πλήρη αποδιοργάνωση του σωματικού και ψυχικού του συστήματος. Η αποδιοργάνωση του ανθρώπου που βιώνει κρίση πανικού γίνεται απόλυτα κατανοητή από τα χαρακτηριστικά του γνωρίσματα, σημεία – συμπτώματα αφού οι φυσικές μεταβολές του οργανικού του συστήματος χαρακτηρίζονται από την αύξηση του καρδιακού ρυθμού, τη διαταραχή της αναπνοής, την εκδήλωση του τρόμου, την έκκριση του ιδρώτα, το αίσθημα του σφιξίματος και του πόνου στο στήθος, την εκδήλωση αγγειοκινητικών μεταβολών καθώς σε ορισμένες περιπτώσεις την τάση λιποθυμικών επεισοδίων με βάση από τα παραπάνω σημεία να νιώθουν το αίσθημα του θανάτου, το φόβο για ενδεχόμενη απώλεια ελέγχου ή τρέλας. Αυτά τα σημάδια βοηθούν το άτομο που βιώνει συχνά τη κρίση πανικού να νιώθει ανασφάλεια αφού τον εμποδίζει στις κοινωνικές και επαγγελματικές του δραστηριότητες διότι έχει το φόβο της επανάληψης του φαινομένου και πόσο μάλλον όταν γνωρίζει τη δύσκολη κατάσταση της σύγχρονης καθημερινότητας με τη μάλιστα της ανεργίας στη κοινωνία, τις μειωμένες θέσεις εργασιακής απασχόλησης που διαθέτει ο επαγγελματικός τομέας καθώς και η πληροφόρηση από τα Μ.Μ.Ε που δεν αποσκοπεί τις περισσότερες φορές στην ερμηνεία των πραγματικών καταστάσεων ώστε να οδηγούν το άτομο στη συσσώρευση του άγχους εκδηλώνοντας τον πανικό με τις επακόλουθες επιπτώσεις του. (*Harmon et al, 2011*)

(2) Το Κοινωνικό Κεφάλαιο δεν αποτελεί την περιουσία μιας οργάνωσης, ή της αγοράς ή του κράτους παρόλο που όλα αυτά έχουν τη δυνατότητα να συμβάλλουν στη δημιουργία του. Αφορά τους πολίτες, της ίδιας ή διαφορετικής καταγωγής και κουλτούρας που συνδέονται κοινωνικά και δημιουργούν δίκτυα και ενώσεις. Σύμφωνα με τον ορισμό της Παγκόσμιας Τράπεζας, το κοινωνικό κεφάλαιο, έχει οριστεί ως η συνεκτική ‘κόλλα’ που κράτα δεμένες τις κοινωνίες.

Κοινωνία χαρακτηρίζεται η οικογένεια, το εργασιακό περιβάλλον, ο κλάδος της εκπαίδευσης αφού αποτελούνται από ομάδες που μεταξύ τους η κάθε ομάδα έχει δικό της κώδικα επικοινωνίας και κοινά χαρακτηριστικά που την ενώνουν. Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα έχει επηρεάσει σε σημαντικό βαθμό την ψυχοσύνθεση της οικογένειας. Το επαγγελματικό παρόν και μέλλον των μελών της είναι η κύρια ανησυχία στη χρονική διάρκεια της κρίσης. Στη κρίση που όλα τα επαγγέλματα βρίσκονται μετέωρα και παρατηρείται η πλειοψηφία κλειστών θέσεων εργασιακής απασχόλησης, με αποτέλεσμα τα μέλη της οικογένειας είτε να δέχονται τις αντίστοιχες μειώσεις στο εισόδημα τους είτε να οδηγούνται στο δρόμο της ανεργίας όπου τα ποσοστά εγγεγραμμένων στον Ο.Α.Ε.Δ σύμφωνα με στατιστικές έρευνες που έχουν ασχοληθεί με το συγκεκριμένο αντικείμενο δείχνουν πως είναι υψηλά. Η μείωση των οικονομικών πόρων μέσα στην οικογένεια όπως είναι λογικό φέρνει αισθήματα ανασφάλειας, αβεβαιότητας για την εξέλιξη της οικονομικής κατάστασης μέσα στο οικογενειακό περιβάλλον. Η υψηλή φορολογία από την μια πλευρά και η χαμηλή μισθοδοσία από την άλλη δημιουργούν το πρόβλημα της δύσκολης απόκτησης χρήσιμων και αναγκαίων αγαθών ως προς τη κάλυψη των προς των ζην. Με αυτό τον τρόπο έρχονται να αποδειχτούν πραγματικά τα μεγάλα ποσοστά φτώχειας που έχουν καταγραφεί στα χρόνια αυτής της χρηματοπιστωτικής κρίσης στον Ελλαδικό χώρο ύστερα από σχετικές μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί και έχουν βρεθεί τα αντίστοιχα αποτελέσματα της οικονομικής εξαθλίωσης που αντιμετωπίζουν οι οικογένειες. Αναμφίβολα, λοιπόν, οι καταστάσεις αυτές που βιώνουν τα μέλη της οικογένειας μέσα από τα άμεσα αποτελέσματα της οικονομικής ύφεσης τους οδηγούν στην απόκτηση έντονου στρες, της χαμηλής αυτοπεποίθησης όταν δε μπορούν να βρουν μια εργασία να απασχοληθούν για να καλύψουν ορισμένες βασικές τους ανάγκες, διαταραχή στη διάθεση τους που η μελαγχολία και η απόγνωση ζωγραφίζεται στο πρόσωπό τους αφού δεν μπορούν να συμμετάσχουν σε κοινωνικές υποχρεώσεις και σε προγράμματα

διασκεδαστικού περιεχομένου με σκοπό τη χαρά και τη ξεγνοιασιά, με αποτέλεσμα πολύ σύντομα να εμφανίζουν συμπτώματα κατάθλιψης και πανικού εξαιτίας της ανικανότητας διαχείρισης των στρεσογόνων παραγόντων της σύγχρονης καθημερινότητας. Ωστόσο, τα μικρότερα μέλη της οικογένειας, που είναι τα παιδιά επηρεάζονται και αυτά από τις οικονομικές δυσκολίες αφού αναγκάζονται να βγουν στο χώρο εργασίας ακόμα και πριν τελειώσουν το σχολείο, να παραγκωνίζουν την μόρφωση τους και την εισαγωγή τους σε Ανώτατα Εκπαιδευτικά Ιδρύματα (Α.Ε.Ι) ή σε Ανώτατα Τεχνολογικά Εκπαιδευτικά Ιδρύματα (Α.Τ.Ε.Ι) λόγω των δυσμενών οικονομικών προβλημάτων της οικογένειας τους και να μένουν φτωχά σε μορφωτικό επίπεδο όταν υπάρχουν ακόμα οικογένειες που μπορούν να σπουδάσουν τα παιδιά τους και να τα προωθήσουν σε ένα καλύτερο μέλλον σε επαγγελματικό και προσωπικό επίπεδο. Αυτή η παρατήρηση και συνεπώς σύγκριση που διαμορφώνεται στις αντίστοιχες κατηγορίες πλουσίων και φτωχών προκαλούν στα οικονομικά ασθενέστερα παιδιά το αίσθημα της θλίψης, της απογοήτευσης, της απελπισίας και έχει καταγραφεί πως ένα ποσοστό αυτών των παιδιών καταφεύγει στην εγκληματική ζωή και στην χρήση ναρκωτικών ουσιών, στη χρήση υπερβολικής ποσότητας αλκοόλ καθώς και στις αυτοκτονικές τάσεις αφού δε μπορούν να δεχτούν τη σκληρή καθημερινότητα που καλούνται να αντιμετωπίσουν. (*Economou M., et al, 2014*)

