

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΕΚΘΕΣΗ  
ΓΙΑ ΤΗΝ  
ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ  
ΥΓΕΙΑ  
2001

Ψυχική Υγεία:  
Νέα Αντίρρηψη, Νέα Εποίδα

Γενική Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης:  
Ευάγγελος Ζαχαριάς, Κοινωνικός Λειτουργός  
Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας

Μετάφραση:  
Γιώργος Πασαντωνόπουλος

Επιστημονική Επιμέλεια:  
Πέτρος Σκαπινάκης, MD, MPH, PhD  
Ψυχίατρος

Εκδόθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας το 2001 με τίτλο: *World Health Report 2001 - Mental Health - New Understanding, New Hope*

© Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας 2001

Η Γενική Διευθύντρια του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας παραχώρησε τα μεταφραστικά δικαιώματα για την έκδοση στα Ελληνικά στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας που έχει την αποκλειστική ευθύνη της έκδοσης.

Στο εξώφυλλο υπάρχει ο λογότυπος της Παγκόσμιας Ημέρας Υγείας 2001, σχεδιασμένος από τον Marc Bizet.

Παραγωγή - Εκτύπωση: Σχήμα & Χρώμα

ISBN: 960-87395-0-0

Copyright για την Ελληνική έκδοση, 2002  
© Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας

Η παρούσα έκδοση είναι διαθέσιμη σε πλεκτρονική μορφή στην ιστοσελίδα του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας: [www.mohaw.gr/GR/healthgr/whr.pdf](http://www.mohaw.gr/GR/healthgr/whr.pdf).

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΚΔΟΣΗΣ ΑΠΟ ΤΟΝ ΥΠΟΥΡΓΟ ΥΓΕΙΑΣ	viii
ΜΗΝΥΜΑ ΤΗΣ ΓΕΝΙΚΗΣ ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑΣ ΤΟΥ Π.Ο.Υ.	x

<b>ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ</b>	xii
Τρία σενάρια δράσης	xv
Περίγραμμα της έκθεσης	xv

<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1</b>	
<b>Η ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΟ ΤΗ ΣΚΟΠΙΑ ΤΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ</b>	<b>1</b>
Εισαγωγή	3
Κατανόηση της ψυχικής υγείας	5
Πρόοδοι στην νευροεπιστήμη	5
Πρόοδοι στην συμπεριφορική ιατρική	7
Κατανόηση των ψυχικών και συμπεριφορικών διαταραχών	11
Βιολογικοί παράγοντες	12
Ψυχολογικοί παράγοντες	13
Κοινωνικοί παράγοντες	14
Μία ολοκληρωμένη προσέγγιση από την σκοπιά της δημόσιας υγείας	17

<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2</b>	
<b>Η ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΠΟΥ ΠΡΟΚΑΛΕΙΤΑΙ ΣΤΗΝ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ</b>	
<b>ΑΠΟ ΤΙΣ ΨΥΧΙΚΕΣ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ</b>	<b>19</b>
Ορισμός των διαταραχών	21
Διάγνωση διαταραχών	21
Επιπολασμός των διαταραχών	23
Διαταραχές που παρουσιάζονται στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας	24
Επιπτώσεις των διαταραχών	24
Οικονομικές επιπτώσεις στην κοινωνία	27
Επίπτωση στην ποιότητα ζωής	30
Περιγραφή των κοινών διαταραχών	30
Καταθλιπτικές διαταραχές	31
Διαταραχές από χρήση ουσιών	32
Σχιζοφρένεια	34
Επιληψία	35
Νόσος Alzheimer	36
Νοητική καθυστέρηση	37
Διαταραχές της παιδικής και εφηβικής ηλικίας	37
Συννοσηρότητα	39
Αυτοκτονία	39

Κοινωνικο-δημογραφικοί παράγοντες κινδύνου ψυχικών και συμπεριφορικών διαταράχων	41
Φτώχια	42
Φύλο	43
Ηλικία	45
Συγκρούσεις και καταστροφές	46
Μείζονα σωματικά νοούματα	46
Οικογενειακοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες	47
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3</b>	
<b>ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ</b>	<b>49</b>
Αλλαγή προσέγγισης	51
Αρχές περίθαλψης	56
Διάγνωση και παρέμβαση	57
Συνεχής και αδιάλειπτη περίθαλψη	57
Εκτεταμένο εύρος υπηρεσιών	57
Συνεργασία με ασθενείς και οικογένειες	58
Συμμετοχή της τοπικής κοινότητας	60
Ενσωμάτωση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας	61
Το περιεχόμενο της περίθαλψης	62
Φαρμακοθεραπεία	63
Ψυχοθεραπεία	64
Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση	65
Επαγγελματική αποκατάσταση και απασχόληση	66
Στέγαση	67
Παραδείγματα αποτελεσματικών παρεμβάσεων	67
Κατάθλιψη	67
Αλκοολισμός	69
Εξάρτηση από φαρμακευτικές ουσίες	70
Σχιζοφρένεια	71
Επιληψία	73
Νόσος Alzheimer	73
Νοητική καθυστέρηση	74
Υπερκινητικές διαταραχές	75
Πρόληψη αυτοκτονιών	77
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4</b>	
<b>ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ</b>	<b>79</b>
Ανάπτυξη πολιτικής	81
Σύστημα υγείας και χρηματοδότηση	82
Χάραξη πολιτικής για την ψυχική υγεία	84
Εγκαθίδρυση πληροφοριακής βάσης δεδομένων	86
Εντόπιση ευπαθών ομάδων και ειδικών προβλημάτων	87
Σεβασμός των ανθρωπίνων δικαιωμάτων	88
Νομοθεσία για την ψυχική υγεία	89
Παροχή Υπηρεσιών	89
Μετατόπιση της περίθαλψης εκτός των μεγάλων ψυχιατρείων	91
Ανάπτυξη κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας	92

