

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ
ΑΥΤΗΣ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ**
**FINANCIAL CRISIS AND
EFFECT OF THIS ON MENTAL HEALTH**



Δέσποινα Κόχλια

Ιωάννα Κωνσταντοπούλου



Εποπτεύων : Χρήστος Μαρνέρας

Πάτρα – Αύγουστος 2015

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά τον αξιότιμο κ. Χρήστο Μαρνέρα, Νοσηλευτή στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ρίου στην Πάτρα, που μας έδωσε την ευκαιρία να εκπονήσουμε τη συγκεκριμένη πτυχιακή εργασία και μας πρόσφερε την αμέριστη συμπαράσταση και βοήθειά του, σε όλη τη διάρκεια της επίβλεψης, έτσι ώστε να εξασφαλιστεί η ολοκλήρωσή της με επιτυχία.

Ευχαριστούμε επίσης και τις οικογένειές μας για τη στήριξη που μας παρείχαν σε όλα τα ακαδημαϊκά έτη σπουδών μας.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η παρούσα ανασκόπηση με θέμα «Οικονομική Κρίση και Επιπτώσεις αυτής στην Ψυχική Υγεία» καταγράφηκε στο πλαίσιο εκπόνησης πτυχιακής εργασίας, σύμφωνα με τα προβλεπόμενα για την ολοκλήρωση των σπουδών στις Σχολές Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας του Ανώτατου Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Πάτρας και ειδικότερα στο Τμήμα Νοσηλευτικής.

Η Ψυχική Υγεία βρίσκεται πάντοτε στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος των Επαγγελματιών Υγείας, καθόσον υπάρχουν πολλοί παράγοντες που μπορούν να την επηρεάσουν αρνητικά, τόσο ενδογενείς, με την έννοια ότι αυτοί σχετίζονται με τον ίδιο τον ασθενή (παθολογικά, κληρονομικά αίτια), όσο και εξωγενείς, εννοώντας τις συνθήκες που διαμορφώνονται από το εξωτερικό περιβάλλον.

Το περιεχόμενο της εργασίας αυτής απευθύνεται τόσο στο σπουδαστή όσο και στον Επαγγελματία Υγείας αλλά και στο ευρύτερο κοινό, δεδομένου ότι αναφέρεται στις επιπτώσεις που έχει πάνω στην Ψυχική Υγεία, ένας από τους πιο επίκαιρους εξωγενείς παράγοντες, η Οικονομική Κρίση.

Απώτερος σκοπός της εν λόγω ανασκόπησης, εκτός της ορθής συνολικής ενημέρωσης, είναι και η πιθανή άντληση επιμέρους θεμάτων, η περαιτέρω ανάπτυξη των οποίων θα εφοδιάσει τους ενδιαφερόμενους με περισσότερες γνώσεις γύρω από το σκοτεινό μονοπάτι της ανθρώπινης ψυχής.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παγκόσμια οικονομική κρίση που έκανε την εμφάνιση της στα τέλη του 2007 δεν άργησε να φτάσει και στην Ελλάδα. Το μέγεθος της συρρίκνωσης της οικονομίας ήταν τέτοιο που επηρέασε την συντριπτική πλειοψηφία του πληθυσμού και όχι μόνο στον οικονομικό τομέα όπως ήταν αναμενόμενο άλλωστε, αλλά εξίσου και σε κοινωνικό και ψυχολογικό επίπεδο καθώς πολλά πράγματα που θεωρούνταν δεδομένα έπαψαν να υφίστανται και η ανασφάλεια μαζί με την ανεργία εκτινάχτηκαν στα ύψη. Στην παρούσα εργασία γίνεται μια προσπάθεια να εξαχθούν συμπεράσματα για τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στον κοινωνικό-ψυχολογικό τομέα μέσω βιβλιογραφικής έρευνας.

Η εν λόγω ανασκόπηση ξεκινάει με την ανάλυση του προβλήματος της οικονομικής κρίσης γενικότερα, ενώ παραθέτονται οι τρόποι με τους οποίους αυτή εισβάλλει στην καθημερινότητα των ατόμων.

Στη συνέχεια, αναπτύσσεται το δίπτυχο ψυχική υγεία και ψυχική νόσος. Ιδιαίτερη βαρύτητα δίνεται στις συνηθέστερες ψυχικές διαταραχές που προσβάλλουν τα άτομα και γίνεται παράλληλα αναφορά στις γενικές θεραπευτικές μεθόδους που εφαρμόζονται από τις υπεύθυνες υπηρεσίες και λειτουργούς.

Η συσχέτιση των ψυχικών διαταραχών με την οικονομική κρίση αποτελεί το αντικείμενο του κυρίως θέματος που ακολουθεί. Συγκεκριμένες ψυχικές διαταραχές κάνουν την εμφάνισή τους πιο αισθητή ενώ οι προϋπάρχουσες ψυχικές νόσοι παρουσιάζουν σχετική επιδείνωση. Τα δεδομένα αυτά επιβεβαιώνονται από ανάλογες έρευνες που έχουν διεξαχθεί παγκοσμίως, ενώ στοιχεία που αφορούν στην Ελλάδα αναφέρονται στο συγκεκριμένο τμήμα της εργασίας.

Οι νοσηλευτικές υπηρεσίες που παρέχονται από τους Νοσηλευτές Ψυχικής Υγείας συμβάλουν στην ομαλή και πλήρη αποκατάσταση της ψυχικής υγείας του ατόμου. Ως εκ τούτου, η εκτεταμένη αναφορά σε αυτές κρίνεται ιδιαίτερα σημαντική και απασχολεί την ξεχωριστή ενότητα που ακολουθεί.

Τέλος, γίνεται ανακεφαλαίωση των συμπερασμάτων που προκύπτουν από την παρούσα ανασκόπηση. Αύξηση παρουσιάζεται στα ποσοστά εμφάνισης βασικών μορφών κατάθλιψης, ενώ οι αγχώδεις διαταραχές ακολουθούν. Παράλληλα εντείνεται η χρήση ψυχοτρόπων ουσιών αλλά και η διαφυγή στη χαρτοπαιξία ενώ αρνητικές είναι οι επιπτώσεις και στη σεξουαλική ζωή των ατόμων. Η εφαρμογή δίκαιης κοινωνικής πολιτικής, η ανίχνευση και η αποτελεσματική αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών με ιδιαίτερη

έμφαση στα παιδοψυχιατρικά περιστατικά, η εφαρμογή κατάλληλων μέτρων στο θέμα της χρήσης ψυχοτρόπων ουσιών και η ενίσχυση της αγοράς εργασίας για τον περιορισμό των αυτοκτονιών, εντάσσονται στο πλαίσιο των ενεργειών για την αντιμετώπιση της κατάστασης.

ABSTRACT

The global financial crisis made its appearance at the end of 2007, did not take long to arrive in Greece. The size of the contraction of the economy was big enough to affect the vast majority of the population, not only in the economic field as expected, but also in social and psychological sector as well, as many things taken for granted ceased to exist and the uncertainty along with unemployment soared to the heights. In this thesis an attempt is made to draw conclusions about the impact of the financial crisis in the social-psychological level, through literature research.

This review begins by analyzing the problem of the financial crisis in general and the ways in which it invades the daily lives of people.

Then, the issue of mental health and mental illness is developed. Particular attention is given to the most common mental disorders affecting individuals as in the general therapeutic methods applied by the responsible departments and officers.

The correlation of mental disorders with the financial crisis is the main subject that follows. Specific mental disorders make their appearance more noticeable while pre-existing mental illnesses get worse enough. These data are confirmed by relative studies conducted worldwide, while details referring to Greece are given in this part of the thesis.

The nursing services provided by Mental Health Nurses contribute to smooth and full rehabilitation of mental health of the individual. Therefore, an extensive reference to them is considered as very crucial and occupies the next separate section.

Finally, a summary of the conclusions drawn from this review is given. Incidents in basic forms of depression as well as anxiety disorders increased. At the same time, the use of psychotropic substances and the escape into gambling are intensified while negative effect influences the sexual life of individuals. The fair social policy, the detection and effective treatment of mental disorders with special emphasis on child psychiatrist incidents, the appropriate measures on the issue of the use of psychotropic substances and the strengthening of the labor market to reduce suicides fall within the framework of actions to tackle situation.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	3
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	4
ABSTRACT.....	6
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 : ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ	10
1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ – ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ – ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΣ ΚΥΚΛΟΣ	11
1.2 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ.....	13
1.3 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΑ ΑΤΟΜΑ.....	13
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 : ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟΣ	20
2.1 ΟΡΙΣΜΟΙ.....	21
2.2 ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ – ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	24
2.3 ΨΥΧΙΚΕΣ ΝΟΣΟΙ	24
2.4 ΥΠΕΥΘΥΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ - ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΩΝ ΝΟΣΩΝ.....	49
2.5 ΓΕΝΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ	49
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΕΣ ΝΟΣΟΙ	52
3.1 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ.....	53
3.2 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΔΙΕΞΑΧΘΕΙΣΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ	62
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 : ΣΥΜΒΟΛΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ.....	69
4.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	70
4.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	72
4.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ.....	81
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 : ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	96
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ.....	104

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Με την παρούσα εργασία τίγεται ένα πολύ επίκαιρο πρόβλημα, τις επιπτώσεις του οποίου καλούνται να αντιμετωπίσουν οι επαγγελματίες που ασχολούνται με τον ευαίσθητο χώρο της Υγείας. Συγκεκριμένα, γίνεται μια εμπειριστατωμένη ανασκόπηση δυο πολυσυζητημένων θεμάτων που συνοψίζονται με τις εκφράσεις «οικονομική κρίση» και «ψυχική υγεία».

Το θέμα αυτό παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον για δυο βασικούς λόγους :

▼ Η Ψυχική Υγεία, τα τελευταία χρόνια, έχει πάρει τη θέση που της αρμόζει στον τομέα της Υγείας. Πολλές ασθένειες του σώματος βρίσκουν την αιτία τους στον ψυχικό ανθρώπινο παράγοντα και για το λόγο αυτό η ψυχική υγεία πρέπει να προστατεύεται στον ίδιο βαθμό με τη σωματική, έτσι ώστε να εξασφαλίζεται η γενικότερη ισορροπία στο άτομο.

▼ Η οικονομική κρίση, επιβάλλει περιορισμούς στη ζωή των ατόμων δυσχεραίνοντας το βιοτικό τους επίπεδο. Η Ελλάδα, από το 2008, διανύει περίοδο έντονης οικονομικής ύφεσης, η οποία έχει ήδη επηρεάσει την κοινωνία γενικότερα αλλά και την οικογένεια και το ίδιο το άτομο ειδικότερα.

Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία έχει αποτελέσει ήδη αντικείμενο έρευνας πολλών χωρών που έχουν βιώσει ή και βιώνουν παρόμοιες καταστάσεις. Τα αποτελέσματα που προκύπτουν επιβεβαιώνουν την ένταση των ψυχικών διαταραχών στα άτομα.

Ο συσχετισμός λοιπόν αυτών των δυο απομακρυσμένων, για άλλες εποχές, πόλων, παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον για τον αναγνώστη, δεδομένου ότι, κατά την τελευταία πενταετία η χώρα μας βιώνει την οικονομική κατάρρευση, όχι μόνο ως απλός θεατής, αλλά ως ενεργό μέλος που οδηγείται μέρα με τη μέρα σε αδιέξοδο. Είναι λοιπόν λογικό, αυτό το συνολικό προβληματικό σύστημα να διαταράσσει αυτό που συχνά ακούγεται να καλείται ως «ψυχική ισορροπία» των ατόμων.

Το αντικείμενο συνεπώς της εν λόγω ανασκόπησης, αφορά τόσο στην πληροφόρηση γύρω από τον καθένα από τους παραπάνω αναφερόμενους πόλους ξεχωριστά, αλλά κυρίως στην επίδραση γενικότερα του ενός πάνω στον άλλο, καθώς και στους τρόπους με τους οποίους αυτή μπορεί να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά.

Αναλυτικότερα, η παρούσα εργασία δομείται στα ακόλουθα Κεφάλαια :

- Û **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1** : Παρουσιάζονται πληροφορίες για την Οικονομική Κρίση και τις μορφές με τις οποίες αυτή εκδηλώνεται στην κοινωνία, ενώ παράλληλα προσδιορίζονται οι αρνητικές επιπτώσεις που προκαλεί στα άτομα.
- Û **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2** : Τίθενται τα όρια της Ψυχικής Υγείας και της Ψυχικής Νόσου και παρατίθενται οι θεραπευτικές μέθοδοι που εφαρμόζονται από τις αρμόδιες υπηρεσίες και λειτουργούς γενικότερα για τον περιορισμό των συμπτωμάτων έως και την πλήρη ίασή τους.
- Û **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3** : Προσδιορίζονται οι συγκεκριμένες Ψυχικές Νόσοι που συσχετίζονται με την Οικονομική Κρίση. Στη συνέχεια, παρατίθενται στατιστικά στοιχεία από έρευνες που έχουν διεξαχθεί στην Ελλάδα σχετικά με το εν λόγω θέμα, και γίνεται σχολιασμός αυτών.
- Û **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4** : Γίνεται αναφορά στη συμβολή των Νοσηλευτικών υπηρεσιών στο πλαίσιο αποκατάστασης της ψυχικής υγείας του ατόμου. Αναλύονται τα βήματα της Νοσηλευτικής διεργασίας και αναπτύσσονται οι τεχνικές της αποτελεσματικής θεραπευτικής επικοινωνίας. Το κεφάλαιο ολοκληρώνεται με τις απαιτούμενες κατά περίπτωση Νοσηλευτικές παρεμβάσεις.
- Û **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5** : Καταγράφονται τα συμπεράσματα που προκύπτουν από τη μελέτη που προηγήθηκε, σχετικά με τις συνέπειες της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία των ατόμων, ενώ παράλληλα παραθέτονται μερικές ενδεδειγμένες ενέργειες για την αντιμετώπισή τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 : ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ

Ο όρος “κρίση” έχει την έννοια της δυσλειτουργίας, η οποία, όπως είναι φυσικό, αποδιοργανώνει οποιοδήποτε οργανισμό. Η κρίση παρουσιάζεται ως μια αιφνίδια, μη συνήθης αλλαγή, η οποία δημιουργεί ένα πιεστικό πρόβλημα που πρέπει να αντιμετωπιστεί άμεσα.

Η οικονομική κρίση, από τη φύση της, προκαλεί δυσλειτουργίες στο σύνολο της οικονομίας, οι οποίες με τη σειρά τους έχουν προεκτάσεις στην κοινωνία γενικότερα, και ειδικότερα στις ομάδες ατόμων αλλά και στα άτομα ως μεμονωμένες μονάδες.

Η εξέταση της οικονομικής κρίσης από τη σκοπιά ενός από τους σημαντικότερους παράγοντες διαμόρφωσης της ψυχικής υγείας του ατόμου, αποτελεί το αντικείμενο του παρόντος κεφαλαίου.

1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ – ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ – ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΣ ΚΥΚΛΟΣ

Σύμφωνα με τον Frederic S. Mishkin (Mishkin S Frederic, NBER WORKING PAPERS SERIES, WORKING PAPER NO 3934, 1991), η οικονομική κρίση είναι μια διαταραχή στις χρηματοπιστωτικές αγορές, στις οποίες οι λανθασμένες επιλογές και τα προβλήματα οικονομικού κινδύνου αυξάνονται με αποτέλεσμα να αδυνατούν να διοχετεύσουν τα κεφάλαιά τους σε παραγωγικές επενδύσεις και σε αποδοτικούς τομείς. Μια οικονομική κρίση μπορεί να οδηγήσει μια οικονομία μακριά από την ισορροπία και να στρέψει σε μια καθοδική πορεία τους δείκτες της οικονομικής ανάπτυξης.

Με πιο απλά λόγια, οικονομική κρίση είναι το φαινόμενο κατά το οποίο μια οικονομία χαρακτηρίζεται από μια διαρκή και αισθητή μείωση της οικονομικής της δραστηριότητας.

Με την έννοια «οικονομική δραστηριότητα», γίνεται αναφορά σε όλα τα μακροοικονομικά μεγέθη της οικονομίας, όπως η απασχόληση, το εθνικό προϊόν, οι τιμές, οι επενδύσεις κλπ.

Ο βασικότερος δείκτης οικονομικής δραστηριότητας είναι οι επενδύσεις, οι οποίες, όταν αυξομειώνονται, συμπαρασύρουν μαζί τους και όλα τα υπόλοιπα οικονομικά μεγέθη. (Soros, G., 2008, *Η Οικονομική Κρίση του 2008 και η σημασία της*, Αθήνα. Εκδόσεις Α.Α Λιβάνη).

Η οικονομία χαρακτηρίζεται από μια διαδοχική αλληλουχία που αφορά στη μεγέθυνση και στην ύφεση καθώς επίσης στην καινοτομία και στην παρακμή. Με την έννοια αυτή, η οικονομική κρίση είναι μία από τις δυο φάσεις των οικονομικών διακυμάνσεων, και

συγκεκριμένα η φάση της καθόδου, κατά την οποία η οικονομική δραστηριότητα βρίσκεται σε συνεχή συρρίκνωση.

Όταν εκδηλωθεί μια **οικονομική κρίση**, ακολουθεί η **οικονομική ύφεση** με αλληλοδιαδόχους κύκλους **αύξησης της ανεργίας και μείωσης του εισοδήματος** και των τιμών όλων των αγαθών μέχρι η **ύφεση να φθάσει στο τέρμα της**.

Αρχικά η αύξηση της ανεργίας και η μείωση του εισοδήματος μεταδίδεται στις χώρες από τις οποίες η εν κρίσει χώρα εισάγει πολλά προϊόντα ή και υπηρεσίες. Στη συνέχεια επηρεάζονται όλες οι χώρες του κόσμου καθώς όλες αποτελούν μια αγορά και κάθε μια εξαρτάται και επηρεάζεται από τις άλλες στις οποίες εξάγει προϊόντα ή και υπηρεσίες.

Εάν η κρίση αφορά μια μικρή σχετικά χώρα, δε δημιουργείται πρόβλημα δεδομένου ότι οι θιγόμενες χώρες βρίσκουν άλλες αγορές. Εάν η κρίση αφορά μεγάλο πληθυσμό και υψηλό εισόδημα, τότε προκαλείται διαδοχικά διεθνής κρίση όπως είναι η σημερινή. Η ένταση με την οποία η κρίση θα επηρεάσει μια χώρα, εξαρτάται από τη δομή της οικονομίας της (Διακόπουλος, X , 2009. Περιοδικό *Ακτίνες* Αρ.702 Αθωνίτης, Γ' Εξάμηνο 2009).

Τον τερματισμό της ύφεσης, ακολουθεί η ανάκαμψη, ακόμα κι αν οι κυβερνήσεις του κόσμου δε λάβουν κανένα μέτρο για να την προκαλέσουν. Η ανάκαμψη οφείλεται στο γεγονός ότι πολλοί (άνθρωποι ή εταιρείες) επιδιώκουν να ωφεληθούν από τις χαμηλές τιμές των αγαθών-αξιών που τους ενδιαφέρουν (Πανηγυράκης ,Γ., 2001. *Σύγχρονη Διοικητική Δημοσίων Σχέσεων*. Αθήνα. Εκδόσεις Μπένου).

Η αυξημένη τάση στη ζήτηση των ως άνω μεγεθών-αξιών, ενισχύεται από την υποστήριξη των υγιών τραπεζών, οι οποίες προσφέρουν δάνεια σε φερέγγυους πελάτες που θέλουν να προβούν σε αγορές, Έτσι, η αύξηση της ζήτησης οδηγεί σε αύξηση της τιμής τους.

Όταν οι μηνιαίες πωλήσεις αγαθών-αξιών (π.χ. κατοικιών, μετοχών) φθάσουν στα προ κρίσης επίπεδα, τότε οι οικονομίες των χωρών εισέρχονται στην ανάκαμψη. Στη φάση βέβαια αυτή, είναι ευνόητο ότι η ανάπτυξη των αγορών και η άνοδος των πωλήσεων οδηγούν σε αύξηση των τιμών (Διακόπουλος, X , 2009. Περιοδικό *Ακτίνες* Αρ.702 Αθωνίτης, Γ' Εξάμηνο 2009).

Αυτές οι οικονομικές διακυμάνσεις που αφορούν στις διαδοχικές αυξομειώσεις της οικονομικής δραστηριότητας μέσα σε μια οικονομία, λέγονται και **κυκλικές διακυμάνσεις ή οικονομικοί κύκλοι**. Από πολύχρονες στατιστικές παρατηρήσεις διαπιστώθηκε ότι οι οικονομικοί κύκλοι διαρκούν περίπου από 7 έως 11 χρόνια (Πανηγυράκης ,Γ., 2001. *Σύγχρονη Διοικητική Δημοσίων Σχέσεων*. Αθήνα. Εκδόσεις Μπένου).

1.2 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

Κατά τη φάση της οικονομικής κρίσης, σημειώνονται επιπτώσεις και στο χώρο της υγείας.

Οι υπηρεσίες του δημόσιου τομέα, γίνονται η μοναδική πηγή υγειονομικής περίθαλψης, καθότι μειώνεται η ζήτηση για ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας. Την ίδια στιγμή όμως, τα έσοδα των κυβερνήσεων για τη χρηματοδότηση της δημόσιας υγειονομικής περίθαλψης, είναι μειωμένα, με αποτέλεσμα την εμφάνιση βασικών ελλείψεων και την ανεπάρκεια των παρεχομένων υπηρεσιών (<http://www.encephalos.gr/pdf/50-1-02g.pdf>, τελευταία πρόσβαση 12.07.2015).

Η υποτίμηση των τοπικών νομισμάτων, οδηγεί στην αύξηση του κόστους των εισαγωγών. Μεταξύ των προϊόντων των οποίων οι τιμές κινούνται αυξητικά, συγκαταλέγονται και τα φάρμακα. Ως αποτέλεσμα αυτής της αύξησης, είναι η μη διάθεση βασικών φαρμάκων, λόγω του ότι η απόκτησή τους γίνεται απαγορευτική εξαιτίας του υψηλού κόστους.

Στην Ελλάδα ειδικότερα, που διανύει τη μεγαλύτερη οικονομική κρίση της σύγχρονης ιστορίας, παρόλο που 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 Χωρών του ΟΟΣΑ), η αποτελεσματικότητα του ελληνικού συστήματος υγείας μειώθηκε (<http://www.encephalos.gr/pdf/50-1-02g.pdf>, τελευταία πρόσβαση 12.07.2015).

Η ελληνική πρωτοβάθμια φροντίδα είναι υψηλά κατακερματισμένη καθώς εμπλέκονται αρκετοί διαφορετικοί δημόσιοι και ιδιωτικοί επαγγελματίες υγείας δίχως συντονισμό και έλεγχο του συστήματος. Περαιτέρω επιδείνωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας αναμένεται με τη δημοσιονομική κρίση.

1.3 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΑ ΑΤΟΜΑ

Όπως προαναφέρθηκε, 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 της Ελληνικής κοινωνίας αγκαλιάζει όλες τις λειτουργίες της. Είναι κρίση της οικονομίας, της ιδεολογίας, του κοινωνικού συμβολαίου, εν τέλει της

πολιτικής. Το κύριο χαρακτηριστικό 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 :

ΑΥΞΗΣΗ ΤΟΥ ΠΟΣΟΣΤΟΥ ΤΩΝ ΑΝΕΡΓΩΝ

Περίπου 1,2 εκατομμύρια Έλληνες είναι άνεργοι. Αυτό όμως που σοκάρει είναι ότι από τους 1,2 εκατ. γραμμένους στον ΟΑΕΔ (Οργανισμός Απασχόλησης Εργατικού Δυναμικού), οι άνεργοι αντιστοιχούν σε 864.377 άτομα και το επίδομα ανεργίας χορηγείται μόλις σε 118.842 άτομα.

Τα στοιχεία του ΟΑΕΔ δείχνουν ότι το δράμα της ανεργίας είναι μακροχρόνιο και από τη στιγμή που κάποιος θα χάσει τη δουλειά του δυσκολεύεται να μπει και πάλι στην αγορά εργασίας. Έτσι καταγράφεται αύξηση των μακροχρόνια ανέργων (για διάστημα πάνω από 12 μήνες) που αναζητούν εργασία, με τον αριθμό τους να ανέρχεται στους 459.232. Οι μακροχρόνια άνεργοι αποτελούν το 23,13% του συνολικού αριθμού των εγγεγραμμένων στον ΟΑΕΔ που αναζητούν εργασία

Το 34,15% των μακροχρόνιων ανέργων ζει στην Αττική και το 18,52% στην Κεντρική Μακεδονία (<http://www.newsbeast.gr/greece/arthro/807427/ta-pathi-tou-ellinikou-laou-mesa-apo-arithmous/>, τελευταία πρόσβαση 06.04.2015).

ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ ΠΟΥ ΑΓΓΙΖΕΙ ΤΑ ΟΡΙΑ ΤΗΣ ΦΤΩΧΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ

Πάνω από δυο στους 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/financial/arthro/688756/zei-stin-aneheia-enas-stous-tesseris-europaious/>, τελευταία πρόσβαση 24.05.2015).

Περίπου το 23% των Ελλήνων ζουν κάτω από το όριο της φτώχειας., με μικρά παιδιά, νέους ανθρώπους και ηλικιωμένους να «κρύβονται» πίσω από αυτούς 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/financial/arthro/688756/zei-stin-aneheia-enas-stous-tesseris-europaiou/>, τελευταία πρόσβαση 24.05.2015).

ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟΙ ΦΟΡΟΙ ΣΤΟΥ ΦΤΩΧΟΥΣ

Σύμφωνα με έρευνα που εκπόνησαν ο ομότιμος καθηγητής Οικονομικών του Καποδιστριακού Πανεπιστημίου, Τ. Γιανίτσης και ο αναπληρωτής καθηγητής Αγροτικής Οικονομίας στο Γεωπονικό Πανεπιστήμιο, Σ. Ζωγραφάκης, οι φτωχότεροι πλήρωσαν περισσότερους φόρους κατά 337%, όταν οι πλούσιοι επιβαρύνθηκαν μόλις κατά 9%.

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε για λογαριασμό του Ιδρύματος Μακροοικονομικών Μελετών Hans Böckler και καταδεικνύει σημαντικές διαφοροποιήσεις, όσον αφορά στις φορολογικές επιβαρύνσεις που επιβλήθηκαν τα χρόνια της κρίσης ανάμεσα στα φτωχότερα κοινωνικά στρώματα και τα πιο πλούσια.

Όπως προκύπτει, από τις φοροεισπρακτικές πολιτικές που ακολουθήθηκαν τα τελευταία χρόνια, τα μεσαία και χαμηλά εισοδήματα είναι αυτά 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 κατέβαλαν οι ασθενέστεροι εισοδηματικά Έλληνες αυξήθηκαν κατά 125,9%. Αν συνυπολογιστούν και οι φόροι επί των ακινήτων οι οποίοι αυξήθηκαν κατά 1.071% για τους «πλούσιους» αλλά κατά 1.420% για τους «φτωχούς», 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/>, τελευταία πρόσβαση 06.04.2015).

ΑΔΥΝΑΜΙΑ ΠΛΗΡΩΜΗΣ ΔΑΝΕΙΩΝ

Όπως είναι φυσικό η ανεργία και η δραματική μείωση του διαθέσιμου εισοδήματος, (τα φτωχότερα νοικοκυριά έχασαν το 86 % του συνολικού τους εισοδήματος ενώ τα πιο πλούσια μόλις το 16% με 20 %) έχουν εκτινάξει τα δάνεια που αδυνατούν να πληρώσουν οι Έλληνες σε 77 δισ. ευρώ περίπου (<http://www.newsbeast.gr/greece/arthro/807427/ta-pathi-tou-ellinikou-laou-mesa-apo-arithmous/>, τελευταία πρόσβαση 06.04.2015).

ΑΝΥΠΑΡΞΙΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΚΡΑΤΟΥΣ

Για την πλειονότητα του παγκόσμιου πληθυσμού, το θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα στην κοινωνική ασφάλεια παραμένει μακρινό όνειρο. Μόνο το 27% του παγκόσμιου πληθυσμού έχει πρόσβαση στο κοινωνικό κράτος, μόλις το 12% των ανέργων λαμβάνει επιδόματα, ενώ το 48% των ανθρώπων γύρω στα 65 δεν παίρνουν σύνταξη. (<http://www.newsbeast.gr/financial/arthro/688756/zei-stin-aneheia-enas-stous-tesseris-europai-ous/>, τελευταία πρόσβαση 24.05.2015).

ΧΑΣΜΑ ΦΤΩΧΩΝ ΚΑΙ ΠΛΟΥΣΙΩΝ

Μεταξύ φτωχών και πλουσίων, παρατηρείται ένα πολύ σημαντικό χάσμα, καθώς το ανώτερο 20% του πληθυσμού κερδίζει έξι φορές περισσότερα από το κατώτερο 20% σύμφωνα με τον ΟΟΣΑ – Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (<http://www.newsbeast.gr/greece/arthro/807427/ta-pathi-tou-ellinikou-laou-mesa-apo-arithmous/>, τελευταία πρόσβαση 06.04.2015).

ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΙ ΠΟΛΙΤΕΣ – ΕΠΙΔΕΙΝΩΣΗ ΥΓΕΙΑΣ

Ξεπερνούν τα τρία εκατομμύρια οι ανασφάλιστοι πολίτες της χώρας. Γιατροί που συμμετείχαν σε έρευνα της IPSOS δήλωσαν ότι το 17% των ασθενών τους που ακολουθούσαν χρόνια αγωγή, έμεινε ανασφάλιστο κατά το προηγούμενο έτος. Αποτέλεσμα ήταν οι περίπου τέσσερις στους 10 από αυτούς να διακόψουν την αγωγή λόγω οικονομικής στενότητας.

Όπως αναφέρθηκε, παρά τη χρόνια πάθηση, χρειάστηκε είτε να τροποποιήσουν την αγωγή αφού δεν μπορούσαν να πληρώσουν γιατρούς και φάρμακα είτε ακόμη και να πάψουν να την ακολουθούν. Οι γιατροί που συμμετείχαν στην έρευνα ανέφεραν πως ένας στους τρεις από τους ασθενείς αυτούς παρουσίασε επιδείνωση της υγείας του (<http://www.newsbeast.gr/health/arthro/748648/i-krisi-vlaptei-sovara-tin-ugeia/>, τελευταία πρόσβαση 24.05.2015).

ΑΔΥΝΑΜΙΑ ΚΑΛΥΨΗΣ ΕΞΟΔΩΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ-ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ-ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Χιλιάδες είναι ασφαλισμένοι αλλά αδυνατούν να καλύψουν τα έξοδα νοσηλείας, εξετάσεων και φαρμάκων που απαιτούνται. Έρευνες της Ε.Ε. αποκαλύπτουν ότι οι μισοί πολίτες (το 47%) δηλώνουν ότι δε λαμβάνουν την αναγκαία περίθαλψη.

Το ποσοστό των νοικοκυριών που αντιμετωπίζει «καταστροφικές δαπάνες» εξαιτίας του κόστους της φαρμακευτικής περίθαλψης εκτιμάται σε 4,5% επί του συνόλου το 2013, όταν το αντίστοιχο ποσοστό το 2010 δεν υπερέβαινε το 1,6%. Ως καταστροφική δαπάνη για την υγεία ορίζεται η δαπάνη που ξεπερνά το 20% του εισοδήματος του νοικοκυριού.

Μεγάλο πλήγμα έχουν δεχθεί οι νέοι. Το 31% των νέων στην Ε.Ε. αναφέρει ως βασικό λόγο αδυναμίας πρόσβασης σε παροχές υγείας το υψηλό κόστος των υπηρεσιών αυτών. Η Ελλάδα διαθέτει το υψηλότερο ποσοστό της τάξης του 64% νέων, που δηλώνει την αιτία αυτή ως τη βασικότερη για την έλλειψη υγειονομικής περίθαλψης (<http://www.newsbeast.gr/health/arthro/748648/i-krisi-vlaptai-sovara-tin-ugeia/>, τελευταία πρόσβαση 24.05.2015).

ΑΥΞΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ

Εκτός από την έλλειψη ασφάλισης, σημαντικό εμπόδιο για πολλούς είναι η δραστική αύξηση στη συμμετοχή των πολιτών στη φαρμακευτική δαπάνη (αύξηση της συμμετοχής για αγορά φαρμάκων, φτάνοντας σήμερα στο 29% από 12% που κυμαινόταν προ κρίσης) (<http://www.newsbeast.gr/health/arthro/748648/i-krisi-vlaptai-sovara-tin-ugeia/>, τελευταία πρόσβαση 24.05.2015).

ΑΥΞΗΣΗ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΣΤΟΥΣ ΑΝΕΡΓΟΥΣ

Στους άνεργους επί μακρό χρόνο, παρατηρείται αύξηση του ποσοστού νοσηρότητας και θνησιμότητας. Σε αυτό συμβάλλουν συνδυαστικά και άλλοι παράγοντες, όπως η ηλικία, ο γάμος, το εισόδημα, το επάγγελμα και η περιορισμένη πρόσβαση στην ιατρική φροντίδα (<http://www.encephalos.gr/pdf/50-1-02g.pdf>, τελευταία πρόσβαση 12.07.2015).

ΥΙΟΘΕΤΗΣΗ ΑΝΘΥΓΙΕΙΝΩΝ ΣΥΝΗΘΕΙΩΝ

Σε μεγάλο ποσοστό ανέργων, διαπιστώνεται η υιοθέτηση ανθυγιεινών συνηθειών, όπως το κάπνισμα (<http://www.encephalos.gr/pdf/50-1-02g.pdf>, τελευταία πρόσβαση 12.07.2015).

ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Στους ενήλικες, σημειώνεται αύξηση του ποσοστού εμφάνισης ψυχικών και ψυχοσωματικών διαταραχών με παράλληλη αύξηση του ποσοστού των αυτοκτονιών (<http://www.encephalos.gr/pdf/50-1-02g.pdf>, τελευταία πρόσβαση 12.07.2015).

ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΑΡΝΗΤΙΚΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΟΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΝΕΩΝ

Η κοινωνία βρίσκεται σε κρίση και η οικογένεια, ως φορέας της διαταραχής, κατακλύζεται από αισθήματα απόγνωσης. Οι σχέσεις γονιών και παιδιών αναδιαμορφώνονται. Ο γονιός με ψυχική διαταραχή, αδυνατεί να απορροφήσει τα άγχη του παιδιού του, να συμπαρασταθεί στις αγωνίες του και να παρέχει σταθερότητα και συναισθήματα φροντίδας. Ως αποτέλεσμα, το παιδί οδηγείται σε σύγχυση ρόλων, σε ψυχικές αναστολές των αναγκών του και σε διαμόρφωση ενός «ψευδούς εαυτού».