Σύμφωνα με θεωρητική και εμπειρική έρευνα στο πλαίσιο των κοινωνικών, οικονομικών και πολιτικών επιστημών έχουν καταδειχτεί, ότι ομάδες και περιοχές ακόμα που διαθέτουν υψηλό κοινωνικό κεφάλαιο έχουν πολύ μεγαλύτερες πιθανότητες να επιτύχουν υψηλά επίπεδα ευημερίας και αλληλεγγύης σε σύγκριση με περιοχές που διαθέτουν χαμηλό δείκτη εμπιστοσύνης και αδύναμη κοινωνία πολιτών. Επομένως, το Κοινωνικό κεφάλαιο αποτελεί σημαντική προϋπόθεση για την οικονομική ανάπτυξη αλλά και για την αποτελεσματική διακυβέρνηση δημιουργώντας ισχυρή σχέση με την οικονομία αλλά και με την επίδραση σε αυτήν η οικονομική κρίση. Το εργασιακό κεφάλαιο, περιλαμβάνει το χώρο των επιχειρήσεων, των εταιριών που δέχτηκαν τις μεγαλύτερες πληγές από την ύφεση της οικονομικής κρίσης με τη μείωση των αγορών και πωλήσεων, την αυξημένη φορολογία των τιμών των προϊόντων έχοντας ως άμεση επίπτωση την αναποτελεσματική κάλυψη των αναγκών της εκάστοτε επιχείρησης λόγω των αυξημένων υποχρεώσεων που συνεχώς προστίθενται να εκπληρώσουν. Οι αυξημένες υποχρεώσεις που καλούνται να καλύψουν οι επιχειρηματίες σε μια περίοδο που η οικονομική ύφεση ολοένα και επεκτείνεται σε δημόσιο και ιδιωτικό επίπεδο έχουν οδηγήσει τα άτομα που έχουν σημαντικές θέσεις στην διοίκηση επιχειρήσεων και στις υπηρεσίες λογιστικού και οικονομικού τομέα να έρχονται αντιμέτωπα με το άγχος και το στρες με κύριο προβληματισμό την εξέλιξη της επιχείρησης τους. Οι άμεσες λύσεις που αναγκαστικά λαμβάνουν για τη διευκόλυνση της οικονομικής πορείας της επιχείρησης είναι είτε η μείωση του μισθού είτε στην απόλυσή του κοινωνικού κεφαλαίου. Ωστόσο, και οι δύο οι ενέργειες είναι βέβαιο πως μπορεί στην αρχή του οικονομικού προβλήματος να θεωρηθούν κατάλληλες όμως γρήγορα συνειδητοποιείται ότι αυτή η λύση ήταν προσωρινή αφού η εξέλιξη στα οικονομικά γεγονότα και ιδιαίτερα στον ιδιωτικό τομέα προβάλλουν συνεχώς αλλαγές ως προς το κλείσιμο των επιχειρήσεων. Αναμφίβολα, λοιπόν, αυτό έχει ως αποτέλεσμα στους εργαζόμενους και ιδιαίτερα στη μέση ηλικία (40-60 ετών), ξαφνικά να βρίσκονται δίχως μια θέση εργασίας, να γνωρίζουν μια συγκεκριμένη ειδικότητα ως προς την άσκηση επαγγέλματος, η απόκτηση μιας νέας θέσης σε μια άλλη επιχείρηση φαντάζει ακατόρθωτη και άπιαστη επιθυμία αφού το μεγαλύτερο ποσοστό των επιχειρήσεων και των εταιριών αντιμετωπίζει οικονομικές δυσκολίες και καταλήγει στο κλείσιμο της εκάστοτε επιχείρησης ως την καλύτερη λύση. Η επαγγελματική αβεβαιότητα, το αίσθημα της ανασφάλειας, η χαμηλή αυτοπεποίθηση και η παρουσία του άγχους είναι επιδράσεις που ασκούνται στο σύγχρονο άνθρωπο έχοντας να αντιμετωπίσει την μάστιγα της ανεργίας μέσα στις απαιτήσεις της οικονομικής ύφεσης και εν τέλει επηρεάζεται η ψυχική ισορροπία του

ατόμου και σε κοινωνικό και σε ατομικό επίπεδο , όπως έχουν αποδείξει πολλές έρευνες που έχουν μελετήσει την επίδραση της οικονομίας στη ψυχική υγεία. (*Economou M., et al, 2014*)

(3) Μεγάλο είναι το ενδιαφέρον πολλών ερευνητών είτε της Ελλάδας είτε της Ευρώπης και των Η.Π.Α που έχουν μελετήσει από την αρχή της χρηματοπιστωτικής κρίσης την εκτενέστερη ανασκόπηση των αποτελεσμάτων της πέρα από τις επιπτώσεις στην οικονομία κάθε χώρας, αλλά και την επίπτωση που φέρει στη ψυχική υγεία του σύγχρονου ανθρώπου. Η οικονομική κρίση άσκησε μεγάλη επιρροή και στο τομέα της υγειονομικής περίθαλψης εκτός από την εμφάνιση των αγχωδών διαταραχών, της καταθλιπτικής διαταραχής και του αυτοκτονικού ιδεασμού. (*Gili M., et al, 2012*)

Σχεδόν όλες οι Ευρωπαϊκές χώρες έχουν πληγεί από την οικονομική κρίση που ξεκίνησε το 2007 – 2008 αλλά οι συνέπειες μεταξύ των χωρών φάνηκε να τις δέχτηκε η χώρα της Ισπανίας αλλά και της Ελλάδος. (*Gili M., et al, 2012*)

Στη χώρα της Ισπανίας αποκαλύφθηκαν σημαντικές αυξήσεις στην αναλογία των ασθενών με διάθεση στη μείζονα κατάθλιψη με 19,4% , στην εμφάνιση του άγχους και ιδιαίτερα στη γενικευμένη αγχώδη διαταραχή 8,4%, στις σωματομορφές 7,3% και στις διαταραχές που σχετίζονται με το αλκοόλ 4,6%. Αυξημένος κίνδυνος κατάθλιψης αξίζει να σημειωθεί όσον αφορά τις δυσκολίες των ατόμων που έχουν να αποπληρώσουν τα στεγαστικά δάνεια αλλά και να δεχτούν τις εξώσεις που τους καθορίζονται. Περίπου το 1/3 του συνολικού πληθυσμού της Ισπανίας κατευθύνεται στη συμβουλευτική υποστήριξη από επαγγελματίες Ψυχικής Υγείας και αυτή η κινητικότητα οφείλεται στο συνδυασμό ανάμεσα στο κίνδυνο της ανεργίας που αντιμετωπίζουν τα νοικοκυριά και στις δυσκολίες πληρωμής και εξόφλησης των υποθηκών. (*Gili M., et al, 2012*)

Τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης μελέτης έχουν μια πραγματική βάση όσον αφορά και την Ελληνική χώρα. Οι καταθλιπτικές διαταραχές έχουν αυξηθεί δραματικά σε μεγάλο ποσοστό σύμφωνα με προηγούμενες αναφορές που έχουν γίνει παραπάνω. Το ίδιο συμβαίνει και με τις αγχώδεις διαταραχές, το γενικευμένο άγχος είναι ένας επιβαρυντικός παράγοντας που προκαλεί συνεχώς μεταβολές και δυσκολίες στην αποτελεσματική λειτουργικότητα του ατόμου και η μη κατάλληλη διαχείριση του το οδηγεί στο ξέσπασμα του άγχους που εκδηλώνεται με τη κρίση πανικού , η οποία χαρακτηρίζεται από δυσάρεστο αίσθημα δυσφορίας και τρόμου ως προς το θάνατο που πολλές φορές όταν το άτομο πάσχει και από κάποια άλλη ψυχική διαταραχή μπορεί να τον κατευθύνει και στην αυτοκτονία. Η χαμηλή μισθοδοσία, η ανεργία, οι λίγες θέσεις απασχόλησης και οι τρεχούμενες υποχρεώσεις (στεγαστικά δάνεια, οικονομικά χρέη) οδεύουν το άτομο στην αποπληρωμή των εξόδων του και από την άλλη πλευρά οι τράπεζες ειδοποιούν για την αδυναμία της εξόφλησης πως θα υπάρχουν οι κατάλληλες κυρώσεις με αποτέλεσμα το μεγαλύτερο μέρος και του ελληνικού πληθυσμού να αναγκάζεται να υποβάλλει σε υποθήκη τα ίδια του τα σπίτια, να μαθαίνει στην ανάγκη του να ζει κάτω από συνθήκες ανασφάλειας , φόβου και ενός συνεχόμενου άγχους για το μέλλον του. (*Gili M., et al, 2012*)

Παράλληλα , με την οικονομική ύφεση, η υγειονομική περίθαλψη επηρεάζεται αισθητά. Οι ελλείψεις φαρμακευτικών υλικών και σκευασμάτων συντελούν στην υποβαθμισμένη ιατροφαρμακευτική περίθαλψη λόγω μειωμένων παροχών που προσφέρονται από το κράτος. Συνεπώς, το χαμηλό υπόβαθρο της οικονομίας όσον αφορά το τομέα της υγείας αποτελεί μεγάλο κίνδυνο στην αναποτελεσματική αντιμετώπιση των περιστατικών που καλείται να ανταπεξέλθει ως αποτέλεσμα οι ασθενείς να διατρέχουν κίνδυνο ασφάλειας για τη ζωή τους, περισσότερα έξοδα και χρήματα για εξωτερικές εξετάσεις (ιδιωτικού τομέα) που δε καλύπτονται από τα ασφαλιστικά ταμεία, οι τιμές των φαρμακευτικών σκευασμάτων συνεχώς να αυξάνονται λόγω της αυξημένης φορολογίας και εν τέλει τα άτομα να μένουν χωρίς

εγγεγραμμένες συνταγές φαρμάκων. Επομένως , οι παθήσεις να εμφανίζονται ξανά ειδικά . στα άτομα , τα οποία ανήκουν στις ευπαθείς ομάδες που έχουν ανάγκη από τα νοσήλια και τη χρήση των φαρμάκων καθώς να υποτροπιάζουν σε γρήγορο διάστημα από την έλλειψη της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας ως δεδομένη παρατήρηση η αύξηση της θνησιμότητας και ιδιαίτερα σε μεσαίες ηλικίες (ανακοπή καρδιάς, οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, εγκεφαλικό επεισόδιο κ.ά). *(Gili M., et al, 2012)*

Η οικονομική κρίση γέννησε πολλά προβλήματα σε όλους τους τομείς φέρνοντας τους πολίτες κάθε κοινωνίας αντιμέτωπους με αυτά , προκαλώντας διαταραχή και κίνδυνο τόσο στη παθολογική όσο και στη ψυχική υγεία ενισχύοντας το άγχος και το φόβο για το παρόν και το μέλλον όσο την επιβάρυνση των ήδη δύσκολων συνθηκών δια βίου και υγείας καταλήγοντας φτωχούς τους πολίτες σε ιατρική περίθαλψη και σε εργασιακή απασχόληση με σκοπό την κάλυψη των εξόδων τους. *(Gili M., et al, 2012)*

(4) Μεγάλο πλήθος ερευνών έχει σημειωθεί τα χρόνια της οικονομικής κρίσης και αυτό προκύπτει λόγω των σημαντικών επιπτώσεων που φέρει στη κοινωνία όσον αφορά το χώρο της εργασίας με την ανεργία, στο χώρο της ψυχικής υγείας με την ανάπτυξη των αγχωδών διαταραχών, της κατάθλιψης αλλά και του αυτοκτονικού ιδεασμού καθώς και στο σύστημα της υγείας με τα σοβαρά προβλήματα της υγειονομικής περίθαλψης λόγω των αυξημένων δημόσιων δαπανών της υγείας. *(Mucci N., et al, 2016)*

Σύμφωνα με τη μελέτη του Gili et al, που έλαβε χώρα στην Ισπανία το χρονικό διάστημα μεταξύ 2006 – 2010 έτη τα ευρήματα απέδειξαν ότι οι διαταραχές της ψυχικής υγείας από τη χρονολογία του 2006 αυξήθηκαν σημαντικά ως το 2010. Η καταθλιπτική διαταραχή (MDD) είναι εκείνη που αυξήθηκε σημαντικά από 28,9% έφθασε 47,5%, η δυσθυμία από 14,6 % άλλαξε σε 25,1%. Σημαντική αύξηση του επιπολασμού παρατηρήθηκε και στις αγχώδεις διαταραχές , οι οποίες κυμαίνονται από 11,7% που βρίσκονταν το 2007 σε 19,7%, με ιδιαίτερη αύξηση και στις κρίσεις πανικού όπου το ποσοστό ανέρχεται από 9,7% του 2007 σε 15,7% το 2010. Παράλληλη συνέχεια στην αύξηση σημείωσαν και οι διαταραχές στη σωματοποίηση από 14,8% σε 21,4% και η εξάρτηση από το αλκοόλ από 0,2% σε 2,7%.*(Mucci N., et al, 2016)*

Η ανεργία και στην Ισπανία αποτελεί το μεγαλύτερο κίνδυνο για την ανάπτυξη της καταθλιπτικής διαταραχής (MDD) ενώ είναι πια γνωστό και κατανοητό ότι η εμφάνιση των αγχωδών διαταραχών που απασχολούν την ψυχική υγεία και ισορροπία των πολιτών της είναι υπαίτιες οι δυσκολίες πληρωμής των υποθηκών αλλά και οι δυσκολίες που έχουν να αποκτήσουν τα αναγκαία υλικά αγαθά της καθημερινότητάς τους. *(Mucci N., et al, 2016)*