---

Ενσωμάτωση της ψυχιατρικής περίθαλψης στις γενικές υπηρεσίες υγείας	94
Διασφάλιση της διαθεσιμότητας ψυχοτρόπων φαρμάκων	97
Δημιουργία διατομεακών δεσμών	98
Επιλογή στρατηγικών ψυχικής υγείας	98
Διάκριση μεταξύ 'Αγοράς' και 'Παροχής' Υπηρεσιών:	
οι ρόλοι του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα	100
Ανάπτυξη των ανθρωπίνων πόρων	102
Προαγωγή της ψυχικής υγείας	104
Ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης	105
Ρόλος των ΜΜΕ	105
Χρήση κοινοτικών πόρων για την προώθηση αλλαγών	106
Συνεισφορά άλλων τομέων	108
Εργασία και απασχόληση	109
Εμπόριο και οικονομική πολιτική	109
Εκπαίδευση	111
Στέγαση	111
Άλλες κοινωνικές υπηρεσίες	111
Σωφρονιστικό σύστημα	111
Προαγωγή της έρευνας	112
Επιδημιολογικές έρευνες	112
Έρευνες της τελικής έκβασης των θεραπευτικών και προληπτικών παρεμβάσεων και των παρεμβάσεων προαγωγής της ψυχικής υγείας	112
Έρευνα για πολιτικές και υπηρεσίες	113
Οικονομική έρευνα	113
Έρευνα στις αναπτυσσόμενες χώρες και διαπολιτισμικές συγκρίσεις	114

---

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

<b>ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΕΣ ΔΡΑΣΕΙΣ</b>	<b>115</b>
Παροχή αποτελεσματικών λύσεων	117
Γενικές Συστάσεις	118
Δράσεις σε αντιστοιχία με τους διαθέσιμους πόρους	120

---

<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b>	<b>125</b>
---------------------	------------

---

<b>ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΟ ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ</b>	<b>137</b>
Ερμηνευτικές Σημειώσεις	139
Παράρτημα 1. Βασικοί Δείκτες όλων των Κρατών Μελών	146
Παράρτημα 2. Θάνατοι κατά αιτία, φύλο και επίπεδο θνησιμότητας στις περιφέρειες του Π.Ο.Υ, εκτιμήσεις για το 2000	154
Παράρτημα 3. Επιβάρυνση της Υγείας από νοσήματα σε έπονος σταθμισμένα ως προς την ανικανότητα (DALYs) κατά αιτία, φύλο και επίπεδο θνησιμότητας, εκτιμήσεις για το 2000	160
Παράρτημα 4. Προσδόκιμο υγιούς επιβίωσης σε όλα τα Κράτη Μέλη, εκτιμήσεις για το 2000	166
Παράρτημα 5. Επιλεγμένοι Δείκτες Εθνικών Λογαριασμών Υγείας για όλα τα Κράτη Μέλη, εκτιμήσεις για το 1997 και 1998	170

**ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΤΩΝ ΚΡΑΤΩΝ ΜΕΛΩΝ ΚΑΤΑ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΤΟΥ ΠΟΥ  
ΚΑΙ ΕΠΙΠΕΔΟ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ**

178

**ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ**

180

**ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

181

**ΠΙΝΑΚΕΣ**

Πίνακας 2.1	Επιπολασμός κύριων ψυχιατρικών διαταραχών στην Π.Φ.Υ.	25
Πίνακας 2.2	Επιπολασμός ψυχικών διαταραχών της παιδικής και εφηβικής περιόδου - επιλεγμένες μελέτες	38
Πίνακας 2.3	Σχέση μεταξύ οικογενειακής βίας και αυτοκτονικών τάσεων	45
Πίνακας 3.1	Χρήση υπηρεσιών υγείας για ψυχικά προβλήματα, Αυστραλία, 1997	55
Πίνακας 3.2	Αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης	69
Πίνακας 3.3	Αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων για την αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας	72
Πίνακας 3.4	Αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων για την αντιμετώπιση της επιληψίας	73
Πίνακας 4.1	Αποτελέσματα της μεταφοράς λειτουργιών του παραδοσιακού ψυχιατρείου σε κοινοτικές υπηρεσίες	95
Πίνακας 4.2	Διατομεακή συνεργασία για την ψυχική υγεία	110
Πίνακας 5.1	Οι απολύτως απαραίτητες δράσεις που απαιτούνται για την αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών με βάση τις γενικές συστάσεις της έκθεσης	123