Ο έφηβος δυσκολεύεται ακόμα περισσότερο, καθόσον η φυσιολογική και επιτακτική ταύτιση με το γονιό αποδεικνύεται σαθρή. Το πρότυπο “γονιός” γκρεμίζεται, αφού οι γονείς αποδεικνύονται αδύναμοι και ανίκανοι να αποδεχτούν την επιθετικότητα της αυτονόμησης του εφήβου. Παράλληλα, οι φαντασιώσεις που βοηθούν στην επεξεργασία της μετάβασης, εκλείπουν (<http://www.encephalos.gr/pdf/50-1-02g.pdf>, τελευταία πρόσβαση 12.07.2015).

ΠΑΙΔΙΚΗ ΦΤΩΧΕΙΑ

Τα στοιχεία για την παιδική φτώχεια στην Ελλάδα είναι άκρως ανησυχητικά. Άλλωστε, εκτός από τα νούμερα, το γεγονός επιβεβαιώνεται και από τα συχνά περιστατικά υποσιτισμού παιδιών που καταγράφονται σε σχολεία σε όλη τη χώρα.

Η Έκθεση του Ερευνητικού Κέντρου της UNICEF για τα παιδιά της ύφεσης έδειξε ότι η μεγαλύτερη αύξηση της παιδικής φτώχειας έχει παρατηρηθεί στις νοτιοευρωπαϊκές χώρες-Ελλάδα, Ιταλία και Ισπανία - καθώς και στην Κροατία, στα τρία Βαλτικά κράτη και σε τρία άλλα κράτη που έχουν «χτυπηθεί» άσχημα από την ύφεση.

Σύμφωνα με δηλώσεις των ίδιων των παιδιών, των οποίων τουλάχιστον ο ένας γονέας έχασε τη δουλειά του, ένα σημαντικό ποσοστό 5,45 % δεν έχουν τη δυνατότητα να αγοράσουν φαγητό, περίπου 28% έκοψαν τη συμμετοχή τους σε ταξίδια, πάνω από 10% σταμάτησαν τα ιδιαίτερα μαθήματα ενώ περίπου 3 στα 10 βιώνουν εντάσεις στην οικογένειά τους (<http://www.newsbeast.gr/greece/arthro/807427/ta-pathi-tou-ellinikou-laou-mesa-apo-arithmous/>, τελευταία πρόσβαση 06.04.2015) .

ΚΛΕΙΣΙΜΟ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

Σύμφωνα με τη ΓΣΕΒΕΕ, από το 2008 έχουν κλείσει συνολικά 230.000 επιχειρήσεις. Πιο επιρρεπείς στα λουκέτα είναι οι πολύ μικρές επιχειρήσεις της Αττικής

(<http://www.newsbeast.gr/greece/arthro/807427/ta-pathi-tou-ellinikou-laou-mesa-apo-arithmous/>, τελευταία πρόσβαση 06.04.2015) .

ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗ

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

Γιατροί, μηχανικοί, οικονομολόγοι, νομικοί έως 40 ετών βρίσκονται στο εξωτερικό. Η μετανάστευση των νέων επιστημόνων εντάθηκε την τελευταία πενταετία λόγω της οικονομικής κρίσης και της 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 αναζητούν την τύχη τους στο εξωτερικό έχουν υψηλά ακαδημαϊκά προσόντα. Το 73% έχει μεταπτυχιακό τίτλο, το 51,2% διδακτορικό, το 41% έχει σπουδάσει σε πολύ καλό πανεπιστήμιο (<http://www.newsbeast.gr/greece/arthro/807427/ta-pathi-tou-ellinikou-laou-mesa-apo-arithmous/>, τελευταία πρόσβαση 06.04.2015).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 : ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟΣ

Η **Ψυχική Υγεία** και η **Ψυχική Νόσος** είναι δυο έννοιες πολύ οικείες, ιδιαίτερα τα τελευταία χρόνια. Η λέξη «Υγεία» στον κοινό νου, συσχετίζεται κυρίως με τη σωματική ακεραιότητα του ατόμου, αφήνοντας απέξω ένα πολύ μεγάλο κομμάτι που έχει να κάνει με το μυαλό, όχι ως όργανο του ανθρώπινου σώματος, αλλά ως βασικό συστατικό του στοιχείο μέσω του οποίου καθορίζεται η προσωπικότητα αλλά και η στάση του μέσα στο κοινωνικό σύνολο. Από την άλλη μεριά, ο όρος "Ψυχική", δε σημαίνει απαραίτητα ότι διαχωρίζεται το μυαλό από το σώμα.

Η γνωριμία με αυτές τις δυο πολύ ξεχωριστές αλλά και πολύ συνδεδεμένες μεταξύ τους πύλες και η αναγνώριση των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών, των ορίων καθώς και των μορφών με τις οποίες αυτές εκδηλώνονται αλλά και των μηχανισμών με τους οποίους γίνεται η μετάβαση από μια στην άλλη, αποτελούν τη βάση για την κατανόηση του υπό εξέταση θέματος και την εξαγωγή αξιόπιστων συμπερασμάτων.

2.1 ΟΡΙΣΜΟΙ

Η **Ψυχική Υγεία** έχει σχέση με την ικανότητα ενός ατόμου να αντιλαμβάνεται τον εαυτό του όπως τον αντιλαμβάνονται και οι άλλοι, και να προσαρμόζεται στο πολιτισμικό και κοινωνικό πλαίσιο στο οποίο ζει (Hogan, M., 2008. *Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας. Ανασκοπήσεις & Αιτιολογήσεις*).

Τα χαρακτηριστικά της Ψυχικής Υγείας ενός ατόμου είναι :

- Ä Η **θετική στάση** απέναντι στον εαυτό του.
- Ä Η **θετική στάση** απέναντι στη διαδικασία της ανάπτυξης και προσωπικής εξέλιξης.
- Ä Η **θετική στάση** απέναντι στη διαδικασία της αυτοπραγμάτωσης (η αίσθηση πληρότητας και η εσωτερική ισορροπία που επιτυγχάνεται με την αξιοποίηση των πνευματικών, ψυχικών και σωματικών δυνατοτήτων του ανθρώπου).
- Ä Η **θετική στάση** απέναντι στη διαδικασία ενσωμάτωσης στο κοινωνικό σύνολο.
- Ä Η **θετική στάση** απέναντι στη διαδικασία της αυτονομίας.
- Ä Η **θετική στάση** απέναντι στη διαδικασία της αντίληψης της πραγματικότητας.
- Ä Η **πλήρης κατανόηση** του πλαισίου μέσα στο οποίο ζει.

Αντίθετα, ως **Ψυχική Νόσος** ορίζεται η αδυναμία ενός ατόμου να αντιληφθεί τον εαυτό του με τον τρόπο που τον αντιλαμβάνονται οι άλλοι, και να προσαρμοστεί στους κανόνες του πολιτισμικού και κοινωνικού πλαισίου στο οποίο ζει (Hogan, M., 2008. *Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας. Ανασκοπήσεις & Αιτιολογήσεις*).

Κατά μια άλλη έννοια, η **ψυχική ασθένεια** είναι ένα μοτίβο σκέψης ή συμπεριφοράς, ή μια ανωμαλία η οποία προκαλεί πόνο ή και ανικανότητα, και η οποία δεν είναι αναπτυξιακά ή κοινωνικά καθορισμένη. Η ψυχική ασθένεια καθορίζεται γενικά από ένα συνδυασμό του πώς ένα άτομο αισθάνεται, ενεργεί, σκέπτεται ή αντιλαμβάνεται. Είναι δυνατόν να σχετίζεται με συγκεκριμένες περιοχές ή λειτουργίες του εγκεφάλου ή και του υπόλοιπου νευρικού συστήματος, συχνά σε ένα κοινωνικό πλαίσιο (The United States Department of Health and Human Services. Mental Health, 2012. *The Fundamentals of Mental Health and Mental Illness*).

Η Ψυχική Υγεία και η Ψυχική Νόσος παρομοιάζονται με δυο πόλους τοποθετημένους στις άκρες ενός συνεχούς, πάνω στο οποίο κινείται το άτομο προς τα εμπρός και προς τα πίσω, σε όλη τη διάρκεια της ζωής του.

Το συνεχές Ψυχική Υγεία – Ψυχική Νόσος επηρεάζει τα πιο σημαντικά επίπεδα της ζωής του ατόμου, που είναι :

- Το Βιολογικό επίπεδο, που αφορά στη δομή και τη λειτουργία του εγκεφάλου.
- Το Προσωπικό επίπεδο, που αφορά στη φροντίδα του εαυτού του.
- Το Διαπροσωπικό επίπεδο, που αφορά στην αλληλεπίδραση με τους άλλους.
- Το Κοινωνικό επίπεδο, που αφορά στη στάση του ατόμου απέναντι στις κοινωνικές συνθήκες και στο πολιτισμικό πλαίσιο (Hogan, M., 2008. *Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας. Ανασκοπήσεις & Αιτιολογήσεις*).

Κάθε ένα από τα επίπεδα της ζωής του ατόμου, το οποίο, όπως αναφέρθηκε αμέσως παραπάνω, επηρεάζεται από το συνεχές Ψυχική Υγεία – Ψυχική Νόσος, διαμορφώνεται από ένα πλήθος παραγόντων (Hogan, M., 2008. *Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας. Ανασκοπήσεις & Αιτιολογήσεις*), οι οποίοι αλληλοεπηρεάζονται μεταξύ τους σε τέτοιο βαθμό, ώστε τις περισσότερες φορές είναι αρκετά δύσκολο να διακριθεί η αρχική πηγή δυσφορίας του ατόμου. Στον Πίνακα 1 που ακολουθεί, απεικονίζονται συνοπτικά οι παράγοντες αυτοί ανά επίπεδο και ανά πόλο του συνεχούς Ψυχική Υγεία - Ψυχική Νόσος

Εναλλακτικά, οι εν λόγω παράγοντες θα μπορούσαν να παρομοιαστούν με ένα ζυγό, που στα δυο άκρα του βρίσκονται οι παράγοντες εκείνοι που χαρακτηρίζουν την Ψυχική Υγεία από τη μια πλευρά και την Ψυχική Νόσο από την άλλη. Στην περίπτωση λοιπόν που ο συνδυασμός των παραγόντων αυτών είναι τέτοιος ώστε ο ζυγός να χάνει την ισορροπία του, εμφανίζεται κλίση προς την πλευρά εκείνη που χαρακτηρίζει περισσότερο τη νέα κατάσταση του ατόμου.

Πίνακας 1

**ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΙΔΡΟΥΝ
ΣΤΟ ΣΥΝΕΧΕΣ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ-ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟΣ**

ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	ΨΥΧΙΚΗ ΝΟΣΟΣ
ΑΤΟΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	
ΘΕΤΙΚΗ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ	ΑΝΗΣΥΧΙΑ
ΥΠΑΡΕΗ ΝΟΗΜΑΤΟΣ ΓΙΑ ΤΗ ΖΩΗ	ΑΠΩΛΕΙΑ ΝΟΗΜΑΤΟΣ ΓΙΑ ΤΗ ΖΩΗ
ΒΙΩΜΑ ΑΡΜΟΝΙΑΣ	ΒΙΩΜΑ ΔΥΣΑΡΜΟΝΙΑΣ
ΘΕΤΙΚΗ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ	ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ
ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	ΦΟΒΟΙ
ΖΩΤΙΚΟΤΗΤΑ	ΑΓΧΟΣ
ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ	ΑΝΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ
ΣΥΝΤΡΟΦΙΚΟΤΗΤΑ	ΧΕΙΡΑΓΩΓΗΣΗ
ΒΟΗΘΕΙΑ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΑΛΛΟΥΣ	ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΗ ΕΞΑΡΤΗΣΗ
ΙΣΟΡΡΟΠΙΑ ΜΕΤΑΞΥ ΑΠΟΜΟΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΤΗΤΑΣ	ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΣΥΡΣΗ
	ΑΠΟΥΣΙΑ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ
ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	
ΑΙΣΘΗΜΑ ΑΝΗΚΕΙΝ	ΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ ΚΑΙ ΤΟΞΙΚΟΕΞΑΡΤΗΣΗ
ΑΠΟΔΟΧΗ ΚΑΙ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΗΣ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΟΤΗΤΑΣ	ΒΙΑ
ΜΗ ΑΝΟΧΗ ΣΤΗ ΒΙΑ	ΦΤΩΧΕΙΑ
ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΩΝ ΠΟΡΩΝ	ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΔΙΑΚΡΙΣΗ
	ΣΕΞΙΣΜΟΣ
	ΕΛΛΕΙΨΗ ΣΤΕΓΗΣ
	ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΡΑΤΣΙΣΜΟΣ
	ΡΑΤΣΙΣΜΟΣ
	ΕΛΛΕΙΨΗ ΠΟΡΩΝ

(προέλευση στοιχείων : Hogan, M., 2008. *Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας. Ανασκοπήσεις & Αιτιολογήσεις*)

2.2 ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ – ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση της Ψυχικής Υγείας έχει να κάνει, κατά βάση, με τον αποκλεισμό τυχόν Ψυχικών Νόσων.

Εντούτοις, η επίτευξη και διατήρηση της Ψυχικής Υγείας, αποτελεί μια μακροχρόνια διαδικασία μέσω της οποίας επιδιώκεται η αρμονία και η ισορροπία ως προς το άτομο, την οικογένεια, τους φίλους και την κοινότητα. Με αυτήν την έννοια, η Ψυχική Υγεία είναι κάτι παραπάνω από την απλή απουσία Ψυχικής Νόσου. Έτσι, η Ψυχική Υγεία ταυτίζεται με μια διαδικασία διαρκούς προσωπικής ανάπτυξης του συνολικού δυναμικού ενός ατόμου. Σε πολλές περιπτώσεις, παρουσιάζεται μια συνέχεια μεταξύ ψυχικής υγείας και ψυχικής ασθένειας, πράγμα που κάνει τη διάγνωση δύσκολη (The United States Department of Health and Human Services. Mental Health, 2012. *The Fundamentals of Mental Health and Mental Illness*).

2.3 ΨΥΧΙΚΕΣ ΝΟΣΟΙ

Ο ορισμός και η ταξινόμηση των Ψυχικών Νόσων (ή Ψυχικών Διαταραχών ή Ψυχικών Ασθενειών, όροι που συναντώνται στα περισσότερα διεθνή κλινικά αρχεία), αποτελούν ζήτημα-κλειδί τόσο για τους ερευνητές όσο και για τους επαγγελματίες υγείας, όπως και για όσους έχουν ήδη διαγνωσθεί.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), πάνω από το ένα τρίτο των ανθρώπων στις περισσότερες χώρες, αναφέρουν προβλήματα σε κάποιο σημείο της ζωής τους τα οποία ταιριάζουν στα κριτήρια διάγνωσης ενός ή περισσότερων από τις πιο συχνές ψυχικές διαταραχές. Περίπου ένας στους πέντε ενήλικες φέρει μια διακριτή ψυχική διαταραχή σε μια δεδομένη χρονική στιγμή (Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders, 2013).

ΑΙΤΙΑ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Τα αίτια των ψυχικών διαταραχών ποικίλλουν και σε κάποιες περιπτώσεις δεν είναι ξεκάθαρα. Κάποιες θεωρίες συγχωνεύουν ευρήματα από ένα ευρύ φάσμα πεδίων / προτύπων προκειμένου να δοθούν εξηγήσεις για συγκεκριμένες διαταραχές.

Στη σύγχρονη Δυτική Ψυχιατρική χρησιμοποιείται το Βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο, που ενσωματώνει βιολογικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες, αν και πολλές φορές στην πράξη κάτι τέτοιο δεν είναι εφικτό. Η Βιολογική Ψυχιατρική βασίζεται σε ένα βιοϊατρικό μοντέλο σύμφωνα με το οποίο, πολλές ψυχικές διαταραχές μεταφράζονται ως διαταραχές των κυκλωμάτων του εγκεφάλου, οι οποίες πιθανολογείται ότι οφείλονται σε αναπτυξιακές ανωμαλίες.

Κατά μια κοινή παραδοχή, οι ψυχικές διαταραχές είναι αποτέλεσμα γενετικών και αναπτυξιακών ευαισθησιών, οι οποίες εκδηλώνονται υπό την επήρεια του στρες, χωρίς αυτό να είναι δεσμευτικό, δεδομένου ότι ο παράγων-αιτία εξαρτάται και από τη διαφορετικότητα του ατόμου. Ορισμένοι τύποι ψυχικών διαταραχών μπορεί να θεωρηθούν κυρίως ως νευροαναπτυξιακές διαταραχές.

Μελέτες που έχουν διεξαχθεί πάνω στο θέμα της αιτιολογίας των ψυχικών διαταραχών, έχουν καταλήξει σε ποικίλα συμπεράσματα. Έτσι, ως πιθανές αιτίες (Ευθυμίου, Κ., Μαυροειδή, Αθ., Παυλάτου, Ε., Καλαντζή-Αζίζι, Α.,2006. *Πρώτες Βοήθειες Ψυχικής Υγείας*) αναφέρονται οι ακόλουθες :

- Θ Ποικίλα **γονίδια**, μπορεί να παίξουν σημαντικό ρόλο στη δημιουργία ψυχικών διαταραχών, αν και είναι πολύ δύσκολη η σύνδεση συγκεκριμένων γονιδίων με συγκεκριμένες διαταραχές.
- Θ Περιβαλλοντικά γεγονότα όπως η **εγκυμοσύνη** και ο **τοκετός**, επισημαίνονται ως πιθανά για τη δημιουργία ψυχικών διαταραχών.
- Θ **Τραυματικές βλάβες του εγκεφάλου**, πιθανόν να αυξήσουν τον κίνδυνο ανάπτυξης κάποιων ψυχικών διαταραχών.
- Θ **Ιικές λοιμώξεις και κατάχρηση ουσιών** (όπως το αλκοόλ, η κάνναβη και η καφεΐνη) μπορεί να προκαλέσουν ψυχικές διαταραχές.
- Θ **Κοινωνικές επιδράσεις** όπως η **κακοποίηση**, η **παραμέληση**, το **κοινωνικό άγχος**, τα **εργασιακά προβλήματα**, η **κοινωνικο-οικονομική ανασφάλεια**, η **μετανάστευση** και πολλά άλλα προβλήματα που μπορούν να προκύψουν στις κοινωνίες και στις κουλτούρες ανά τον κόσμο (όπως η **οικονομική κρίση**), μπορεί να ενοχοποιηθούν για την εμφάνιση κάποιων ψυχικών διαταραχών.
- Θ **Ανώμαλη λειτουργία των νευροδιαβιβαστικών κυκλωμάτων** (όπως το σύστημα της **σεροτονίνης**, της **νορεπινεφρίνης**, της **ντοπαμίνης** και του **γλουταμινικού οξέος**) εμπλέκεται σε αρκετές ψυχικές διαταραχές.

Θ **Γενετική βάση** (κληρονομικότητα), ευθύνεται εν μέρει για την ανάπτυξη μιας ψυχικής ασθένειας με μεγαλύτερη πιθανότητα,

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ – ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Η αναγνώριση και η κατανόηση των ψυχικών διαταραχών έχει τροποποιηθεί με το πέρασμα των χρόνων και ανά τον κόσμο, με αποτέλεσμα να υπάρχουν ακόμη διάφοροι ορισμοί, αποτιμήσεις και ταξινομήσεις, ενώ κάποια καθορισμένα καθοδηγητικά κριτήρια χρησιμοποιούνται ευρέως.

Υπάρχουν δύο ευρέως εδραιωμένα συστήματα τα οποία ταξινομούν τις κλινικές διαταραχές των ψυχικών νοσημάτων και τις αντίστοιχες ιατρικές διαγνώσεις :

- Ø Το **ICD-10** (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) : Κεφάλαιο 5: Διανοητικές και συμπεριφορικές διαταραχές, από το 1945, τμήμα της Διεθνούς Ταξινόμησης Ασθενειών, που έχει δημιουργηθεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), και
- Ø Το **DSM-V** : Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών, 5^η αναθεωρημένη έκδοση (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- 5th Edition) από 8 Μαΐου 2013, που έχει δημιουργηθεί από την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία από το 1952.

Τα δυο παραπάνω συστήματα ταξινόμησης παρέχουν σταθερά κριτήρια για τη διάγνωση των ψυχικών διαταραχών. Έχουν εσκεμμένα συγκλίνοντες κωδικούς στις πρόσφατες εκδόσεις τους, ούτως ώστε τα εγχειρίδια να είναι ευρέως συγκρίσιμα, αν και οι διαφορές τους παραμένουν σημαντικές.

2.3.1 ΜΟΡΦΕΣ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Υπάρχουν πολλές διαφορετικές κατηγορίες ψυχικών διαταραχών και πολλές διαφορετικές πτυχές της ανθρώπινης συμπεριφοράς και προσωπικότητας που μπορούν να διαταραχθούν.

Σύμφωνα με μια απλή κατηγοριοποίηση των πιο κοινών ψυχικών διαταραχών (Hogan, M., 2008. Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας. Ανασκοπήσεις & Αιτιολογήσεις / Ευθυμίου, Κ., Μαυροειδή, Αθ., Παυλάτου, Ε., Καλαντζή - Αζίζι, Α., 2006. Πρώτες Βοήθειες Ψυχικής Υγείας), προκύπτει ο ακόλουθος Πίνακας 2.

Πίνακας 2 ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ	
ΨΥΧΩΣΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	Ψύχωση Ψευδαίσθηση Παραληρητικές Ιδέες Παραίσθηση Σχιζοφρένεια
ΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	Ντελίριο Άνοια
ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ	Κατάθλιψη Διπολική διαταραχή Δυσθυμική διαταραχή Κυκλοθυμική διαταραχή Μείζων κατάθλιψη
ΣΩΜΑΤΟΜΟΡΦΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	Διαταραχή πόνου Διαταραχή μετατροπής Υποχονδρίαση
ΑΓΧΩΔΕΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	Φοβία Αγοραφοβία Κλειστοφοβία Νοσοφοβία Άγχος Διαταραχή Πανικού Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή
ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	Αυτιστική διαταραχή Επεισόδια υπερφαγίας Νευρική ανορεξία Εγκόπριση Ενούρηση Κάθαρση Τικ
ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ	Αντικοινωνική διαταραχή Αποφευκτική διαταραχή Εξαρτημένη διαταραχή Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή προσωπικότητας Ναρκισσιστική διαταραχή Παρανοειδής διαταραχή Σχιζοειδής διαταραχή Σχιζότυπη διαταραχή
ΣΥΝΔΕΔΕΜΕΝΕΣ ΜΕ ΟΥΣΙΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	Τοξίκωση Στερητικό σύνδρομο Κατάχρηση ουσιών Εξάρτηση

(πρόελευση στοιχείων : Hogan, M., 2008. Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας. Ανασκοπήσεις & Αιτιολογήσεις / Ευθυμίου, Κ., Μαυροειδή, Αθ., Παυλάτου, Ε., Καλαντζή - Αζίζι, Α., 2006. Πρώτες Βοήθειες Ψυχικής Υγείας).

Όπως προαναφέρθηκε, ένα από τα βασικά αίτια πρόκλησης ψυχικών διαταραχών, είναι η κοινωνικο-οικονομική ανασφάλεια. Αδιαμφισβήτητα, η οικονομική κρίση αυξάνει κατά μεγάλο βαθμό την ανασφάλεια αυτή, με αποτέλεσμα την εκδήλωση στα άτομα πολλών μορφών ψυχικών νόσων, οι οποίες εντοπίζονται κυρίως από τα εμφανιζόμενα συμπτώματα.

Σύμφωνα με διαπιστώσεις που έχουν προκύψει από πρόσφατες μελέτες σχετικές με το επίκαιρο αυτό πρόβλημα της επίπτωσης της οικονομικής κρίσης πάνω στο άτομο, και ειδικότερα των συνεπειών που έχει στον τομέα της ψυχικής υγείας, η διάγνωση των συνηθέστερων ψυχικών διαταραχών επικεντρώνεται στις κατηγορίες των Αγχωδών διαταραχών καθώς και των διαταραχών Διάθεσης.

Στο σημείο αυτό, κρίνεται σκόπιμη η αναφορά σε βασικές πληροφορίες για τις εν λόγω ψυχικές διαταραχές, οι οποίες κατά κανόνα σχετίζονται με το θέμα της παρούσας εργασίας.

ΦΟΒΙΑ

Φόβος (fear) είναι ένα είδος αντίδρασης σε συγκεκριμένο κίνδυνο. Είναι ένα βασικό συναίσθημα του ανθρώπου που προκαλείται από τη συνειδητοποίηση ενός πραγματικού ή πλασματικού κινδύνου ή απειλής. Αφορά σε ένα μηχανισμό που έχει προστατευτικό χαρακτήρα και ενεργοποιείται ασυνείδητα υπό τη μορφή άμυνας (Hogan, M., 2008. Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας. Ανασκοπήσεις & Αιτιολογήσεις).

Ο φόβος μπορεί να είναι :

- είτε μια στιγμιαία αντίδραση για κάτι που συμβαίνει στο παρόν,
- είτε μια μόνιμη αντίδραση που συνδέεται με μελλοντικά γεγονότα, καταστάσεις ή συμπεριφορές που το άτομο προσπαθεί να αποφύγει (συναίσθηματική κατάσταση του φόβου).

Στην περίπτωση που ο φόβος συνεχίζει να υφίσταται, χωρίς να υπάρχει πραγματικός κίνδυνος, ενώ το άτομο βρίσκεται σε κατάσταση υπερβολικού στρες, τότε μετατρέπεται σε **φοβία** η οποία αποτελεί εμπόδιο στη φυσιολογική αντιμετώπιση της καθημερινότητας του ατόμου (Ευθυμίου, Κ., Μαυροειδή, Αθ., Παυλάτου, Ε., Καλαντζή - Αζίζι, Α., 2006. Πρώτες Βοήθειες Ψυχικής Υγείας)..

Φοβία (phobia) είναι ένας μη ρεαλιστικός φόβος για μια συγκεκριμένη δραστηριότητα, αντικείμενο ή κατάσταση, που οδηγεί σε μια ακαταμάχητη επιθυμία να αποφευχθεί το φοβογόνο ερέθισμα (Hogan, M., 2008. Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας. Ανασκοπήσεις & Αιτιολογήσεις).

Ο φόβος διαφέρει από το άγχος. Το **άγχος** (anxiety) παρουσιάζεται με τη μορφή εσωτερικής έντασης (παράλογη ανησυχία, φόβος, αμηχανία ή και αβεβαιότητα), η οποία εκδηλώνεται στο άτομο χωρίς απαραίτητα την ύπαρξη κάποιας εξωτερικής απειλής. Πρόκειται για μια υποκειμενική αντίληψη απειλής της οποίας η πηγή είναι άγνωστη (Ευθυμίου, Κ., Μαυροειδή, Αθ., Παυλάτου, Ε., Καλαντζή - Αζίζι, Α., 2006. Πρώτες Βοήθειες Ψυχικής Υγείας).

ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΦΟΒΟΥ

Το άτομο που διακατέχεται από φόβο, εμφανίζει τα ακόλουθα συμπτώματα (Ευθυμίου, Κ., Μαυροειδή, Αθ., Παυλάτου, Ε., Καλαντζή - Αζίζι, Α., 2006. Πρώτες Βοήθειες Ψυχικής Υγείας) :

- ⊖ Στο πρόσωπο, διεύρυνση των ματιών, συγκέντρωση των φρυδιών και τέντωμα των χειλιών οριζόντια.
- ⊖ Ένταση των μυών που χρησιμοποιούνται στη φυσική κίνηση (ετοιμότητα του ατόμου για επίθεση ή διαφυγή του κινδύνου).
- ⊖ Τρέμουλο των μυών.
- ⊖ Εφίδρωση, λόγω της αυξημένης ροής του αίματος για τη μεταφορά οξυγόνου και θρεπτικών ουσιών στο υπόλοιπο του σώματος.
- ⊖ Θερμότητα, που προκαλεί εφίδρωση για να δροσιστεί το σώμα.
- ⊖ Ακινησία.
- ⊖ Δύσπνοια.
- ⊖ Ανατριχίλα (οι τρίχες στο δέρμα ανασηκώνονται).
- ⊖ Αύξηση της καρδιακής πίεσης.
- ⊖ Επιτάχυνση των καρδιακών παλμών.
- ⊖ Βιαστική αναπνοή.

Μια κοινή αντίδραση του ατόμου, όταν ο κίνδυνος ή η απειλή θεωρείται απότομη ή συγκλονιστική, είναι η κάλυψη του προσώπου ή του κεφαλιού (για την προστασία των πλέον ευάλωτων ανατομικών μερών).

ΕΙΔΗ ΦΟΒΟΥ

Οι παθολογικές μορφές του φόβου, μπορούν να καταλήξουν στα ακόλουθα είδη αγχώδους διαταραχής :

ΑΓΟΡΑΦΟΒΙΑ

Η **αγοραφοβία** (agoraphobia) είναι το άγχος του ατόμου να βρεθεί σε χώρους και καταστάσεις από τις οποίες θεωρεί ότι δεν υπάρχει η δυνατότητα έγκαιρης διαφυγής.

Τα αγοραφοβικά άτομα αποφεύγουν την πολυκοσμία και τους κλειστούς χώρους, σε σοβαρότερες δε περιπτώσεις δε μπορούν να βγουν από την κατοικία τους (Ευθυμίου, Κ., Μαυροειδή, Αθ., Παυλάτου, Ε., Καλαντζή -Αζίζι, Α., 2006. Πρώτες Βοήθειες Ψυχικής Υγείας).

Η έναρξη της εν λόγω διαταραχής είναι συνήθως μεταξύ 20 και 40 ετών και εμφανίζεται πιο συχνά σε γυναίκες. Υπολογίζεται ότι 2% έ ως 3 % των ενήλικων ατόμων (18 ως 54 ετών) θα εμφανίσουν στην ζωή τους αγοραφοβία. Περίπου 60% των ατόμων που πάσχουν γενικά από μια φοβία, εμφανίζουν αγοραφοβία.

Η αγοραφοβία εκδηλώνεται σε αρκετά μεγάλο ποσοστό (29.5% έως 58.2%) με τη μορφή διαταραχής πανικού (Δασκαλόπουλος Θεοδωρής - Ψυχίατρος. Ηλεκτρονικό άρθρο. <http://psi-gr.tripod.com/index.html>- τελευταία πρόσβαση 18.07.2015).

ΚΛΕΙΣΤΟΦΟΒΙΑ

Η **κλειστοφοβία** είναι μία νοσηρή ψυχική κατάσταση φοβίας, κατά την οποία το άτομο αισθάνεται έντονο φόβο, συνήθως παράλογο και αδικαιολόγητο, όταν βρίσκεται σε κλειστό χώρο (ασανσέρ, καμπίνα, λεωφορείο, υποβρύχιο ή ακόμη και αίθουσα), και ειδικότερα όταν είναι μόνο του.

Τα συμπτώματα της κλειστοφοβίας είναι κυρίως το άγχος και η πνιγμονή. Το άτομο έχει την ψευδαίσθηση ότι τα τοιχώματα του χώρου στον οποίο βρίσκεται στενεύουν όλο και περισσότερο και θα τον συνθλίψουν. Η παρουσία και άλλων ατόμων στο χώρο μειώνει συνήθως την ένταση των συμπτωμάτων, χωρίς όμως να καταφέρνει να απαλλαγεί εντελώς από τους φόβους του.

Μια από τις επικρατέστερες ερμηνείες της φοβίας αυτής, θεωρεί ότι οι ρίζες της βρίσκονται στο φόβο του θανάτου, ο οποίος μετατρέπεται σε νευρωτικό φόβο όταν το άτομο βρίσκεται σε κλειστούς και στενούς χώρους, που τους παρομοιάζει ασυνείδητα με την έννοια του φέρετρου και του τάφου.

Η κλειστοφοβία πολύ συχνά εκδηλώνεται σα νεύρωση ή υστερία (Δασκαλόπουλος Θεοδωρής -Ψυχίατρος. Ηλεκτρονικό άρθρο. <http://psi-gr.tripod.com/index.html> - τελευταία πρόσβαση 18.07.2015).

ΝΟΣΟΦΟΒΙΑ

Η **νοσοφοβία** είναι μια διαταραχή φοβίας στην οποία επικρατεί ένας παράλογος φόβος στο άτομο ότι πάσχει ή ότι θα προσβληθεί από κάποια σπάνια ή ανίατη (καρκίνο, φυματίωση, καρδιακές παθήσεις) ασθένεια (Δασκαλόπουλος Θοδωρής -Ψυχίατρος. Ηλεκτρονικό άρθρο. <http://psi-gr.tripod.com/index.html> - τελευταία πρόσβαση 18.07.2015).

ΑΓΧΟΣ

Ο όρος **άγχος** (anxiety) προέρχεται από το αρχαίο ελληνικό ρήμα **ἄγγω** που σημαίνει σφίγγω ή πνίγω. Συνώνυμο του άγχους είναι το **στρες**.

Το άγχος είναι μια φυσιολογική σωματική και ψυχική αντίδραση απέναντι σε μια απαιτητική κατάσταση.

Οι παράγοντες που επιδρούν στο χαρακτηρισμό μιας κατάστασης ως απαιτητικής (στρεσογόνου) ή μη (Δασκαλόπουλος Θοδωρής -Ψυχίατρος. Ηλεκτρονικό άρθρο. <http://psi-gr.tripod.com/index.html> - τελευταία πρόσβαση 18.07.2015). , είναι :

- το φύλο,
- η ηλικία,
- η φυλή,
- η οικονομική κατάσταση,
- η ποιότητα της ζωής,
- η ποιότητα της φροντίδας κατά την παιδική ηλικία,
- η ύπαρξη κοινωνικής υποστήριξης.

Όταν το άτομο νιώθει στρες, το σώμα του είναι σε ένταση και ο εγκέφαλός του πυροδοτείται από πολλαπλές σκέψεις. Το στρες μπορεί να λειτουργήσει θετικά (ευ στρες), όταν είναι σπάνιο και σε περιορισμένο βαθμό, οπότε το άτομο, υπό την επήρειά του, ενεργοποιείται για να ανταπεξέλθει αποτελεσματικότερα στις καταστάσεις που το προκαλούν. Στην περίπτωση όμως που το στρες είναι επαναλαμβανόμενο και εμφανίζεται σε μεγάλη ένταση, έχει αρνητικές επιδράσεις στο άτομο λειτουργώντας ως ανασταλτικός παράγοντας στην εκπλήρωση των καθημερινών του υποχρεώσεων (Ευθυμίου, Κ., Μαυροειδή, Αθ., Παυλάτου, Ε., Καλαντζή -Αζίζι, Α.,(2006). Πρώτες Βοήθειες Ψυχικής Υγείας) .

Το στρες, με την αρνητική έννοια όπως συνηθίζεται να αναφέρεται, προκαλεί συναισθήματα θυμού, απογοήτευσης, φόβου, κούραση, κατάθλιψη καθώς και προβλήματα υγείας (Δασκαλόπουλος Θεόδωρος -Ψυχίατρος. Ηλεκτρονικό άρθρο. [http://psi-gr.tripod.com / index.html](http://psi-gr.tripod.com/index.html) - τελευταία πρόσβαση 18.07.2015).