Μια ακόμη μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Ισπανία από την ομάδα ερευνητών των Miret et al, τη χρονολογία 2011 - 2012 είχε σκοπό την διερεύνηση της σχέσης των προσπαθειών της αυτοκτονίας σε σχέση με την οικονομική κρίση. Ωστόσο τα στοιχεία της συγκεκριμένης έρευνας αναλύθηκαν με βάση τα στοιχεία που είχαν είχαν συλλεχθεί τη χρονική περίοδο 2001 – 2002 πριν την οικονομική κρίση συνεπώς από άτομα που είχαν συμμετάσχει στην έρευνα της ομάδα των Chan et al. *(Mucci N., et al, 2016)*

Σύμφωνα με τη μελέτη του Miret et al, φαίνεται ότι ο επιπολασμός των προσπαθειών αυτοκτονίας και του ιδεασμού δεν είχε αυξηθεί σημαντικά. Πιο συγκεκριμένα το ποσοστό του αυτοκτονικού ιδεασμού από 4,35% το 2002 έφθασε 3,67% το 2012 και το ποσοστό των προσπαθειών της αυτοκτονίας από 1,48% (2002) σε 1,46% (2012). Εκεί που παρατηρήθηκε αύξηση ήταν ότι τα άτομα σε νεότερη ηλικία , 18 – 49 ετών είχαν μεγαλύτερη επικράτηση προσπαθειών αυτοκτονίας ιδίως όσοι δεν είχαν αποκατασταθεί με τη δημιουργία του γάμου και της απόκτησης των παιδιών ή δεν είχαν βρει κάποια εργασιακή απασχόληση. Για την ηλικιακή ομάδα 50 – 65 ετών ,ο μεγαλύτερος επιπολασμός βρέθηκε στα άτομα με σύνταξη ή σε όσα άτομα δεν εργάζονταν λόγω της κατάστασης υγείας τους ή και λόγω της πιθανής

απόλυσής τους από το χώρο εργασίας του γνωρίζοντας ότι οι θέσεις εργασίας έχουν μειωθεί δραματικά και ο χώρος για να απασχοληθούν σε κάτι καινούριο δεν είναι διαθέσιμος. (Mucci N., et al, 2016)

Για την οικονομική κρίση της Ελλάδος στη συγκεκριμένη μελέτη έγινε διερεύνηση σχετικά με τις αρνητικές επιπτώσεις τη ανεργίας στη ψυχική υγεία του εργαζόμενου πληθυσμού της υπό την εποπτεία του Drydaki και ταυτόχρονα η ομάδα των Rachiotis et al, διερεύνησαν τη σχέση μεταξύ της έλλειψης της ιατρικής προσφοράς και της εξάντλησης σε πληθυσμό εργαζομένων στο τομέα της υγειονομικής περίθαλψης λόγω ότι το 2011 παρατηρήθηκε στον ελλαδικό χώρο έλλειψη ιατρο-φαρμακευτικής αγωγής κατά 40 % των προϋπολογισμών των νοσοκομείων. (Mucci N., et al, 2016)

Η μελέτη του Drydaki χρησιμοποίησε 6 ετήσια κύματα της μελέτης όσον αφορά τη Μελέτη Διαμήκους Εργασιακής Αγοράς (LLMS) για τη λήψη διαχρονικών εκτιμήσεων που υποδηλώνουν στατιστικά σημαντικές επιπτώσεις από την ανεργία στη ψυχική υγεία τη χρονική περίοδο 2008 – 2013 στην Ελλάδα. Από την έρευνα είναι φανερό ότι η ανεργία έχει ως άμεση επίπτωση τη μείωση της υγείας και την επιδείνωση της ψυχικής υγείας κατά τη περίοδο 2008 – 2009 σε σύγκριση με τη χρονική περίοδο 2012 – 2013 , δηλαδή μια περίοδο όπου η χώρα είχε έρθει αντιμέτωπη με τη μάλιστα της ανεργίας αφού είχε διπλασιαστεί λόγω της χρηματοπιστωτικής κρίσης. Διαπιστώνεται ότι η κρίση της ανεργίας στην Ελλάδα είναι πιο καταστροφική για τους περισσότερους ανθρώπους αφού προκαλεί σημαντική ζημία τόσο στην υγεία όσο και στη ψυχική υγεία αντίστοιχα σε περιόδους όπου τα ποσοστά της (ανεργίας) είναι υψηλά. Επιπλέον, τις περισσότερες φορές το γυναικείο φύλο είναι εκείνο που επηρεάζεται αρνητικά από την ανεργία όσον αφορά τη κατάσταση της υγείας αλλά και της ψυχικής ισορροπίας από ότι ο ανδρικός πληθυσμός. Ωστόσο , έχει παρατηρηθεί ότι η Ελλάδα είναι εκείνη η χώρα που έχει πληγεί περισσότερο από την οικονομική κρίση από οποιαδήποτε άλλη χώρα της Ευρωπαϊκής Ένωσης και η μελέτη αυτή έχει συμβάλει σημαντικά προσφέροντας σημαντικές εκτιμήσεις αποτελεσμάτων πριν αλλά και μετά την περίοδο της οικονομικής κρίσης εξετάζοντας τους αιτιολογικούς παράγοντες. (Mucci N., et al, 2016)

Το 2011 πραγματοποιήθηκε άλλη έρευνα στην Ελλάδα υπό την εποπτεία των Rachiotis , η οποία ερευνούσε τη συχνότητα έλλειψης ιατρικών προμηθειών σε 2 νοσοκομειακές μονάδες του Εθνικού Συστήματος Υγείας και την αξιολόγηση της στον πιθανό αντίκτυπο ως προς το κίνδυνο εξάντλησης των εργαζομένων στο τομέα υγειονομικής περίθαλψης. Το 80% των συμμετεχόντων κατέθεσαν ότι υπάρχουν σημαντικές ελλείψεις στον ιατρικό τομέα και συνεπώς οι ελλείψεις αυτές έχουν άμεση επίπτωση στη ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης που παρέχεται στους ασθενείς . (Mucci N., et al, 2016)

Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν επιπολασμό της συναισθηματικής εξάντλησης όσον αφορά τους εργαζομένους στο τομέα της υγειονομικής περίθαλψης να φθάνει στο 44,5% , η αποπροσωπιοποίηση έφθανε 43,2% και η χαμηλή επίτευξη των στόχων ανερχόταν στο 51,5% αντίστοιχα. Ωστόσο. Οι παράγοντες κινδύνου που έδειξαν αυτά τα ποσοστά ήταν:

§ Ο τύπος του νοσοκομείου (τριτοβάθμιο/ πανεπιστημιακό): 3,88%

§ Ο τύπος της εργασίας (ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό): 3,53%