**ΣΧΗΜΑΤΑ**

Σχήμα 1.1	Αλληλεπίδραση θιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων στην ανάπτυξη ψυχικών διαταραχών	4
Σχήμα 1.2	Κατανόηση του εγκεφάλου	6
Σχήμα 1.3	Το συνεχές των καταθλιπτικών συμπτωμάτων στον πληθυσμό	12
Σχήμα 1.4	Ο φαύλος κύκλος της φτώχειας και των ψυχικών διαταραχών	15
Σχήμα 1.5	Μέση αναλογία γυναικών/ανδρών στη χρήση ψυχοτρόπων φαρμάκων, επιλεγμένες χώρες	17
Σχήμα 2.1	Η επιβάρυνση στην Δημόσια Υγεία από τα νευροψυχιατρικά νοσήματα ως ποσοστό της συνολικής επιβάρυνσης από όλα τα νοσήματα, παγκόσμια και κατά περιφέρειες του ΠΟΥ, εκτιμήσεις για το 2000	27
Σχήμα 2.2	Κύριες αιτίες ετών-ζωής σταθμισμένων ως προς την ανικανότητα (DALYs) σε όλες τις ηλικίες, στους 15 - 44 ετών, και κατά φύλο, εκτιμήσεις για το 2000	28
Σχήμα 2.3	Κύριες αιτίες ετών-ζωής με ανικανότητα σε όλες τις ηλικίες και στους 14 - 44 ετών, εκτιμηση για το 2000	29
Σχήμα 2.4	Αλλαγές στους προτυπωμένους κατά ηλικία δείκτες αυτοκτονίας σε ορισμένες χρονικές περιόδους, σε χώρες με πληθυσμό άνω των 100 εκατομμυρίων.	40

---

Σχήμα 2.5	Η αυτοκτονία ως κύρια αιτία θανάτου, επιλεγμένες χώρες της Ευρωπαϊκής περιφέρειας και της Κίνας, 15 - 34 ετών, 1998	41
Σχήμα 2.6	Επιπολασμός της κατάθλιψης, σύγκριση σε ομάδες χαμπολού και υψηλού εισοδήματος, επιλεγμένες χώρες	42
Σχήμα 3.1	Ανάγκες των ατόμων με ψυχικές διαταραχές	63
Σχήμα 4.1	Υπαρξη πολιτικών ψυχικής υγείας και νομοθεσίας, ποσοστό των μελών κρατών στις περιφέρειες του ΠΟΥ, 2000	83
Σχήμα 4.2	Εμπόδια στην εφαρμογή αποτελεσματικών παρεμβάσεων για την αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών	90
Σχήμα 4.3	Αριθμός ψυχιατρικών κλινών ανά 10.000 κατοίκους κατά περιφέρεια του ΠΟΥ, 2000.	91
Σχήμα 4.4	Αριθμός ψυχιάτρων ανά 100.000 κατοίκους, 2000	103
Σχήμα 4.5	Αριθμός ψυχιατρικών νοσηλευτών ανά 100.000 κατοίκους, 2000	104