Το άγχος μπορεί να έχει ψυχογενή προέλευση ή μπορεί να είναι συνέπεια σωματικής πάθησης.

Η εμφάνιση του άγχους στα άτομα καθώς και ο βαθμός (ή ένταση) που παρουσιάζει σε κάθε περίπτωση, είναι συνάρτηση των γνωστικών συναισθηματικών διεργασιών του κάθε ατόμου, του τρόπου ζωής του και του τρόπου αντίληψής του.

ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΑΓΧΟΥΣ

Η κλινική εικόνα που παρουσιάζουν τα άτομα που διακατέχονται από άγχος, περιλαμβάνει μια σειρά συμπτωμάτων τα οποία ταξινομούνται ανάλογα με το αν αναφέρονται στο συναίσθημα ή στις σωματικές λειτουργίες.

Τα συμπτώματα του άγχους που σχετίζονται με το **συναίσθημα** (Ευθυμίου, Κ., Μαυροειδή, Αθ., Παυλάτου, Ε., Καλαντζή -Αζίζι, Α., 2006. Πρώτες Βοήθειες Ψυχικής Υγείας), εκφράζονται με :

- ⊖ Ακαθόριστη ανησυχία λόγω κάποιου απροσδιόριστου κινδύνου (απειλής).
- ⊖ Κρίση πανικού.

Τα συμπτώματα του άγχους που σχετίζονται με **σωματικές λειτουργίες**, εκφράζονται με :

- ⊖ Απελευθέρωση κορτιζόνης από τα επινεφρίδια.
- ⊖ Αύξηση των επιπέδων της θυρεοειδικής ορμόνης στο αίμα.
- ⊖ Απελευθέρωση ενδορφίνης από τον υποθάλαμο.
- ⊖ Ελάττωσης των σεξουαλικών ορμονών (τεστοστερόνη στους άνδρες και προγεστερόνη στις γυναίκες).
- ⊖ Διακοπή λειτουργίας του πεπτικού σωλήνα.
- ⊖ Απελευθέρωση γλυκόζης στο αίμα με ταυτόχρονη αύξηση των επιπέδων ινσουλίνης για το μεταβολισμό.
- ⊖ Αύξηση της χοληστερόλης στο αίμα (κυρίως από το συκώτι).
- ⊖ Διαταραχές του καρδιακού ρυθμού.
- ⊖ Αυξημένη προμήθεια του αέρα.

- ⊖ Πύκνωση του αίματος.
- ⊖ Εφίδρωση του δέρματος.
- ⊖ Όξυνση των αισθήσεων (όραση, ακοή, αφή, γεύση, οσμή).
- ⊖ Πνευματική κατάσταση του ατόμου.

ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΑΝΙΚΟΥ

Η **διαταραχή πανικού** αποτελεί μία ψυχοπαθολογική οντότητα η οποία εντάσσεται στις αγχώδεις διαταραχές.

Όπως ορίστηκε από τον Donald Klein το 1962, χαρακτηρίζεται από ξαφνικές και μικρής διάρκειας, κρίσεις άγχους που ονομάζονται **κρίσεις πανικού**. Ακολουθεί συνήθως μια κατάσταση αναμονής των επόμενων κρίσεων με την παρουσία άγχους αναμονής (επίμονη ανησυχία ότι θα υπάρξουν περισσότερες κρίσεις), το οποίο τροφοδοτεί μια σειρά από συμπεριφορές αγοραφοβικού και κλειστοφοβικού τύπου, οι οποίες με τη σειρά τους οδηγούν σε μία γενικευμένη κατάσταση εξάρτησης, περιορισμού και απογοήτευσης.

Η **κρίση πανικού** περιγράφεται ως μια αιφνίδια (αρχίζει ξαφνικά και απροσδόκητα) και περιγεγραμμένη (με γνωστή αρχή και τέλος) περίοδος έντονου άγχους, ψυχολογικής διέγερσης, πολύ έντονου φόβου, στομαχικών διαταραχών και αδιαθεσίας, η οποία σχετίζεται με μια ποικιλία σωματικών και νοητικών συμπτωμάτων και παρουσιάζει περιορισμένη διάρκεια - κλιμακώνεται μέσα σε 10-20 λεπτά (Ευθυμίου, Κ., Μαυροειδή, Αθ., Παυλάτου, Ε., Καλαντζή -Αζίζι, Α.,2006. Πρώτες Βοήθειες Ψυχικής Υγείας).

Υπολογίζεται ότι ποσοστό του πληθυσμού που ανέρχεται μέχρι 4% υποφέρει από σοβαρές και συχνές κρίσεις πανικού ενώ στις γυναίκες η πάθηση είναι δύο έως τρεις φορές συχνότερη σε σύγκριση με τους άνδρες. Η εμφάνιση των επεισοδίων τυπικά είναι απότομη, ενώ μπορεί να μην υπάρχει κάποια συγκεκριμένη αιτία, ωστόσο υπάρχουν και οι κρίσεις πανικού που εμφανίζονται πάντοτε κάτω από συγκεκριμένες καταστάσεις (π.χ. όταν κάποιος είναι σε κάποιο μέρος με πολύ κόσμο-αγοραφοβία) ενώ πολλές φορές ο φόβος ότι θα επέλθει μια κρίση πανικού, είναι ικανός από μόνος του να προκαλέσει τα συμπτώματα της κρίσης (Δασκαλόπουλος Θοδωρής -Ψυχίατρος. Ηλεκτρονικό άρθρο. [http://psi-gr.tripod.com / index.html](http://psi-gr.tripod.com/index.html) - τελευταία πρόσβαση 18.07.2015).

Οι κρίσεις πανικού επηρεάζουν τον κάθε άνθρωπο διαφορετικά. Άτομα που έχουν βιώσει στο παρελθόν κάποια κρίση πανικού μπορούν μερικές φορές να ξεπεράσουν την κρίση χωρίς να παρουσιάσουν εξωτερικά συμπτώματα, ενώ σε αντίθεση άτομα που βιώνουν

την κρίση για πρώτη φορά μπορεί να πιστέψουν πως παθαίνουν έμφραγμα ή νευρικό κλονισμό.

ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΚΡΙΣΗΣ ΠΑΝΙΚΟΥ

Τα κυριότερα συμπτώματα της κρίσης πανικού (Ευθυμίου, Κ., Μαυροειδή, Αθ., Παυλάτου, Ε., Καλαντζή -Αζίζι, Α., 2006. Πρώτες Βοήθειες Ψυχικής Υγείας) είναι :

- ⊖ Έντονος φόβος,
- ⊖ Άγχος,
- ⊖ Πανικός,
- ⊖ Αίσθημα επέλευσης τρέλας,
- ⊖ Αίσθημα απώλειας ελέγχου, και
- ⊖ Αίσθημα επερχόμενου θανάτου.

Παράλληλα με τα πιο πάνω, μπορεί να εμφανιστούν ένα ή περισσότερα από τα ακόλουθα συμπτώματα (Δασκαλόπουλος Θεωδωρής -Ψυχίατρος. Ηλεκτρονικό άρθρο. <http://psi-gr.tripod.com/index.html> - τελευταία πρόσβαση 18.07.2015) :

- ⊖ Τρέμουλο
- ⊖ Αυξημένη εφίδρωση
- ⊖ Πόνος στο στήθος
- ⊖ Ταχυκαρδία
- ⊖ Δύσπνοια
- ⊖ Αίσθημα ασφυξίας
- ⊖ Αίσθημα πνιγμού
- ⊖ Ναυτία
- ⊖ Κράμπες
- ⊖ Ζάλη
- ⊖ Μουδιάσματα ή μυρμηγκιάσματα στα χέρια
- ⊖ Ρίγος ή εξάψεις
- ⊖ Αίσθημα αδυναμίας και τάση λιποθυμίας
- ⊖ Κλάμα με λυγμούς.

Η **Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή** ή ΙΨΔ (Obsessive –compulsive disorder-OCD) κατατάσσεται στην ομάδα των αγχωδών διαταραχών και αυτές με τη σειρά τους στην ευρύτερη ομάδα των νευρώσεων.

Χαρακτηρίζεται είτε από ιδεοληψίες (obsessions) είτε από ψυχαναγκασμούς (compulsions) είτε και από τα δύο. Αυτές αφορούν σε ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις που συνιστούν πηγή δυσφορίας για το άτομο και απασχολούν σημαντικό μέρος από το χρόνο του και από την επαγγελματική, κοινωνική και τη συναισθηματική του ζωή (Πολυζόπουλος Εμμανουήλ. Ηλεκτρονικό άρθρο. Ινστιτούτο Ψυχικής Παιδείας Παιδιών και Ενηλίκων. <http://www.inpsy.gr/el/ekpaideusi/arhra/arhra-ellinika/268-2013-04-24-18-40-10>-τελευταία πρόσβαση 19.07.2015).

Οι **ιδεοληψίες** είναι μια από τις κύριες εκδηλώσεις της διαταραχής. Πρόκειται για ιδέες, αναπαραστάσεις και παρορμήσεις που επιβάλλονται στη σκέψη του ατόμου. Παρά το γεγονός ότι το άτομο αναγνωρίζει ότι αυτές είναι δημιουργήματα του μυαλού του (τα οποία μάλιστα θεωρεί παράλογα και συχνά είναι τελείως αντίθετα με τις πεποιθήσεις και τις συνήθειές του), δεν καταφέρνει τελικά να τις αποδιώξει από τη συνείδησή του.

Οι ιδεοληψίες εμφανίζονται με έναν από τους ακόλουθους τύπους (Ευθυμίου, Κ., Μαυροειδή, Αθ., Παυλάτου, Ε., Καλαντζή -Αζίζι, Α., 2006. Πρώτες Βοήθειες Ψυχικής Υγείας) :

- **Φοβικές ιδεοληψίες.** Μοιάζουν εξωτερικά με τις φοβίες, διότι και οι δύο αφορούν ανησυχία και φόβο απέναντι σε κάποιο αντικείμενο ή κατάσταση, αλλά διαφέρουν κατά το ότι επιβάλλονται στη σκέψη κατά ένα επαναληπτικό και στερεότυπο τρόπο, ανεξάρτητα από την παρουσία ή την απουσία του φοβογόνου αντικειμένου ή της φοβογόνου κατάστασης και δε μπορούν να εκλείψουν με τακτικές αποφυγής, όπως οι φοβίες. Συνήθη θέματα είναι η ακαθαρσία, ο κίνδυνος μόλυνσης, οι ασθένειες, ο **θάνατος**.
- **Ιδεακές ιδεοληψίες.** Περιλαμβάνουν την ακούσια επιβολή στη σκέψη μιας λέξης, ενός αριθμού ή ιδέας, κάτι που προκαλεί μεγάλο εσωτερικό προβληματισμό και συνοδεύεται από άγχος. Προκαλούν έντονες αμφιβολίες και ενδοιασμούς για εσωτερικά θέματα ή σχετικά με την καθημερινή ζωή του ατόμου. Ο ασθενής οδηγείται σε συνεχείς επαληθεύσεις για να κατευνάσει τους φόβους του, κάτι το οποίο όμως έχει παροδικό μόνο αποτέλεσμα. Για παράδειγμα, ο ασθενής μπορεί να έχει

αμφιβολίες για το αν κλείδωσε την πόρτα του, αν έκλεισε την κουζίνα, αν ανταποκρίθηκε επαρκώς στις απαιτήσεις της δουλειάς του κ.α.

- **Ιδεοληπτικές παρορμήσεις.** Πρόκειται για την αίσθηση του ατόμου ότι κινδυνεύει να κάνει πράξεις ή να ξεστομίσει λέξεις ή φράσεις ανήθικες, οι οποίες είναι κυρίως σε αντίθεση με το περιβάλλον στο οποίο βρίσκεται και τη σχέση του με τα άτομα που εμπλέκονται. Για παράδειγμα, το άτομο φοβάται μήπως ξεστομίσει ιερόσυλες λέξεις στην εκκλησία, ή διαπράξει σεξουαλικές πράξεις απέναντι σε άτομα που του απαγορεύεται κάτι τέτοιο, όπως οι γονείς ή το παιδί του.

Συχνά τα άτομα με ΙΨΔ πιστεύουν πως και μόνο η σκέψη μιας ιδεοληψίας μπορεί να την πραγματοποιήσει ταυτόχρονα.

Οι **ψυχαναγκασμοί** αποτελούν άλλο ένα κύριο σύμπτωμα της διαταραχής αυτής. Πρόκειται για επαναληπτικές συμπεριφορές που έχουν τη μορφή εξωτερικών ή εσωτερικών πράξεων που επιβάλλονται από το ίδιο το άτομο. Συχνά παίρνουν τη μορφή τελετουργίας, έτσι ώστε να μειωθεί το άγχος που είχε δημιουργηθεί. Μπορεί να συνοδεύουν τις φοβικές ή ιδεακές ιδεοληψίες για να εξαλείψουν το φόβο ή την αμφιβολία που αυτές προκαλούν (Ευθυμίου, Κ., Μαυροειδή, Αθ., Παυλάτου, Ε., Καλαντζή -Αζίζι, Α., 2006. Πρώτες Βοήθειες Ψυχικής Υγείας).

Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί ο ψυχαναγκασμός του πλυσίματος (Εικόνα 3), ο οποίος μπορεί να συνοδεύει τις φοβικές ιδεοληψίες της ακαθαρσίας. Επίσης, οι ψυχαναγκασμοί της επανάληψης μπορεί να συνοδεύουν τις ιδεακές ιδεοληψίες που περιλαμβάνουν την αμφιβολία για τη σωστή διεκπεραίωση ορισμένων πράξεων. Ωστόσο μπορεί να υπάρχουν και ανεξάρτητα από τις ιδεοληψίες, όπως στις περιπτώσεις της ονοματομανίας ή της αριθμομανίας. Παράλληλα, εντάσσονται στο πλαίσιο μιας λογικής που αποδίδει μαγικές ιδιότητες στη σκέψη ή στις τελετουργίες, έτσι ώστε να αποτρέψουν να εμφανιστεί ένα συμβάν που προκαλεί φόβο στο άτομο ή και να ακυρώσουν κάτι που έχει ήδη συμβεί (Πολυζόπουλος Εμμανουήλ. Ηλεκτρονικό άρθρο. Ινστιτούτο Ψυχικής Παιδείας Παιδιών και Ενηλίκων. <http://www.inpsy.gr/el/ekpaideusi/arthra/arthra-ellinika/268-2013-04-24-18-40-10> - τελευταία πρόσβαση 19.07.2015).

Το άγχος συνδέεται συχνά με τους ψυχαναγκασμούς, καθώς και με την αντίσταση σε αυτούς, και υποχωρεί αμέσως μόλις το άτομο ενδώσει στον καταναγκασμό. Το άγχος αυξάνεται στην περίπτωση που οι ψυχαναγκασμοί και οι ιδεοληψίες διακοπούν. Οι περισσότεροι πάσχοντες αναγνωρίζουν τον παθολογικό χαρακτήρα αυτών των

καταναγκασμών καθώς και ότι είναι ανούσιοι και υπερβολικοί. Ωστόσο, κρίνεται από τους ίδιους εξαιρετικά δύσκολο να τους σταματήσουν (Πολυζόπουλος Εμμανουήλ. Ηλεκτρονικό άρθρο. Ινστιτούτο Ψυχικής Παιδείας Παιδιών και Ενηλίκων. <http://www.inpsy.gr/el/ekpaideusi/arthra/arthra-ellinika/268-2013-04-24-18-40-10>, τελευταία πρόσβαση 19.07.2015).



Εικόνα 3. Το επαναλαμβανόμενο πλύσιμο των χεριών είναι ενδεικτικό της διαταραχής.

Παράλληλα με τις ιδεοληψίες και τους ψυχαναγκασμούς που εμφανίζει το άτομο με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, μπορεί να εμφανιστούν και άλλες ψυχικές διαταραχές (Ευθυμίου, Κ., Μαυροειδή, Αθ., Παυλάτου, Ε., Καλαντζή -Αζίζι, Α., 2006. Πρώτες Βοήθειες Ψυχικής Υγείας) , όπως:

- Ø Καταθλιπτικές διαταραχές, που προσβάλλουν τις γυναίκες συχνότερα από τους άνδρες με ψυχαναγκαστική διαταραχή. Πάνω από τα δύο τρίτα των ασθενών με ψυχαναγκαστική διαταραχή έχουν δια βίου συνοσηρότητα με κατάθλιψη.
- Ø Διαταραχές σίτισης, όπως ψυχογενής ανορεξία και ψυχογενής βουλιμία, οι οποίες προσβάλλουν πιο συχνά τις γυναίκες από ότι τους άνδρες.
- Ø Σύνδρομο Τουρέτ (κληρονομική νευροψυχιατρική διαταραχή που ξεκινά από την παιδική ηλικία και χαρακτηρίζεται από πολλαπλά κινητικά και τουλάχιστον ένα φωνητικό τικ), που συμβαίνει στο 5% έως 7% των ασθενών. Σημειώνεται ότι το 35% έως 50% των ατόμων με σύνδρομο Τουρέτ πάσχουν από την ψυχαναγκαστική διαταραχή.
- Ø Διαταραχή τικ, παρούσα ή στο παρελθόν, που συμβαίνει στο 20% έως 30% των ασθενών με ψυχαναγκαστική διαταραχή. Η διαταραχή τικ είναι πιο συχνή στους άνδρες παρά στις γυναίκες ασθενείς.

- Ø Χρήση ουσιών ή αλκοόλ, που είναι συχνότερη στους άνδρες παρά στις γυναίκες.
 - Ø Σωματο - δυσμορφοφοβική διαταραχή, η οποία βρέθηκε να συνυπάρχει στο ένα τρίτο των ασθενών.
 - Ø Άλλες διαταραχές άγχους, όπως διαταραχή πανικού, διαταραχή γενικευμένου άγχους και κοινωνική φοβία.
 - Ø Ψυχωτικές διαταραχές, όπως σχιζοφρένεια.
 - Ø Διαταραχή υποχονδρίασης..
 - Ø Σύνδρομο Άσπεργκερ (διαταραχή του φάσματος του αυτισμού -ASD, που χαρακτηρίζεται από σημαντικές δυσκολίες στην κοινωνική αλληλεπίδραση και στη λεκτική επικοινωνία, ενώ παράλληλα εκδηλώνεται με περιορισμένες και επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές και ενδιαφέροντα).
 - Ø Ελλειμματική Προσοχή - Υπερκινητικότητα.
 - Ø Δερματιλλομανία (η επαναλαμβανόμενη ενασχόληση του ατόμου με το δέρμα του σε σημείο να βγάζει σπυράκια ή να προκαλεί πληγές σε διάφορα σημεία του σώματος).
 - Ø Διπολική Διαταραχή.
 - Ø Τριχοτιλλομανία (χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενο τράβηγμα των μαλλιών ή τριχών από διάφορα μέρη του σώματος με αποτέλεσμα την απώλεια αυτών, που μπορεί να είναι σε ορατά ή μη σημεία του σώματος)
- (Ευθυμίου, Κ., Μαυροειδή, Αθ., Παυλάτου, Ε., Καλαντζή -Αζίζι, Α.,2006. Πρώτες Βοήθειες Ψυχικής Υγείας).

Η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή συνήθως εμφανίζεται στην εφηβεία και εξελίσσεται σταδιακά. Η εκδήλωση της συμπτωματολογίας μπορεί να οφείλεται σε κάποιο τραυματικό και στρεσογόνο γεγονός (ποσοστό 50% έως 70%). Ωστόσο, θα μπορούσε να οφείλεται και σε ένα ευχάριστο συμβάν που διατάραξε την μέχρι τότε ισορροπία στη ζωή του ατόμου. Για ένα ποσοστό 15% η διαταραχή αυτή επιδεινώνεται με την ηλικία και η κατάθλιψη αποτελεί μια επικίνδυνη επιπλοκή. Η εξέλιξη ωστόσο με θεραπεία είναι μεν χρόνια, αλλά το 90% των περιπτώσεων παρουσιάζει σημαντική βελτίωση. Σημαντικό ρόλο στην βελτίωση της πορείας της, παίζουν το ευνοϊκό και υποστηρικτικό κοινωνικό και οικογενειακό περιβάλλον και οι καλής ποιότητας διαπροσωπικές σχέσεις (Πολυζόπουλος Εμμανουήλ. Ηλεκτρονικό άρθρο. Ινστιτούτο Ψυχικής Παιδείας Παιδιών και Ενηλίκων. <http://www.inpsy.gr/el/ekpaideusi/arhra/arhra-ellinika/268-2013-04-24-18-40-10>, τελευταία πρόσβαση 19.07.2015).



Εικόνα 1 : Εναλλαγή διάθεσης στη Διπολική διαταραχή

Η διπολική διαταραχή (bipolar disorder) είναι μια ψυχική νόσος που χαρακτηρίζεται από δυο συναισθηματικές διαταραχές, τη μανία και την κατάθλιψη. Για το λόγο αυτό, η διπολική διαταραχή είναι γνωστή και ως διπολική συναισθηματική διαταραχή ή μανιοκαταθλιπτική διαταραχή ή μανιοκατάθλιψη (Ραγιά Χρ. Α., 2009. Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας- Ψυχιατρική Νοσηλευτική. 7^η έκδοση Βελτιωμένη. Αθήνα).

Τα άτομα που πάσχουν από διπολική διαταραχή, βιώνουν επεισόδια ανεβασμένης ή ευερέθιστης διάθεσης (που χαρακτηρίζουν τη **μανία**), τα οποία εναλλάσσονται με επεισόδια **κατάθλιψης** (χαρακτηριστική είναι η απεικόνιση της εναλλαγής της διάθεσης με τις δυο αντίθετες εκφράσεις του ίδιου προσώπου της Εικόνας 1). Αποτέλεσμα αυτών των επεισοδίων είναι το άτομο να χάνει την ικανότητα να ανταποκριθεί φυσιολογικά στις καθημερινές του υποχρεώσεις.

Η διπολική διαταραχή εμφανίζεται συνήθως σε νεαρή ηλικία, με το ίδιο ποσοστό σε άνδρες και γυναίκες και αφορά στο 4% των ατόμων παγκοσμίως (Πολυζόπουλος Εμμανουήλ. Ηλεκτρονικό άρθρο. Ινστιτούτο Ψυχικής Παιδείας Παιδιών και Ενηλίκων.

<http://www.inpsy.gr/el/ekpaideusi/arthra/arthra-ellinika/268-2013-04-24-18-40-10>, τελευταία πρόσβαση 19.07.2015).

Το κοινωνικό στίγμα αλλά και η προκατάληψη είναι δυο κλασικές μορφές αντιδράσεων απέναντι σε άτομα με διπολική διαταραχή. Ωστόσο, στον αντίποδα αυτής της αρνητικής αντιμετώπισης, έρχεται η διαπίστωση ότι διακεκριμένα άτομα στο χώρο της τέχνης αλλά και της λογοτεχνίας (όπως ο ζωγράφος Βίνσεντ Βαν Γκογκ και η συγγραφέας Βιρτζίνια Γουλφ) έπασχαν από διπολική διαταραχή, γεγονός που ενισχύει την αντίληψη ότι η διπολική διαταραχή συνδέεται με τη δημιουργικότητα αλλά και με την ιδιοφυΐα.

ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ

Τα συμπτώματα με τα οποία εκδηλώνεται η διπολική διαταραχή (Ραγιά Χρ. Α., 2009. Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας- Ψυχιατρική Νοσηλευτική. 7^η έκδοση Βελτιωμένη. Αθήνα) αφορούν στα ακόλουθα :

Θ Εκδήλωση μανίας σε διαφορετικά επίπεδα σοβαρότητας :

ΰ Ήπια μανία (υπομανία) : τα άτομα εμφανίζονται ενεργητικά, ευερέθιστα και παράλληλα πολύ παραγωγικά.

ΰ Σοβαρή μανία : τα άτομα αρχίζουν να συμπεριφέρονται αλλοπρόσαλλα και παρορμητικά, παίρνουν συχνά λανθασμένες αποφάσεις και έχουν μη ρεαλιστικές ιδέες για το μέλλον, ενώ η ανάγκη για ύπνο μειώνεται σημαντικά.

ΰ Πολύ σοβαρή μανία : τα άτομα μπορεί να βιώσουν πολύ διαστρεβλωμένες πεποιθήσεις για τον κόσμο και την πραγματικότητα (εμφάνιση **ψύχωσης**).

Θ Εκδήλωση καταθλιπτικών επεισοδίων.

Θ Ταυτόχρονη εκδήλωση μανιακών και καταθλιπτικών επεισοδίων (μικτά επεισόδια).

Τα μανιακά και καταθλιπτικά επεισόδια διαρκούν από μερικές μέρες έως μερικούς μήνες.

Σύμφωνα με τα συστήματα ταξινόμησης ICD-10 κα DSM-V, η διπολική διαταραχή είναι αντιληπτή ως ένα φάσμα διαταραχών που συμβαίνουν σε ένα συνεχές. Το DSM-V απαριθμεί τους ακόλουθους ειδικούς τύπους διπολικής διαταραχής :

- Ø **Διπολική Διαταραχή I**, η οποία χαρακτηρίζεται από ένα ή περισσότερα μανιακά επεισόδια.
- Ø **Διπολική Διαταραχή II**, η οποία χαρακτηρίζεται από κανένα μανιακό αλλά ένα ή και περισσότερα υπομανιακά επεισόδια (δε φθάνουν τις ακραίες μορφές της μανίας και δεν εμφανίζουν ψυχωσικά συμπτώματα), καθώς και ένα ή περισσότερα καταθλιπτικά επεισόδια.
- Ø **Κυκλοθυμία**, η οποία χαρακτηρίζεται από μια ήπια κυκλική αλλαγή της διάθεσης.
- Ø **Διπολική Διαταραχή που δε μπορεί να καθοριστεί**, όταν η διαταραχή δε συμπίπτει με κανένα από τους πιο πάνω τύπους.

Ανάλογα με το ρυθμό εμφάνισης των επεισοδίων, η διπολική διαταραχή, ασχέτως τύπου, μπορεί να χαρακτηριστεί ως (Ραγιά Χρ. Α., 2009. Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας-Ψυχιατρική Νοσηλευτική. 7^η έκδοση Βελτιωμένη. Αθήνα) :

- **Ταχείας εναλλαγής** (ετησίως, τέσσερα ή περισσότερα επεισόδια μείζονα καταθλιπτικά, μανιακά, υπομανιακά ή μεικτά).
- **Υπερταχείας εναλλαγής** (εμφάνιση επεισοδίων σε διάστημα κάποιων ημερών).
- **Υπερ-υπερταχείας εναλλαγής** (εμφάνιση επεισοδίων σε διάστημα κάποιων ωρών).

ΜΕΙΖΩΝ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Η **μείζων καταθλιπτική διαταραχή**, γνωστή και ως **κλινική κατάθλιψη** ή **μείζων κατάθλιψη** (major depression) ή **μονοπολική διαταραχή** ή απλώς **κατάθλιψη**, είναι μία κοινή διαταραχή της διάθεσης, εξαιτίας της οποίας διαταράσσεται η καθημερινότητα ενός ατόμου λόγω της έντονης θλίψης, μελαγχολίας ή απελπισίας (Ευθυμίου, Κ., Μαυροειδή, Αθ., Παυλάτου, Ε., Καλαντζή -Αζίζι, Α.,2006. Πρώτες Βοήθειες Ψυχικής Υγείας).

Αυτή η ψυχική διαταραχή χαρακτηρίζεται από σοβαρή καταθλιπτική διάθεση, η οποία παραμένει για τουλάχιστον δυο εβδομάδες. Μπορεί να εμφανιστεί ένα και μοναδικό επεισόδιο ή να μεταπέσει σε χρόνια ή υποτροπιάζουσα κατάσταση.

Η βαρύτητα της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής ποικίλει ανάλογα με τη σοβαρότητα των επεισοδίων, τα οποία μπορούν να χαρακτηριστούν ελαφρά, ήπια ή σοβαρά. Για το λόγο αυτό, εμφανίζονται οι ακόλουθοι τύποι :

- Ø **Κατάθλιψη με μελαγχολικά χαρακτηριστικά**, η οποία διακρίνεται από απώλεια της απόλαυσης (ανηδονία) σε όλες ή στις περισσότερες δραστηριότητες. Τα συμπτώματα της θλίψης επιδεινώνονται τις πρωινές ώρες. Ο ασθενής συνήθως ξυπνά νωρίς ακόμα κι αν έχει κοιμηθεί λίγες ώρες. Παρουσιάζεται επίσης ψυχοκινητική επιβράδυνση, ανορεξία και έντονο αίσθημα ενοχής.
- Ø **Κατάθλιψη με άτυπα χαρακτηριστικά**, η οποία χαρακτηρίζεται από αντιδραστικότητα της διάθεσης (παράδοξη ανηδονία) και θετικότητα, αυξημένη όρεξη για φαγητό, αύξηση βάρους, υπνηλία ή υπερυπνία, έντονη κοινωνική φθορά εξαιτίας της υπερευαισθησίας που παρουσιάζει το άτομο στην αντιλαμβανόμενη διαπροσωπική απόρριψη. **Η άτυπη κατάθλιψη** είναι η πιο συχνή μορφή κατάθλιψης.
- Ø **Κατάθλιψη με ψυχωτικά χαρακτηριστικά**, κατά την οποία παρουσιάζονται παραισθήσεις και αυταπάτες.

(Ραγιά Χρ. Α., 2009. Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας- Ψυχιατρική Νοσηλευτική. 7^η έκδοση Βελτιωμένη. Αθήνα)

Η συνύπαρξη, πολλές φορές, και κάποιων ψυχολογικών χαρακτηριστικών, διευρύνει την κατηγοριοποίηση της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής, με δυο ακόμα τύπους :

- Ø **Αγχώδης Κατάθλιψη**: Μια μορφή κατάθλιψης που παρουσιάζεται ως άγχος ή πανικός και περιλαμβάνει ακαθισία (έντονη υπερκινητικότητα), τάσεις αυτοκτονίας, αϋπνία, πανικό και αίσθημα φόβου.
- Ø **Υπερκινητική Κατάθλιψη (Ακαθισία)**: Μια μορφή κατάθλιψης που παρουσιάζεται με μορφή άγχους ή τάσεις αυτοκτονίας και ακαθισία αλλά δεν περιλαμβάνει συμπτώματα πανικού.

Άλλος ένας τύπος τέτοιας διαταραχής είναι η **επιλόχεια κατάθλιψη** που προκαλείται στις γυναίκες μετά τον τοκετό. Εμφανίζεται σε ποσοστό 10% - 15 % των γυναικών και υποχωρεί συνήθως αφού περάσουν τρεις μήνες μετά τον τοκετό (Δασκαλόπουλος Θεοδωρής - Ψυχίατρος. Ηλεκτρονικό άρθρο. <http://psi-gr.tripod.com/index.html> - τελευταία πρόσβαση 18.07.2015) .

ΕΚΑΗΛΩΣΗ ΜΕΙΖΟΝΟΣ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ

Τα άτομα με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή μπορεί να παρουσιάσουν :

- Θ Έντονη διάχυτη πεσμένη διάθεση.
 - Θ Ανηδονία. (ακόμα και σε αγαπημένες δραστηριότητες).
 - Θ Αίσθημα αναξιοσύνης.
 - Θ Αίσθημα έντονων τύψεων ή μετάνοιας.
 - Θ Αίσθημα ανημπορίας ή απελπισίας.
 - Θ Δυσκολίες στη συγκέντρωση και στη μνήμη.
 - Θ Απουσία κινήτρων.
 - Θ Παραμέληση της προσωπικής υγιεινής.
 - Θ Απόσυρση από κοινωνικές καταστάσεις (οικογενειακές εστιασείς και φιλικές δραστηριότητες).
 - Θ Μειωμένη λίμπιντο.
 - Θ Σκέψεις θανάτου και αυτοκτονίας.
 - Θ Αϋπνία.
 - Θ Υπερυπνία (λιγότερο συνηθισμένη)
 - Θ Μείωση ή Αύξηση της όρεξης με φυσικό επακόλουθο τη μείωση ή αύξηση του σωματικού βάρους αντίστοιχα.
 - Θ Εθισμοί.
 - Θ Σωματικά συμπτώματα (κούραση, πονοκέφαλο, προβλήματα χώνεψης, έντονο και χρόνιο πόνο σε κάποιο σημείο του σώματος).
 - Θ Ψυχοκινητική επιβράδυνση (δηλαδή πολύ σιγανό περπάτημα και δυσκολία στη σκέψη και στην ομιλία).
- (Ευθυμίου, Κ., Μαυροειδή, Αθ., Παυλάτου, Ε., Καλαντζή -Αζίζι, Α.,2006. Πρώτες Βοήθειες Ψυχικής Υγείας).

Επισημαίνεται ότι όλα τα ως άνω αναφερόμενα δεν παρουσιάζονται σε όλους τους ανθρώπους και σε όλα τα στάδια της κατάθλιψης. Στην περίπτωση δε που ο ασθενής καταφέρνει να παραμένει λειτουργικός σε επαγγελματικό ή κοινωνικό επίπεδο, η διαταραχή μπορεί να περνά απαρατήρητη. Ωστόσο, φίλοι και συγγενείς μπορεί να παρατηρήσουν ότι το άτομο φαίνεται ψυχικά διαταραγμένο και ιδιαίτερα σε προχωρημένα στάδια (Πολυζόπουλος Εμμανουήλ. Ηλεκτρονικό άρθρο. Ινστιτούτο Ψυχικής Παιδείας Παιδιών και Ενηλίκων. <http://www.inpsy.gr/el/ekpaideusi/arthra/arthra-ellinika/268-2013-04-24-18-40-10>, τελευταία πρόσβαση 19.07.2015).

Το πρώτο καταθλιπτικό επεισόδιο μπορεί να εμφανιστεί κατά κανόνα μεταξύ 30 και 40 ετών. Αυξημένες είναι οι πιθανότητες μετά τη γέννηση ενός παιδιού (επιλόχεια κατάθλιψη) ή μετά από κάποια σωματική ασθένεια (καρδιοαγγειακή ή νευρολογική όπως εγκεφαλικό επεισόδιο, νόσο του Πάρκινσον ή πολλαπλή σκλήρυνση). Στην περίπτωση δε που η κατάθλιψη ακολουθεί μια καρδιακή νόσο (όπως το έμφραγμα του μυοκαρδίου), αυτή μπορεί να προκαλέσει περισσότερες καρδιακές επιπλοκές και να οδηγήσει το άτομο ακόμα και στο θάνατο. Μια δεύτερη εποχή αύξησης της πιθανότητας εμφάνισης της κατάθλιψης, είναι μεταξύ των ηλικιών 50 και 60. Τα ηλικιωμένα άτομα είναι περισσότερο πιθανόν σε περίπτωση κατάθλιψης να βιώσουν νοητικά συμπτώματα (προβλήματα μνήμης και επιβράδυνση των κινήσεων), κατάσταση η οποία διαγιγνώσκεται ως Ψευδοάνοια, λόγω της κλινικής ομοιότητας που παρουσιάζει με την άνοια (Δασκαλόπουλος Θεόδωρος -Ψυχίατρος. Ηλεκτρονικό άρθρο. <http://psi-gr.tripod.com/index.html> - τελευταία πρόσβαση 18.07.2015).