§ Η έλλειψη ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης : 2,92%

§ Η απουσία ικανοποιητικής ανάπαυσης μετά τις νυχτερινές βάρδιες: 1,82%

Στο τέλος, αξίζει να σημειωθεί ότι οι δείκτες της υγείας και της ψυχικής υγείας αυξάνονται γρήγορα σε ένα πλαίσιο που περιβάλλεται από μεγάλα ποσοστά της ανεργίας του πληθυσμού και από την άλλη πλευρά οι δράσεις της πολιτικής δε φαίνεται να υποστηρίζουν θερμά τη μείωση της ανεργίας αλλά και τη στήριξη των γυναικών τόσο σε εργασιακή ενασχόληση όσο σε ζητήματα υγειονομικής περίθαλψης και ψυχολογικού περιεχομένου σε Ελλάδα και Ευρώπη. (Mucci N., et al, 2016)

Γ΄ ΜΕΡΟΣ

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η συνεξέταση της οικονομικής κρίσης και της ψυχικής υγείας που έχει αναλυθεί στα προηγούμενα κεφάλαια της συγκεκριμένης ανασκόπησης απέδειξε τις αρνητικές επιπτώσεις που έφερε η κρίση της οικονομίας στη ψυχοσύνθεση του σύγχρονου ανθρώπου αλλά και την ανισορροπία της ψυχικής υγείας οφειλόμενη στην οικονομική ύφεση σύμφωνα με τη βιβλιογραφία της παρούσης πτυχιακής εργασίας.

Πρωταγωνιστικό ρόλο στη διαδικασία αυτή έχει η αύξηση της ανεργίας και η μείωση του εισοδήματος, αιτιολογικοί παράγοντες που προκαλούν εύκολα το αίσθημα της ανασφάλειας και της αβεβαιότητας για το μέλλον ενισχύοντας συνεπώς τα συμπτώματα των αγχωδών διαταραχών με άμεση επίδραση στο άγχος και στη διάθεση των ατόμων.

Αναμφίβολα σε περιόδους οικονομικής κρίσης διαπιστώνονται αυξημένα ποσοστά ατόμων που παρουσιάζουν συμπτωματολογία που συμπεριλαμβάνεται στην ευρύτερη ομάδα των ψυχικών νόσων, όπως:

§ Κατάθλιψη – Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο

§ Αγχώδεις διαταραχές (άγχος ,πανικός)

Σημαντική αύξηση παρατηρείται στην εκδήλωση των πράξεων όσον αφορά τις απόπειρες αυτοκτονιών αλλά και την αποτελεσματικότητα τους στο θάνατο και αυτό αποτελεί λογική έκβαση εξαιτίας των αυξημένων καταθλιπτικών περιστατικών που παρατηρείται πιο έντονα κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης.

Αρνητική επίδραση της οικονομικής ύφεσης, εντούτοις, φαίνεται να ασκείται στα άτομα, τα οποία έχουν ήδη νοσήσει από ψυχική διαταραχή. Εκτός, λοιπόν, της ενδεχόμενης επιδείνωσης των συμπτωμάτων που προκαλούνται στα άτομα αυτά λόγω των ακατάλληλων συνθηκών που αναπτύσσονται από την οικονομική ανέχεια, η κατάσταση δυσκολεύεται από τι μειωμένες παροχές υπηρεσιών από τα αρμόδια ιδρύματα εξαιτίας των τακτικών περικοπών και της αδυναμίας της λειτουργικής τους αποτελεσματικότητας.

Η ερμηνεία της οικονομικής κρίσης σε συνδυασμό με τη ψυχική υγεία δεν είναι εύκολο να κατανοηθεί διότι πάντοτε περιπλέκονται καθοριστικοί παράγοντες που δυσχεραίνουν τη συγκεκριμένη συσχέτιση. Η αναγνώριση του υποκειμενικού οικονομικού στρες και η αντίστοιχη επιρροή του στην ευεξία, ο λανθασμένος έλεγχος ως προς τη σωστή λειτουργικότητα της αποτελεσματικής εργασίας σε μικρότερες μονάδες όπως οι επιχειρήσεις αλλά και σε μεγαλύτερες όπως η διαχείριση της οικονομίας του κράτους και η αίσθηση της αυτό-αποτελεσματικότητας κρίνονται επιβαρυντικοί παράγοντες. Από την άλλη μεριά και οι κοινωνικοί παράγοντες επηρεάζουν τη σχέση της οικονομίας με την υγεία, όπως ο στιγματισμός, η περιθωριοποίηση, η διάβρωση των κοινωνικών σχέσεων, η κοινωνική νόρμα, η οποία περιλαμβάνει το σύνολο κανόνων και αξιών που περιλαμβάνουν το κοινωνικό και πολιτισμικό πλαίσιο καθώς και η ύπαρξη της κοινωνικής προστασίας από αρμόδια δίκτυα που πληρούν την κατάλληλη ασφάλεια και υπεράσπιση των δικαιωμάτων των πολιτών της κάθε χώρας.

Τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης (Μ.Μ.Ε) προκαλούν έναν επιπρόσθετο αρνητικό παράγοντα στη ψυχική υγεία των πολιτών και αυτό προκύπτει από την πληροφόρηση της οικονομίας που δίνει στους αποδέκτες της. Είναι σημαντικό τα άτομα να κατανοήσουν ότι τα θέματα της υγείας που γίνονται σημεία συζήτησης στην επικαιρότητα από μη επιστημονική κοινότητα (δημοσιογράφους) δεν είναι δυνατόν να στηρίζονται σε προσωπικές ιστορίες και δεδομένα, για αυτό το λόγο κρίνεται απαραίτητη η επιστημονική συμβολή και διευκρίνηση από τους επιστήμονες της Ψυχιατρικής και της Ψυχολογίας. Αυτή η διαδικασία δικαιολογείται στο γεγονός ότι η εμπειρική ψυχιατρική έρευνα που εφαρμόζεται έως και σήμερα δεν έχει την δυνατότητα να απαντήσει στα ερωτήματα που δέχεται από τη κοινή γνώμη λόγω του απαιτούμενου χρονικού περιθωρίου που περιλαμβάνει 1-2 χρόνια μέχρι να δημοσιευτούν τα επόμενα επιδημιολογικά στοιχεία με την προϋπόθεση να στηρίζονται στη κατάλληλη δειγματοληψία.

Για την κατάλληλη αντιμετώπιση των επιπτώσεων της οικονομική κρίσης στην ψυχική υγεία του πληθυσμού , τα αποτελέσματα των ερευνών χρήζουν απαραίτητη την υλοποίηση στοχευμένων παρεμβάσεων , οι οποίες θα αποσκοπούν στην υπογράμμιση των αναγκών και δυσκολιών της κάθε ομάδας του πληθυσμού.