---

## ΠΛΑΙΣΙΑ

Πλαίσιο 1.1	Ο εγκέφαλος: η νέα αντίληψη κερδίζει το βραβείο Νόμπελ	8
Πλαίσιο 1.2	Πόνος και ευεξία	9
Πλαίσιο 1.3	Συμμόρφωση με τις ιατρικές οδηγίες	10
Πλαίσιο 2.1	Οι ψυχικές διαταραχές και διαταραχές της συμπεριφοράς που περιλαμβάνονται στη δέκατη αναθεώρηση της Διεθνούς Ταξινόμησης Νόσων (ICD - 10)	22
Πλαίσιο 2.2	Παγκόσμια Επιβάρυνση της Δημόσιας Υγείας από νόσους, 2000	26
Πλαίσιο 2.3	Κάπνισμα και ψυχικές διαταραχές	33
Πλαίσιο 2.4	Απόφεις των φτωχών για τις σωματικές και ψυχικές ασθένειες	43
Πλαίσιο 3.1	Ψυχιατρική περίθαλψη: τότε ή τώρα;	52
Πλαίσιο 3.2	Καταπάτηση των ανθρώπινων δικαιωμάτων στα ψυχιατρεία	53
Πλαίσιο 3.3	Η διακήρυξη του Καράκας	55
Πλαίσιο 3.4	Ο ρόλος των καταναλωτών στη φροντίδα ψυχικής υγείας	59
Πλαίσιο 3.5	Συνεργασία με οικογένειες	60
Πλαίσιο 3.6	Ευκαιρίες εργασίας στην κοινότητα	66
Πλαίσιο 3.7	Φροντίδα για τους αυριανούς παπιούδες και γιαγιάδες	74
Πλαίσιο 3.8	Δύο εθνικές προσεγγίσεις στην πρόληψη των αυτοκτονιών	76
Πλαίσιο 4.1	Πρόγραμμα Άτλας	82
Πλαίσιο 4.2	Πολιτικός σχεδιασμός: τα βασικά ζητήματα	85
Πλαίσιο 4.3	Ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ουγκάντα	85
Πλαίσιο 4.4	Ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ιταλία	92
Πλαίσιο 4.5	Ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Αυστραλία	93
Πλαίσιο 4.6	Υπηρεσίες ψυχικής υγείας: η αστική - αγροτική ανισοκατανομή	94
Πλαίσιο 4.7	Ενσωμάτωση της ψυχικής υγείας στην Π.Φ.Υ.	96
Πλαίσιο 4.8	Διατομεακοί δεσμοί για την ψυχική υγεία	99
Πλαίσιο 4.9	Καταπολέμηση του στίγματος	107
Πλαίσιο 4.10	Η Πρωτοβουλία της Γενεύης	108

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΚΔΟΣΗΣ

**D**ύο στοιχεία χαρακτηρίζουν τις ψυχικές διαταραχές και τις διαταραχές συμπεριφοράς. Το πρώτο, αναφέρεται στον επιπολασμό τους· έρευνες των τελευταίων δεκαετιών σε όλο τον κόσμο, και την Ελλάδα, έδειξαν ότι, μια ορισμένη χρονική στιγμή, πάνω από το 20% του πληθυσμού υποφέρει από κάποια ψυχική διαταραχή, συνθήστερα ήπιας και σπανιότερα σοβαρής μορφής. Το δεύτερο, αναφέρεται στην αναγνώρισή τους ως αισθενείων τόσο από τους ίδιους τους πάσχοντες, όσο και από τους επαγγελματίες υγείας· το στήγμα που ακόμη συνδέεται με αυτές, η έλλειψη ενημέρωσης για τις σημαντικές θεραπευτικές δυνατότητες, που προσφέρει η σύγχρονη ιατρική και άλλες συναφείς επιστήμες, και η ατελής εκπαίδευση των ιατρών σε προπτυχιακό επίπεδο οδηγούν αναπόφευκτα σε πολύ χαμπλή αναγνώρισή τους. Στη χώρα μας, σε μια σχετική μελέτη στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, οι γιατροί δεν μπόρεσαν να αναγνωρίσουν την κοινή κατάθλιψη παρά μόνο σε έναν στους δέκα αισθενείς, που βρέθηκαν να πάσχουν από αυτήν. Άλλα ακόμη και αισθενείς με σοβαρά προβλήματα δεν απευθύνονται για βοήθεια διότι δεν γνωρίζουν ότι μπορούν να βοηθηθούν ή ντρέπονται γι' αυτό που έχουν και θέλουν να το αποκρύψουν, με αποτέλεσμα να επιδεινώνεται το πρόβλημά τους. Σε αυτό επίσης συμβάλλει η ελλιπής ανάπτυξη υπηρεσιών ψυχικής υγείας, δημόσιων και ιδιωτικών, συγκριτικά με άλλους τομείς υγείας.

Ο Π.Ο.Υ., αναγνωρίζοντας αυτές τις ιδιαιτερότητες, αφιέρωσε την περιοδική του έκδοση για την υγεία το 2001 στην ψυχική υγεία. Το βιβλίο αυτό είναι ένα σημαντικό κείμενο, αποτελεί κατ' ουσία μια διακήρυξη για την ψυχική υγεία και χαρακτηρίστηκε ως δημοσίευση ορόσημο. Και πράγματι είναι, δεδομένου ότι συμπυκνώνει την παγκόσμια γνώση και εμπειρία για τα θέματα των ψυχικών διαταραχών και την αντιμετώπισή τους σε επιστημονικό, κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο, δίνοντας ταυτόχρονα ιδιαίτερη βαρύτητα στις απαραίτητες αλλαγές που επιβάλλονται για την θελτιώση και τον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και την σύνδεσή τους με άλλους τομείς.