Όταν η κατάθλιψη παρουσιάζεται στην παιδική ή εφηβική ηλικία, είναι πιο δύσκολο να διαγνωστεί, καθώς τα συμπτώματα εμπλέκονται με τη συμπεριφορά των ατόμων στις ηλικίες αυτές και δεν είναι ξεκάθαρα. Έτσι, μπορεί να εμφανιστεί ευερεθιστότητα, έλλειψη ενδιαφέροντος για το σχολείο και μείωση της σχολικής επίδοσης. Σε κάποιες μεγαλύτερες ηλικίες (μετά τα 12), μπορεί να ξεκινήσει η χρήση ναρκωτικών ή χρήση αλκοόλ ή ακόμα να παρουσιαστεί διασπαστική συμπεριφορά (Πολυζόπουλος Εμμανουήλ. Ηλεκτρονικό άρθρο. Ινστιτούτο Ψυχικής Παιδείας Παιδιών και Ενηλίκων. <http://www.inpsy.gr/el/ekpaideusi/arthra/arthra-ellinika/268-2013-04-24-18-40-10>, τελευταία πρόσβαση 19.07.2015).

ΔΥΣΘΥΜΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Ετυμολογικά, η λέξη δυσθυμία προέρχεται από την αρχαιοελληνική λέξη “θυμός” που σημαίνει ψυχή και το πρόθεμα “δυσ-” που έχει αρνητική σημασία. Στην κυριολεξία, δύσθυμος σημαίνει κακόθυμος.

Στη νέα ελληνική γλώσσα, η δυσθυμία χρησιμοποιείται με δυο τρόπους :

- Ως συνώνυμο της λέξης “κακόκεφος”.
- Ως ψυχιατρική έννοια προκειμένου να δηλώσει ένα τύπο κλινικής κατάθλιψης.

Η **δυσθυμική διαταραχή** (dysthymic disorder), ως ψυχιατρικός όρος, αναπτύχθηκε τα τελευταία χρόνια. Τα χαρακτηριστικά της μοιάζουν με της μείζονος κατάθλιψης,

περιορίζονται όμως σε ήπια ή μέτρια επίπεδα σοβαρότητας. Έτσι το άτομο δεν παρουσιάζει τόσο έντονα μειωμένη λειτουργικότητα. Εντούτοις, λόγω της έκτασης που λαμβάνουν τα συμπτώματα διαχρονικά, η δυσθυμία κρίνεται ως μια σοβαρή ψυχική διαταραχή χρόνιας φύσης (Hogan, M., 2008. Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας. Ανασκοπήσεις & Αιτιολογήσεις).

ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΔΥΣΘΥΜΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ

Τα συχνότερα συμπτώματα με τα οποία εκδηλώνεται η δυσθυμική διαταραχή (Πολυζόπουλος Εμμανουήλ. Ηλεκτρονικό άρθρο. Ινστιτούτο Ψυχικής Παιδείας Παιδιών και Ενηλίκων. <http://www.inpsy.gr/el/ekpaideusi/arthra/arthra-ellinika/268-2013-04-24-18-40-10>, τελευταία πρόσβαση 19.07.2015) είναι τα ακόλουθα :

- Θ μειωμένη ενεργητικότητα και αίσθημα κόπωσης
- Θ δυσκολία συγκέντρωσης
- Θ χαμηλή αυτοεκτίμηση
- Θ απώλεια σεξουαλικού ενδιαφέροντος (libido)
- Θ ανηδονία, που σχετίζεται με την έλλειψη άντλησης ευχαρίστησης από δραστηριότητες που άλλοτε έδιναν χαρά
- Θ αϋπνία ή αυξημένος ύπνος
- Θ αύξηση όρεξης για φαγητό ή ανορεξία.

Όλα τα παραπάνω συμπτώματα θα πρέπει να έχουν διάρκεια πάνω από δύο χρόνια για να θεωρηθούν δυσθυμία.

ΦΑΣΜΑ ΔΙΑΘΕΣΗΣ

Τα όρια διάκρισης μεταξύ των διαταραχών διάθεσης που αναλύθηκαν παραπάνω, (δηλαδή της Διπολικής διαταραχής, της Κυκλοθυμίας, της Μείζονος κατάθλιψης και της Δυσθυμίας) απεικονίζονται στο Φάσμα Διάθεσης (Εικόνα 2), όπου τα εμφανιζόμενα συμπτώματα, ανάλογα με το βαθμό σοβαρότητάς τους, κατατάσσουν τη διάθεση μεταξύ κατάθλιψης, φυσιολογικής διάθεσης και μανίας (Hogan, M., 2008. Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας. Ανασκοπήσεις & Αιτιολογήσεις).



Εικόνα 2 : Φάσμα Διάθεσης

ΚΑΤΑΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ

Η χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών γενικότερα, ή η κατάχρησή τους από ένα άτομο ή μια ομάδα ανθρώπων, σπάνια είναι αποτέλεσμα ενός μόνο αιτιολογικού παράγοντα.

Οι ουσίες που προκαλούν εξάρτηση (Hogan, M., 2008. Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας. Ανασκοπήσεις & Αιτιολογήσεις), κατατάσσονται σε μια από τις ακόλουθες κατηγορίες :

- § Κατασταλτικές ουσίες (οπιοειδή – ηρεμιστικά – υπνωτικά).
- § Διεγερτικές ουσίες.
- § Καναβινοειδή – ψευδαισθησιογόνα.
- § Εισπνεόμενες ουσίες.

Οι τρεις πιο συχνά χρησιμοποιούμενες ουσίες (Hogan, M., 2008. Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας. Ανασκοπήσεις & Αιτιολογήσεις) είναι :

1. Αλκοόλ
2. Νικοτίνη
3. Καφεΐνη.

Εκτός από την ευαίσθητη περίοδο της παιδικής ηλικίας (που καθορίζεται άμεσα από την οικογένεια, το σχολείο και το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον), κατά τη διάρκεια της

οποίας, μπορεί να προκύψουν συνθήκες που θα οδηγήσουν το άτομο στη χρήση ουσιών, η εμφάνιση της διαταραχής αυτής είναι πολύ συνηθισμένη και στους ενήλικες.

Έρευνες δείχνουν ότι για την εμφάνιση της χρήσης / κατάχρησης ουσιών, συμβάλλουν πολλοί και σύνθετοι παράγοντες που αλληλεπιδρούν και διακρίνονται σε τρεις βασικές κατηγορίες :

- Û Το οικογενειακό, κοινωνικό και πολιτιστικό περιβάλλον στο οποίο ζει το άτομο.
- Û Οι βιολογικοί παράγοντες και η προσωπικότητα του ατόμου.
- Û Η δράση της ουσίας.

Ο βαθμός συμμετοχής του καθενός παράγοντα στην εμφάνιση της εν λόγω διαταραχής, διαφέρει κατά περίπτωση.

Μεταξύ των επιβαρυντικών παραγόντων που συνθέτουν τις παραπάνω κατηγορίες, περιλαμβάνονται :

- Û Η έλλειψη υποστηρικτικών κοινωνικών δομών.
- Û Η πίεση και το άγχος.
- Û Η έλλειψη ευκαιριών επαγγελματικής απασχόλησης.

Είναι προφανές ότι οι εν λόγω παράγοντες-συνθήκες ευνοούνται κατά τη διάρκεια μιας οικονομικής αστάθειας. Για το λόγο αυτό, η κατάχρηση ουσιών, υπό το πρίσμα των συνεπακόλουθων ψυχικών διαταραχών, παρουσιάζει ιδιαίτερη βαρύτητα (<http://www.kethea.gr/FAQ/tabid/72/language/el-GR/Default.aspx? QuestionID=5& AFMID=524>, τελευταία πρόσβαση 20.07.2015).

Η χρήση ουσιών, οδηγεί σταδιακά, σύμφωνα με την ταξινόμηση DSM-V, στα ακόλουθα κλινικά σύνδρομα (Hogan, M., 2008. Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας. Ανασκοπήσεις & Αιτιολογήσεις) :

- Ä **Τοξίκωση** : κατάσταση κατά την οποία το άτομο βιώνει τις οξείες δράσεις μιας ουσίας.
- Ä **Στερητικό σύνδρομο** : συμπτώματα που σχετίζονται με τη διακοπή μιας ουσίας.
- Ä **Κατάχρηση** : σκόπιμη υπερβολική χρήση μιας επιβλαβούς ουσίας για διάστημα τουλάχιστον ενός μήνα, με ανεπιθύμητες ενέργειες για το χρήστη ή τους άλλους.
- Ä **Εξάρτηση** : πρωτογενής, χρόνια υποτροπιάζουσα νόσος που χαρακτηρίζεται από συνεχείς περιόδους μειωμένου ελέγχου της χρήσης της ουσίας, υπεραπασχόληση με την ουσία, χρήση της ουσίας παρά τις ανεπιθύμητες συνέπειές της και διαστρεβλώσεις της σκέψης, με περισσότερο έντονη την άρνηση. Συναφείς με τον

ορισμό της εξάρτησης είναι οι έννοιες της **ανοχής**, του **στερητικού συνδρόμου**, της **σωματικής** και της **ψυχολογικής εξάρτησης**, του **εθισμού**.

Ο εθισμός, σύμφωνα με τον ορισμό της Ένωσης Αμερικανών Νοσηλευτών (ANA) και της Εθνικής Εταιρείας Νοσηλευτών για τον Εθισμό (NNSA), είναι μια νόσος που χαρακτηρίζεται από ψυχαναγκασμό, απώλεια ελέγχου και συνεχές πρότυπο κατάχρησης, παρά το γεγονός ότι το άτομο αντιλαμβάνεται τις αρνητικές συνέπειες της χρήσης, Πρόκειται επομένως για ψυχαναγκασμό και δυσλειτουργική συνήθεια (<http://www.e-psychology.gr/addictions/138-hrisi-narkotikon-kai-psychikes-diatarahes.html>, τελευταία πρόσβαση 22.07.2015).

Επισημαίνεται ότι, τα δυσλειτουργικά πρότυπα χρήσης περιλαμβάνουν τον αλκοολισμό, την κατάχρηση ουσιών, την επιβλαβή χρήση καπνού, τις διαταραχές πρόσληψης τροφής, την υπερβολική συμμετοχή σε τυχερά παιχνίδια ή τη σπατάλη καθώς και ορισμένες ψυχαναγκαστικού τύπου σεξουαλικές διαταραχές.

Αξίζει να σημειωθεί ότι, η εξάρτηση από κάποια ψυχοδραστική ουσία μπορεί να είναι συνέπεια κάποιας προϋπάρχουσας ψυχικής διαταραχής. Στην περίπτωση αυτή, οι ψυχοτρόπες ουσίες και το αλκοόλ, ενδέχεται, σε πρώτη φάση, να χρησιμοποιηθούν από τον πάσχοντα για την αντιμετώπιση της καταθλιπτικής διάθεσης, του άγχους ή άλλων επώδυνων βιωμάτων. Με τον τρόπο αυτό, η συνεχιζόμενη χρήση της ψυχοδραστικής ουσίας ενδέχεται να οδηγήσει στην ανάπτυξη εξάρτησης. Από την άλλη πλευρά, άτομα με διαταραχές εξάρτησης διατρέχουν κίνδυνο να αναπτύξουν άλλες κλινικές διαταραχές ψυχικής υγείας. Έτσι, δημιουργείται ο κίνδυνος **διπλής διαταραχής**. Περίπου το 30% - 40 % των ατόμων με κάποια ψυχική διαταραχή, αναπτύσσουν εξάρτηση από κάποια ψυχοδραστική ουσία (<http://www.e-psychology.gr/addictions/138-hrisi-narkotikon-kai-psychikes-diatarahes.html>, τελευταία πρόσβαση 22.07.2015).

Άτομα που κάνουν κατάχρηση ουσιών, είναι πολύ πιθανόν να μη διαγνωστούν για συνοσηρότητα ως προς κάποια άλλη ψυχιατρική νόσο (διπλή διαταραχή), επειδή κάποιες από τις διαταραχές αυτές (διάθεσης, αγχώδεις, προσαρμογής, ύπνου, προσωπικότητας, αντικοινωνικής συμπεριφοράς, ψυχωσικές, χρόνιας πόνος, γνωστικές) καλύπτουν την εξάρτηση (Δασκαλόπουλος Θεόδωρος -Ψυχίατρος. Ηλεκτρονικό άρθρο. <http://psi-gr.tripod.com/index.html> - τελευταία πρόσβαση 18.07.2015).

ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ

Αυτοκτονία είναι η εσκεμμένη και εκούσια αφαίρεση της ζωής ενός ατόμου από το ίδιο το άτομο.

Η κυριότερη ψυχική διαταραχή που αποτελεί προγνωστικό παράγοντα για εκδήλωση αυτοκτονικής συμπεριφοράς είναι η διαταραχή διάθεσης .

Επίσης, άτομα με διάγνωση **διπλής διαταραχής, η οποία συνυπάρχει με χρήση ουσιών που τα έχει οδηγήσει σε κατάσταση τοξίκωσης**, διατρέχουν **αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας** (Hogan, M., 2008. Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας. Ανασκοπήσεις & Αιτιολογήσεις.).

2.4 ΥΠΕΥΘΥΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ - ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΩΝ ΝΟΣΩΝ

Η υποστήριξη και η θεραπεία των πασχόντων από ψυχικές νόσους, παρέχεται σε Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, Κλινικές ή Κοινωνικές Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας.

Οι λειτουργοί που ασχολούνται με την αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών εξασκούν το επάγγελμα του Ψυχιάτρου ή του Κλινικού Ψυχολόγου (τομέας της Ψυχολογίας) ή του Κοινωνικού Λειτουργού ή του Ψυχοθεραπευτή που εξειδικεύεται στην αντιμετώπιση των ψυχικών νόσων ή του Συμβούλου / Επαγγελματία της δημόσιας υγείας.

2.5 ΓΕΝΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ

Ανάλογα με το άτομο αλλά και την ψυχική διαταραχή από την οποία αυτό πάσχει, εφαρμόζονται διάφορες στρατηγικές θεραπείας. Οι χρησιμοποιούμενες θεραπείες συνοψίζονται στις ακόλουθες :

ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Αποτελεί μια από τις σημαντικότερες επιλογές για την αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών. Ανάλογα με την περίπτωση, χρησιμοποιείται ένας από τους πιο κάτω τύπους ψυχοθεραπείας (Δασκαλόπουλος Θωδωρής -Ψυχίατρος. Ηλεκτρονικό άρθρο. [http://psi-gr.tripod.com / index.html](http://psi-gr.tripod.com/index.html) - τελευταία πρόσβαση 18.07.2015) :

- Ø Η **Γνωστική-Συμπεριφορική ψυχοθεραπεία**, η οποία χρησιμοποιείται ευρέως και βασίζεται στην τροποποίηση σχημάτων σκέψης και συμπεριφοράς που σχετίζονται με την ψυχική διαταραχή.

Ø Η **Ψυχανάλυση**, η οποία αποτελούσε μια κυρίαρχη ψυχοθεραπευτική σχολή που χρησιμοποιείται μέχρι και σήμερα και απευθύνεται σε ασυνείδητες ψυχικές διαμάχες και άμυνες.

Ø Η **Συστημική ψυχοθεραπεία ή Οικογενειακή ψυχοθεραπεία**, η οποία χρησιμοποιείται κάποιες φορές.

ΦΑΡΜΑΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η φαρμακευτική θεραπεία αποτελεί μια κύρια λύση για τη διαχείριση των ψυχικά πασχόντων.

Υπάρχουν αρκετές ομάδες φαρμάκων (Δασκαλόπουλος Θοδωρής -Ψυχίατρος. Ηλεκτρονικό άρθρο. <http://psi-gr.tripod.com/index.html> - τελευταία πρόσβαση 18.07.2015) που χρησιμοποιούνται για το σκοπό αυτό. Συγκεκριμένα :

- Τα **αντικαταθλιπτικά**, χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση της κλινικής κατάθλιψης, όπως επίσης και για τη διαχείριση του άγχους και πολλών άλλων διαταραχών.
- Τα **αγχολυτικά**, χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση του άγχους και τα σχετιζόμενα με αυτό προβλήματα, όπως είναι η αϋπνία.
- Οι **σταθεροποιητές του συναισθήματος**, χρησιμοποιούνται στη διπολική διαταραχή.
- Τα **αντιψυχωτικά**, χρησιμοποιούνται στις ψυχώσεις, κυρίως για τα θετικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας καθώς και σε πολλές άλλες διαταραχές.
- Τα **ψυχοδιεγερτικά**, χρησιμοποιούνται ευρέως στην ΔΕΠΥ(Σύνδρομο Ελλειμματικής Προσοχής / Υπερκινητικότητας - Attention-Deficit Hyperactivity Disorder – ADHD).

ΑΛΛΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

Εκτός από την Ψυχοθεραπεία και τη Φαρμακοθεραπεία, μπορούν να εφαρμοστούν εναλλακτικά ή και συνδυαστικά, κάποιες από τις πιο κάτω θεραπείες (Πολυζόπουλος Εμμανουήλ. Ηλεκτρονικό άρθρο. Ινστιτούτο Ψυχικής Παιδείας Παιδιών και Ενηλίκων. <http://www.inpsy.gr/el/ekpaideusi/arthra/arthra-ellinika/268-2013-04-24-18-40-10>, τελευταία πρόσβαση 19.07.2015) κατά περίπτωση :

Ø Η **Ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT)** χρησιμοποιείται μερικές φορές σε περιστατικά σοβαρής κατάθλιψης, όταν έχουν αποτύχει άλλες παρεμβάσεις.

Ø Η **Ψυχοχειρουργική** βρίσκεται ακόμα σε πειραματικό στάδιο. Εντούτοις, χρησιμοποιείται από κάποιους νευρολόγους για ορισμένες σπάνιες περιπτώσεις.

Ø Η Συμβουλευτική καθώς και τα προγράμματα Ψυχοεκπαίδευσης, είναι σε πολλές περιπτώσεις χρήσιμες μέθοδοι, προκειμένου τα άτομα να πάρουν πληροφορίες που χρειάζονται τόσο για να κατανοήσουν (αναγνωρίσουν), όσο για να διαχειριστούν τα προβλήματά τους.

Σε κάποιες περιπτώσεις, η θεραπεία μπορεί να επιβάλλεται στα άτομα χωρίς τη θέλησή τους, με αποτέλεσμα την πιθανή πρόκληση προβλημάτων, που σχετίζονται αφενός με τον τρόπο που αυτή εκτελείται και αφετέρου με τον τρόπο που γίνεται αυτή αντιληπτή από τους ψυχικά ασθενείς ή την κοινή γνώμη (Δασκαλόπουλος Θοδωρής -Ψυχίατρος. Ηλεκτρονικό άρθρο. <http://psi-gr.tripod.com/index.html> - τελευταία πρόσβαση 18.07.2015).

Σε κάθε περίπτωση, όλα τα ανθρώπινα δικαιώματα των ατόμων με ψυχικές ασθένειες προστατεύονται από τη Σύμβαση για τα Δικαιώματα των Ατόμων με Αναπηρίες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΕΣ ΝΟΣΟΙ

Έχοντας κατά νου, τις πληροφορίες που έχουν παρατεθεί μέχρι αυτό το σημείο της παρούσας εργασίας, αναφορικά με την οικονομική κρίση και τις ψυχικές νόσους (Κεφάλαια 1 και 2), σειρά έχει στη συνέχεια, ο αναλυτικός συσχετισμός των δυο αυτών παραγόντων, η παράθεση των διαγνωσμένων σχετικών ψυχικών νόσων καθώς επίσης και η τεκμηρίωση της εμφάνισής τους με δεδομένα που προκύπτουν από ήδη διενεργηθείσες έρευνες πάνω στο εν λόγω θέμα.

3.1 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ

Οι ψυχικές διαταραχές και ιδιαίτερα οι συναισθηματικές, κρίνονται πρωταρχικής σημασίας για την δημόσια υγεία καθώς κατατάσσονται στις πρώτες αιτίες που προκαλούν σημαντική έκπτωση της λειτουργικότητας και μάλιστα, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), αναμένεται μέχρι το 2020 να καταστούν δεύτερες σε συχνότητα εμφάνισης, μετά την ισχαιμική καρδιοπάθεια.

Το ζήτημα των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία απασχολεί ιδιαίτερα την επιστημονική κοινότητα, η οποία επισημαίνει την ανάγκη παροχής της κατάλληλης παρέμβασης από τα συστήματα υγείας

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα ερευνών σε παγκόσμιο επίπεδο, εντοπίζεται συσχέτιση των οικονομικών μεταβλητών με την εμφάνιση ψυχικών διαταραχών.

Οι περισσότερες από τις μελέτες που διερευνούν τις επιπτώσεις των οικονομικών κρίσεων στην ποιότητα ζωής των ατόμων, δείχνουν συσχέτιση ανάμεσα στην ανεργία ή τη μείωση του εισοδήματος και τα επίπεδα γενικής νοσηρότητας, θνητότητας, κατάθλιψης και αυτοκτονικότητας. Σε αυτά συμβάλλουν σημαντικά και η γενικευμένη αβεβαιότητα και η περικοπή των δημοσίων δαπανών, περιλαμβανομένων των δαπανών για την υγεία.

Σημαντικό ρόλο στο βαθμό κατά τον οποίο επηρεάζεται το άτομο, παίζουν τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς του που σχετίζονται με την αυξημένη ευαλωτότητα στην ψυχοκοινωνική απειλή, όπως χαμηλή ανοχή στη ματαίωση ή χαμηλή αυτοεκτίμηση. Παράλληλα, η έννοια της κοινωνικής νόρμας φαίνεται να ισοσταθμίζει τους παραπάνω παράγοντες ασκώντας επίδραση στην ευεξία και ψυχική υγεία του πληθυσμού (<http://www.psychologynow.gr/koinonia/oi-koinonikes-normes-ehoy-n-periorismeni-diarkeia-stin-allagi-tis-gnomis-mas>, τελευταία πρόσβαση 23.07.2015).

Κοινωνική νόρμα θεωρείται το σύνολο κανόνων και αξιών που πλαισιώνουν το κοινωνικό και πολιτισμικό πλαίσιο. Η σύγκριση της προσωπικής κατάστασης με την ισχύουσα νόρμα φαίνεται ότι αποτελεί αποτελεσματικό τρόπο αντιμετώπισης του στρες και

των απειλητικών πληροφοριών. Οι **κοινωνικές συγκρίσεις** αποτελούν σημαντικό μηχανισμό για την κατανόηση του πώς τα άτομα ερμηνεύουν τις συνθήκες της ζωής τους και την κοινωνική πραγματικότητα, καθώς και του πώς προσαρμόζονται στις αλλαγές. Μία θετική σύγκριση επιδρά ενισχυτικά στην αυτοεκτίμηση, πράγμα ιδιαίτερα σημαντικό σε καταστάσεις αβέβαιες και διφορούμενες. Έτσι, το να είναι κάποιος άνεργος έχει λιγότερες αρνητικές επιπτώσεις όταν το ποσοστό ανεργίας είναι τόσο υψηλό ώστε να θεωρείται κοινωνική νόρμα (<http://www.psychologynow.gr/koinonia/oi-koinonikes-normes-choyn-periorismeni-diarkeia-stin-allagi-tis-gnomis-mas>, τελευταία πρόσβαση 23.07.2015).

Σε συνθήκες οικονομικής κρίσης οι φτωχοί αποτελούν ομάδα κινδύνου αφού είναι οι πρώτοι που πλήττονται. Παράλληλα, τα άτομα που ήδη νοσούν από ψυχικά νοσήματα, λόγω της υπάρχουσας έκπτωσης στη λειτουργικότητα, αποτελούν επίσης ομάδα υψηλού κινδύνου, δημιουργώντας έτσι έναν φαύλο κύκλο όπου η φτώχεια ευνοεί τις ψυχικές διαταραχές αλλά και το αντίστροφο.

Αξιοσημείωτη είναι η συσχέτιση της οικονομικής ύφεσης με την ψυχική υγεία των επαγγελματιών υγείας. Οι μειώσεις των δαπανών σε μισθούς και λειτουργικά έξοδα των νοσοκομείων λόγω περικοπών του κράτους, οδηγούν σε πτώση της ποιότητας των υποδομών και υπηρεσιών. Η κατάσταση αυτή, σε συνδυασμό με ένα περιβάλλον εντατικοποίησης των επαγγελματικών απαιτήσεων, προκαλεί πτώση του ηθικού και επαγγελματική εξουθένωση του προσωπικού (<http://www.encephalos.gr/pdf/50-1-02g.pdf>, τελευταία πρόσβαση 12.07.2015).

Στην Ελλάδα, όπως αναφέρει ο Γεώργιος Πατούλης, πρόεδρος του Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών (ΙΣΑ), οι ψυχικές παθήσεις παρουσιάζουν αυξητικές τάσεις εξαιτίας της οικονομικής κρίσης, με το 10% - 12% του συνόλου του πληθυσμού όλων των ηλικιών να πάσχει από ψυχικές ασθένειες και μόλις το μισό από αυτούς να προσφεύγει στη στήριξη του γιατρού (<http://www.newsbeast.gr/health/arthro/817934/therizoun-oi-psuhikes-astheneies-stin-ellada-exaitias-tis-krisis/>, τελευταία πρόσβαση 24.05.2015).

Η οικονομική κρίση τα τελευταία πέντε χρόνια έπληξε την ψυχική υγεία όχι μόνο των πασχόντων αλλά και των υγιών ανθρώπων. Ο άνθρωπος χωρίς δουλειά αισθάνεται ανασφάλεια και έντονο στρες γιατί αδυνατεί να στηρίξει τον εαυτό του και την οικογένειά του, με αποτέλεσμα να αναπτύσσει ψυχολογικά προβλήματα. Η εξοντωτική πολιτική που εφαρμόζεται στο χώρο της Υγείας, έχει οδηγήσει στη συρρίκνωση των προγραμμάτων υγείας και στη μη χρηματοδότηση των κοινωνικών δομών, με αποτέλεσμα την περαιτέρω επιδείνωση της κατάστασης.

Ειδικότερα, η γενικευμένη κρίση επηρεάζει τη ψυχική υγεία με δύο αλληλοτροφοδοτούμενους τρόπους. Κατά πρώτο, εξασθενεί τους προστατευτικούς παράγοντες που συμβάλουν στην ανάπτυξη και τη διατήρησή της και κατά δεύτερο ενισχύει και αυξάνει τους παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση ψυχικών διαταραχών.

Παράλληλα με τους παράγοντες που οδηγούν τους Έλληνες σε βαθύ ψυχικό πόνο και απόγνωση (εργασιακή ανασφάλεια, ανεργία, αύξηση των κοινωνικών ανισοτήτων, φτώχεια, κοινωνικός αποκλεισμός ιδιαίτερα των ευπαθών ομάδων, αδυναμία ελέγχου της ζωής και αβεβαιότητα για το μέλλον), αρνητική συμβολή έχει και η διαρκής άδικη ενοχοποίηση των πολιτών για την κατάστασή τους, γιατί ενώ εστιάζει σε υπαρκτές αδυναμίες τους, αποκρύπτει το διαφορετικό μέγεθος της ευθύνης του καθενός. Επίσης καθιστώντας τους αποκλειστικά υπεύθυνους, ως ξεχωριστή περίπτωση από τους υπόλοιπους λαούς της Ευρώπης, αυξάνονται τα αισθήματα μειονεξίας, ανικανότητας και ενοχής. Κατ' αυτό τον τρόπο όμως, παραβλέπεται το γεγονός ότι η κρίση στην Ελλάδα είναι μέρος της Ευρωπαϊκής κρίσης και αποτέλεσμα της διεθνούς κρίσης που ξέσπασε το 2008 ([https:// kostaskogiopoulos.wordpress.com/2013/08/05/](https://kostaskogiopoulos.wordpress.com/2013/08/05/), τελευταία πρόσβαση 12.07.2015).

3.1.1 ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Η οικονομική κρίση, με τα χαρακτηριστικά που αυτή εκδηλώνεται και γίνεται αισθητή στην κοινωνία, στην οικογένεια και στα άτομα ως μεμονωμένες μονάδες, όπως αυτά αναλύθηκαν στο Κεφάλαιο 1, έχει αρνητική επίδραση στον τομέα της ψυχικής υγείας, με αποτέλεσμα την εμφάνιση ψυχικών διαταραχών.

Η διαπίστωση αυτή, έχει επανειλημμένα προκύψει από σχετικές μελέτες που είχαν διεξαχθεί σε χώρες που είχαν ήδη πληγεί παλαιότερα από την οικονομική κρίση και επαληθεύεται για ακόμα μια φορά και από τα αντίστοιχα αποτελέσματα που παρατηρούνται στην Ελλάδα, τα οποία καλύπτουν το χρονικό ορίζοντα της τελευταίας πενταετίας, δηλαδή το διάστημα που οι πολίτες βιώνουν τις συνέπειες της οικονομικής εξαθλίωσης.

Σύμφωνα με μελέτη του Τμήματος Κοινωνιολογίας του Πανεπιστημίου Κέμπριτζ, η οποία βασίζεται κυρίως σε ελληνικές και ευρωπαϊκές στατιστικές, επισημαίνεται ότι στην Ελλάδα έχουν υπάρξει οι μεγαλύτερες περικοπές στον τομέα υγείας σε ευρωπαϊκό επίπεδο, με συνέπεια η σημερινή δημόσια δαπάνη της χώρας για την υγεία να είναι πλέον μικρότερη από άλλη χώρα μέλος της Ευρωζώνης (<http://www.newsbeast.gr/health/arthro/646515/i-krisi-kanei-kako-stin-ugeia/>, τελευταία πρόσβαση 24.05.2015). Φυσικό επακόλουθο της πενιχρής

αυτής κατάστασης στο χώρο της υγείας, είναι και η μετακύληση ενός μέρους του κόστους της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης στους ασθενείς .

Με δεδομένο λοιπόν και το γεγονός της μείωσης κατά 55% της κρατικής χρηματοδότησης για την ψυχική υγεία μεταξύ των ετών 2011 και 2012 (<http://www.newsbeast.gr/health/arthro/646515/i-krisi-kanei-kako-stin-ugeia/>, τελευταία πρόσβαση 24.05.2015), οι συνηθέστερες μορφές των ψυχικών ασθενειών που προσβάλλουν τα άτομα και οφείλονται στην επίδραση της οικονομικής κρίσης, παραθέτονται αμέσως πιο κάτω.

ΑΥΞΗΜΕΝΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Τα ποσοστά εμφάνισης συμπτωμάτων που εντάσσονται στο φάσμα των καταθλιπτικών ψυχικών νόσων, σύμφωνα με τα χρησιμοποιούμενα συστήματα διάγνωσης, καταγράφουν δραματική αύξηση στον **ελληνικό** πληθυσμό, εξαιτίας της συνεχιζόμενης οικονομικής κρίσης που ενισχύει τις προϋποθέσεις για ένα αβέβαιο μέλλον και μια γενικευμένη ανασφάλεια.

Στην **Ελλάδα** υπολογίζεται ότι το 25% των ανδρών και το 33% των γυναικών (περίπου 850.000 Έλληνες και 1,1 εκατ. Ελληνίδες) πάσχουν από ήπια έως σοβαρή κατάθλιψη. Μάλιστα, στο χρονικό διάστημα 2008-2011, η εκδήλωση κατάθλιψης αυξήθηκε περίπου δύομισή φορές (από 3,3% του πληθυσμού το 2008 σε 8,2% το 2011) (<http://www.newsbeast.gr/health/arthro/646515/i-krisi-kanei-kako-stin-ugeia/>, τελευταία πρόσβαση 24.05.2015).

Αξίζει να επισημανθεί ότι, το 50% των ατόμων που πάσχουν από κατάθλιψη δεν απευθύνεται ποτέ σε κάποιον ειδικό και το αντιμετωπίζουν μόνα τους (<http://www.newsbeast.gr/health/arthro/741220/protagonistria-i-katathlipsi-/>, τελευταία πρόσβαση 24.05.2015), γεγονός που δημιουργεί βάσιμες υποψίες ότι τα ποσοστά πασχόντων από κατάθλιψη πιθανόν να είναι ακόμα μεγαλύτερα, εφόσον τα δεδομένα έχουν προκύψει μόνο από τις διαγνωσμένες περιπτώσεις.

Κατά την άποψη των ειδικών, η οικονομική κρίση αποτελεί στις μέρες μας την κύρια αιτία αύξησης των κρουσμάτων κατάθλιψης και σε παγκόσμιο επίπεδο. Εκτιμάται ότι η νόσος επηρεάζει 350 εκατομμύρια ανθρώπους και σύμφωνα με τα αποτελέσματα παγκόσμιας έρευνας για την ψυχική υγεία, που διεξήχθη πρόσφατα σε 17 χώρες, περίπου 1 στα 20 άτομα ανέφερε ότι είχε ένα επεισόδιο κατάθλιψης τον προηγούμενο χρόνο.

Η νόσος μπορεί να προσβάλλει άτομα από όλα τα κοινωνικά στρώματα.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), μέχρι το 2020 η κατάθλιψη θα είναι η δεύτερη σημαντική αιτία ανικανότητας για εργασία και μέχρι το 2030 η πρώτη, εάν δε ληφθούν δραστικά μέτρα για την αντιμετώπισή της (<http://www.newsbeast.gr/health/arthro/428831/koda-sta-2-ekat-ellines-pashoun-apo-katathlipsi/>).

Βασική συνέπεια : Η αύξηση του ποσοστού των ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΩΝ

Σύμφωνα με το Νίκο Χριστοδούλου, κλινικό λέκτορα στο Πανεπιστήμιο του Νότινγκχαμ., η αυτοκτονικότητα, ως μια από τις ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία, εμφανίζει αύξηση με βάση στοιχεία από τη διεθνή βιβλιογραφία, και συνεπώς θα ήταν αφελές να θεωρηθεί ότι κάτι τέτοιο δεν ισχύει και στην Ελλάδα, παρά την έλλειψη σχετικών μελετών που να το τεκμηριώνουν επιστημονικά (<http://www.newsbeast.gr/health/arthro/641654/oi-epiptoseis-tis-oikonomikis-krisis-stin-psuhiki-ugeia/>, τελευταία πρόσβαση 24.05.2015).

Πρόσφατη έρευνα στην Ελλάδα, αποκαλύπτει ότι οι αυτοκτονίες σημείωσαν αύξηση κατά 45% μεταξύ των ετών 2007 και 2011, ενώ ο αριθμός των αυτοκτονιών και οι απόπειρες αυτοκτονίας παρουσιάζουν αυξητικό ρυθμό στους μεσήλικες άνδρες σε σχέση με τις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες (<http://www.newsbeast.gr/health/arthro/646515/i-krisi-kanei-kako-stin-ugeia/>, τελευταία πρόσβαση 24.05.2015).