§ Εφαρμογή κατάλληλης πολιτικής στρατηγικής

Η μεγάλη οικονομική κρίση αντιπροσωπεύει μια μεγάλη πρόκληση για την κοινωνία. Αποτελεί μια δοκιμασία για το πολιτικό και κοινωνικό σύστημα και απαιτεί από την κοινωνία να δείξει και να αναπτύξει την ικανότητά της για προσαρμογή και ανανέωση. Αποφεύγοντας τη ψυχιατρικοποίηση των κοινωνικών προβλημάτων, είναι σημαντικό να μην αγνοούνται οι επιπτώσεις των κοινωνικών φαινομένων στη ψυχική υγεία του ατόμου. Επιπλέον κρίνεται σημαντικό να σχεδιαστούν εκείνες οι παρεμβάσεις που θα βοηθήσουν στην καλύτερη αντιμετώπιση της κρίσης σε ατομικό και συλλογικό επίπεδο.

Η πρωτογενής παρέμβαση χρειάζεται να εμπεριέχει τη δημιουργία κρατικών επιδοτούμενων προγραμμάτων επαγγελματικής επανεκπαίδευσης με σκοπό την επανένταξη των ανέργων στην αγορά εργασίας, καθώς επίσης και προγράμματα ανάπτυξης δεξιοτήτων για μεγαλύτερη δυνατότητα επαγγελματικής ευελιξίας. Επιπλέον, οι ήπιες πολιτικές για τη σταδιακή αλλαγή του πλαισίου της αγοράς εργασίας, όπως μετακινήσεις θέσεων, μείωση ωρών εργασίας, άδειες με μειωμένες αποδοχές, θα βοηθήσουν δίνοντας τον απαιτούμενο χρόνο και τη στήριξη για τη δύσκολη προσαρμογή.

Η δευτερογενής παρέμβαση χρειάζεται να αφορά την προαγωγή διαχείρισης του στρες και των ψυχοπιεστικών καταστάσεων που βιώνει το άτομο, μέσω συμβουλευτικών προγραμμάτων οικονομικής διαχείρισης, ψυχολογικής υποστήριξης και επαγγελματικού προσανατολισμού. Κλειδί στο επίπεδο της δευτερογενούς πρόληψης αποτελεί η ενίσχυση του συστήματος υγείας για την έγκαιρη αντιμετώπιση των ψυχιατρικών διαταραχών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Η προστασία επίσης των ατόμων που βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο κρίνεται σκόπιμο να βρίσκεται στο κέντρο της κινητοποίησης, ενεργοποιώντας τη δράση όλων των κοινωνικών δικτύων ασφαλείας (αθλητικοί όμιλοι, εμπορικές ενώσεις, φιλανθρωπικές οργανώσεις, εκκλησία, οικογένεια, φίλοι) για την υποστήριξη των ατόμων αυτών. Ιδιαίτερος κρίσιμη κρίνεται και η διατήρηση της κοινωνικής συνοχής, μέσω και της κοινωνικής προστασίας των ευπαθών ομάδων.

Η τριτογενής παρέμβαση χρειάζεται να εστιαστεί στην αποκατάσταση της υγείας των πληγέντων, αλλά και στην οικονομική ενίσχυση αυτών, διασφαλίζοντας τις ελάχιστες ικανές συνθήκες διαβίωσης. Τα επιδόματα ανεργίας, αλλά και τα ενεργά προγράμματα στήριξης της αγοράς εργασίας μπορούν να αποδειχθούν ιδιαίτερα εργαλεία για τη στήριξη και την επανένταξη των πληγέντων. Επίσης, τα προγράμματα κοινωνικής πρόνοιας μπορούν να αποτελέσουν ζωτικό παράγοντα για την πρόληψη των αυτοκτονιών και ειδικά σε χώρες που βιώνουν κοινωνικό-οικονομική κρίση. Τέλος, είναι σημαντικό οι στερήσεις να μην υποβάλλονται ανισομερώς στις διάφορες κοινωνικές τάξεις, αλλά αντιθέτως να αντιστοιχούν με τις οικονομικές δυνατότητες που κάθε τάξη διαθέτει.

Η αντιμετώπιση λοιπόν της τρέχουσας οικονομικής κρίσης είναι σημαντικό να επιτευχθεί μέσα από τη διασφάλιση ενός μίνιμουμ επιπέδου ζωής των πολιτών, αλλά και μέσω της οργάνωσης ενός ευρύτατου κοινωνικού δικτύου που θα σταθεί δίπλα στο άτομο σε αυτές τις στιγμές της μεγάλης δυσφορίας, υπενθυμίζοντας του ότι κοινωνία σημαίνει πρωτίστως κοινωνική αλληλεγγύη και συλλογικές δράσεις και παρεμβάσεις.

§ Διάγνωση και Αντιμετώπιση των Ψυχικών Διαταραχών

Η τρέχουσα οικονομική κρίση, με τα ποσοστά της ανεργίας να αυξάνονται καθημερινά, θεωρείται από τους ερευνητές η συνεχόμενη πραγματοποίηση των ερευνητικών προσπαθειών με σκοπό την ανίσχυση και αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών στις ομάδες υψηλού κινδύνου. Κάποια αποτελεσματικά μέσα για την επίτευξη του εν λόγω σκοπού θα μπορούσαν να είναι:

- Ø Συνεργασία με τον Οργανισμό Απασχόλησης Εργατικού Δυναμικού (ΟΑΕΔ) ή με εθελοντικές οργανώσεις σε όλη την Ελλάδα, λύσεις που χαρακτηρίζονται από χαμηλό κόστος.
- Ø Συμμόρφωση με τις προτάσεις της Διακήρυξης της Alma-Ata (1978) αναφορικά με την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, η οποία θα μπορούσε να αποφέρει καλύτερους δείκτες υγείας και χαμηλότερο κόστος για όλες τις ιατρικές υπηρεσίες, γεγονός που έχει διαπιστωθεί και σε άλλες χώρες.

Στο πλαίσιο αυτής της ενέργειας, η σύσταση ενός αποτελεσματικού και αποδοτικού συστήματος υγείας, έχει στόχο αρχικά την ικανοποίηση των αναγκών και προσδοκιών των πολιτών, των γενικών μονάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας, με τον προσωπικό γιατρό να διατηρεί τον κεντρικό ρόλο.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ

Ελληνικές:

- § Black D.W, M.D, Andresen N.C, M.D., (2015). Εισαγωγή στη Ψυχιατρική, 5^η έκδοση. Παρισιάνου Α.Ε. Αθήνα, σελ 181-184, 185.
- § Getzfeld A.R., (2009). Βασικά Στοιχεία Ψυχοπαθολογίας, Gotsis Εκδόσεις, σελ 30-32.
- § Hogan M., (2008). Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας. Ανασκοπήσεις & Αιτιολογήσεις. Καρανικόλα Μ., Ζιώγου Θ., Νταφογιάννη Χ. (Επιμ). (2008). Μ.τ.φ., Ι., Ρεκουνιώτης., Φ., Σταματοπούλου., Αθήνα. Εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης (2012).
- § Kaplan P. Sadock M.D, Benjamin J. Sadock M.D, Virginia A. Sadock M.D, (2012). Εγχειρίδιο Κλινικής Ψυχιατρικής. Επιμέλεια Παπαδημητρίου Γεωργίου, 4^η έκδοση. Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας.
- § Kring A.M, Davison G.C κ.ά (2007-2010). Ψυχοπαθολογία, Εκδόσεις Gutenberg, σελ 209-210.
- § Linda E., Nancy Br. (2010). Η Νοσηλευτική στην ψυχική υγεία. 2^η έκδοση. Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος, Ιατρικές εκδόσεις, Αθήνα.
- § Sadock's K., Harold I κ.ά (2000). Ψυχιατρική, Β' τόμος. 7^η έκδοση. Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας. Αθήνα, σελ 850-862.
- § Soros, G., (2008). Η οικονομική κρίση του 2008 και η σημασία της, Αθήνα. Εκδόσεις Α.Α Λιβάνη.
- § Stephen M.S., (2008). Ψυχοφαρμακολογία των Αντιψυχωτικών, Ιατρικές Εκδόσεις Βαγιονάκης, Αθήνα,
- § Αγγελόπουλος Β.Ν., (2009). Ιατρική Ψυχολογία και Ψυχοπαθολογία. Β' τόμος Εκδόσεις Βήτα. Αθήνα, σελ 504-505, 508-511.
- § Αλεβίζος Β., (2008). Άγχος, Ιατρικές και Κοινωνικές Διαστάσεις. Εδόσεις Βήτα, Αθήνα
- § Γιωτάκος Ο., Καραμπέλας Δ., Κακκός Α., (2011). Ερευνητική Εργασία, Επίπτωση της οικονομικής κρίσης στη ψυχική υγεία στην Ελλάδα. Αρ.22(2). Βιβλιοθήκη Επιστημών Υγείας, Αθήνα, σελ 109 – 118.

- § Διακόπουλος, Χ., (2009). Περιοδικό Ακτίνες Αρ. 702 Αθωνίτης, Γ' Εξάμηνο 2009
- § Κονταξάκης Β.Π., Χαβάκη – Κονταξάκη Μ.Ι., (2012). Άρθρο Σύνταξης, Οι συνέπειες των μεγάλων οικονομικών κρίσεων στη σωματική και ψυχική υγεία των πολιτών. Αρ.23(2). Βιβλιοθήκη Επιστημών Υγείας, Αθήνα, σελ 107 -108.
- § Κουκιά Ε ., (2014). Ψυχιατρική Νοσηλευτική Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας. Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις. Αθήνα.
- § Λύκουρας Λ., Σολδάτος Κ., Ζέρβας Γ., (2012). Διασυνδετική Ψυχιατρική. Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις.
- § Μουρδουκούτας Π., (2006). Βασικές αρχές Μακροοικονομικής. Εκδόσεις Κλειδάριθμος. Αθήνα, σελ 14 – 41
- § Πανηγυράκης Γ., (2001). Σύγχρονη Διοικητική Δημοσίων Σχέσεων . Αθήνα. Εκδόσεις Μπένου.
- § Παπαγεωργίου – Βασιλοπούλου Α., (2012). Ψυχική Υγεία και Νοσηλευτική Επιστήμη Σύγχρονες Τάσεις .Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις.
- § Παπαγεωργίου Ε. Γ. , (2009). Ψυχιατρική. 2^η έκδοση, Αθήνα.
- § Παπαδάτου Δ., Αναγνωστόπουλος Φ., (2012) . Η Ψυχολογία στο χώρο της Υγείας. Παπαζήση, Αθήνα.
- § Παπαδημητρίου Γ.Ν, Λιάππας Ι.Α, Λύκουρας Ε. , (2013). Σύγχρονη Ψυχιατρική. Εκδόσεις Βήτα. Αθήνα.
- § Παπαδημητρίου Γ.Ν, Λιάππας Ι.Α κ.ά ,(2013). Σύγχρονη Ψυχιατρική. Εκδόσεις Βήτα. Αθήνα, σελ 373-392.
- § Ραγιά Α. & Χρ., (2005). Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας, Ε' Έκδοση(βελτιωμένη) Αθήνα, σελ 191-215.
- § Σολδάτος Κ., Λυκούρας Λ. ,(2008). Σύγγραμμα Ψυχιατρικής. Β' Τόμος, Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις.
- § Σολδάτος, Λυκούρας Π., (2006) . Σύγγραμμα Ψυχιατρικής, Α τόμος. Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις ΜΕΠΕ. Αθήνα, σελ 339-340.
- § Χριστοδούλου, Γ.Ν, Ψυχιατρική, Πρώτος τόμος, Εκδόσεις Βήτα.
- § Filippidis F., Gerovasili V., Millett Gh., Tountas Y., (2017). “Medium-Term Impact of the Economic Crisis on Mortality, Health-Related Behaviours and Access to Healthcare in Greece.” Scientific Reports
- § Zandas D., & Tsiantou V., & Pavi E., & Mylona K., & Kyriopoulos J., (2012). ‘Impact of economic crisis and other demographic and socio-economic factors on self-rated health in Greece’ European Journal of Public Health, Vol 23(2) P.206-210).

- § Zavras, D., Tsiantou V., Pavi E., Mylona K., Kyriopoulos J. (2013). “Impact of Economic Crisis and Other Demographic and Socio-Economic Factors on Self-Rated Health in Greece.” *European Journal of Public Health* 23 (2): 206–10.
- § Γιωτάκος. Ο., (2010) . Οικονομική κρίση και ψυχική υγεία. *Ψυχιατρική* 2010. Vol 21:195-204.
- § Οικονόμου Μ., Πέππου Λ., Φουσκετάκη Σ., Θελερίτης Χ., Πατελάκης Α., Αλεξίου Τ. Μαδιανός Μ., Στεφανής Κ., (2013). Οικονομική κρίση και ψυχική υγεία – Επιπτώσεις στην επικράτηση κοινών ψυχικών διαταραχών. *Ψυχιατρική* 2013. Vol 24:247-261
- § Π.Π Φερεντίνος., Β.Π Κονταξάκης., Κ.Γ Παπλός., Γ.Ν Χριστοδούλου, 2003. Ειδικό Άρθρο ‘Η κλίμακα κατάθλιψης του Hamilton: ‘Μορφές, εφαρμογές και προοπτικές’. *Ψυχιατρική* .Αρ.14(2) :136-143

Διαδικτυακές: (Ξένη)

- § Ayers J.W., Althouse B.M., Allem J.P., Childers M.A., Zatar W., Latkin C., Ribisl K.M., Brownsteik J.S ., (2012) . ‘Novel surveillance of psychological distress during the great recession’. *Journal of Affective Disorders*. Vol.123 (1-3): 323-330.
- § Chang, Shu-Sen, David G., Jonathan A., Sterne C., Tsung-Hsueh Lu, A.T.A. Cheng. (2009). “Was the Economic Crisis 1997–1998 Responsible for Rising Suicide Rates in East/Southeast Asia? A Time–trend Analysis for Japan, Hong Kong, South Korea, Taiwan, Singapore and Thailand.” *Social Science & Medicine* 68 (7): 1322–31.
- § Christodoulou N.G., Christodoulou G.N., (2013). ‘Management of the psychosocial effects of economic crises’. *Official Journal of the world psychiatric association (WPA)*.Vol 12(2):178.
- § Coope C., Donovan J., Wilson C., Barmes M., Metcalfe Ch., Hollingsworth W., Kapur N., Hawton K., Gunnell D., (2015). ‘Characteristics of people dying by suicide after job loss, financial difficulties and other economic stressors during a period of recession (2010-2011): A review of coroner’s records. *Journal of Affective Disorders*. Vol 183:98-105.
- § Craske M.G., Epstein A., Wittchey H-U., Pine D.S., Lewis – Fernadez R., (2010). ‘Panic Disorder: a review of DSM –IV panic disorder and proposals for DSM-V. *Depression and Anxiety*: Vol 27 (2): 93-112.
- § *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V), Fifth Edition. American Psychiatric Association.*