Η έκθεση απευθύνεται σε ένα ευρύτατο φάσμα αναγνωστών, που θα την βρουν ιδιαίτερα χρήσιμη και ενδιαφέρουσα. Σ' αυτούς περιλαμβάνονται οι επαγγελματίες και φοιτητές - σπουδαστές του τομέα της ψυχικής υγείας αλλά και της υγείας γενικότερα, οι κυβερνητικοί αξιωματούχοι, οι κρατικοί λειτουργοί και τα στελέχη που διαμορφώνουν την πολιτική στο χώρο της υγείας και συναφών τομέων (απασχόληση, στέγαση, κοινωνική πρόνοια, εκπαίδευση), οι δημοσιογράφοι και τα στελέχη των ΜΜΕ, τα ίδια τα άτομα με ψυχικές διαταραχές και οι οικογένειές τους ως καταναλωτές των υπηρεσιών, τα στελέχη των μη κυβερνητικών οργανώσεων που δραστηριοποιούνται στο χώρο της ψυχικής υγείας, καθώς και ο κάθε πολίτης που ενδιαφέρεται για το θέμα.

Όλοι οι προαναφερόμενοι καλούνται όχι μόνο να μελετήσουν και να συζητήσουν την έκθεση, αλλά και να επιδιώξουν την διάδοσή της στο ευρύτερο κοινό, έστω κι αν δεν συμμερίζονται πλήρως τημήματα της έκθεσης ή θα ήθελαν να τονίζονται περισσότερο ή λιγότερο κάποιες από τις αντιλήψεις που διαπνέουν το κείμενο.

Το κύριο μήνυμα που πρέπει να διαδοθεί, και με το οποίο κανείς δεν μπορεί να διαφωνήσει, είναι ότι οι ψυχικές διαταραχές είναι συχνές και προκαλούν σημαντική επιβάρυνση τόσο στην ατομική, οικογενειακή, επαγγελματική και κοινωνική ζωή των πασχόντων και των συγγενών τους όσο και στην κοινωνία, σε όρους ανθρώπινους και οικονομικούς. Το μήνυμα αυτό δεν εξαιρεί κανέναν. Όλοι μπορεί να υποφέρουμε από μια φοβία, μια κατάθλιψη ή μια αγχώδη διαταραχή. Πολύ λιγότεροι μπορεί να νοσήσουν από μια σοβαρή ψυχική διαταραχή. Θα χρειαστούν τότε την συμπαράσταση των οικογενειών τους, του συστήματος υγείας και της πολιτείας γενικότερα. Σε αυτούς που υποστηρίζουν, από άγνοια, ότι οι ψυχικές διαταραχές δεν αποτελούν προτεραιότητα διότι δεν προκα-

λούν θανάτους, όπως για παράδειγμα κάποια λοιμώδη ή κακοήθη νοσήματα, αντιτείνουμε το επιχείρημα ότι σημασία δεν έχει μόνο η διάρκεια αλλά και η ποιότητα της ζωής. Και ας μην παραγνωρίζεται το γεγονός ότι για τη συντριπτική πλειοψηφία των αυτοκτονιών ευθύνεται η ψυχική διαταραχή.

Η ψυχική υγεία ήταν παραμελημένη, επί μακρόν, σε όλες τις χώρες – και στη χώρα μας – για λόγους που αναφέρονται στην έκθεση. Για να τεθεί στο προσκάνιο είναι απαραίτητη η γνώση και η συνειδητοποίηση, από όλους, των πραγματικών διαστάσεων του θέματος καθώς και των τρόπων για την αντιμετώπισή του. Στη χώρα μας συντελείται σταδιακά, αλλά με επιταχυνόμενους ρυθμούς, μια σημαντική μεταβολή στον τομέα της ψυχικής υγείας. Νέες δομές και καινοτόμες δράσεις βρίσκονται σε εξέλιξη και πιστεύουμε πως η εναρμόνιση των προσεχών μας πρωτοβουλιών με την ανά χείρας έκθεση του Π.Ο.Υ., θα συμβάλλει σε μια σημαντική αλλαγή στο τοπίο της ψυχιατρικής περίθαλψης και της ψυχικής υγείας γενικότερα.

Πιστεύουμε ότι η παρούσα έκδοση είναι ένα πολύτιμο εργαλείο και θα αποτελεί για τα επόμενα έτη, ένα κύριο σημείο αναφοράς για όλους τους εμπλεκόμενους. Γι' αυτό το λόγο, εκτός από την διάθεση αντιτύπων σε πανελαδική κλίμακα στις υπηρεσίες, φορείς, εκπαιδευτικά ίδρυματα και λειτουργούς που προαναφέρθηκαν, η έκθεση είναι διαθέσιμη και σε ηλεκτρονική μορφή στην ιστοσελίδα του Υπουργείου:

[www.mohaw.gr/GR/healthgr/whr.pdf](http://www.mohaw.gr/GR/healthgr/whr.pdf), για κάθε ενδιαφερόμενο.