ΧΡΗΣΗ ΨΥΧΟΤΡΟΠΩΝ ΟΥΣΙΩΝ

Όπως έχει διαπιστωθεί από σχετικές μελέτες που έχουν διεξαχθεί στο εξωτερικό, η ανεργία, τα οικονομικά προβλήματα και η φτώχεια συνιστούν απειλή για ευάλωτες οικογένειες ως προς την αντοχή τους και σε πολλές περιπτώσεις οδηγούν σε αύξηση της κατανάλωσης αλκοόλ καθώς και της χρήσης ναρκωτικών ουσιών.

Έτσι και στην Ελλάδα, άρχισε να σημειώνεται αύξηση στο ποσοστό χρήσης ψυχοτρόπων ουσιών, το οποίο προβλέπεται να εκτοξευθεί προς τα πάνω, λόγω της συνεχιζόμενης οικονομικής κρίσης.

Ήδη, έρευνες που έγιναν προ Μνημονίου, κατέδειξαν ότι ένας στους δέκα Έλληνες έχει δοκιμάσει τουλάχιστον μια φορά στη ζωή του παράνομες ναρκωτικές ουσίες, ενώ ακόμα και στους εφήβους καταγράφεται κατάχρηση του αλκοόλ. Αναφορικά δε με τα λεγόμενα «σκληρά ναρκωτικά», εκτιμάται ότι μόνο οι χρήστες ηρωίνης στον ελλαδικό χώρο είναι 30.000, ενώ αυξητική τάση εμφανίζει η χρήση κοκαΐνης και συνθετικών ναρκωτικών ([http://](http://www.newsbeast.gr/health/arthro/646515/i-krisi-kanei-kako-stin-ugeia/)

www.newsbeast.gr/greece/arthro/291449/i-krisi-tha-auxisei-ti-hrisi-psuhotropon-ousion/, τελευταία πρόσβαση 24.05.2015).

ΑΥΞΗΜΕΝΟ ΑΓΧΟΣ ΣΤΟΥΣ ΝΕΟΥΣ

Η αβεβαιότητα, η αδυναμία επαγγελματικής αποκατάστασης αλλά και ολοκλήρωσης των σπουδών κατά περίπτωση, σε συνδυασμό με τα προβλήματα που δημιουργούνται στην οικογένεια ως επακόλουθο της οικονομικής κρίσης, όπως αποδεικνύεται από σχετικές μελέτες, προκαλούν αυξημένη εσωτερική ένταση στα νεαρά άτομα, με αποτέλεσμα τη συχνότερη εμφάνιση αγχωτικών διαταραχών διαφόρων μορφών <http://www.newsbeast.gr/health/arthro/588986/pio-aghomenoi-oi-neoi-ellines-apo-tous-souidous/> (τελευταία πρόσβαση 24.05.2015).

ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΖΟΓΟΣ

Η υπερβολική ενασχόληση με τη χαρτοπαιξία, θα μπορούσε να εκληφθεί ως μια απεγνωσμένη προσπάθεια των ατόμων που πλήττονται από την οικονομική κρίση, για την επίλυση των οικονομικών τους προβλημάτων.

Τα τελευταία χρόνια, έχει διαπιστωθεί αύξηση της εν λόγω δραστηριότητας και στον ελλαδικό χώρο. Όπως προειδοποιεί το Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕΘΕΑ), πολύ εύκολα η κατάσταση μπορεί να ξεφύγει και να γίνει παθολογική.

Η παθολογική σχέση με τον τζόγο, ειδικά όταν είναι σε αρχικό στάδιο, δεν αναγνωρίζεται συχνά ως πρόβλημα. Υπάρχουν, όμως, κάποιες βασικές αρχικές ενδείξεις που συντελούν στην εν λόγω διαπίστωση. Σύμφωνα με το ΚΕΘΕΑ, χαρακτηριστικά αρχικά «συμπτώματα» του παθολογικού τζογαδόρου είναι τα εξής (<http://www.newsbeast.gr/greece/arthro/466263/i-krisi-kanei-tous-ellines-epirrepeis-ston-tzogo/>, τελευταία πρόσβαση 24.05.2015) :

- § Αδικαιολόγητη απουσία από το σπίτι ή την εργασία.
- § Έλλειψη χρημάτων από τραπεζικούς λογαριασμούς, αδικαιολόγητη υπερχρέωση πιστωτικών καρτών.
- § Έλλειψη διάθεσης για εργασία, χαμηλή παραγωγικότητα.
- § Απόσυρση και απομάκρυνση ακόμα και από τα οικεία πρόσωπα.
- § Παράξενη συμπεριφορά (ψέματα, αδιαφορία, εκνευρισμός, μεταπτώσεις στη διάθεση).

Ο μέσος εξαρτημένος από το τζόγο είναι 43 ετών, παντρεμένος, με σταθερή διαμονή και απασχόληση. Παίζει κυρίως παιχνίδια με αθλήματα και καταναλώνει 5-10 ώρες την ημέρα για να μελετήσει πριν παίξει. Κάθε βδομάδα ξοδεύει 200-800 ευρώ, παρότι αντιμετωπίζει οικονομικά προβλήματα. Η ηλικία της προβληματικής ενασχόλησης συνήθως είναι μεταξύ 23-35 ετών.

ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ

Η οικονομική κρίση φαίνεται να επηρεάζει όχι μόνο τους ενήλικες αλλά και τα παιδιά. Τα τελευταία δυο χρόνια έχει διπλασιαστεί ή ακόμη και τριπλασιαστεί η προσέλευση παιδιών στα Κέντρα Ψυχικής Υγείας (<http://www.newsbeast.gr/health/arthro/741220/protagonistria-i-katathlipsi-/>, τελευταία πρόσβαση 24.05.2015).

Οι ψυχικές διαταραχές που εμφανίζονται στα παιδιά, συνδέονται με το υπερβολικό άγχος που τους προκαλούν οι προβληματικές καταστάσεις που βιώνουν στο οικογενειακό τους περιβάλλον εξαιτίας της οικονομικής κρίσης. Αποτέλεσμα αυτών των διαταραχών αγχώδους μορφής είναι η εκδήλωση διαφόρων αντιδράσεων που συνήθως σχετίζονται με το σχολικό περιβάλλον, όπως μαθησιακά προβλήματα δυσλεκτικού τύπου. Παράλληλα, μπορεί να εμφανιστούν προβλήματα και στο σώμα, που όμως έχουν ως αιτία κάποια ψυχική διαταραχή. Για το λόγο αυτό, πολλές φορές οι παιδίατροι παραπέμπουν πολλές περιπτώσεις παιδιών που απευθύνονται σε αυτούς για βοήθεια, στα Κέντρα Ψυχικής Υγείας.

Τέτοιας μορφής παιδοψυχιατρικά περιστατικά έχουν παρουσιάσει αύξηση τα τελευταία δυο χρόνια και στην περιοχή της Δυτικής Ελλάδας, όπως προκύπτει από σχετική μελέτη. Συγκεκριμένα 1.420 παιδιά το 2010 ζήτησαν βοήθεια, 1.970 παιδιά το 2011, ενώ το 2012 τα αντίστοιχα περιστατικά ανήλθαν στις 2.000 περιπτώσεις. Τα συνηθέστερα προβλήματα των παιδιών αυτών ήταν η κατάθλιψη, η επιθετικότητα, οι διαταραχές συμπεριφοράς, ο σχολικός εκφοβισμός, οι φοβίες, το άγχος και τα ψυχοσωματικά προβλήματα (<http://www.newsbeast.gr/health/arthro/546698/i-oikonomiki-krisi-plittei-tin-psuhiki-ugeia-ton-paidion-/>, τελευταία πρόσβαση 24.05.2015).

Επιπρόσθετα, επισημαίνεται ότι, κατά τα τελευταία χρόνια της οικονομικής κρίσης, υπάρχουν βάσιμες ενδείξεις για αύξηση της ενδοσχολικής αλλά και της ενδοοικογενειακής βίας (<http://www.newsbeast.gr/health/arthro/741220/protagonistria-i-katathlipsi-/>, τελευταία πρόσβαση 24.05.2015).

ΜΕΙΩΣΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ

Το άγχος και η ανασφάλεια που πλήττουν τους Έλληνες τα τελευταία χρόνια, ως συνέπειες της οικονομικής κρίσης, έχουν προκαλέσει μειωμένη σεξουαλική δραστηριότητα. Αποτέλεσμα αυτού είναι, από τη μια μεριά η μείωση στις ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες και από την άλλη μεριά η μείωση στις επιθυμητές εγκυμοσύνες, γεγονός που προβληματίζει ιδιαίτερα τους επιστήμονες.

Τα ως άνω αποτελέσματα επιβεβαιώνονται και από τη μείωση των εκτρώσεων για το ίδιο χρονικό διάστημα, η οποία δεν οφείλεται στην ενημέρωση για την αντισύλληψη αλλά στη μείωση της σεξουαλικής δραστηριότητας του ελληνικού πληθυσμού (<http://www.newsbeast.gr/health/arthro/735288/i-oikonomiki-krisi-efere-meiosi-tis-sexoualikis-drastiriotitas/>, τελευταία πρόσβαση 24.05.2015).

3.1.2 ΕΠΙΔΕΙΝΩΣΗ ΨΥΧΙΚΩΝ ΝΟΣΩΝ

Θα αποτελούσε σημαντική παράλειψη αν, κατά την εξέταση των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης πάνω στην ψυχική υγεία, δε γινόταν αναφορά στην πορεία της κατάστασης των ήδη ψυχικά διαταραγμένων ασθενών.

Έχει παρατηρηθεί ότι, σε περιόδους κρίσης, ενώ οι απαιτήσεις σε υπηρεσίες ψυχικής φροντίδας αυξάνονται, η παροχή τους μειώνεται εξαιτίας των περικοπών στις κοινωνικές δαπάνες, με αποτέλεσμα τη δημιουργία ενός φαύλου κύκλου που συντηρεί και χειροτερεύει το επίπεδο της ψυχικής υγείας. Στο πλαίσιο αυτής της διαπίστωσης, κρίνεται ιδιαίτερα σημαντικό το γεγονός ότι το 75% του πληθυσμού που εμφανίζει κάποιου είδους ψυχοπαθολογία, δε λαμβάνει κάποιου είδους θεραπεία για το πρόβλημά του (<https://kostaskogiopoulos.wordpress.com/2013/08/05/>, τελευταία πρόσβαση 25.07.2015).

Είναι πασιφανές συνεπώς ότι, τα άτομα που ήδη νοσούν από ψυχικά νοσήματα, λόγω της υπάρχουσας έκπτωσης στη λειτουργικότητα, αποτελούν επίσης ομάδα υψηλού κινδύνου, δημιουργώντας έτσι έναν φαύλο κύκλο όπου η φτώχεια και ο προερχόμενος κοινωνικός αποκλεισμός ευνοεί τις ψυχικές διαταραχές αλλά και το αντίστροφο.

Αξίζει να γίνει ιδιαίτερη αναφορά στην επιδείνωση σε ήδη διαγνωσμένες παιδοψυχιατρικές διαταραχές. Οι περιπτώσεις ψυχοκοινωνικών προβλημάτων στο πλαίσιο έκφρασης της εφηβικής ψυχοπαθολογίας, επεκτάθηκαν και σε νέες μορφές όπως, τη γενικευμένη χρήση ουσιών (με τάση για εξάπλωση στην πλειονότητα των σχολείων), τη διάδοση του bullying (νταηλίκι, μορφή κακοποίησης, εκφοβισμού ή εξαναγκασμού) και των

ρατσιστικών συμπεριφορών καθώς επίσης και την εκδήλωση καθαρής βίας απέναντι σε τρίτα άτομα - μετανάστες, ψυχικά ευάλωτους ή μειονεκτικούς (Παπαδάτος, Γ., 2010. *Ψυχικές διαταραχές και μαθησιακές δυσκολίες παιδιών και εφήβων*).

Στους λόγους για την επιδείνωση αυτή των υφιστάμενων ψυχικών διαταραχών γενικότερα στον ελλαδικό χώρο, συμπεριλαμβάνονται και οι ακόλουθοι (<https://kostaskogiopoulos.wordpress.com/2013/08/05>, τελευταία πρόσβαση 25.07.2015) :

- § **Οι προϋπάρχουσες αντιφάσεις και τα κενά στο σχεδιασμό πολιτικής για την ψυχική υγεία**, οι οποίες οδήγησαν σε δραματικές εξελίξεις κατά τη διάρκεια της παρούσας οικονομικής κρίσης. Η περικοπή 36,8 εκ. ευρώ από το σχετικό κώδικα του Υπουργείου Οικονομικών την 26.08.2011, οδήγησε σε άμεσο κλείσιμο των μονάδων ψυχικής υγείας που λειτουργούσαν με την ευθύνη των Νομικών Προσώπων Ιδιωτικού Δικαίου (Ν.Π.Ι.Δ.) και την επιστροφή στα ψυχιατρεία 1500 ψυχικά πασχόντων που φιλοξενούνταν στις στεγαστικές δομές, αφού όλο σχεδόν το εναπομείναν ποσό του προϋπολογισμού είχε απορροφηθεί ήδη το πρώτο εξάμηνο του 2011.
- § **Η συνεχής περικοπή των γενικών δαπανών για την υγεία και την πρόνοια**, η οποία οδήγησε στη συρρίκνωση των - ούτως ή άλλως - ανεπαρκών παιδοψυχιατρικών υπηρεσιών του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) και στην κατάργηση ή μείωση ουσιαστικών πολιτικών παιδικής μέριμνας για τις ευπαθείς παιδικές ομάδες όπως π.χ. νοητικής υστέρησης, αναπτυξιακών διαταραχών. Στην πράξη, ακυρώθηκε το σχέδιο ανάπτυξης των παιδοψυχιατρικών υπηρεσιών που ήταν σε εξέλιξη στα πλαίσια της Ψυχιατρικής μεταρρύθμισης από το 2000. Αντίθετα ένας σημαντικός αριθμός κοινοτικών κέντρων, μονάδων αποκατάστασης και Ιδρυμάτων με υψηλή εξειδίκευση ανέστειλαν τη λειτουργία τους. Πρότυπα προγράμματα όπως ο «Θεραπευτικός Ξενώνας Εφήβων» της ΕΨΥΠΕ ή το κέντρο «ΜΕΛΙΑ» για παιδιά ψυχωτικών γονέων, ανέστειλαν τη λειτουργία τους ενώ άλλες δομές υπολειτουργούν αναστέλλοντας σημαντικές δραστηριότητές τους. Στο σύνολό τους οι παιδοψυχιατρικές υπηρεσίες λειτουργούν με μειωμένο αριθμό προσωπικού ενώ ένας σημαντικός αριθμός του πιο έμπειρου προσωπικού οδηγήθηκε σε βεβιασμένη συνταξιοδότηση. Αυτά συμβαίνουν ενώ οι νέες περιπτώσεις αυξάνουν με γεωμετρική πρόοδο και οι απαιτήσεις για υποστηρικτική εργασία στη κοινότητα, εξαιτίας της κατάρρευσης των κοινωνικών υπηρεσιών, και στα σχολεία, λόγω αδυναμίας των ψυχολογικών τους υπηρεσιών, έχουν αυξηθεί υπέρμετρα.

Ουσιαστικά, οι παιδοψυχιατρικές υπηρεσίες καλούνται να υποκαταστήσουν και να αναλάβουν το έργο των άλλων.

§ Ο ολοένα αυξανόμενος αριθμός ασθενών που εγκαταλείπουν τον ιδιωτικό τομέα και αναζητούν τη συνέχεια της φροντίδας τους στο Δημόσιο. Αυτό συμβάλλει στην αύξηση τόσο της λίστας αναμονής όσο και του χρόνου αναμονής, που για τις συνήθεις περιπτώσεις έχει τριπλασιαστεί και ξεπερνάει τον ένα μήνα, ενώ για ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να φτάνει και τον ένα χρόνο.

3.2 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΔΙΕΞΑΧΘΕΙΣΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ

Η διερεύνηση των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία, αποτέλεσε στόχο έρευνας σε πολλές χώρες που έχουν πληγεί. Παράλληλα, τα τελευταία χρόνια, διεξάγονται πολλές έρευνες με σχετικό περιεχόμενο και στην Ελλάδα, οι οποίες επιβεβαιώνουν τις υφιστάμενες μέχρι πρότινος διαπιστώσεις για τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία των ατόμων.

Ειδικότερα, με σκοπό τη διερεύνηση ενδεχόμενης επίπτωσης της τρέχουσας οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία στην Ελλάδα, διερευνήθηκε η συσχέτιση των οικονομικών δεικτών **ανεργία** και **μέσο εισόδημα** της τελευταίας 20ετίας με τους ακόλουθους δείκτες ψυχικής υγείας για την τελευταία 10ετία (http://www.psych.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=364&Itemid=113&lang=el, τελευταία πρόσβαση 12.07.2015) :

Εισαγωγές σε ψυχιατρική κλινική

Επισκέψεις σε εξωτερικά ιατρεία και επείγοντα ψυχιατρικών κλινικών

Αυτοκτονίες

Ανθρωποκτονίες

Θνησιμότητα

Διαζύγια.

Τα δεδομένα συγκεντρώθηκαν από την Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία και από τα Νοσοκομεία Αιγινήτειο, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής, Γενικό Κρατικό Αθηνών και Ευαγγελισμός.

Κατόπιν στατιστικής επεξεργασίας των δεδομένων, αποδείχθηκε ότι οι δείκτες ψυχικής υγείας που έχουν σημαντική συσχέτιση με τους οικονομικούς δείκτες είναι οι

επισκέψεις σε τακτικά εξωτερικά ιατρεία και τμήματα επειγόντων ψυχιατρικών κλινικών, οι αυτοκτονίες, οι ανθρωποκτονίες και ο αριθμός διαζυγίων.

Βρέθηκε επίσης ότι η αύξηση των αυτοκτονιών σχετίζεται με χαμηλότερο μέσο εισόδημα. Ακόμη, υψηλότερο μέσο εισόδημα σχετίζεται με λιγότερους θανάτους σε άτομα ηλικίας 15–70 ετών.

Τα ευρήματα παρουσιάζουν αρκετές ομοιότητες με τα ευρήματα σε έρευνες χωρών με αντίστοιχες οικονομικές κρίσεις, όπως σε χώρες του πρώην ανατολικού μπλοκ, στην Ασία και στις ΗΠΑ (http://www.psych.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=364&Itemid=113&lang=el, τελευταία πρόσβαση 12.07.2015).

Από το Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων πραγματοποιήθηκε έρευνα πεδίου σε αντιπροσωπευτικό δείγμα 5.000 περίπου ενηλίκων ηλικίας 18-74 ετών. Για το σκοπό της έρευνας πραγματοποιήθηκαν συνεντεύξεις στα σπίτια των συμμετεχόντων από τον Ιούλιο του 2009 έως και τον Ιανουάριο του 2010.

Σύμφωνα με την έρευνα, σημειώθηκε δραματική αύξηση της συμπτωματολογίας σε άτομα με μικρότερο οικογενειακό εισόδημα ή σε άτομα που αντιμετωπίζουν σοβαρές οικονομικές δυσκολίες. Τα άτομα που αντιμετώπιζαν αρκετές έως πολλές οικονομικές δυσκολίες (ανεξάρτητα από το ύψος του εισοδήματός τους), ήταν σχεδόν 3 φορές πιο πιθανό να εμφανίσουν σοβαρή ψυχοπαθολογία σε σχέση με τα άτομα που δεν αντιμετώπιζαν οικονομικές δυσκολίες.

Συγκεκριμένα, άτομα χωρίς οικονομικά προβλήματα εμφάνισαν συχνότητα σοβαρής ψυχιατρικής συμπτωματολογίας σε ποσοστό περίπου 3% και κατάθλιψη σε ποσοστό 1% ενώ τα ποσοστά στα άτομα με πολλές οικονομικές δυσκολίες ήταν 22% και 12% αντίστοιχα.

Σχετικά με την απασχόληση, τη μικρότερη συχνότητα σοβαρής ψυχοπαθολογίας είχαν όσοι εργάζονται (είτε με πλήρη, είτε με μερική απασχόληση). Οι άνεργοι είχαν διπλάσια σχεδόν πιθανότητα να εμφανίζουν σοβαρή ψυχοπαθολογία ακόμη και όταν λαμβάνονται υπόψη και όλοι οι άλλοι παράγοντες που μπορεί να επηρεάζουν την συσχέτιση π.χ. εισόδημα. Επιπλέον, ήταν δύομισι φορές πιο πιθανό να παρουσιάζουν «ευχές θανάτου» και ιδέες αναξιότητας για τη ζωή ακόμη και όταν έλαβαν υπόψη στην ανάλυση το εισόδημα και τις οικονομικές δυσκολίες (<http://www.encephalos.gr/pdf/50-1-02g.pdf>, τελευταία πρόσβαση 12.07.2015).

Τα έτη 2008 και 2009, πραγματοποιήθηκαν πανελλαδικά τηλεφωνικές έρευνες με δείγμα 2.197 ατόμων και 2.192 ατόμων αντίστοιχα, με σκοπό τη διερεύνηση της πιθανής

συσχέτισης της οικονομικής κρίσης και του επιπολασμού (συχνότητα εμφάνισης και εξάπλωσης) του Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου.

Τα αποτελέσματα επιβεβαίωσαν την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ των δύο μεταβλητών και συγκεκριμένα έδειξαν ότι τα άτομα που αντιμετώπιζαν σοβαρές οικονομικές δυσκολίες είχαν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου. Όσον αφορά τη σύγκριση των δεδομένων των δύο φάσεων (2008 και 2009), παρατηρήθηκε αύξηση του ποσοστού επιπολασμού του Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου της τάξης του 2,1 το έτος 2009 σε σχέση με το 2008.

Σε επόμενη έρευνα των που ακολούθησε τις ίδιες μεθόδους, παρατηρήθηκε ότι το 2011 υπήρξε 36% αύξηση στις αναφορές, 34 απόπειρες αυτοκτονίας τον τελευταίο μήνα πριν τη διεξαγωγή της έρευνας έναντι των αναφορών (24) το 2009 (<http://pskapinakis.pso.sterous.com/panellinia-epidimiologiki-erevna>, τελευταία πρόσβαση 12.07.2015).

Το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής διενήργησε επιδημιολογικές μελέτες πανελλαδικής εμβέλειας σε μια προσπάθεια να εκτιμήσει την επίδραση της συνεχιζόμενης οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία του ελληνικού πληθυσμού (<http://www.iatrotek.org/index.asp>, τελευταία πρόσβαση 12.07.2015).

Ο σκοπός της ανάλυσης αυτής αφορά στη διερεύνηση τυχόν μεταβολών στην επικράτηση των κοινών ψυχικών διαταραχών τόσο για τον πληθυσμό στο σύνολό του όσο και για τις διάφορες πληθυσμιακές υπο-ομάδες ανάμεσα στα έτη 2009 και 2011. Επιπλέον, διερευνήθηκε και η παρουσία συσχέτισης ανάμεσα στην οικονομική δυσχέρεια και τις κοινές ψυχικές διαταραχές το 2011.

Για τους εν λόγω ερευνητικούς σκοπούς, πραγματοποιήθηκαν δύο συγχρονικές μελέτες οι οποίες ακολούθησαν την ίδια μεθοδολογία. Τυχαίο και αντιπροσωπευτικό δείγμα 2.192 ατόμων το 2009 και 2.256 ατόμων το 2011 έλαβαν μέρος στις τηλεφωνικές συνεντεύξεις.

Η παρουσία μείζονος κατάθλιψης και διαταραχής γενικευμένου άγχους εκτιμήθηκαν μέσω των αντίστοιχων τμημάτων της Δομημένης Κλινικής Συνέντευξης, ενώ οι οικονομικές δυσκολίες μέσω του Δείκτη Οικονομικής Δυσχέρειας.

Τα εργαλεία επέδειξαν καλές ψυχομετρικές ιδιότητες. Ανάμεσα στα δύο έτη παρουσιάζεται αξιοσημείωτη αυξητική τάση ως προς την επικράτηση ενός μηνός της μείζονος κατάθλιψης, χωρίς όμως να αγγίζει τα όρια στατιστικής σημαντικότητας. Αντίθετα, η επικράτηση της διαταραχής γενικευμένου άγχους παραμένει σε παρόμοια επίπεδα.

Στατιστικά σημαντικές μεταβολές ως προς τις δύο νοσολογικές οντότητες σημειώνονται για συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες, με τους έγγαμους και τους εργαζομένους να αποτελούν την πιο επιβαρυνόμενη μερίδα του πληθυσμού. Ως προς την οικονομική δυσχέρεια, βρέθηκε να σχετίζεται με την παρουσία μείζονος κατάθλιψης, αλλά όχι με την παρουσία διαταραχής γενικευμένου άγχους (<http://www.iatrotek.org/index.asp>, τελευταία πρόσβαση 12.07.2015).

Εκτός των αποτελεσμάτων που απέφεραν οι ως άνω διεξαγόμενες έρευνες, αποδείχθηκε παράλληλα ότι, η οικονομική κρίση έχει δηλητηριάσει τη σεξουαλική ζωή και τις σχέσεις των Ελλήνων και των Ελληνίδων.

Το Ινστιτούτο Ψυχικής και Σεξουαλικής Υγείας διεξήγαγε έρευνα τις περιόδους Ιούνιος - Δεκέμβριος του 2011 και αντίστοιχα Ιανουάριος – Μάρτιος του 2012 προκειμένου να μελετήσει την επίδραση της οικονομικής κρίσης που διανύει η χώρα, στη σεξουαλική και ψυχική ζωή των Ελλήνων <http://www.newsbeast.gr/health/arthro/439596/pos-epireazei-i-krisi-tin-erotiki-zoi-ton-elli-non/>, τελευταία πρόσβαση 24.05.2015).

Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι άνδρες και γυναίκες έχουν επηρεαστεί από την οικονομική κρίση σε σημαντικό βαθμό, που αγγίζει το 50%, τόσο στη σεξουαλική τους ζωή και στη συχνότητα των επαφών τους, όσο και στο επίπεδο της ποιότητας της σχέσης τους. Αυτό σημαίνει ότι οι άνδρες και οι γυναίκες που συμμετείχαν στην έρευνα υποστηρίζουν ότι έχει μειωθεί η συχνότητα που κάνουν σεξ με το σύντροφό τους αλλά και η ευχαρίστηση που λαμβάνουν από τη σεξουαλική επαφή.

Μάλιστα, οι συγκριτικές αναλύσεις της έρευνας για τις δύο χρονικές περιόδους δείχνουν ότι το τρίμηνο του 2012 και όσο βαθιάει η οικονομική κρίση, οι επιπτώσεις γίνονται ακόμα πιο αισθητές και στα δύο φύλα. Περίπου 1 στους 2 Έλληνες έχει επηρεαστεί αρνητικά στη σεξουαλική του έκφραση και ικανοποίηση.

Είναι χαρακτηριστικό ότι οι γυναίκες δείχνουν ακόμα πιο ευάλωτες απέναντι στις επιπτώσεις που φέρει η κρίση στη ζωή τους και κυρίως στην ικανοποίηση που λαμβάνουν από τη σχέση τους, είτε σε συναισθηματικό, είτε σε σεξουαλικό επίπεδο χωρίς όμως να παρατηρούνται σημαντικές διαφορές στα δύο φύλα.

Ο άνδρας από την άλλη είναι πιο θορυβώδης στα συμπτώματά του άγχους του. Εγκλωβίζεται στο κοινωνικό «πρέπει» του ρόλου του ως «κουβαλητής του σπιτιού», υπεύθυνος για την οικονομική ευημερία της οικογένειας. Αισθάνεται απογοητευμένος, θυμωμένος και αδύναμος να αντιδράσει. Το αποτέλεσμα της καθημερινότητας δείχνει ότι είναι «λίγος» στην εκπλήρωση αυτού του βασικού του ρόλου, γεγονός που τον οδηγεί συχνά

στην παραίτηση με συμπτωματολογία κατάθλιψης και αγχωδών διαταραχών. Είναι αναπόφευκτο να επηρεάσει τη διάθεση και αυτοεκτίμησή του με άμεσο αντίκτυπο και στη σεξουαλική του επιθυμία.

Η αύξηση των σεξουαλικών δυσλειτουργιών στα δύο φύλα είναι εμφανής τα δύο τελευταία χρόνια που η οικονομική κρίση είναι αυτό που απασχολεί τον μέσο Έλληνα. Η διαφορά αυτή δεν είναι μόνο ποσοτική, δηλαδή στο ποσοστό που οι άνδρες αντιμετωπίζουν κάποιο σεξουαλικό πρόβλημα, αλλά και ποιοτική, στον τύπο δηλαδή της σεξουαλικής δυσλειτουργίας, με τα προβλήματα μειωμένης σεξουαλικής επιθυμίας να αυξάνονται.

Εστιάζοντας στα σύγχρονα ελληνικά δεδομένα, παρατηρούμε πως βιώνοντας σημαντικές απώλειες, όπως αυτή της εργασίας, της προσδοκίας και των ονείρων, ο μέσος Έλληνας βρίσκεται αντιμέτωπος με μια ουσιαστική κρίση ταυτότητας και ένα έντονο άγχος επιβίωσης που σε βάθος χρόνου τον οδηγούν στη συναισθηματική απομόνωση αλλά και στην ανάπτυξη ψυχικών διαταραχών, με συχνότερη την κατάθλιψη.

Η κρίση αυτή που βιώνει ο Έλληνας σε ατομικό επίπεδο ήταν αναπόφευκτο να εξαπλωθεί και σε ζητήματα διαπροσωπικών σχέσεων. Στην περίοδο αυτή της οικονομικής δυσπραγίας, οι άνθρωποι κρίνουν την ποιότητα της ζωής τους και των σχέσεών τους. Με άλλα λόγια, αξιολογούν την ποιότητα και το ψυχικό συναισθηματικό βάθος των διαπροσωπικών τους σχέσεων. Με τον τρόπο αυτό, επιτελείται ένα ξεκαθάρισμα των ουσιαστικών σχέσεων από τις αδύναμες, επιφανειακές σχέσεις που απλά συντηρούνταν στην επικάλυψη των προβλημάτων τους από υλικά αγαθά, εξόδους και φαινομενική ευημερία. Έτσι, οι δυνατές και υγιείς σχέσεις γίνονται ακόμα πιο δυνατές, ενώ οι εύθραυστες, αδύναμες, νοσηρές ή επιφανειακές σχέσεις διαλύονται. Αυτός είναι και ο λόγος που ειδικά τον τελευταίο χρόνο έχουν επέλθει τόσοι χωρισμοί σε μακρόχρονες σχέσεις ή γάμους (<http://www.newsbeast.gr/health/arthro/439596/pos-epireazei-i-krisi-tin-erotiki-zoi-ton-elli-non/>, τελευταία πρόσβαση 24.05.2015).

Δειγματοληπτική συγκριτική μελέτη που πραγματοποιήθηκε από ερευνητές του Πανεπιστημίου Αθηνών και του Πανεπιστημίου Λίνκεπινγκ της Σουηδίας μεταξύ περίπου 240 φοιτητών και των δυο Πανεπιστημίων, αποκάλυψε ότι, οι νεαροί κάτοικοι της Ελλάδας υποφέρουν από περισσότερο άγχος και ψυχολογικά προβλήματα σε σχέση με τους Σουηδούς της ίδιας ηλικίας (<http://www.newsbeast.gr/health/arthro/588986/pio-aghomenoi-oi-neoi-ellines-apo-tous-souidous/>, τελευταία πρόσβαση 24.05.2015).

Οι Έλληνες δηλώνουν λιγότερο αισιόδοξοι για ο μέλλον τους σε σχέση με τους Σουηδούς συνομήλικούς τους και γι' αυτό νιώθουν περισσότερο αγχωμένοι.

Το 42% των Ελλήνων φοιτητών ανέφεραν ότι είχαν βιώσει σοβαρά γεγονότα στη ζωή τους έναντι 23% των Σουηδών. Το 47% των Ελλήνων ανέφεραν ότι έχουν αρκετό στρες έναντι 21% των Σουηδών και το 24% των Ελλήνων δήλωσαν ότι δεν έχουν καμία ελπίδα για το μέλλον τους έναντι μόλις 5% των Σουηδών νέων.

Το παράδοξο στη μελέτη αυτή είναι ότι, ο έλεγχος στα επίπεδα της ορμόνης του στρες, δηλαδή της κορτιζόλης, η οποία αποτελεί ένα τυπικό βιολογικό δείκτη της ψυχικής υγείας, απέδειξε ότι αυτή ήταν χαμηλότερη στους Έλληνες σε σχέση με τους Σουηδούς.

Συνήθως, η κορτιζόλη μετριέται στο αίμα, στο σάλιο ή στα ούρα. Όμως αυτή τη φορά, το βιολογικό στρες μετρήθηκε με τη βοήθεια των τριχών των μαλλιών, μια εναλλακτική μέθοδος που έχει αναπτυχθεί ιδιαίτερα στο Πανεπιστήμιο της Σουηδίας και επιτρέπει την αναδρομική καταγραφή του στρες στο παρελθόν. Το άγχος αφήνει τα σημάδια του πάνω στις τρίχες των μαλλιών και καθώς οι τελευταίες μεγαλώνουν με μέσο ρυθμό περίπου ένα εκατοστό το μήνα, είναι δυνατό να αποκαλύψει κανείς πώς εξελίχτηκε το στρες ενός ανθρώπου κατά τους τελευταίους μήνες.

Εντούτοις, σύμφωνα με τους επιστήμονες, το εν λόγω εύρημα δεν αποτελεί διάψευση της χειρότερης ψυχικής κατάστασης των Ελλήνων. Το επιχείρημα αυτό στηρίζεται στο γεγονός ότι, άνθρωποι που είναι καταθλιπτικοί, ψυχικά εξαντλημένοι ή υποφέρουν από σύνδρομο χρόνιου στρες, παρουσιάζουν χαμηλά επίπεδα κορτιζόλης επειδή το σώμα, αδυνατεί να διαχειριστεί καταστάσεις υψηλού και συνεχιζόμενου στρες, με αποτέλεσμα την πτώση του επιπέδου της κορτιζόλης. Στην περίπτωση δε, που οι παράγοντες του στρες παραμένουν, αυτό μπορεί να οδηγήσει σε εξασθένηση του ανοσοποιητικού συστήματος. (<http://www.newsbeast.gr/health/arthro/588986/pio-aghomenoi-oi-neoi-ellines-apo-tous-souidou/>, τελευταία πρόσβαση 24.05.2015).

Ελβετοί ερευνητές από το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο του Πανεπιστημίου της Ζυρίχης, ανέλυσαν τους παράγοντες κινδύνου για αυτοκτονία σε 63 χώρες, μεταξύ των οποίων ανήκει και η Ελλάδα, χρησιμοποιώντας στοιχεία για την περίοδο 2000 – 2011 (<http://www.newsbeast.gr/world/arthro/788296/mia-stis-pede-autoktonies-pagosmios-ofeiletai-stin-anergia/>, τελευταία πρόσβαση 24.05.2015).