- § Economou M., Madianos M., Peppou L.E., Souliotis K., Patelakis Ath., & Stephakis C., (2014). ‘Cognitive social capital and mental illness during economic crisis’: A nationwide population – based study in Greece, *Social Science & Medicine*, Vol.(100), p.141 – 147.
- § Economou M., Angelopoulos E., Peppou L.E., Souliotis K., Tzavara Ch., Kontoangelos K., Madianos M., Stefanis C., (2016). ‘Enduring financial crisis in Greece: a prevalence and correlates of major depression and suicidality’. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. Vol 51(7):1015- 1024.
- § Economou M., Peppou L., Fousketakis S., Theleritis Ch., Pateleakis A., Alexion T., Madianos M., Stefanis C., (2013). ‘Economic crisis and mental health: effects on the prevalence of common mental disorders. *Journal Article* . Vol 24(4):247-261.
- § Falagas, M. E., Vouloumanou E.K., Mavros M.N, Karageorgopoulos D.E. (2009). “Economic Crises and Mortality: A Review of the Literature.” *International Journal of Clinical Practice* 63 (8): 1128–35.
- § Filippidis F.T., Gerovasili V., Tountas Y., (2017). ‘Medium – term impact of the economic crisis on mortality, health- related behaviours and access to healthcare in Greece’. *Scientific Reports*.
- § Gili M., & Roca M., & Basu S., & McKee M., & Stuckler D., (2012). ‘ The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centers, 2006 – 2010’, *European Journal of Public Health*, Vol(23)1, p.103 – 108.
- § Giotakos, O. (2010). “Financial crisis and mental health.” *Psychiatriki* 21 (3): 195–204.
- § Giotakos, O., Tsouvelas G., Kontaxakis V. (2012). “Suicide rates and mental health services in Greece.” *Psychiatriki* 23 (1): 29–38
- § Goldstein, Itay. (2010). ‘Fundamentals or Panic: Lessons from the Empirical Literature on Financial Crises’. Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=1698047>
- § Harmon D., Logi M., de Aguiar MAM., Chinellato D.D., Braha D., Epstein I.R., Bar – Yam Y., (2015). ‘Anticipating Economic Market Crises Using Measures of Collective Panic’. *PLoS ONE*.Vol 10 (7).
- § Harmon., Dion., Marcus A.M., de Aguiar., David D. Chinellato., & Dan Braha., & Irving R. Epstein., & Yaneer Bar – Yam. (2011). ‘Predicting Economic Market Using Measures of Collective Panic’. *ArXiv*: 1102.2620 [Physics, q-Fin], February. <http://arxiv.org/abs/1102.2620>.

- § Haw C., Hawton K., Gunnell D., Platt St., (2014). ‘Economic recession and suicidal behaviour: Possible mechanisms and ameliorating factors’. *International Journal of Social Psychiatry*. Vol.61 (1).
- § Karanikolos M., Kentikelenis Al., (2016). ‘Health inequalities after austerity in Greece’. *International Journal for Equity in Health*.
- § Kentikelenis A., Karanikolos M., Papanicolas I., Basu S., McKee M., Stuckler D.. (2011). “Health Effects of Financial Crisis: Omens of a Greek Tragedy.” *The Lancet* 378 (9801): 1457–58.
- § Mucci N., & Giorgi G., & Roncaioli M., & Perez J. F., & Arcangeli G., (2016). ‘The correlation between stress and economic crisis: a systematic review. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* :983-993
- § Mylona K., Tsiantou V., Zavras D., Pavi E., Kyriopoulos J., (2014). ‘Determinants of self-reported frequency of depressive symptoms in Greece during economic crisis’. *Department of Health Economics, National School of Public Health, Athens. Greece. Vol 128 (8): 752- 754.*
- § Navarro B., Sanchez M., Herran A., Sierra – Biddle D., (2013). ‘Relationship between personality traits and panic disorder’. *Actas Espanolas De Psiquiatria*. Vol 41(1): 27-32.
- § Skroumpelos A., Pavi El., Mylona K., Kyriopoulos J., (2014). ‘The impact of Economic Crisis on Chronic Patient’s Self – Rated Health, Health Expenditures and Health Services Utilization’. *Diseases*. Vol 2(2):93-105.
- § Stuckler D., Basu S., Suhrcke M., Coutts A., McKee M. (2011). “Effects of the 2008 Recession on Health: A First Look at European Data.” *The Lancet* 378 (9786): 124–25.
- § Stuckler, D., Sanjay B., Suhrcke M, McKee M, (2009). “The Health Implications of Financial Crisis: A Review of the Evidence.” *The Ulster Medical Journal* 78 (3): 142–45.
- § Triantafyllou K., Angeletopoulou Ch. (2011)). “IMF and European Co-Workers Attack Public Health in Greece.” *The Lancet* 378 (9801): 1459–60.
- § Uutela, Antti. (2010). “Economic Crisis and Mental Health.” *Current Opinion in Psychiatry* 23 (2): 127–30.
- § Whitehead B.R., Bergeman C.S., (2015). ‘The effect of the financial crisis on physical health: Perceived impact matters’. *Journal of Health Psychology*. Vol 22(7): 864-878.

- § Zavras D., Zavras A.I., Kyriopoulos Π.I., Kyriopoulos J., (2016). ‘Economic crisis, austerity and unmet healthcare needs: the case of Greece’. BMC Health Services Research.

Άρθρα από Ηλεκτρονικές Εφημερίδες:

Η κρίση βλάπτει σοβαρά την υγεία (15/07/2017)

- § <http://www.encephalos.gr/pdf/50-1-02g.pdf> - Bing , τελευταία πρόσβαση (04/09/2017)

Τα πάθη του ελληνικού λαού μέσα από αριθμούς (18/07/2017)

- § <http://www.newsbeast.gr/greece/arthro/807427/ta-pathi-tou-ellinikou-laou-mesa-apo-arithmous> - Bing, τελευταία πρόσβαση (04/09/2017)

- § <http://www.newsbeast.gr/> - Bing , τελευταία πρόσβαση 04/09/2017

Θερίζουν οι ψυχικές ασθένειες στην Ελλάδα εξαιτίας της κρίσης(10/08/2017)

- § <http://www.newsbeast.gr/health/arthro/817934/therizoun-oi-psuhikes-astheneies-stin-ellada-exaitias-tis-krisis> - Bing , τελευταία πρόσβαση (04/09/2017)

- § <https://kostaskogiopoulos.wordpress.com/2013/08/05/> - Bing , τελευταία πρόσβαση 04/09/2017