Καταλήγοντας θα ήθελα να συγχαρώ την Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας για την πρωτοβουλία αυτής της έκδοσης, καθώς και τους συντελεστές της για το, υπό την κρίση σας, αποτέλεσμα των κ. Γιώργο Πασαντωνόπουλο για την απόδοση του κειμένου στην ελληνική γλώσσα, την κ. Πέλλα Δικονημάκη για την επεξεργασία των πινάκων του στατιστικού παραρτήματος, τον κ. Νίκο Παπανικολάου, γενικό ιατρό στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, για τη συμβολή και τις παρατηρήσεις του στο κείμενο, τον κ. Πέτρο Σκαπινάκη, επιστημονικό επιμελητή και τον κ. Βαγγέλη Ζαχαριά που είχε την γενική επιμέλεια της έκδοσης.

Αθήνα, Ιούλιος 2002

Κ. Στεφανής  
Υπουργός Υγείας και Πρόνοιας

## ΜΗΝΥΜΑ ΤΗΣ ΓΕΝΙΚΗΣ ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑΣ

**Η**ψυχική νόσος δεν αποτελεί ένδειξη προσωπικής ανεπάρκειας. Δεν συμβαίνει μόνο στους άλλους. Δεν πάει πολύς καιρός που δεν μπορούσαμε να μιλήσουμε ανοικτά για τον καρκίνο. Ήταν οικογενειακό μυστικό. Σήμερα πολλοί από μας δεν θέλουν να μιλούν για το AIDS. Αυτά τα εμπόδια σταδιακά ξεπερνιόνται.

Το θέμα της Παγκόσμιας Ημέρας Υγείας 2001 ήταν "Όχι στον αποκλεισμό - Ναι στην Φροντίδα". Το μήνυμα ήταν ότι δεν δικαιούμαστε να αποκλείουμε ανθρώπους με ψυχικές ασθένειες ή εγκεφαλικές διαταραχές από τις κοινότητες μας, ότι υπάρχει χώρος για όλους. Εν τούτοις, πολλοί από μας απομακρύνονται από τέτοια άτομα ή και κάνουν ότι αγνοούν την ύπαρξη τους, λες και δεν τολμούν να αντιληφθούν το ζητούμενο, που είναι η ανάγκη φροντίδας. Το θέμα αυτής της έκθεσης είναι "Νέα αντίληψη, νέα ελπίδα".

Δείχνει πως η επιστήμη και η ευαισθησία μαζί μπορούν να υπερβούν πραγματικά και φανταστικά εμπόδια, που ορθώνονται μπροστά στη φροντίδα και θεραπεία των ψυχικά πασχόντων. Διότι υπάρχει νέα αντίληψη και νέες ελπίδες για όσους από μας πάσχουμε ψυχικά. Αντιλαμβανόμαστε τώρα πως γενετικοί, βιολογικοί, κοινωνικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες συμβάλλουν στην πρόκληση ψυχικών και εγκεφαλικών νοσημάτων. Αντιλαμβανόμαστε πόσο άρρεντα δεμένη είναι η ψυχική με την σωματική υγεία, και πόσο περίπλοκα και βαθιά αλληλοεπηρεάζονται. Κι αυτό είναι μόνο η αρχή. Πιστεύω ότι το να μιλάς για υγεία χωρίς να αναφέρεσαι και στην ψυχική υγεία είναι σα να νομίζεις ότι παίζεις μουσική όταν απλώς κουρδίζεις το όργανό σου.

Ο ΠΟΥ θέτει ένα απλό θέμα: η ψυχική υγεία – παραμελημένη επί μακρόν – είναι απαραίτητη για την ευημερία απόμων, κοινωνιών και χωρών και πρέπει να αντιμετωπιστεί παγκοσμίως σε νέα βάση. Στο

κάλεσμά μας προσήλθε η Γενική Συνέλευση του ΟΗΕ, που εφέτος γιορτάζει τα δέκατα γενέθλια των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών, δικαιωμάτων που αφορούν την προστασία και την περίθαλψή τους. Πιστεύω ότι η έκθεση για την παγκόσμια υγεία ξαναδίνει την έμφαση στις αρχές των Ηνωμένων Εθνών που τέθηκαν προ δεκαετίας. Η πρώτη από αυτές τις αρχές είναι ότι δεν θα υπάρχουν διακρίσεις εξαιτίας ψυχικών νόσων. Η δεύτερη είναι ότι ο ασθενής δικαιούται να νοσηλεύεται και να θεραπεύεται μέσα στην κοινότητά του, αν είναι δυνατόν. Και η τρίτη αρχή είναι ότι κάθε ασθενής δικαιούται να θεραπεύεται με μεθόδους, οι οποίες δεν θα έρχονται σε σύγκρουση με τα κυριαρχικά του δικαιώματα.