Η μελέτη αποκαλύπτει ότι η ανεργία ευθύνεται για εννεαπλάσιους θανάτους από αυτοκτονία κάθε χρόνο (περίπου 45.000) σε σχέση με τους πρόσθετους θανάτους από αυτοκτονία κατά την πρόσφατη οικονομική κρίση μετά το 2008 (οι αυτοκτονίες αυξήθηκαν τότε κατά 5.000 περίπου). Οι επιστήμονες τονίζουν ότι αυτό σημαίνει πως η ανεργία έχει

αρνητικές συνέπειες όχι μόνο σε περιόδους ύφεσης, αλλά και στη διάρκεια περιόδων οικονομικής σταθερότητας.

Παγκοσμίως, εκτιμάται ότι σχεδόν ένα εκατομμύριο άνθρωποι αυτοκτονούν κάθε χρόνο για διάφορους λόγους.

Το 2007 (προ κρίσης) εκτιμάται ότι διεθνώς είχαν συμβεί 41.148 αυτοκτονίες που σχετίζονταν με την ανεργία, ενώ το 2009 (μετά το ξέσπασμα της κρίσης του 2008) οι σχετικές αυτοκτονίες αυξήθηκαν σε 46.131, δηλαδή ήσαν σχεδόν 5.000 περισσότερες.

Σύμφωνα με την έρευνα, ο κίνδυνος αυτοκτονίας που σχετίζεται με την ανεργία, αυξήθηκε κατά 20% έως 30% και στις τέσσερις γωνιές της Γης μεταξύ 2000 - 2011. Στη διάρκεια αυτής της περιόδου, περίπου 233.000 αυτοκτονίες συνέβαιναν κάθε χρόνο στις 63 χώρες που μελετήθηκαν, από τις οποίες περίπου το ένα πέμπτο (45.000) μπορούν να αποδοθούν στην ανεργία.

Η μελέτη δείχνει ότι τόσο οι άνδρες, όσο και οι γυναίκες, είναι εξίσου ευάλωτοι στις συνέπειες της αυξημένης ανεργίας και μπορεί να αυτοκτονήσουν εξαιτίας αυτού του λόγου. Η αυτοκτονία ενός ανθρώπου μπορεί να προκληθεί αν μείνει άνεργος ο ίδιος ή κάποιος στενός συγγενής του.

Αξιοσημείωτο είναι ότι τα ευρήματα δείχνουν ότι οι αυτοκτονίες αυξάνονται ήδη έξι μήνες πριν την άνοδο της ανεργίας, γεγονός που αποδίδεται στο ότι οι εργαζόμενοι διαισθάνονται εκ των προτέρων τις επερχόμενες δυσμενείς εξελίξεις στην αγορά εργασίας.

Επιπρόσθετα, η απώλεια όλων των θέσεων εργασίας δεν έχει κατ' ανάγκη τις ίδιες συνέπειες, καθώς ο κίνδυνος αυτοκτονίας φαίνεται να είναι μεγαλύτερος σε χώρες όπου το να μένει κανείς χωρίς δουλειά, είναι ασυνήθιστο, δηλαδή έχουν συνήθως χαμηλή ανεργία. Σε αυτές τις περιπτώσεις, σύμφωνα με τους επιστήμονες, είναι πιθανό μια απρόσμενη αύξηση της ανεργίας να πυροδοτήσει μεγαλύτερους φόβους και ανασφάλεια σε σχέση με χώρες όπου ήδη πριν την κρίση υπήρχαν υψηλά επίπεδα ανεργίας (<http://www.newsbeast.gr/world/arthro/788296/mia-stis-pede-autoktonies-pagosmios-ofeiletai-stin-nergia/>, τελευταία πρόσβαση 24.05.2015).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 : ΣΥΜΒΟΛΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

4.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Οι νοσηλευτικές υπηρεσίες που παρέχονται για την υποστήριξη θεμάτων σχετικών με την ψυχική υγεία των ατόμων, αποτελούν αντικείμενο της Νοσηλευτικής Ψυχικής Υγείας.

Οι απαρχές της άσκησης της Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής – Νοσηλευτικής Ψυχικής Υγείας εντοπίζονται στα τέλη του 17^{ου} αιώνα (Hogan, M.,2008. Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας. Ανασκοπήσεις & Αιτιολογήσεις).

ΣΤΟΧΟΣ - ΑΠΟΣΤΟΛΗ

Στόχος της Νοσηλευτικής Ψυχικής Υγείας είναι η προαγωγή της ψυχικής υγείας, η πρόληψη της ψυχικής ασθένειας και η προσφορά ποιοτικής φροντίδας και άλλων ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων στο πλαίσιο της αντιμετώπισης των προβλημάτων ψυχικής υγείας ατόμων όλων των ηλικιών. Ως επιστήμη και ως αντικείμενο έρευνας, διαπνέεται από την πίστη στην ανεκτίμητη οντολογική αξία του ανθρώπου που αντιμετωπίζει προβλήματα ψυχικής υγείας. Σήμερα, οι μορφές περιθάλψης μέσω ασύλων έχουν περιοριστεί σε μεγάλο βαθμό, αφήνοντας πίσω τους ως εφόδια για τους νοσηλευτές ψυχικής υγείας, την τόλμη, το ήθος και το σεβασμό προς τον ψυχικά πάσχοντα (https://eclass.teiath.gr/modules/document/file.php/NERSA_117/odigos_psix_ygeias.pdf, τελευταία πρόσβαση 06.08.2015).

Αποστολή της Νοσηλευτικής Ψυχικής Υγείας είναι η προσφορά ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας μέσα από υπηρεσίες διαφόρων μορφών, για :

- Θ Γρήγορη θεραπεία.
- Θ Μείωση των επιπτώσεων από την παρουσία μιας ψυχικής ασθένειας.
- Θ Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση.
- Θ Προαγωγή της ευημερίας των ατόμων.
- Θ Βελτίωση της δημόσιας υγείας

(<http://www.moh.gov.cy/Moh/MOH.nsf/All/>, τελευταία πρόσβαση 05.08.2015).

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Στο πλαίσιο παροχής των υπηρεσιών για την διατήρηση αλλά και την αποκατάσταση της ψυχικής υγείας των ατόμων, οργανώνονται σχετικά προγράμματα, οι βασικές αρχές των οποίων είναι :

- Ø Η προσφορά ολιστικής φροντίδας με σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια.

- Ø Η μετάθεση του κέντρου βάρους της φροντίδας από το Νοσοκομείο στην Κοινότητα.
- Ø Η φροντίδα κοντά στον ασθενή.
- Ø Η θεραπευτική συνέχεια.
- Ø Η οικογενειακή και κοινοτική προσέγγιση στην προσφορά φροντίδας με ομαδική εργασία.

Τα προγράμματα που προσφέρονται είναι (<http://www.moh.gov.cy/Moh/MOH.nsf/All/>, τελευταία πρόσβαση 05.08.2015) :

- § Εκούσια ή ακούσια **εσωτερική νοσηλεία**, για εντατική νοσηλευτική ψυχικής υγείας και διαχείριση οξέων περιπτώσεων, παροχή προγραμμάτων νοσηλείας, θεραπείας και αποκατάστασης.
- § **Κοινοτική Νοσηλευτική** με κατ' οίκον επισκέψεις και άλλες κοινοτικές παρεμβάσεις, για την προαγωγή και διαχείριση προβλημάτων που αφορούν στην ψυχική υγεία ενηλίκων και ατόμων τρίτης ηλικίας.
- § **Νοσηλευτική / Συμβουλευτική για παιδιά και εφήβους**, για την προαγωγή και τη διαχείριση προβλημάτων που αφορούν στην ψυχική υγεία των παιδιών και εφήβων μέχρι της ηλικίας των 17 χρόνων.
- § **Νοσηλευτική / Συμβουλευτική** σε άτομα με ψυχική ασθένεια ή προβλήματα τοξικοεξάρτησης στις φυλακές.
- § **Νοσηλευτική / Συμβουλευτική στον τομέα των Τοξικοεξαρτήσεων**, για την πρόληψη και διαχείριση των προβλημάτων που αφορούν στη σωματική και ψυχολογική εξάρτηση από αλκοόλ και άλλες νόμιμες ή παράνομες ουσίες.
- § **Διασυνδεδετική / Συμβουλευτική Υπηρεσία.**
- § **Διασυνδεδετική / Συμβουλευτική εργασία** με τους λειτουργούς της **Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.**
- § **Εκπαίδευση** και διαφώτιση των πολιτών για θέματα ψυχικής υγείας.

Μια πιο σύγχρονη έκφραση της Νοσηλευτικής Ψυχικής Υγείας είναι η «**Ψυχοδυναμική Νοσηλευτική**», σημαντικά στάδια της οποίας είναι η αναγνώριση, η διάκριση και η κατανόηση αυτού που συμβαίνει όταν ένας νοσηλευτής σχετίζεται με τον ασθενή, στην προσπάθειά του να τον βοηθήσει. Αυτή η επικοινωνιακή δίοδος που δημιουργείται, αποτελεί τη βάση της αποτελεσματικής συνεργασίας μεταξύ νοσηλευτή και ασθενή, δεδομένου ότι η Νοσηλευτική κρίνεται ως χρήσιμη μόνον όταν και οι δυο μεγαλώνουν και ωριμάζουν σαν αποτέλεσμα της μάθησης που αποκτάται κατά τη

νοσηλευτική διαδικασία (https://eclass.teiath.gr/modules/document/file.php/NERSA/117/odigos_psix_ygeias.pdf, τελευταία πρόσβαση 06.08.2015).

4.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ο Νοσηλευτής Ψυχικής Υγείας, καλείται να επιτελέσει το δύσκολο έργο που προβλέπει η Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας.

Ανάλογα με τα εκπαιδευτικά εφόδια που διαθέτει ο Νοσηλευτής Ψυχικής Υγείας μπορεί να αποδώσει υπηρεσίες είτε ως **Γενικός Νοσηλευτής Ψυχικής Υγείας - Generalist** είτε ως **Εξειδικευμένος Νοσηλευτής Ψυχικής Υγείας - Specialist** (Hogan, M.,2008. Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας. Ανασκοπήσεις & Αιτιολογήσεις).

Ο Γενικός Νοσηλευτής Ψυχικής Υγείας (Generalist) :

- Û Είναι κάτοχος Πανεπιστημιακού Πτυχίου Νοσηλευτικής με πιστοποίηση κλινικής επάρκειας.
- Û Δουλεύει με άτομα, οικογένειες, ομάδες και με την κοινότητα.
- Û Επικεντρώνεται στην αξιολόγηση των αναγκών στον τομέα της ψυχικής υγείας, στη διατύπωση νοσηλευτικών διαγνώσεων και σχεδίων φροντίδας, στην εφαρμογή παρεμβάσεων και στην επαναξιολόγηση της νοσηλευτικής φροντίδας.

Ο Εξειδικευμένος Νοσηλευτής Ψυχικής Υγείας (Specialist) :

- Û Είναι κάτοχος Μεταπτυχιακού τίτλου ειδίκευσης στη Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας με πιστοποιημένη κλινική επάρκεια.
- Û Παρέχει υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας, συμπεριλαμβανομένων εξειδικευμένων υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Με την ιδιότητα του **Ειδικού Κλινικού Νοσηλευτή Ψυχικής Υγείας (Clinical Nurse Specialist)**, παρέχει άμεση φροντίδα ως θεραπευτής ή έμμεση ως σύμβουλος, εκπαιδευτής ή ερευνητής.

ΠΡΟΣΟΝΤΑ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

- Ο Νοσηλευτής Ψυχικής Υγείας πρέπει να διαθέτει τα κατάλληλα προσόντα, όπως:
- « Σεβασμό στο άτομο που αντιμετωπίζει προβλήματα ψυχικής υγείας.
 - « Προστασία της αξιοπρέπειάς του.
 - « Ικανότητα δημιουργίας θεραπευτικής σχέσης με τον ασθενή.

- « Διάθεση να βοηθήσει τους ασθενείς με τη δημιουργία συνθηκών θεραπευτικού περιβάλλοντος.
- « Παραχώρηση χρόνου για να τον ακούσει προσεκτικά.
- « Αποδοχή και όχι κριτική στάση απέναντι στον ασθενή.
- « Ενδιαφέρον, ευαισθησία, ευγένεια, εχεμύθεια.
- « Αίσθημα υπευθυνότητας.
- « Ψυχική υγεία.
- « Πίστη και αγάπη στο έργο του νοσηλευτή ψυχικής υγείας

(Eby L., Brown N., 2010. Η νοσηλευτική στην ψυχική υγεία. Επιμ. Ε. Κοτρώτσιου & Ε. Κυρίτση. Εκδόσεις Λαγός. Αθήνα).

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Η Νοσηλευτική διεργασία οριοθετεί το επιστημονικό αντικείμενο του Νοσηλευτή Ψυχικής Υγείας και αποτελεί μια επιστημονική μέθοδο για την παροχή της νοσηλευτικής φροντίδας.

Στο πλαίσιο της Νοσηλευτικής διεργασίας, ακολουθούνται συγκεκριμένα βήματα τα οποία καταγράφονται στο φάκελο παρακολούθησης του ατόμου.

Τα εν λόγω βήματα της Νοσηλευτικής διεργασίας (Hogan, M.,2008. Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας. Ανασκοπήσεις & Αιτιολογήσεις) συνοψίζονται στα ακόλουθα στάδια:

1. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

Αφορά στην αξιολόγηση της κατάστασης των ατόμων με ψυχική νόσο η οποία στοχεύει στη δημιουργία μιας βάσης δεδομένων σχετικά με το άτομο, την οικογένεια ή την κοινότητα.

Η μεθοδολογία που ακολουθείται προβλέπει :

- Ü Την **παρατήρηση** της συμπεριφοράς, των συναισθημάτων, των γνωστικών λειτουργιών, των διαπροσωπικών σχέσεων και της φυσιολογίας του ατόμου.
- Ü Την **καταγραφή** του τρόπου που το άτομο και η οικογένειά του ερμηνεύουν το παρόν πρόβλημα, του οικογενειακού και κοινωνικού ιστορικού, των θρησκευτικών πεποιθήσεων, των πολιτισμικών επιρροών, του σθένους και των ικανοτήτων του ατόμου (**ψυχοκοινωνική αξιολόγηση**).
- Ü Την **εξέταση των ψυχικών λειτουργιών**, προκειμένου για τη συγκέντρωση πληροφοριών σχετικά με την εμφάνιση, την ψυχοκινητική δραστηριότητα, το λόγο, τη

συναισθηματική κατάσταση και τις γνωστικές και αντιληπτικές λειτουργίες του ατόμου.

Ü Τη σωματική εξέταση.

2. ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Στο πλαίσιο της διάγνωσης, καθορίζονται τα αίτια μιας κλινικής κατάστασης που αφορά σε άτομα, οικογένειες, ομάδες και κοινότητες και στη συνέχεια προσδιορίζονται οι τυπικές νοσηλευτικές παρεμβάσεις (Hogan, M.,2008. Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας. Ανασκοπήσεις & Αιτιολογήσεις).

3. ANAMENOMENES EKΒΑΣΕΙΣ

Στο στάδιο αυτό, προσδιορίζονται τα κριτήρια βάσει των οποίων γίνεται η αξιολόγηση της επίτευξης των επιθυμητών θεραπευτικών αποτελεσμάτων.

Οι αναμενόμενες εκβάσεις αφορούν σε μετρήσιμες αλλαγές στη συμπεριφορά του ατόμου, μέσω των οποίων, ο Νοσηλευτής Ψυχικής Υγείας, αξιολογεί το θεραπευόμενο άτομο, την οικογένεια, τα σημαντικά πρόσωπα του περιβάλλοντός του, καθώς και το βαθμό προόδου σε σύγκριση με τους θεραπευτικούς στόχους που έχουν τεθεί (Hogan, M.,2008. Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας. Ανασκοπήσεις & Αιτιολογήσεις).

4. ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ

Αφορά στη σχεδίαση μιας στρατηγικής, μέσω της οποίας να εξασφαλίζεται η επίτευξη των στόχων που τέθηκαν στο πλαίσιο της φροντίδας του ατόμου.

Κατά το εν λόγω στάδιο, δίνεται προτεραιότητα στην ασφάλεια του ατόμου έναντι των σωματικών του αναγκών (αξιολόγηση του ατόμου για εξάντληση, ανεπαρκή κριτική ικανότητα, κίνδυνο αυτοτραυματισμού, πιθανότητα άσκησης βίας και κίνδυνο αυτοκτονίας).

Επισημαίνεται ότι, στην περίπτωση που οι συνθήκες το επιτρέπουν (η σοβαρότητα της κατάστασης του ατόμου), οι στόχοι τίθενται σε συνεργασία με το θεραπευόμενο. Αυτό μπορεί να γίνει και σε μεταγενέστερο στάδιο, μετά δηλαδή τη σωματική και ψυχική του επανάκαμψη (Hogan, M.,2008. Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας. Ανασκοπήσεις & Αιτιολογήσεις).

5. ΕΦΑΡΜΟΓΗ

Περιλαμβάνει την έναρξη και την ολοκλήρωση των απαιτούμενων ενεργειών που προβλέπονται για την επίτευξη των καθορισμένων θεραπευτικών στόχων.

Στο στάδιο αυτό, ο ρόλος του Νοσηλευτή Ψυχικής Υγείας εστιάζεται στην κοινωνικοποίηση, στην εκπαίδευση, στη συμβουλευτική, στη διαμόρφωση προτύπων συμπεριφοράς και θεραπευτικού περιβάλλοντος (Hogan, M.,2008. Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας. Ανασκοπήσεις & Αιτιολογήσεις) .

6. ΕΠΑΝΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

Αποτελεί το τελευταίο και βασικό στάδιο της Νοσηλευτικής διεργασίας, καθόσον καθορίζεται ο βαθμός κατά τον οποίο επιτεύχθηκαν οι θεραπευτικοί στόχοι που είχαν τεθεί.

Πρόκειται για μια δυναμική και εξελικτική διαδικασία για τη διατήρηση, την τροποποίηση ή την επέκταση του νοσηλευτικού σχεδίου φροντίδας.

Το τελικό στάδιο της διαδικασίας αφορά στη συνοπτική επαναξιολόγηση, η οποία συντάσσεται με τη μορφή περίληψης εξιτηρίου (Hogan, M.,2008. Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας. Ανασκοπήσεις & Αιτιολογήσεις) .

ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Κατά τα στάδια της Αξιολόγησης και της Διάγνωσης που εκτελούνται στο πλαίσιο της Νοσηλευτικής διεργασίας, ο νοσηλευτής διερευνά τα συμπτώματα του ασθενή εξετάζοντας και εκτιμώντας τη στάση του απέναντι στις δραστηριότητες της καθημερινής του διαβίωσης.

Κάποιες βασικές παράμετροι που μελετώνται και οι τιμές τους καταγράφονται προκειμένου ο νοσηλευτής να καταλήξει σε αξιόπιστα συμπεράσματα σχετικά με την κατάσταση της ψυχικής υγείας του ατόμου (Ραγιά Χρ. Α., 2009. Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας- Ψυχιατρική Νοσηλευτική), είναι οι εξής :

- Û **Εμφάνιση και ενδυμασία** (διάπλαση σώματος, ενδυμασία που προκαλεί την προσοχή, φροντίζεται μόνος του, με παρακίνηση, με επίβλεψη, με βοήθεια).
- Û **Λουτρό καθαριότητας και στοματική υγιεινή** (μόνος του, με παρακίνηση, με επίβλεψη, με βοήθεια).
- Û **Καθαριότητα και περιποίηση προσωπικού χώρου** (κρεβάτι, κομοδίνο).
- Û **Διατροφή** (στην τραπεζαρία, στο δωμάτιο, στο σαλόνι, μόνος, με παρέα, με παρακίνηση, με βοήθεια, τρώει λαίμαργα, ανορεξία).

- Û **Απέκκριση** (κύστη, έντερο).
- Û **Ύπνος** (διακοπτόμενος, ανεπαρκής, αϋπνία, ημερήσιος, αφύπνιση).
- Û **Χρήση καπνού, οίνοπνεύματος, ναρκωτικών ουσιών** (τελευταίο εξάμηνο, τελευταίο μήνα).
- Û **Συμμετοχή σε δραστηριότητες** (ομαδική ψυχοθεραπεία, ζωγραφική, εργοθεραπεία, ομάδα μαγειρικής, άλλη, με παρακίνηση ή όχι, σχόλια).
- Û **Διαχείριση χρημάτων – ψώνια** (μόνος, με βοήθεια).
- Û **Επισκέψεις – συμπεριφορά προς τους επισκέπτες** (καλή, ανεκτική, αδιάφορη).
- Û **Σχέσεις με συνασθενείς** (ικανοποιητικές, συμβατικές, αδιάφορες, προβληματικές, με ποιον έχει καλές σχέσεις).
- Û **Φαρμακευτική αγωγή και προβλήματα κατά τη χορήγηση** (αντιδρά έντονα, αρνείται, παρά τη θέλησή του, τα φτύνει, τα κρύβει).
- Û **Παρενέργειες φαρμάκων** (εξωπυραμιδικές εκδηλώσεις, από το αυτόνομο νευρικό σύστημα, από το καρδιαγγειακό, από τα νεφρά, άλλες).
- Û **Άλλα προβλήματα υγείας** (φροντίδα και φαρμακευτική αγωγή).
- Û **Έκφραση προσώπου** (θλιμμένη, καχύποπτη, θυμωμένη, φοβισμένη, τρομαγμένη, εύθυμη, απαθής).
- Û **Βλεμματική επαφή** (συχνή, αποφυγή βλέμματος, χαμηλωμένο βλέμμα, κλεφτές ματιές, ενατένιση χώρου).
- Û **Κινητική δραστηριότητα** (νευρικότητα, ακαθυσία, μαννερισμοί, κατατονία, υποκινητικότητα).
- Û **Ομιλία** (πιεστική, ταχεία, βωβότητα, μπερδεμένη, τραυλισμός, αφασία, δυσχέρεια ομιλίας, ψιθυριστή κ.α.).
- Û **Συναίσθημα** (θλίψη, ευφορία, αμβλύ/ μεταβαλλόμενο / απρόσφορο / επίπεδο συναίσθημα, διαχυτικότητα κ.α.).
- Û **Σκέψη** (καλπάζουσα, εμμονή, χάλαση συνειρμών κ.α.).
- Û **Παραληρητικές ιδέες** (δίωξης, μεγαλείου κ.α.), **ψυχαναγκαστικές ιδέες, υποχονδρίαση.**
- Û **Αντίληψη.**
- Û **Παραισθήσεις.**
- Û **Ψευδαισθήσεις** (ακουστικές, οπτικές κ.α.).

(Ραγιά Χρ. Α., 2009. Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας- Ψυχιατρική Νοσηλευτική).

- Û **Βούληση** (μειωμένη πρωτοβουλία, αμφιβουλησία, αρνητισμός, παθολογική, υποβολιμότητα, κατατονική διέγερση).
- Û **Προσανατολισμός** (σε χρόνο, τόπο, εαυτό.)
- Û **Μνήμη** (άμεση, πρόσφατη, απώτερη).
- Û **Αυτοκτονικός ιδεασμός.**
- Û **Επιθετικότητα.**

(Ραγιά Χρ. Α., 2009. Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας- Ψυχιατρική Νοσηλευτική).

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΣΧΕΣΗ ΚΑΙ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

Στο φάσμα εξέλιξης της Νοσηλευτικής διεργασίας, αναπτύσσονται δυο πολύ βασικοί άξονες, η επιτυχία των οποίων διασφαλίζει ένα επίσης επιτυχές θεραπευτικό αποτέλεσμα, με την έννοια της αποδεκτής παρέκκλισης από τους τιθέμενους θεραπευτικούς στόχους.

Οι άξονες αυτοί αφορούν στη «**Θεραπευτική σχέση**» και στη «**Θεραπευτική επικοινωνία**».

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΣΧΕΣΗ

Η «Θεραπευτική σχέση» αφορά στην αλληλεπίδραση του νοσηλευτή με το άτομο, η οποία επικεντρώνεται στις ανάγκες του ατόμου, είναι στοχοκεντρική, υποστηρίζεται από θεωρητικά δεδομένα και υπόκειται σε εποπτεία.

Η «Θεραπευτική σχέση» ολοκληρώνεται σε τρεις φάσεις (Hogan, Μ.,2008. Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας. Ανασκοπήσεις & Αιτιολογήσεις) :

1. Την **εισαγωγή στη «Θεραπευτική σχέση»**, η οποία περιλαμβάνει τη θέσπιση θεραπευτικού συμβολαίου, τη διαβεβαίωση για την τήρηση εχεμύθειας, την αξιολόγηση του ατόμου και την κατάρτιση ενός αρχικού σχεδίου φροντίδας.
2. Τη **θεραπευτική εργασία**, κατά τη διάρκεια της οποίας εφαρμόζεται το σχέδιο φροντίδας μέσω της θεραπευτικής συμμαχίας. Στη φάση αυτή, λαμβάνουν χώρα δυο πολύ σημαντικές διαδικασίες :

- Û Η **μεταβίβαση**, που αποτελεί μια μη συνειδητή διεργασία, κατά την οποία τα συναισθήματα του θεραπευόμενου προς σημαντικά πρόσωπα του παρελθόντος του μεταφέρονται στο πρόσωπο του θεραπευτή (νοσηλευτή, ψυχολόγου, ψυχιάτρου, εργοθεραπευτή).

Û Η **αντιμεταβίβαση**, που αποτελεί τη συναισθηματική αντίδραση του θεραπευτή προς το θεραπευόμενο, με βάση συναισθήματα που είχε για σημαντικά πρόσωπα του παρελθόντος του.

3. Τον **τερματισμό της θεραπευτικής σχέσης**, που αφορά στην ανακεφαλαίωση της προόδου του ατόμου και το σχεδιασμό για το άμεσο μέλλον.

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

Η «Θεραπευτική Επικοινωνία» αποτελεί τη βάση των διαπροσωπικών σχέσεων και για το λόγο αυτό είναι το κλειδί της Νοσηλευτικής διεργασίας. Ουσιαστικά, πρόκειται για τη διαδικασία της επίδρασης που ασκεί ένα άτομο πάνω στη συμπεριφορά άλλων ατόμων, μέσω της αποστολής, λήψης και αποκωδικοποίησης μηνυμάτων (Hogan, M.,2008. Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας. Ανασκοπήσεις & Αιτιολογήσεις).

Η επικοινωνία γενικότερα χαρακτηρίζεται, τόσο για το άτομο-πομπός όσο και για το άτομο-δέκτης, από τα λεκτικά και εξωλεκτικά μηνύματα, τη διεργασία της σκέψης, τα συναισθήματα, την παραγλώσσα και τις πολιτισμικές αναφορές.

Η εξωλεκτική επικοινωνία περιλαμβάνει τη γλώσσα του σώματος, τη βλεμματική επαφή, τον προσωπικό χώρο και το άγγιγμα.

Βασικό συστατικό της επικοινωνίας αποτελεί η ακρόαση. Με τον όρο αυτό, εννοείται η διαδικασία κατά την οποία ο νοσηλευτής αποδίδει προσοχή στα λεγόμενα ενός άλλου ατόμου (του θεραπευόμενου), αναγνωρίζει τα συναισθήματά του, αποφεύγει να το διακόπτει και ελέγχει την τάση του να του δίνει συμβουλές.

Η θεραπευτική επικοινωνία ενθαρρύνει τον ασθενή να δοκιμάσει τρόπους επικοινωνίας και συμπεριφοράς, που θα τον οδηγήσουν στην ψυχολογική του ανάπτυξη και ωριμότητα. Για να είναι όμως επιτυχημένη η επικοινωνία αυτή, πρέπει από την πλευρά του νοσηλευτή να υπάρχει (Ραγιά Χρ. Α., 2009. Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας- Ψυχιατρική Νοσηλευτική) :

- Û Αποδοχή και κατανόηση.
- Û Θερμό ενδιαφέρον και ψυχολογική ενίσχυση.
- Û Σεβασμός και ευγένεια.
- Û Ειλικρίνεια.
- Û Ετοιμότητα για παροχή βοήθειας.
- Û Επιείκεια.

- Û Προστασία σωματική και ψυχολογική.
- Û Ισοτιμία στη σχέση.
- Û Εμπιστοσύνη.
- Û Χιούμορ.

ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

Οι ακόλουθες τεχνικές (Hogan, M.,2008. Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας. Ανασκοπήσεις & Αιτιολογήσεις), διευκολύνουν την αποτελεσματική επικοινωνία στη θεραπευτική σχέση :

- « Ερωτήσεις ανοιχτού τύπου (π.χ. “Με τι θέλεις να δουλέψουμε σήμερα;”)
- « Διαπίστωση (π.χ. Παρατήρησα ότι φορέσατε καινούργιο φόρεμα σήμερα. Σας πηγαίνει πολύ”).
- « Ενθαρρυντική προτροπή (π.χ. “Συνεχίστε”).
- « Θεραπευτική χρήση εαυτού (π.χ. “Έχω 20 λεπτά τα οποία μπορώ να διαθέσω για εσάς”).
- « Έκφραση αποδοχής (π.χ.. “Σας καταλαβαίνω”).
- « Παράφραση (π.χ. “Αυτό κατάλαβα να λέτε... Σωστά ;”).
- « Διευκρινιστικές ερωτήσεις (π.χ. “Μπορείτε να μου το εξηγήσετε αυτό ;”).
- « Τοποθέτηση των γεγονότων σε χρονολογική σειρά ή σε λογική αλληλουχία (π.χ. “Ποιο έγινε πρώτο...;”).
- « Επικέντρωση σε ένα θέμα (π.χ. “Μπορούμε να συνεχίσουμε λέγοντάς μου τη σχέση που είχε ο πατέρας σας με εσάς”).
- « Ενθάρρυνση για κατάρτιση ενός σχεδίου δράσης (π.χ. “Τι πιστεύετε ότι πρέπει να κάνετε την επόμενη φορά που θα νιώσετε έτσι ;”).
- « Πρόταση συνεργασίας (π.χ. “Πιθανόν μαζί να μπορέσουμε να σκεφτούμε κάτι..”).
- « Διερεύνηση αναγκών-προσδοκιών (π.χ. “Πόσο δύσκολη πιστεύετε εσείς ότι θα είναι η επιστροφή σας στο σπίτι;”).

ΕΜΠΟΔΙΑ ΣΤΗΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

Οι σημαντικότερες στάσεις που δυσχεραίνουν την επικοινωνία (Ραγιά Χρ. Α., 2009. Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας- Ψυχιατρική Νοσηλευτική) είναι οι ακόλουθες :

Ü Οι συχνές συμβουλές και οδηγίες, λέγοντας στον ασθενή τι να κάνει.

Αυτές, διατηρούν τον ασθενή εξαρτημένο από τον νοσηλευτή και τον κάνουν να αισθάνεται ανίκανος για αυτοκατεύθυνση. Εξάλλου, ο ρόλος του νοσηλευτή είναι να υποστηρίζει τον ασθενή και όχι να του αφαιρεί το έλεγχο της ζωής του μέσω της λήψης αποφάσεων για θέματα που τον αφορούν.

Ü Ο ψεύτικος καθησυχασμός ότι όλα θα πάνε καλά και δεν πρέπει να ανησυχεί για τίποτα, εκλαμβάνεται πολλές φορές από τον ασθενή ως έλλειψη κατανόησης ή ως υποτίμηση των προσωπικών του προβλημάτων, οπότε αποθαρρύνεται η αυτοέκφρασή του.

Ü Η υποτίμηση ή η αμφισβήτηση των συναισθημάτων του ασθενή, λέγοντας ότι πολλοί άλλοι αισθάνονται έτσι, ερμηνεύεται από αυτόν επίσης ως έλλειψη κατανόησης.

Ü Η ερμηνεία της συμπεριφοράς του ασθενή με αναλυτικές έννοιες της ψυχιατρικής ή της ψυχολογίας, μπορεί να προκαλέσει στον ασθενή έντονο άγχος, αρνητισμό ή απόσυρση και του καλλιεργεί την αίσθηση ότι ο νοσηλευτής δεν έχει εμπιστοσύνη στην ικανότητά του να κατανοήσει και να αντιμετωπίσει τα προσωπικά του προβλήματα.

Ü Τα στερεότυπα ή κοινότυπα σχόλια του νοσηλευτή στον ασθενή, όταν αυτός του έχει ήδη αποκαλύψει κάποια βαθιά συναισθήματά του, είναι πολύ ταπεινωτικά γι αυτόν και του δημιουργούν την εντύπωση ότι δεν υπάρχει αρκετό ενδιαφέρον για το άτομό του ώστε να μπορέσει να του αποσπάσει κάποια σημαντική πληροφορία.

Ü Η έντονη υπεράσπιση κάποιου από το προσωπικό που ο ασθενής κατηγορεί, δείχνει άρνηση των συναισθημάτων και των εμπειριών του.

Ü Η μεταφορά από το νοσηλευτή στον ασθενή συναισθημάτων άγχους, θυμού, κριτικής ή αρνητισμού, επιδρούν αρνητικά σε αυτόν και προκαλούν την απόσυρσή του από την επικοινωνία.

Ü Η αλλαγή θέματος της συζήτησης, την οποία κάποιες φορές μπορεί να επιδιώξει ο νοσηλευτής όταν κρίνει ότι πρόκειται για κάτι στρεσογόνο, μεταδίδει το μήνυμα στον ασθενή ότι αυτός δε θέλει να συζητήσει για το πρόβλημά του.

Ü Η αμυντική στάση του νοσηλευτή, εμποδίζει την ελεύθερη έκφραση των συναισθημάτων από την πλευρά του ασθενή, παραβιάζοντας την αρχή του σεβασμού και της αποδοχής, με αποτέλεσμα να δυσχεραίνει την επικοινωνία.

(Ραγιά Χρ. Α., 2009. Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας- Ψυχιατρική Νοσηλευτική)

Ü Η μεταβίβαση που δεν αναγνωρίζεται από το νοσηλευτή. Κατά τη διαδικασία της μεταβίβασης (προβολή στο πρόσωπο του νοσηλευτή συναισθημάτων του ασθενή προς σημαντικά πρόσωπα του παρελθόντος), ο νοσηλευτής μπορεί να εξιδανικεύεται ή να υποτιμάται. Για να λειτουργήσει θετικά ο νοσηλευτής, καλείται να μην αποδεχθεί την εξιδανίκευση και να μην πάρει προσωπικά την υποτίμηση, ενώ παράλληλα πρέπει να εκτιμήσει τις πολύτιμες πληροφορίες για τον ασθενή που του μεταφέρονται μέσω αυτής της διαδικασίας, για την προαγωγή της επικοινωνίας.

Ü Η αντιμεταβίβαση που δεν αναγνωρίζεται από το νοσηλευτή. Κατά τη διαδικασία της αντιμεταβίβασης (συναισθηματική αντίδραση του νοσηλευτή προς τον ασθενή), ο νοσηλευτής καλείται να αναγνωρίσει τα συναισθήματα που νιώθει για τον ασθενή και να τα επεξεργαστεί (ακόμα κι αν αυτά είναι αρνητικά, όπως ο θυμός ή η απέχθεια), έτσι ώστε να προαχθεί η επικοινωνία.

(Ραγιά Χρ. Α., 2009. Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας- Ψυχιατρική Νοσηλευτική)

4.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

Κατά το στάδιο της Διάγνωσης που εκτελείται στο κύκλωμα της Νοσηλευτικής Διεργασίας, προβλέπεται και ο προσδιορισμός των τυπικών Νοσηλευτικών Παρεμβάσεων ανάλογα με την περίπτωση της ψυχικής διαταραχής (Hogan, M.,2008. Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας. Ανασκοπήσεις & Αιτιολογήσεις).

Όπως προκύπτει από την ανάπτυξη του Κεφαλαίου 3 της παρούσας εργασίας, οι σημαντικότερες επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία των ατόμων επικεντρώνονται στην εμφάνιση ή και επιδείνωση των αγχωδών διαταραχών, των διαταραχών διάθεσης που συνηγορούν στην αύξηση του ποσοστού των αυτοκτονιών, ενώ αξιοσημείωτη είναι και η αύξηση της χρήσης ψυχοτρόπων ουσιών αλλά και η ένταση των παιδοψυχιατρικών περιστατικών.

Στην παρούσα ενότητα, γίνεται αναφορά στις Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις που προβλέπονται για την αποτελεσματική αντιμετώπιση των ως άνω ψυχικών διαταραχών.

4.3.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΙΣ ΑΓΧΩΔΕΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Στην περίπτωση εκδήλωσης συμπτωμάτων άγχους, ο Νοσηλευτής Ψυχικής Υγείας στοχεύει περισσότερο στην ενδυνάμωση του ατόμου έτσι ώστε να ανταποκρίνεται θετικά στο

ήπιο άγχος του, διαχειριζόμενο αποτελεσματικά τους παράγοντες έντασης και τα συναισθήματα που αυτοί δημιουργούν, παρά στην πλήρη εξάλειψή του.

Ειδικότερα, παρεμβαίνει με τις ακόλουθες συμπεριφορικές στάσεις – ενέργειες (Ραγιά Χρ. Α., 2009. Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας- Ψυχιατρική Νοσηλευτική) :

- Ελέγχει το δικό του επίπεδο άγχους.
- Παραμένει ψύχραιμος.
- Δημιουργεί σχέση εμπιστοσύνης.
- Δίνει τη δυνατότητα στο άτομο να συμμετέχει ενεργά στο σχεδιασμό των θεραπευτικών στόχων που τίθενται και στις παρεμβάσεις που πραγματοποιούνται, καθώς και στην αξιολόγηση των αποτελεσμάτων.
- Προστατεύει και επιβεβαιώνει το άτομο.
- Διαμορφώνει περιβάλλον με περιορισμένους παράγοντες έντασης και δυνατότητες δραστηριοποίησης του ατόμου αλλά και θεραπευτικών αλληλεπιδράσεων με στόχο τη μείωση του άγχους.
- Αξιολογεί το επίπεδο άγχους του ατόμου σε καθημερινή βάση.
- Εκπαιδεύει το άτομο σε νέες συμπεριφορές αντιμετώπισης, κυρίως προς την κατεύθυνση :

• Μείωσης της πρόσληψης καφεΐνης, νικοτίνης και άλλων ψυχοδιεγερτικών ουσιών.

• Υιοθέτησης της ισορροπημένης διατροφής, της σωματικής άσκησης και της γενικής διατήρησης της υγείας σε υψηλό επίπεδο.

• Ενθάρρυνσης της κατάλληλης συμπεριφοράς στη δημιουργική απασχόληση και στον ύπνο.

• Εφαρμογής τεχνικών χαλάρωσης (βαθιές ρυθμικές αναπνοές, προοδευτική χαλάρωση των μυών, τεχνικές νοερής απεικόνισης και διαλογισμού).

• Απόκτησης κοινωνικών δεξιοτήτων.

• Υιοθέτησης αποφασιστικής συμπεριφοράς.

(Hogan, M.,2008. Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας. Ανασκοπήσεις & Αιτιολογήσεις)

- Αξιολογεί, στο μέτρο του δυνατού, τη συμμόρφωση του ατόμου στις συμπεριφορές αντιμετώπισης.
- Υποστηρίζει την εφαρμογή αποτελεσματικών τρόπων αντιμετώπισης από το άτομο.

- Διαμορφώνει ευκαιρίες προκειμένου το άτομο να εξασκηθεί σε νέες συμπεριφορές αντιμετώπισης.
 - Καθοδηγεί το άτομο έτσι ώστε να αναγνωρίζει τους παράγοντες έντασης.
 - Ενθαρρύνει το άτομο να εκφράζει τα συναισθήματά του και να διερευνά την πηγή τους.
 - Καθοδηγεί το άτομο να διερευνά τις γνωστικές του διεργασίες και ενθαρρύνει τις θετικές δηλώσεις προς τον εαυτό του.
 - Αξιολογεί το άτομο για τυχόν εμφάνιση σημείων κατάθλιψης και αυτοκτονικού ιδεασμού.
 - Ενδυναμώνει το άτομο να διατηρεί την ελπίδα του και να αναζητά το νόημα της ζωής του.
 - Διευκολύνει την αλληλεπίδραση του ατόμου με τα σημαντικά πρόσωπα που λειτουργούν υποστηρικτικά.
 - Εφαρμόζει την τεχνική «υπόδυσης ρόλων» ώστε το άτομο να υποδυθεί τις κατάλληλες αντιδράσεις απέναντι στους παράγοντες έντασης.
 - Παραμένει δίπλα στο άτομο που βιώνει υψηλά επίπεδα άγχους και δεν το αφήνει μόνο του.
 - Παραπέμπει το άτομο σε κοινοτικές υπηρεσίες, στις περιπτώσεις που αυτό απαιτείται.
- (Ραγιά Χρ. Α., 2009. Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας- Ψυχιατρική Νοσηλευτική)

4.3.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ

Οι διαταραχές διάθεσης εκδηλώνονται στο άτομο με ποικίλες μορφές, οι οποίες χρήζουν διαφορετικής αντιμετώπισης.

Η παρέμβαση του Νοσηλευτή Ψυχικής Υγείας εστιάζει στις κατά περίπτωση απαιτούμενες ενέργειες (Hogan, M.,2008. Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας. Ανασκοπήσεις & Αιτιολογήσεις) που αναφέρονται αμέσως πιο κάτω.

A. Ενέργειες του Νοσηλευτή στην περίπτωση κινδύνου για εκδήλωση βίας από το άτομο στον εαυτό του :

- Φροντίζει πρωτίστως για την ασφάλεια του ατόμου.

- Αξιολογεί συχνά το βαθμό απελπισίας που βιώνει το άτομο καθώς και της αυτοεκτίμησής του και βρίσκεται σε συνεχή επαγρύπνηση για τυχόν σημάδια και συμπτώματα σκέψεων ή σχεδίου αυτοκτονίας.
- Παρακολουθεί τυχόν εκδηλώσεις απελπισίας (άρνηση του ατόμου να φάει, απομόνωση από το κοινωνικό περιβάλλον, αντίσταση ή άρνηση του ατόμου να πάρει τα φάρμακά του, ανικανότητα να προβάλλει τον εαυτό του στο μέλλον, απροσδόκητο μοίρασμα των υπάρχοντων του, άρνηση σε συναίνεση σε συμβόλαιο “μη πρόκλησης βλάβης στον εαυτό του”).

B. Ενέργειες του Νοσηλευτή στην περίπτωση κινδύνου για εκδήλωση βίας προς τους άλλους :

Όταν οι απόψεις του ατόμου που πάσχει από Διπολική Διαταραχή, δεν γίνονται δεκτές και οι επιθυμίες του ματαιώνονται

- Φροντίζει πρωτίστως για την ασφάλεια του ατόμου.
- Καθοδηγεί το άτομο να εντοπίσει εναλλακτικούς τρόπους συμπεριφοράς, οι οποίοι θα είναι αποδεκτοί τόσο από το ίδιο το άτομο όσο και από το προσωπικό.
- Ενθαρρύνει το άτομο, όταν βρίσκεται σε κατάσταση ηρεμίας, να αναγνωρίσει τα γεγονότα που το οδήγησαν στον εκνευρισμό και στην απώλεια του ελέγχου.
- Παρέχει πάντα ρεαλιστική, θετική ανατροφοδότηση και ενθαρρύνει το άτομο.
(Hogan, M.,2008. Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας. Ανασκοπήσεις & Αιτιολογήσεις)

Όταν το άτομο βρίσκεται σε κατάσταση μανίας

- Μειώνει τα περιβαλλοντικά ερεθίσματα όταν το άτομο γίνεται ευερέθιστο.
- Παρακολουθεί συνεχώς την ικανότητα του ατόμου να ανέχεται τη ματαίωση ή και άλλες καταστάσεις.
- Διατηρεί ένα ασφαλές περιβάλλον, μετακινώντας αντικείμενα και διαχωριστικά κιγκλιδώματα για να αποφευχθεί ακούσιος / εκούσιος τραυματισμός του ατόμου ή των άλλων.
- Αυξάνει σταδιακά τα περιβαλλοντικά ερεθίσματα.
- Προσφέρει εναλλακτικές λύσεις, όταν αυτό είναι δυνατό.
- Επικοινωνεί με το άτομο δείχνοντάς του το σεβασμό του.
- Μιλάει καθαρά και με μη επικριτικό τρόπο.

- Προσπαθεί πάντα να παρέχει ρεαλιστική θετική ανατροφοδότηση, κυρίως όταν το άτομο προσπαθεί να χειριστεί τη ματαίωση που βιώνει, με θετικό τρόπο.

(Hogan, M.,2008. Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας. Ανασκοπήσεις & Αιτιολογήσεις)

Γ. Ενέργειες του Νοσηλευτή στην περίπτωση αναποτελεσματικής αντιμετώπισης που σχετίζεται με έλλειψη ενεργητικότητας, αδυναμίας συγκέντρωσης ή λήψης αποφάσεων :

- Φροντίζει για τη διατήρηση ασφαλούς περιβάλλοντος.
- Παρακολουθεί στενά το άτομο σχετικά με τις εναλλαγές που παρουσιάζει στη διάθεσή του, ιδιαίτερα έπειτα από την έναρξη της φαρμακοθεραπείας (πιθανή βελτίωση) ή μετά από οποιαδήποτε ξαφνική και δραματική αλλαγή της συμπεριφοράς του αλλά και σε όλη τη διάρκεια του ελεύθερου χρόνου του στη μονάδα εσωτερικής νοσηλείας.
- Παροτρύνει το άτομο να επικεντρώνεται στα δυνατά του σημεία και όχι στις αδυναμίες του.
- Ενθαρρύνει το άτομο να συναναστρέφεται με άτομα που το υποστηρίζουν και το ενισχύουν ψυχικά.
- Εκπαιδεύει το άτομο πάνω σε στρατηγικές που θα το οδηγήσουν σε ένα θετικότερο τρόπο σκέψης (γνωσιακές τεχνικές, συμπεριφορικές τεχνικές ή τεχνικές νοερής απεικόνισης).
- Ενθαρρύνει το άτομο να εκφράσει τα συναισθήματα και τις ανάγκες του.
- Ενημερώνει τα μέλη της οικογένειας για την πιθανότητα το άτομο να κατευθύνει το θυμό του προς αυτά αλλά και ότι παράλληλα βρίσκεται σε διαδικασία εκμάθησης πιο αποτελεσματικών τρόπων αντιμετώπισης των συναισθημάτων του.
- Υποστηρίζει το άτομο να συμμετέχει σταδιακά σε δραστηριότητες μέσα στη μονάδα.
- Συμβουλεύει και ενθαρρύνει το άτομο να συναναστραφεί, στο βαθμό που μπορεί, με μέλη του προσωπικού, άλλους θεραπευόμενους μέσα στη μονάδα καθώς και με άτομα του περιβάλλοντός του, σε ένα δομημένο περιβάλλον.

(Ραγιά Χρ. Α., 2009. Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας- Ψυχιατρική Νοσηλευτική)

Δ. Ενέργειες του Νοσηλευτή στην περίπτωση μη ισορροπημένης διατροφής (πρόσληψη λιγότερης ή περισσότερης τροφής σε σχέση με αυτά που ορίζουν οι ανάγκες του σώματος) :

Όταν το άτομο βρίσκεται σε φάση μανίας

- Χορηγεί συχνά γεύματα, πλούσια σε υδατάνθρακες και πρωτεΐνες.
- Χορηγεί θρεπτικά σνακ και σάντουιτς.
- Χορηγεί ροφήματα, συσκευασμένα με τέτοιο τρόπο ώστε να μεταφέρονται εύκολα οπουδήποτε, και να είναι πλούσια σε βιταμίνες, μέταλλα και ηλεκτρολύτες.
- Παρακολουθεί τα επίπεδα υγρών και ηλεκτρολυτών, κυρίως του νατρίου και του λιθίου.
- Εξετάζει συνεχώς την ποσότητα και την ποιότητα των ούρων.
- Εξετάζει καθημερινά τη συχνότητα και την ποιότητα της εντερικής κινητικότητας (εντερικοί ήχοι).
- Εξετάζει την κοιλιακή χώρα για ευαισθησία, πόνο ή δυσφορία.
- Χορηγεί τροφές πλούσιες σε φυτικές ίνες, εκτός των περιπτώσεων που αυτές αντενδείκνυνται.
- Χορηγεί σε τακτά διαστήματα υγρά και μικρογεύματα, έτσι ώστε το άτομο να παραμένει ενυδατωμένο.

(Hogan, M.,2008. Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας. Ανασκοπήσεις & Αιτιολογήσεις)

Όταν το άτομο βρίσκεται σε φάση κατάθλιψης

- Ελέγχει και καταγράφει καθημερινά τα προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα σε τροφή και υγρά.
- Επεξηγεί τη σπουδαιότητα της πρόσληψης επαρκούς ποσότητας τροφής και υγρών προκειμένου να αποφευχθεί ο υποσιτισμός.
- Καθορίζει την απαιτούμενη ημερήσια ποσότητα θερμίδων.
- Παρακολουθεί το σωματικό βάρος, με βάση τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων της κατάθλιψης, το πρόβλημα βάρους του ατόμου καθώς και την αντίδρασή του στο γεγονός ότι ζυγίζεται.
- Χορηγεί κατά τη διάρκεια της ημέρας καθημερινά, στο μέτρο του δυνατού, δειλεαστικές, μικρές ποσότητες φαγητού.

- Παρακολουθεί τις ενδεικνυόμενες εργαστηριακές τιμές (όπως αλβουμίνες ορού, τρασθυρετίνη, γλυκόζη, ηλεκτρολύτες, ισοζύγιο αζώτου).

(Hogan, M.,2008. Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας. Ανασκοπήσεις & Αιτιολογήσεις)

Ε. Ενέργειες του Νοσηλευτή στην περίπτωση διαταραγμένου πρότυπου ύπνου που σχετίζεται με βιοχημικές αλλοιώσεις (μειωμένη σεροτονίνη) ή με ψυχολογικό στρες, με έλλειψη αναγνώρισης της κόπωσης / ανάγκης για ύπνο ή με υπερδραστηριότητα :

Όταν τα άτομο βρίσκεται σε φάση μανίας

- Εντοπίζει μαζί με το άτομο το περιβαλλοντικό ερέθισμα που πιθανόν ευθύνεται για την αποτροπή ή τη δυσχέραση του ύπνου.
- Περιορίζει την κατανάλωση καφεΐνης από το άτομο.
- Προσφέρει μικρά γεύματα (ζεστό γάλα) πριν το βραδινό ύπνο ή όταν το άτομο παραμένει ξύπνιο τις βραδινές ώρες.
- Παροτρύνει το άτομο σε δραστηριότητες κατά τις πρωινές και απογευματινές ώρες, περιορίζοντας τις δραστηριότητες που λαμβάνουν χώρα αργά το απόγευμα και πριν τον ύπνο.
- Προτρέπει το άτομο σε ένα καθημερινό πρόγραμμα τεχνικών χαλάρωσης πριν το βραδινό ύπνο.
- Χορηγεί την ενδεδειγμένη φαρμακευτική αγωγή, με τη συνεργασία του ατόμου.

(Ραγιά Χρ. Α., 2009. Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας- Ψυχιατρική Νοσηλευτική)

Όταν τα άτομο βρίσκεται σε φάση κατάθλιψης

- Αναγνωρίζει τη φύση των διαταραχών ύπνου και τις διαφοροποιήσεις του από το σύνηθες πρότυπο (δυσκολία στην έλευση του ύπνου, αϋπνία ή πολύ πρωινή έγερση και αδυναμία του ατόμου να κοιμηθεί στη συνέχεια).
- Εξετάζει τι ακριβώς κάνει το άτομο όταν είναι ξύπνιο ή όταν αδυνατεί να κοιμηθεί, και καταρτίζει μαζί του κάποιο σχέδιο προκειμένου να βελτιωθούν τα δυσλειτουργικά πρότυπα, όπου απαιτείται.
- Προσδιορίζει τυχόν προηγούμενες τυπικές συμπεριφορές στις οποίες κατέφευγε το άτομο για να κοιμηθεί, οι οποίες ήταν αποτελεσματικές για το άτομο και προωθεί την εκ νέου εφαρμογή τους.

(Ραγιά Χρ. Α., 2009. Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας- Ψυχιατρική Νοσηλευτική)

- Μειώνει την πρόσληψη καφεΐνης από το άτομο, κυρίως αργά το απόγευμα ή το βράδυ.
- Περιορίζει την πρόσληψη υγρών κατά τις απογευματινές ώρες και εισάγει στο πρόγραμμα του ατόμου την ούρηση αμέσως πριν το βραδινό ύπνο.
- Προσφέρει στο άτομο, αν συμφωνήσει και αν δεν αντενδείκνυται λόγω της κατάστασής του, ένα ελαφρύ μικρογεύμα (όπως ζεστό γάλα), πριν την κατάκλιση.
- Προτρέπει το άτομο σε ένα καθημερινό πρόγραμμα τεχνικών χαλάρωσης πριν το βραδινό ύπνο.
- Μειώνει τα περιβαλλοντικά ερεθίσματα (φώτα, θορύβους, τηλεόραση, ραδιόφωνο, κλπ.).
- Ενθαρρύνει την εφαρμογή εναλλακτικών θεραπειών όσο το άτομο βρίσκεται στη φάση ανάρρωσης, έτσι ώστε να έχει στη διάθεσή του μια ποικιλία αποτελεσματικών τεχνικών πρόληψης της επιδείνωσης της κατάστασής του.
- Χορηγεί υπναγωγά ή καταπραϋντικά φάρμακα σε συνεργασία με το άτομο, μόνο στην περίπτωση που όλες οι προηγούμενες μέθοδοι αποτύχουν.

(Ραγιά Χρ. Α., 2009. Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας- Ψυχιατρική Νοσηλευτική)

ΣΤ. Ενέργειες του Νοσηλευτή στην περίπτωση πνευματικού αδιεξόδου που σχετίζεται με την αντίληψη απουσίας σκοπού ή χαράς για τη ζωή, απουσίας ψυχικής επαφής με τους άλλους, νοσηρής αντίληψης για την ντροπή και την ενοχή :

- Επιτρέπει στο άτομο να εκφράσει τα συναισθήματα και τις σκέψεις του σχετικά με τις θρησκευτικές αμφιβολίες ή τους φόβους του περί θείας εγκατάλειψης.
- Διερευνά με το άτομο εναλλακτικές ή παρελθούσες θρησκευτικές ή πνευματικές τακτικές ή τελετές στις οποίες συμμετείχε, ως μέτρα πρόληψης της εμφάνισης του συναισθήματος εγκατάλειψης από το Θεό ή της επιδείνωσής του.
- Εξαλείφει ή μειώνει, στο μέτρο του δυνατού, τους παράγοντες που ευθύνονται ή συμβάλλουν στην εκδήλωση αυτής της κατάστασης.
- Ενθαρρύνει το άτομο να συζητήσει τις σκέψεις και τα συναισθήματά του με έναν κληρικό, όταν αυτό θα είναι εφικτό.

(Hogan, M.,2008. Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας. Ανασκοπήσεις & Αιτιολογήσεις)

4.3.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΟΝ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΟ ΙΔΕΑΣΜΟ

Η αυτοκτονία αποτελεί επείγουσα κατάσταση για κάθε υπηρεσία υγείας. Η απελπισία είναι ο σημαντικότερος προγνωστικός παράγοντας που μπορεί να οδηγήσει στην αυτοκτονικότητα. Η έλλειψη ελπίδας και το ιστορικό προηγούμενης απόπειρας αποτελούν τους δύο πιο ευαίσθητους δείκτες πρόβλεψης κινδύνου αυτοκτονικότητας.

Ωστόσο, η αυτοκτονία είναι ένα πολυπαραγοντικό φαινόμενο και δεν προκαλείται από ένα και μόνο αίτιο. Η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά μπορεί να διαμορφωθεί σε έναν άνθρωπο μέσω των χαρακτηριστικών της προσωπικότητάς του, όπως απουσία εσωτερικού ελέγχου συνδυαστικά με συναισθήματα που βιώνει, είτε αυτά είναι χρόνια, όπως θυμός και απογοήτευση, είτε οφείλονται σε μία συγκεκριμένη κατάσταση, όπως απώλεια ή διαζύγιο.

Η ευαισθησία και το ενδιαφέρον απέναντι στους ανθρώπους με αυτοκαταστροφικές σκέψεις μπορεί κυριολεκτικά να τους σώσει τη ζωή, τόσο από μέρους των κοντινών τους ατόμων, όσο και από τους ειδικούς ψυχικής υγείας, αλλά και από την κοινωνία στο σύνολό της (Σίμος, Γ., 2010. Γνωστική συμπεριφορική θεραπεία. Ένας οδηγός για την κλινική πράξη).

Στην περίπτωση του αυτοκτονικού ιδεασμού, η νοσηλεία ενδείκνυται αν αξιολογηθεί ότι το άτομο διατρέχει υψηλό κίνδυνο για αυτοκατευθυνόμενη βία.

Οι παρεμβάσεις που εφαρμόζονται κατά τη νοσηλεία του ατόμου γενικότερα, αφορούν στη δημιουργία ενός ασφαλούς περιβάλλοντος, μέσα στο οποίο ελαχιστοποιείται η δυνατότητα του ατόμου να πραγματοποιήσει τις ιδέες αυτοκτονίας.

Ειδικότερα, ο Νοσηλευτής Ψυχικής Υγείας που διαχειρίζεται το άτομο, προβαίνει στις ακόλουθες ενέργειες (Hogan, M., 2008. Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας. Ανασκοπήσεις & Αιτιολογήσεις) :

- Εξετάζει τα προσωπικά είδη του ατόμου κατά την εισαγωγή του, και απομακρύνει οποιαδήποτε αντικείμενα είναι πιθανόν να χρησιμοποιήσει για να βλάψει τον εαυτό του (φάρμακα, αιχμηρά αντικείμενα, σπάγκο, ζώνη, γραβάτες) και τα φυλάει σε ασφαλές μέρος.
- Απομακρύνει από τη μονάδα, υλικά που μπορεί να χρησιμοποιηθούν ως μέσα για να βλάψει ο θεραπευόμενος τον εαυτό του (π.χ. αντικείμενα από μέταλλο ή γυαλί των οποίων η μορφή είναι εύκολο να τροποποιηθεί για να γίνουν αιχμηρά, φωτιστικά σώματα ή τα κορδόνια από το κουδούνι κλήσης).
- Διατηρεί τα παράθυρα ασφαλισμένα.

- Ελέγχει τα προσωπικά είδη του ατόμου όταν επιστρέφει στο δωμάτιό του.
- Μετράει τα μαχαιροπήρουνα.
- Ελέγχει αν τα δώρα και τα άλλα αντικείμενα που φέρνουν οικογενειακά ή φιλικά πρόσωπα είναι ασφαλή, πριν δοθούν στο θεραπευόμενο. Ο έλεγχος αφορά και εξαρτησιογόνες ουσίες και αλκοόλ.
- Ελέγχει την είσοδο και την έξοδο των ατόμων από τη μονάδα νοσηλείας, η οποία είναι συνήθως ένα κλειστό τμήμα και οι πόρτες ασφαλίζουν. Σε αυτής της μορφής τις μονάδες, νοσηλεύονται κατά κανόνα τα άτομα που εισάγονται εθελοντικά.
- Θέτει το θεραπευόμενο σε διαρκή παρακολούθηση για τις πρώτες 24 ώρες ή μέχρις ότου ο κίνδυνος εκδήλωσης αυτοκτονικής συμπεριφοράς μειωθεί, ανάλογα με την πολιτική κάθε νοσοκομείου, την ένταση του αυτοκτονικού ιδεασμού και την πιθανότητα θανατηφόρου αποτελέσματος της ενδεχόμενης απόπειρας.
- Ελέγχει το θεραπευόμενο κάθε 15-30 λεπτά.
- Είναι σε επιφυλακή για το πού βρίσκεται ο θεραπευόμενος ανά πάσα στιγμή.
- Αναπτύσσει θεραπευτική σχέση με το άτομο και την ενισχύει.
- Δουλεύει με το θεραπευόμενο για την κατάρτιση ενός σχεδίου ασφάλειας και τον αξιολογεί τακτικά.
- Προγραμματίζει ατομικές συναντήσεις με το θεραπευόμενο, προκειμένου να διερευνήσει τα συναισθήματά του και να τον υποστηρίξει να επεξεργαστεί την επαναπροσέγγιση των σημαντικών προσώπων της ζωής του καθώς και την εκτέλεση των σημαντικών για τον ίδιο δραστηριοτήτων.
- Τοποθετεί έναν συγκάτοικο στο δωμάτιο του θεραπευόμενου, έτσι ώστε να περιοριστεί η τάση απομόνωσής του, εκτός εάν αυτός έχει τεθεί σε πρόγραμμα παρακολούθησης ένας-προς-έναν.
- Βεβαιώνεται ότι ο θεραπευόμενος καταπίνει τα φάρμακα που του χορηγούνται από το στόμα και δεν τα κρατάει στη στοματική κοιλότητα. Με αυτό τον τρόπο, αποτρέπει το άτομο από πιθανή απόπειρα αυτοκτονίας μελλοντικά, όπως συνηθίζεται στις περιπτώσεις αυτές, με την κατανάλωση σε μια φορά των χαπιών που φυλάσσει το άτομο σε κάποιο μέρος για το σκοπό αυτό.
- Καταρτίζει από κοινού με το θεραπευόμενο ένα σχέδιο φροντίδας που θα ακολουθηθεί κατά την περίοδο μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο. Σύμφωνα με το σχέδιο αυτό, το άτομο πρέπει να δεσμεύεται να παρακολουθεί τις προγραμματισμένες θεραπευτικές συνεδρίες, να διατηρεί επικοινωνία με τα κοινωνικά

υποστηρικτικά συστήματα και να καταρτίσει ένα σχέδιο ασφάλειας που θα περιλαμβάνει επείγοντα τηλέφωνα επικοινωνίας και ένα σχέδιο δράσης σε περίπτωση που επανεμφανιστούν ιδέες αυτοκτονίας.

(Hogan, M., 2008. Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας. Ανασκοπήσεις & Αιτιολογήσεις)

4.3.4 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΗ ΧΡΗΣΗ ΨΥΧΟΤΡΟΠΩΝ ΟΥΣΙΩΝ

Οι Νοσηλευτές Ψυχικής Υγείας εργάζονται σε όλες τις μονάδες τοξικοεξάρτησης και ανάλογα με την ιδιαιτερότητα των υπηρεσιών, ασκούν διάφορους ρόλους για αναλαμβάνουν ειδικά καθήκοντα τα οποία απαιτούν ειδικευμένες γνώσεις.

Οι Νοσηλευτικές παρεμβάσεις που ενεργούνται κατά περίπτωση παραθέτονται αμέσως πιο κάτω.

A. Ενέργειες του Νοσηλευτή στο οξύ στάδιο της χρήσης ουσιών – Φροντίδα του ατόμου κατά τη διάρκεια της τοξίκωσης :

Εστιάζει στην προάσπιση της ασφάλειας του ατόμου, ως εξής :

- Φροντίζει για τη διατήρηση ασφαλούς περιβάλλοντος.
- Προσανατολίζει το άτομο στο χρόνο, στο χώρο και στα πρόσωπα.
- Μεριμνά για τη διατήρηση επαρκούς ισορροπίας υγρών και θρεπτικών συστατικών και χορηγεί συμπληρώματα θειαμίνης και φυλικού οξέος, αν κρίνεται απαραίτητο.
- Βρίσκεται σε συνεχή παρακολούθηση για την εμφάνιση σημείων και συμπτωμάτων στερητικού συνδρόμου.

(Ραγιά Χρ. Α., 2009. Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας- Ψυχιατρική Νοσηλευτική)

B. Ενέργειες του Νοσηλευτή στο οξύ στάδιο της χρήσης ουσιών – Φροντίδα του ατόμου με συμπτώματα συνδρόμου στέρησης από ουσίες που επιδρούν στη διάθεση :

Εστιάζει στην προάσπιση της ασφάλειας του ατόμου κατά της διάρκεια της εκδήλωσης του συνδρόμου στέρησης, ως εξής :

- Φροντίζει για τη διατήρηση ασφαλούς περιβάλλοντος.
- Δημιουργεί περιβάλλον με περιορισμένα ερεθίσματα.
- Παρακολουθεί τα ζωτικά σημεία και τα συμπτώματα κατά την εκδήλωση του στερητικού συνδρόμου (ναυτία, έμετος, τρόμος, παροξυσμικός βήχας, άγχος, διέγερση, απτικές διαταραχές, ακουστικές διαταραχές, οπτικές διαταραχές,

κεφαλαλγία και αίσθηση βάρους στο κεφάλι, αποπροσανατολισμός και διαταραχές της αισθητηριακής αντίληψης).

- Υποστηρίζει το άτομο στην περίπτωση μακροπρόθεσμης αντιμετώπισης της κατάστασής του με τη χρήση μεθαδόνης.
- Αξιολογεί την ύπαρξη χρόνιου πόνου με ιδιαίτερη προσοχή, καθόσον αυτός μπορεί να προϋπάρχει και να μην αποτελεί οξύ στερητικό σύμπτωμα.
- Ελέγχει το ενδεχόμενο κύησης στις γυναίκες, τόσο στην αρχή όσο και κατά το στάδιο της φροντίδας, στοχεύοντας στην αποφυγή χρήσης δυνητικά επιβλαβών φαρμάκων για το έμβρυο.
- Παρακολουθεί για την εκδήλωση τρομώδους παραληρήματος, ψυχωσικών συμπτωμάτων και ενδεχόμενου κίνδυνου αυτοκτονίας ή επιληπτικών κρίσεων.
- Χορηγεί φαρμακευτική αγωγή για την πρόληψη στερητικού συνδρόμου (αντιεπιληπτικά, βενζοδιαζεπίνες, βιταμίνες με ηρεμιστική δράση ή άλλα φάρμακα βάσει ιατρικής οδηγίας). Προτιμάται η χορήγηση του παράγοντα με την πιο μακρά διάρκεια δράσης, ώστε η μείωση των επιπέδων της ουσίας στον οργανισμό να είναι ομαλότερη.
- Μεριμνά για τη διατήρηση επαρκούς πρόσληψης θρεπτικών συστατικών και υγρών.
- Εξασφαλίζει την άνεση του θεραπευόμενου.
- Ελέγχει για συγκεκαλυμμένη χρήση ουσιών κατά τη διάρκεια της περιόδου απεξάρτησης.
- Παρέχει ηθική υποστήριξη, ενθάρρυνση και επιβεβαίωση του θεραπευόμενου και της οικογένειάς του.
- Προάγει τον προσανατολισμό στην πραγματικότητα και στη θεραπευτική αντιμετώπιση ενδεχόμενων ψευδαισθήσεων.
- Διαβεβαιώνει το θεραπευόμενο ότι η καταθλιπτική διάθεση και η κόπωση είναι συνήθη βιώματα στη φάση της στέρησης.
- Εκπαιδεύει το θεραπευόμενο για τη νόσο της εξάρτησης και για τον αρχικό θεραπευτικό στόχο της αποχής.

(Ραγιά Χρ. Α., 2009. Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας- Ψυχιατρική Νοσηλευτική)

Γ. Ενέργειες του Νοσηλευτή κατά τα στάδια αποκατάστασης από την κατάχρηση ουσιών :

Εστιάζει στην εκπαίδευση του ατόμου σχετικά με τη νόσο και την ανάρρωση, καθώς και στη διαμόρφωση και ενεργοποίηση κινήτρων για αποχή, αλλαγή του τρόπου ζωής και ανάρρωση, ως εξής :

- Υποστηρίζει το άτομο προκειμένου να ολοκληρώσει την αποτοξίνωσή του από όλες τις ουσίες.
- Παρακολουθεί για ενδεχόμενο κίνδυνο αυτοκτονίας ή και επιληπτικών κρίσεων.
- Ενθαρρύνει την αποχή από όλες τις ουσίες.
- Χορηγεί την ενδεικνυόμενη φαρμακευτική αγωγή για την υποστήριξη της αποχής (η θεραπεία στοχεύει στην αντιμετώπιση των διαταραχών διάθεσης, του άγχους ή και των διαταραγμένων διεργασιών σκέψης).
- Καθοδηγεί και υποστηρίζει το θεραπευόμενο προκειμένου να οργανώσει τη ζωή του ξανά με την απαραίτητη πειθαρχία.
- Ενδυναμώνει στο θεραπευόμενο την ελπίδα.
- Εκπαιδεύει το θεραπευόμενο σχετικά με τη νόσο και την ανάρρωση.
- Εκπαιδεύει το θεραπευόμενο όσο και τον περίγυρό του (οικογένεια), σχετικά με τον τρόπο που η νόσος επηρεάζει τους ρόλους και τη λειτουργία τους.
- Φροντίζει για την προαγωγή της θεραπευτικής σχέσης, στηριζόμενος στις αρχές της ομαδικής συμβουλευτικής.
- Εκπαιδεύει και εξασκεί το θεραπευόμενο σε δεξιότητες που διευκολύνουν την ανάρρωση.
- Επιστήνει την προσοχή του στην αναγνώριση σημείων και συμπτωμάτων μιας επικείμενης υποτροπής – επιστροφής στη συμπεριφορά χρήσης ουσιών (συναισθήματα έντονης έλλειψης, θυμός, μοναξιά, κούραση/κόπωση, σκέψεις για κρυφή χρήση της ουσίας, παλινδρόμηση σε παλαιότερους μηχανισμούς άμυνας που έρχονται σε αντιδιαστολή με την ειλικρίνεια και την ευθύτητα).
- Καθοδηγεί και υποστηρίζει το άτομο να καταρτίσει ένα σχέδιο αντιμετώπισης μιας επείγουσας κατάστασης (κατάλογος ενεργειών που πρέπει να κάνει και κατάλογος προσώπων που πρέπει να καλέσει αν νοιώσει την επιθυμία να κάνει χρήση ή αν έχει ήδη κάνει).