Όλο το 2001, τα Κράτη Μέλη εστίασαν δυναμικά τις προσπάθειές τους στις ιατρικές, κοινωνικές και πολιτικές πλευρές της ψυχικής υγείας. Ο ΠΟΥ στηρίζει επίσης εκστρατείες διεθνούς εμβέλειας σχετικά με την αντιμετώπιση της κατάθλιψης και την πρόληψη των αυτοκτονιών, την σχιζοφρένεια και την επιληψία. Το Συμβούλιο για την Παγκόσμια Υγεία 2001 συζήτησε την ψυχική υγεία σε όλες τις διαστάσεις. Για όλους τους εμπλεκμένους στον τομέα της υγείας, και για εμάς στον ΠΟΥ αυτή η διαρκής και εστιασμένη προσπάθεια είναι μία ευκαιρία, αλλά και πρόκληση.

Πολλά απομένουν να γίνουν. Δεν γνωρίζουμε πόσοι άνθρωποι δεν λαμβάνουν τη βοήθεια που χρειάζονται, η οποία είναι διαθέσιμη και μάλιστα χωρίς μεγάλο κόστος. Αρχικοί υπολογισμοί δείχνουν ότι 450 εκατομμύρια άνθρωποι σήμερα υποφέρουν από ψυχιατρικές και νευρολογικές διαταραχές ή ψυχοκοινωνικά προβλήματα, όπως ο αλκοολισμός και η εξάρπτηση από ουσίες. Πολλοί υποφέρουν σιωπηλά ή κρυφά. Πέραν αυτού,



Δρ. Gro Harlem Brundtland

έχουμε το στίγμα, την ντροπή, τον αποκλεισμό και θανάτους, τους οποίους συχνά υποκρινόμαστε ότι αγνοούμε.

Η μείζων κατάθλιψη είναι τώρα η κύρια αιτία ανικανότητας διεθνώς και καταλαμβάνει την τέταρτη θέση στις δέκα κύριες νόσους με τη μεγαλύτερη επιβάρυνση στην Δημόσια Υγεία. Αν οι προβολές μας είναι ορθές, η κατάθλιψη θα καταλάθει τη δεύτερη θέση μέσα στα επόμενα 20 χρόνια. Παγκοσμίως, 70 εκατομμύρια άνθρωποι υποφέρουν από εξάρτηση από το αλκοόλ, 50 εκατομμύρια από επιληψία και 24 εκατομμύρια από σχιζοφρένεια. Ένα εκατομμύριο αυτοκτονούν κάθε χρόνο και 10 με 20 εκατομμύρια αποπειρώνται να αυτοκτονήσουν.

Οικογένειες που δε έχουν στους κόλπους τους, κάποια στιγμή, μέλος με ψυχική διαταραχή είναι σπάνιες.

Ο ένας στους τέσσερις θα νοσήσει από ψυχική διαταραχή σε κάποιο στάδιο της ζωής του. Ο κίνδυνος κάποιων διαταραχών, συμπεριλαμβανομένης της νόσου Alzheimer, αυξάνεται με την ηλικία. Τα συμπεράσματα είναι προφανή για τον γηράσκοντα πληθυσμό. Το κοινωνικό και οικονομικό βάρος των ψυχικών διαταραχών είναι τεράστιο.

Γνωρίζουμε σήμερα ότι οι περισσότερες ασθένειες, ψυχικές και σωματικές, επηρεάζονται από ένα συνδυασμό βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων. Η κατανόηση της σχέσης ψυχικής και σωματικής υγείας αυξάνεται γιοργά. Γνωρίζουμε ότι οι ψυχικές διαταραχές οφείλονται στον συνδυασμό πολλών παραγόντων, που εκφράζονται τελικώς στον εγκέφαλο. Γνωρίζουμε ότι όλοι μπορούν να νοσήσουν, οπουδήποτε και αν μένουν και ότι, ως επί το πλείστον, οι ψυχικές διαταραχές επιδέχονται αποτελεσματικής θεραπευτικής αγωγής.

Αυτή η έκθεση ασχολείται με τις καταθλιπτικές διαταραχές, την σχιζοφρένεια, τη νοντική καθυστέρηση, τις ψυχικές διαταραχές της παιδικής και εφηβικής ηλικίας, την εξάρτηση από ουσίες και αλκοόλ, τη νόσο Alzheimer και την επιληψία. Όλα αυτά τα νοσήματα είναι κοινά και προκαλούν σημαντική αναπτηρία.

Η επιληψία δεν περιλαμβάνεται στα ψυχιατρικά προβλήματα αλλά την έχουμε συμπεριλάθει, διότι προκαλεί το ίδιο στίγμα και φόβο, όπως και οι άλλες ψυχικές ασθένειες.