(Hogan, M., 2008. Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας. Ανασκοπήσεις & Αιτιολογήσεις)

- Εκπαιδεύει το θεραπευόμενο στην ευεργετική δράση της προσευχής.
- Πραγματοποιεί τυχαίες μετρήσεις της περιεκτικότητας αλκοόλ στην αναπνοή και ελέγχει τα ούρα για ουσίες
- Υποστηρίζει ιδιαίτερα τα άτομα με διαταραχές πρόσληψης τροφής , σε συνεργασία με το διαιτολόγο και τον οικογενειακό τους ιατρό (αύξηση / μείωση των προσλαμβανόμενων θερμίδων, διακοπή χρήσης υπακτικών, αύξηση της καθημερινής πρόσληψης νερού και φυτικών ινών).
- Υποστηρίζει ιδιαίτερα τα άτομα που δε στοχεύουν άμεσα σε καθολική αποχή λόγω της σοβαρότητας του προβλήματος εξάρτησης (αύξηση του αριθμού των ημερών νηφαλιότητας σε μια ορισμένη χρονική περίοδο ή μείωση του αριθμού των ποτών που καταναλώνονται κάθε φορά).

(Hogan, M., 2008. Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας. Ανασκοπήσεις & Αιτιολογήσεις)

4.3.5 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΑ ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ

A. Η Νοσηλευτική παρέμβαση σε μια **ψυχολογική κρίση παιδιών και εφήβων**, στοχεύει να επανέλθει το άτομο, το συντομότερο δυνατό, στο προ κρίσης επίπεδο λειτουργίας του.

Οι ενέργειες του Νοσηλευτή Ψυχικής Υγείας στην περίπτωση αυτή περιλαμβάνουν (<http://www.moh.gov.cy/Moh/MOH.nsf/All/>, τελευταία πρόσβαση 05.08.2015) :

- Αξιολόγηση της ψυχικής κατάστασης του παιδιού / εφήβου.
- Διαχείριση φαρμακοθεραπείας (δράση, αποτέλεσμα, παρενέργειες).
- Εκπαίδευση της οικογένειας για την κατανόηση της επίδρασης της φαρμακοθεραπείας και τη σημασία της συνέπειας στη λήψη της (αντιμετώπιση του φόβου για πιθανές παρενέργειες).
- Λήψη και παρακολούθηση ζωτικών σημείων.
- Υποστηρικτική συμβουλευτική γονιών και άλλων μελών της οικογένειας.
- Εντοπισμός και ενίσχυση κοινωνικού υποστηρικτικού συστήματος.
- Εμπλοκή άλλων υπηρεσιών (π.χ. εκπαιδευτικοί ψυχολόγοι).
- Ανάπτυξη δεξιοτήτων της οικογένειας.
- Συνοδεία παιδιών στο σχολείο (αντιμετώπιση της έντονης σχολικής φοβίας).

- Τηλεφωνικές επικοινωνίες με τους γονείς (στήριξη γονιών και άλλες απαραίτητες παρεμβάσεις).

B. Σε περιπτώσεις νοσηλείας παιδιών και εφήβων σε μη ψυχιατρικούς χώρους, για την αντιμετώπιση και το χειρισμό δύσκολων περιπτώσεων, η Νοσηλευτική παρέμβαση περιλαμβάνει τις ακόλουθες ενέργειες (<http://www.moh.gov.cy/Moh/MOH.nsf/All/>, τελευταία πρόσβαση 05.08.2015) :

- Στήριξη παιδιών και εφήβων και της οικογένειάς τους.
- Καθημερινή ενημέρωση για την εξέλιξη της κατάστασης των παιδιών / εφήβων.
- Αξιολόγηση βιο-ψυχο-κοινωνικών αναγκών.
- Ενημέρωση της διεπαγγελματικής ομάδας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 : ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η συνεξέταση της οικονομικής κρίσης και της ψυχικής υγείας που αναλύθηκε στα προηγούμενα κεφάλαια της παρούσας εργασίας, απέδειξε τις αρνητικές επιπτώσεις που επέφερε η πρώτη πάνω στη δεύτερη σύμφωνα και με τις πληροφορίες που προέκυψαν από τη σχετική βιβλιογραφική ανασκόπηση.

Κυρίαρχο ρόλο στη διαδικασία αυτή έχουν η αύξηση της ανεργίας και η μείωση του εισοδήματος, παράγοντες που δημιουργούν ανασφάλεια και αβεβαιότητα για το μέλλον, ενισχύοντας κατ' αυτό τον τρόπο τα συμπτώματα διαταραχών που σχετίζονται με το άγχος καθώς και τη διάθεση των ατόμων.

Έτσι, σε περιόδους οικονομικής κρίσης, διαπιστώνονται αυξημένα τα ποσοστά ατόμων που παρουσιάζουν συμπτώματα που εντάσσονται στην ευρύτερη σφαίρα των ψυχικών νόσων, όπως :

- Κατάθλιψη
- Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο
- Αγχώδεις διαταραχές (Άγχος, Πανικός)
- Χρήση ψυχοτρόπων ουσιών
- Υπερβολική ενασχόληση με τη χαρτοπαιξία (παθολογικός τζόγος)
- Μείωση σεξουαλικής δραστηριότητας.

Σε αυξημένα επίπεδα εμφανίζονται και τα ποσοστά των αυτοκτονιών, γεγονός που δικαιολογείται από την αύξηση των καταθλιπτικών περιστατικών, εφόσον αυτά συμπεριλαμβάνονται μεταξύ των κύριων αιτιών που οδηγούν σε αύξηση της αυτοκτονικότητας.

Παράλληλα, αυξημένα εμφανίζονται και τα παιδοψυχιατρικά περιστατικά (κατάθλιψη, επιθετικότητα, διαταραχές συμπεριφοράς, σχολικός εκφοβισμός, φοβίες, άγχος, ψυχοσωματικά προβλήματα).

Αξιοσημείωτη είναι και η αρνητική επίδραση της οικονομικής κρίσης σε άτομα που εμφάνιζαν από πριν ψυχικές νόσους. Εκτός από την επιδείνωση των συμπτωμάτων που προκαλούνται στα άτομα αυτά εξαιτίας των ακατάλληλων συνθηκών που δημιουργούνται από την οικονομική ανέχεια, η κατάσταση επιβαρύνεται και από τον περιορισμό στις παρεχόμενες υπηρεσίες από τα αρμόδια ιδρύματα, λόγω των συνεχόμενων περικοπών και της αδυναμίας πλήρους λειτουργίας τους.

Εντούτοις, το είδος της σχέσης μεταξύ οικονομικής κρίσης και ψυχικής υγείας καθώς και η ερμηνεία της, δεν αποτελεί πάντοτε ένα εύκολο εγχείρημα. Σε κάθε περίπτωση, θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη ιδιαίτεροι καθοριστικοί παράγοντες που παρεμβάλλονται σε

αυτή τη σχέση. Ως τέτοιοι παράγοντες κρίνονται το υποκειμενικό οικονομικό στρες και η επίδρασή του στην ευεξία, τα λανθάνοντα οφέλη της εργασίας (διεύρυνση των κοινωνικών σχέσεων και της δικτύωσης, πρόσβαση σε συλλογικά επιτεύγματα, απόδοση κοινωνικού status, δυνατότητα δραστηριοποίησης και οργάνωσης του χρόνου) και η αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας. Σημαντικό ρόλο φαίνεται να παίζουν παράλληλα, και κάποιοι κοινωνικοί παράγοντες όπως ο στιγματισμός, η περιθωριοποίηση, η διάβρωση των κοινωνικών σχέσεων, η τρέχουσα κοινωνική νόρμα (το σύνολο κανόνων και αξιών που πλαισιώνουν το κοινωνικό και πολιτισμικό πλαίσιο) και η ύπαρξη δικτύων κοινωνικής προστασίας.

Οι διεξαχθείσες έρευνες παρέχουν σημαντικά στοιχεία για τις συνέπειες της οικονομικής κρίσης γενικότερα, με τη μορφή ενός κοινωνικού φαινομένου που απασχολεί σε μεγάλο βαθμό κάθε σύγχρονη κοινωνία, αλλά και ειδικότερα για τις επιπτώσεις που έχει αυτή στον ευαίσθητο χώρο της ψυχικής υγείας. Εντούτοις, δεδομένων και των λοιπών ως άνω παραγόντων που περιορίζουν την ισχύ των αποτελεσμάτων σε κάθε περίπτωση, οποιαδήποτε καθολική αποδοχή τους κρίνεται επισφαλής.

Οι πραγματικές επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης πάνω στην ψυχική υγεία των ατόμων, θα καταστεί δυνατόν να εκτιμηθούν αφότου διενεργηθούν έρευνες και μετά το πέρας της οικονομικής κρίσης, συγκρίνοντας τα δεδομένα με τα αντίστοιχα που έχουν προκύψει από τις έρευνες που έγιναν κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης.

Η εμπειρική ψυχιατρική έρευνα που εφαρμόζεται έως τώρα, δε μπορεί να προσφέρει απάντηση στα ερωτήματα που θέτει η κοινή γνώμη και απαιτείται ένα χρονικό διάστημα ενός με δυο χρόνια μέχρι να δημοσιευτούν τα επόμενα επιδημιολογικά δεδομένα, με την προϋπόθεση ότι αυτά θα βασίζονται σε σωστή δειγματοληψία.

Προβληματική κρίνεται και η διαχείριση του φαινομένου της οικονομικής κρίσης από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης (ΜΜΕ), ο ρόλος των οποίων έχει θεωρηθεί παγκοσμίως ως ένας επιπρόσθετος αρνητικός παράγοντας στην ψυχική υγεία. Εντούτοις, τα άτομα θα πρέπει να κατανοήσουν ότι, θέματα δημόσιας υγείας που γίνονται αντικείμενο της επικαιρότητας από τη μη επιστημονική κοινότητα, δεν είναι δυνατόν να στηρίζονται σε προσωπικές ιστορίες και στοιχεία. Σε αυτό απαιτείται να δοθεί διευκρίνιση από τους επιστήμονες της ευρύτερης ελληνικής Ψυχιατρικής και Ψυχολογίας.

Για την αντιμετώπιση των επιπτώσεων της κρίσης στην ψυχική υγεία του πληθυσμού, τα ευρήματα υπογραμμίζουν την αναγκαιότητα υλοποίησης στοχευμένων παρεμβάσεων, οι οποίες θα επικεντρώνονται και θα προσαρμόζονται στις ανάγκες και τις δυσκολίες της κάθε πληθυσμιακής ομάδας.

ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΚΑΤΑΛΛΗΛΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗΣ

Η φύση της πολιτικής στρατηγικής που πρέπει να ακολουθείται σε κάθε περίπτωση, είναι πολύ σημαντική. Βασικοί πυρήνες της είναι :

- Η μείωση του κοινωνικού αποκλεισμού των ατόμων που βιώνουν εντονότερα τις επιπτώσεις της κρίσης, η οποία προκαλείται από τους εξωγενείς αρνητικούς παράγοντες κοινωνικοοικονομικού χαρακτήρα,
- Τα καθολικά οφέλη, με την έννοια της συμπαράστασης (ελάφρυνσης) των ομάδων πληθυσμού που θίγονται περισσότερο, αλλά και της διατήρησης σταθερότητας καθώς και του δίκαιου καταμερισμού των επιπτώσεων της κρίσης στις υπόλοιπες πληθυσμιακές ομάδες, και
- Η προστασία των πολιτών από την εξαθλίωση, με την εφαρμογή κοινωνικής πολιτικής που θα ισοσταθμίσει, στο βαθμό που αυτό είναι δυνατό, τις συνέπειες της οικονομικής κρίσης.

Χαρακτηριστικό παράδειγμα της αντιμετώπισης / πρόληψης των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης στον τομέα της υγείας, μέσω της εφαρμογής κατάλληλης πολιτικής στρατηγικής, αποτελούν τα δεδομένα μιας έρευνας που έχει διεξαχθεί τελευταία για 26 χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, από τη σύγκριση των οποίων προκύπτουν τα ακόλουθα :

Τα κρατικά έξοδα που μελετήθηκαν ήταν για την περίοδο 1970-2007. Παρατηρήθηκε ότι για κάθε 1% αύξηση στην ανεργία, σημειώθηκε 0,79% αύξηση του αριθμού των αυτοκτονιών για ηλικίες κάτω των 65 ετών και αύξηση 0,79% στις ανθρωποκτονίες. Έτσι, στο Ηνωμένο Βασίλειο (1981), η ανεργία αυξήθηκε κατά 3,6% και οι αυτοκτονίες κατά 2,7%. Αντίστοιχες δραματικές αυξήσεις στην ανεργία κατά την οικονομική ύφεση βίωσαν οι χώρες της Φινλανδίας (1990-93) με την ανεργία να αυξάνεται από 3,2% σε 16,6% και της Σουηδίας (1991-92) όπου η ανεργία από 2,1% αυξήθηκε στο 5,7%. Ωστόσο, οι επιπτώσεις από την άνοδο του ποσοστού της ανεργίας στις εν λόγω χώρες ήταν διαφορετικές, γεγονός που αποδίδεται στις διαφορετικές πολιτικές που ακολουθήθηκαν (<http://www.encephalos.gr/pdf/50-1-02g.pdf>, τελευταία πρόσβαση 12.07.2015)..

Και στις δύο χώρες οι αυτοκτονίες είχαν σταθερή μείωση. Επίσης, δεν υπήρξε καμία συσχέτιση μεταξύ οικονομικής ύφεσης και ανεργίας με την επιδείνωση της δημόσιας υγείας. Σύμφωνα με την έρευνα, βρέθηκε ότι όταν η κρατική επένδυση υπερέβαινε τα 190 \$ ανά κεφαλή το έτος, η αύξηση της ανεργίας δεν είχε καμία επίπτωση στον αριθμό των αυτοκτονιών. Συγκεκριμένα, για κάθε 10 \$ αύξηση των επενδύσεων σε κρατικά προγράμματα εργασίας υπήρξαν κατά 0,038% μικρότερες συνέπειες στον δείκτη των αυτοκτονιών από αυτές που προκαλεί η αύξηση 1% του ποσοστού της ανεργίας. Συνεπώς, η διακύμανση αυτή οφείλεται στο ότι η Φινλανδία και η Σουηδία δεσμεύτηκαν στην κοινωνική πρόνοια κατά τη διάρκεια των οικονομικών κρίσεων, παρέχοντας προγράμματα επανεκπαίδευσης ανέργων. Επομένως, η κρατική παρέμβαση διαδραματίζει πρωτεύοντα ρόλο και οι διαφορές ανά την Ευρώπη μπορούν ως ένα βαθμό να αποδοθούν σε αυτήν (<http://www.encephalos.gr/pdf/50-1-02g.pdf>, τελευταία πρόσβαση 12.07.2015).

ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Στην Ελλάδα της τρέχουσας οικονομικής κρίσης, με τα ποσοστά ανεργίας να αυξάνονται κάθε μέρα, οι ερευνητές θεωρούν ότι θα πρέπει να γίνουν πιο ενεργητικές προσπάθειες για την ανίχνευση και αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών στις ομάδες υψηλού κινδύνου. Κάποια αποτελεσματικά μέσα για τα 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, που θα στοχεύει πρωτίτως στην ικανοποίηση των αναγκών και προσδοκιών των πολιτών, θα πρέπει να μεριμνά για τον εντοπισμό των κατάλληλων σημείων εγκατάστασης γενικών μονάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας, με τον προσωπικό γιατρό να διατηρεί τον κεντρικό ρόλο.

- ∅ Εστίαση στον καλύτερο σχεδιασμό παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας, δεδομένου ότι πρόσφατες έρευνες έχουν αποδείξει ότι στην περίπτωση που οι υπηρεσίες υγείας είναι ελλιπείς, μη προσβάσιμες αλλά και απομακρυσμένες, αυξάνεται το ποσοστό των αυτοκτονιών.
- ∅ Ταχεία τροποποίηση της οργάνωσης και της ιεραρχικής δομής καθώς και ανάπτυξη νέων πρακτικών διαχείρισης των οργανισμών υγείας.
- ∅ Ένταξη συγκινησιακών ή συμπεριφορικών συμπτωμάτων στη διαγνωστική κατηγορία «Διαταραχές της Προσαρμογής» του διαγνωστικού συστήματος DSM-V, προκειμένου για τη διάγνωση των συμπτωμάτων που προκαλούν στα άτομα τα επακόλουθα της οικονομικής κρίσης (όπως είναι η ανεργία), με την έννοια ότι αυτά αποτελούν αναγνωρίσιμους στρεσογόνους παράγοντες.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ / ΠΡΟΛΗΨΗ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

Ιδιαίτερα σημαντικές κρίνονται και οι ενέργειες για την αντιμετώπιση / πρόληψη των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης στο χώρο της Παιδοψυχιατρικής, η οποία κατά κανόνα έχει προληπτικό χαρακτήρα.

Η κοινωνία, έχει ήδη συνειδητοποιήσει ότι, οι περιοριστικές πολιτικές που εφαρμόζονται τόσο στον τομέα της παιδείας όσο και της υγείας, λόγω της οικονομικής στενότητας που επιβάλλει η οικονομική κρίση, έχουν σοβαρές επιπτώσεις στη σωματική και ψυχική ανάπτυξη των παιδιών.

Η μορφή βίας που ανέχονται οι ενήλικες λόγω της οικονομικής κρίσης καθώς και η ενισχυμένη πεποίθηση ότι δεν υπάρχει μέλλον στον τόπο γέννησης και ανάπτυξης, αποτελούν λανθασμένα πρότυπα για τη διάπλαση του ψυχικού κόσμου ενός παιδιού (<https://kostaskogiopoulos.wordpress.com/2013/08/05/>, τελευταία πρόσβαση 25.07.2015) .

Καθίσταται λοιπόν επιτακτική η ανάπτυξη των παιδοψυχιατρικών υπηρεσιών, προκειμένου να αντιμετωπίσουν τις αυξημένες ανάγκες που διαμορφώνονται. Παράλληλα, επιβάλλεται να εφαρμοστεί άμεσα, μια πολυδιάστατη εθνική πολιτική δημόσιας ψυχικής υγείας, η οποία να περιορίζει τους αυξημένους παράγοντες κινδύνου και να προστατεύει την ομαλή ανάπτυξη των παιδιών.

Με γνώμονα την αλάνθαστη λογική σύμφωνα με την οποία, για να βγει μια χώρα από την κρίση χρειάζεται επένδυση στο ανθρώπινο κεφάλαιο, βασικότερο συστατικό του οποίου είναι το ψυχικό κεφάλαιο, η κοινότητα των Παιδοψυχιάτρων έχει εντείνει τις προσπάθειες

προς τις ακόλουθες πέντε κατευθύνσεις (<https://kostaskogiopoulos.wordpress.com/2013/08/05/>, τελευταία πρόσβαση 25.07.2015) :

1. Υποστήριξη των δημοσίων υπηρεσιών με προσφορά επιπλέον υπηρεσιών.
2. Ανάπτυξη κοινής δράσης με τους λοιπούς εργαζόμενους στο χώρο της υγείας.
3. Ενίσχυση της συμμαχίας με τους κοινωνικούς φορείς (εκκλησία, ασφαλιστικούς οργανισμούς, συλλόγους ασθενών, κλπ.).
4. Συμμετοχή στον κοινό αγώνα για την αλλαγή πολιτικής υγείας από τους ιθύνοντες.
5. Συμβολή στην περαιτέρω έρευνα και τεκμηρίωση των δεδομένων που προκύπτουν από την παρουσιαζόμενη κατάσταση της ψυχικής υγείας των παιδιών, με τη χρήση επιστημονικών εργαλείων.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΨΥΧΟΤΡΟΠΩΝ ΟΥΣΙΩΝ

Η όλο και αυξανόμενη χρήση ψυχοτρόπων ουσιών λόγω οικονομικής κρίσης, έκανε επιτακτική την ανάγκη στήριξης των οργανισμών απεξάρτησης, προκειμένου αυτοί να ανταποκριθούν στις ολοένα αυξανόμενες ανάγκες και παράλληλα να αναπτυχθούν πολιτικές που θα αποβλέπουν στην πλήρη απεξάρτηση του ατόμου από τη χρήση και τελικά στην κοινωνική του επανένταξη.

Πρώτη κίνηση αντιμετώπισης της κατάστασης από την πολιτεία, είναι η εφαρμογή από τα νοσοκομεία των προγραμμάτων χορήγησης υποκατάστατων (μεθαδόνη). Η εφαρμογή του μέτρου αυτού στη Θεσσαλονίκη, είχε ως αποτέλεσμα την εξάλειψη της λίστας των τοξικομανών που περίμεναν να ενταχθούν σε κάποιο από τα προγράμματα του ΟΚΑΝΑ (Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών).

Δεύτερη αποτελεσματική κίνηση θα αποτελούσε η εφαρμογή των λεγόμενων «στεγνών προγραμμάτων», τα οποία τα τελευταία χρόνια, εντάσσονται στα μέτρα αντιμετώπισης του άλλου μισού των ναρκωτικών, εστιάζοντας στην επανένταξη των εξαρτημένων ατόμων. Εντούτοις, οι περικοπές κονδυλίων λόγω της οικονομικής κρίσης, οδήγησαν στην ακύρωση των ήδη σχεδιασμένων δραστηριοτήτων και παρεμβάσεων από το ΚΕΘΕΑ - Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (<http://www.newsbeast.gr/greece/arthro/291449/i-krisi-tha-auxisei-ti-hrisi-psuhotropon-ousion/>, τελευταία πρόσβαση 24.05.2015).

Η « ΙΘΑΚΗ», που αποτελεί την πιο παλιά Θεραπευτική Κοινότητα στην Ελλάδα (28 χρόνια λειτουργίας), παρατήρησε μείωση των κονδυλίων του ΚΕΘΕΑ (από τα 23 εκατ. Ευρώ στα 18,5) ενώ παράλληλα τα τελευταία πέντε χρόνια δεν έχει γίνει καμιά πρόσληψη.

Σύμφωνα με στοιχεία πρόσφατης έρευνας του ΚΕΘΕΑ, η παραμονή και μόνο στη Θεραπευτική Κοινότητα έχει σημαντικό κέρδος για την κοινωνία, ανεξάρτητα από το τελικό αποτέλεσμα. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι, για κάθε 1 ευρώ που διατίθεται για τη θεραπεία, εξοικονομούνται από 4,6 έως 6,5 ευρώ ανάλογα με το είδος του προγράμματος, λόγω της μείωσης του κόστους των υπηρεσιών υγείας, δίωξης, απονομής δικαιοσύνης, σωφρονισμού κ.α..

Επιπρόσθετα, το κόστος παραμονής σε μια Θεραπευτική Κοινότητα, είναι μικρότερο του εγκλεισμού, ενώ η συμμετοχή ενός ατόμου σε αυτή συνοδεύεται από σημαντικές πιθανότητες πλήρους αποθεραπείας,

Οι αριθμοί του θεραπευτικού προγράμματος «ΙΘΑΚΗ» επιβεβαιώνουν την εν λόγω έρευνα, καθώς έχει προσφέρει υπηρεσίες σε 8.900 άτομα (4.406 χρήστες και 4.494 γονείς - φίλοι). Το 47% των χρηστών «μπήκε» στην κύρια φάση θεραπείας (<http://www.newsbeast.gr/greece/arthro/291449/i-krisi-tha-auxisei-ti-hrisi-psuhotropo-ousion/>, τελευταία πρόσβαση 24.05.2015).

Σύμφωνα με άλλη έρευνα, ο χρόνος παραμονής στην κύρια φάση θεραπείας είναι καθοριστικός παράγοντας στο να παραμείνει κανείς «καθαρός» στο υπόλοιπο της ζωής του.

ΑΝΤΙΔΟΤΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΥΞΗΣΗ ΤΩΝ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΩΝ

Προκειμένου για τη μείωση του ποσοστού των αυτοκτονιών, πέρα από τις θεραπευτικές παρεμβάσεις, οι κυβερνήσεις, πρέπει να προβούν στις αναγκαίες επενδύσεις και παράλληλα να εφαρμόσουν τις κατάλληλες πολιτικές στην αγορά εργασίας, έτσι ώστε να αυξηθούν οι θέσεις εργασίας και ως εκ τούτου να μειωθεί το ποσοστό της ανεργίας, το οποίο έχει αποδειχθεί από σχετικές έρευνες ότι αποτελεί το βασικό αίτιο της έξαρσης της αυτοκτονικότητας σε περίοδο οικονομικής κρίσης (Γιωτάκος, Ο., Τσουβέλας, Γ. & Κονταξάκης, Β., 2012. Αυτοκτονίες και υπηρεσίες παροχής ψυχικής υγείας στην Ελλάδα).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ

ΞΕΝΕΣ

- ✓ The United States Department of Health and Human Services. Mental Health (2012). A Report of the Surgeon General. Chapter 2 : *The Fundamentals of Mental Health and Mental Illness*.
- ✓ Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental (2013). WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology. Bulletin of the World Health Organization.

ΕΛΛΗΝΙΚΕΣ

- ✓ Eby L., Brown N. (2010). Η νοσηλευτική στην ψυχική υγεία. Επιμ. Ε. Κοτρώτσιου & Ε. Κυρίτση. Εκδόσεις Λαγός. Αθήνα
- ✓ Hogan, M. (2008). *Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας. Ανασκοπήσεις & Αιτιολογήσεις*. Καρανικόλα, Μ., Ζιώγου, Θ., & Νταφογιάννη, Χ. (Επιμ.). (2008). Μτφρ. Ι., Ρεκουνιώτης, & Φ., Σταματοπούλου. Αθήνα. Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης. 2012.
- ✓ Soros, G. (2008), *Η Οικονομική Κρίση του 2008 και η σημασία της*, Αθήνα. Εκδόσεις Α.Α Λιβάνη.
- ✓ Γιωτάκος, Ο., Τσουβέλας, Γ. & Κονταξάκης, Β. (2012). Αυτοκτονίες και υπηρεσίες παροχής ψυχικής υγείας στην Ελλάδα. Εκδόσεις Ψυχιατρική.
- ✓ Διακόπουλος, Χ. (2009). Περιοδικό *Ακτίνες* Αρ.702 Αθωνίτης, Γ' Εξάμηνο 2009.
- ✓ Ευθυμίου, Κ., Μαυροειδή, Αθ., Παυλάτου, Ε., Καλαντζή-Αζίζι, Α.,(2006). *Πρώτες Βοήθειες Ψυχικής Υγείας*. Ένας Οδηγός για τις ψυχικές διαταραχές και την αντιμετώπισή τους . Αθήνα. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.
- ✓ Παπαδάτος, Γ., (2010). *Ψυχικές διαταραχές και μαθησιακές δυσκολίες παιδιών και εφήβων*. Εκδόσεις Gutenberg.
- ✓ Πανηγυράκης ,Γ. (2001). *Σύγχρονη Διοικητική Δημοσίων Σχέσεων*. Αθήνα. Εκδόσεις Μπένου.
- ✓ Παπαδάτος, Γ., (2010). *Ψυχικές διαταραχές και μαθησιακές δυσκολίες παιδιών και εφήβων*. Αθήνα. Εκδόσεις Gutenberg.
- ✓ Δασκαλόπουλος Θοδωρής (Ψυχίατρος). Ηλεκτρονικό άρθρο διαθέσιμο στο <http://psi-gr.tripod.com/index.html> (τελευταία πρόσβαση 18.07.2015).
- ✓ Πολυζόπουλος Εμμανουήλ. Ινστιτούτο Ψυχικής Παιδείας Παιδιών και Ενηλίκων. Ηλεκτρονικό άρθρο διαθέσιμο στο <http://www.inpsy.gr/el/ekpaideusi/arthra/arthra-ellinika/268-2013-04-24-18-40-10> (τελευταία πρόσβαση 19.07.2015)
- ✓ Ραγιά Χρ. Α., (2009). *Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας- Ψυχιατρική Νοσηλευτική*. 7^η έκδοση Βελτιωμένη. Αθήνα.
- ✓ Σίμος, Γ. (2010), *Γνωστική συμπεριφορική θεραπεία*. Ένας οδηγός για την κλινική πράξη, Αθήνα. Εκδόσεις Πατάκη.
- ✓ Η κατάσταση της ψυχιατρικής των παιδιών και των εφήβων στην Ελλάδα της κρίσης (05.08.2013). Ηλεκτρονικό άρθρο διαθέσιμο στο <https://kostaskogiopoulos.wordpress.com/2013/08/05/> (τελευταία πρόσβαση 25.07.2015)

- ✓ Κατάχρηση ουσιών.
<http://www.kethea.gr/FAQ/tabid/72/language/el-GR/Default.aspx?QuestionID=5&AFMID=524> (τελευταία πρόσβαση 20.07.2015)
- ✓ Χρήση ναρκωτικών και ψυχικές διαταραχές.<http://www.e-psychology.gr/addictions/138-hrisi-narkotikon-kai-psychikes-diatarahes.html> (τελευταία πρόσβαση 22.07.2015)
- ✓ Κοινωνική νόρμα.
<http://www.psychologynow.gr/koinonia/oi-koinonikes-normes-ehoyn-periorismeni-diarkeia-stin-allagi-tis-gnomis-mas> (τελευταία πρόσβαση 23.07.2015)
- ✓ Οδηγός κλινικής άσκησης στη Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας.
https://eclass.teiath.gr/modules/document/file.php/NERSA117/odigos_psix_ygeias.pdf (τελευταία πρόσβαση 06.08.2015)
- ✓ Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας.
<http://www.moh.gov.cy/Moh/MOH.nsf/All/>, (τελευταία πρόσβαση 05.08.2015)
- ✓ http://www.psych.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=364&Itemid=113&lang=el (τελευταία πρόσβαση 12.07.2015)
- ✓ Ευθυμίου Κ., Αργαλιά Ε., Κασκαμπά Ε., Μακρή Α. (2013). Οικονομική κρίση και ψυχική υγεία. Τι γνωρίζουμε για τη σημερινή κατάσταση στην Ελλάδα. Ηλεκτρονικό άρθρο διαθέσιμο στο <http://www.encephalos.gr/pdf/50-1-02g.pdf> (τελευταία πρόσβαση 12.07.2015)
- ✓ Σκαπινάκης, Π. (2011). Επιδημιολογία Ψυχικών διαταραχών στην Ελλάδα. 1η Πανελλήνια Έρευνα 2011, Αθήνα Ψυχικής Υγείας. Paper presented at 21ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής, 5-8 Μαΐου 2011. Διαθέσιμο στο <http://pskapinakis.posterous.com/panellinia-epidimiologiki-erevna> (τελευταία πρόσβαση 12.07.2015)
- ✓ <http://www.iatrotek.org/index.asp> (τελευταία πρόσβαση 12.07.2015)

Άρθρα από ηλεκτρονικές εφημερίδες

- ✓ Η κρίση βλάπτει σοβαρά την υγεία (29.10.2014).
<http://www.newsbeast.gr/health/arthro/748648/i-krisi-vlaptei-sovara-tin-ugeia/> (τελευταία πρόσβαση 24.05.2015)
- ✓ Τα πάθη του ελληνικού λαού μέσα από αριθμούς (06.04.2015).
<http://www.newsbeast.gr/greece/arthro/807427/ta-pathi-tou-ellinikou-laou-mesa-apo-arithmous/> (τελευταία πρόσβαση 24.05.2015)
- ✓ Ζει στην ανέχεια ένας στους τέσσερις ευρωπαίους (04.11.2014).
<http://www.newsbeast.gr/financial/arthro/688756/zei-stin-aneheia-enas-stous-tesseris-europaious/> (τελευταία πρόσβαση 24.05.2015)
- ✓ Θερίζουν οι ψυχικές ασθένειες στην Ελλάδα εξαιτίας της κρίσης.
<http://www.newsbeast.gr/health/arthro/817934/therizoun-oi-psuhikes-astheneies-stin-ellada-exaitias-tis-krisis/> (τελευταία πρόσβαση 24.05.2015)
- ✓ Η κρίση κάνει κακό στην υγεία (21.02.2014).
<http://www.newsbeast.gr/health/arthro/646515/i-krisi-kanei-kako-stin-ugeia/> (τελευταία πρόσβαση 24.05.2015)
- ✓ Πρωταγωνίστρια η κατάθλιψη (11.10.2014).
<http://www.newsbeast.gr/health/arthro/741220/protagonistria-i-katathlipsi/> (τελευταία πρόσβαση 24.05.2015)

- ✓ Κοντά στα 2 εκατ. Έλληνες πάσχουν από κατάθλιψη (25.10.2012).
<http://www.newsbeast.gr/health/arthro/428831/koda-sta-2-ekatt-ellines-pashoun-apo-katathlipsi/> (τελευταία πρόσβαση 24.05.2015)
- ✓ Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία (10.02.2014).
<http://www.newsbeast.gr/health/arthro/641654/oi-epiptoseis-tis-oikonomikis-krisis-stin-psuhiki-ugeia/> (τελευταία πρόσβαση 24.05.2015)
- ✓ Η κρίση θα αυξήσει τη χρήση ψυχοτρόπων ουσιών (22.01.2012).
<http://www.newsbeast.gr/greece/arthro/291449/i-krisi-tha-auxisei-ti-hrisi-psuhotropou-ousion/> (τελευταία πρόσβαση 24.05.2015)
- ✓ Η κρίση κάνει τους Έλληνες επιρρεπείς στον τζόγο. Ηλεκτρονικό άρθρο (29.12.2012).
<http://www.newsbeast.gr/greece/arthro/466263/i-krisi-kanei-tous-ellines-epirrepeis-ston-tzogo/> (τελευταία πρόσβαση 24.05.2015)
- ✓ Η οικονομική κρίση πλήττει την ψυχική υγεία των παιδιών. Ηλεκτρονικό άρθρο (21.06.2013). <http://www.newsbeast.gr/health/arthro/546698/i-oikonomiki-krisi-plitteiti-n-psuhiki-ugeia-ton-paidion/> (τελευταία πρόσβαση 24.05.2015)
- ✓ Η οικονομική κρίση έφερε μείωση της σεξουαλικής δραστηριότητας (26.09.2014).
<http://www.newsbeast.gr/health/arthro/735288/i-oikonomiki-krisi-efere-meiosi-tis-sexoualikh-drastiriotitas/> (τελευταία πρόσβαση 24.05.2015)
- ✓ Πώς επηρεάζει η κρίση την ερωτική ζωή των Ελλήνων (08.11.2012).
<http://www.newsbeast.gr/health/arthro/439596/pos-epireazei-i-krisi-tin-erotiki-zoi-ton-ellinon/> (τελευταία πρόσβαση 24.05.2015)
- ✓ Πιο αγχωμένοι οι νέοι Έλληνες από τους Σουηδούς (30.09.2013).
<http://www.newsbeast.gr/health/arthro/588986/pio-aghomenoi-oi-neoi-ellines-apo-tous-souidous/> (τελευταία πρόσβαση 24.05.2015)