Η έκθεσή μας αποτελεί μια συνοπτική ανασκόπηση των παραγόντων που συμβάλλουν στην αιτιολογία των διαταραχών αυτών και του μεγέθους της επιβάρυνσης που προκαλούν, ή προβλέπεται να προκαλέσουν στο μέλλον, στην Δημόσια Υγεία. Ασχολείται με την αποτελεσματικότητα της πρόληψης και την πρόσθαση ή τα εμπόδια στην θεραπεία. Ασχολείται λεπτομερώς με τις υπηρεσίες και το σχεδιασμό τους. Και, τελικά, προτείνει πολιτικές για την αντιμετώπιση του στίγματος και του αποκλεισμού, και για την διασφάλιση επαρκούς χρηματοδότησης των αποτελεσματικών προληπτικών και θεραπευτικών παρεμβάσεων.

Επιμένουμε στο εξής απλό σημείο: έχουμε τα μέσα και την επιστημονική γνώση να βοηθήσουμε τους πάσχοντες από ψυχικές και εγκεφαλικές διαταραχές. Οι κυθερνήσεις, όπως και η ευρεία κοινότητα των ασχολουμένων με την υγεία, έχουν αδιαφορήσει. Συνειδητά ή όχι, όλοι ευθυνόμαστε. Ο ΠΟΥ, όντας πρωτοπόρος, έχει μόνο μία επιλογή: να διασφαλίσει ότι η γενιά μας θα είναι η τελευταία που επιτρέπει στην ντροπή και στο στίγμα να υπερτερούν της επιστήμης και της λογικής.

Δρ Gro Harlem Brundtland  
Γενεύη  
Οκτώβριος 2001

## ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ

*Α*υτή η δημοσίευση – ορόσημο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας σκοπεύει να ευαισθητοποιήσει κοινό και επαγγελματίες για την πραγματική επιβάρυνση που προκαλούν οι ψυχικές διαταραχές στην Υγεία καθώς και το κόστος τους, με όρους ανθρώπινους, κοινωνικούς και οικονομικούς. Ταυτόχρονα προσπαθεί να βοηθήσει ώστε να αρθούν πολλά εμπόδια – ειδικά το στίγμα, οι διακρίσεις και οι ανεπαρκείς υπηρεσίες – τα οποία αποτρέπουν πολλά εκατομμύρια ανθρώπους σε όλο τον κόσμο από το να έχουν τη θεραπεία που δικαιούνται.

Η Εκθεση για την Παγκόσμια Υγεία 2001 βοηθά να αντιληφθούμε τις ψυχικές διαταραχές με νέο τρόπο, που δίνει ελπίδα στους ψυχικά ασθενείς και στις οικογένειες τους σε όλες τις χώρες και όλες τις κοινωνίες. Αποτελεί μια περιεκτική ανασκόπηση των όσων γνωρίζουμε για τους παράγοντες που συμβάλλουν στην αιτιολογία των διαταραχών αυτών, όσο και για την επιβάρυνση που προκαλούν στην Δημόσια Υγεία σήμερα ή, όπως προβλέπεται, στο μέλλον. Εξετάζει τη δυνατότητα πρόληψης και τους παράγοντες που παρεμποδίζουν ή διευκολύνουν την θεραπεία, και ασχολείται λεπτομερώς με την παροχή και τον σχεδιασμό υπηρεσιών. Και τέλος, κάνει συστάσεις που κάθε χώρα μπορεί να προσαρμόσει ανάλογα, ώστε με τους διαθέσιμους πόρους της να εξυπηρετήσει τις συγκεκριμένες ανάγκες της.

Οι δέκα προτάσεις για δράση έχουν ως εξής:

### 1. ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ (Π.Φ.Υ.)

Η αντιμετώπιση και η θεραπεία ψυχικών διαταραχών στην πρωτοβάθμια περίθαλψη είναι ένα βασικό βήμα, το οποίο δίνει την ευκαιρία στον μεγαλύτερο δυνατό αριθμό ατόμων να έχουν ευκολότερη και ταχύτερη πρόσθιαση στις υπηρεσίες – πρέπει να αναγνωρισθεί ότι πολλοί ήδη ζητούν βοήθεια σε αυτό το επίπεδο. Αυτό όχι μόνο προσφέρει καλύτερη φροντίδα αλλά περιορίζει τόσο την σπατάλη από περιττές εξετάσεις όσο και τις ακατάλληλες και μη εξειδικευμένες θεραπείες. Για να συμβεί αυτό όμως, οι επαγγελματίες της Π.Φ.Υ. πρέπει να εκπαιδευτούν στις βασικές δεξιότητες της φροντίδας της ψυχικής υγείας στο επίπεδο αυτό. Αυτή η εκπαιδευση διασφαλίζει την άριστη χρήση της διαθέσιμης γνώσης για το μέγιστο δυνατό αριθμό ατόμων έτσι ώστε να είναι δυνατή η άμεση εφαρμογή παρεμβάσεων. Επομένως η ψυχική υγεία θα πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στα εκπαιδευτικά προγράμματα της Π.Φ.Υ. και να υπάρχει επιμόρφωση, ώστε να θελτιώνεται η αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών από τις υπηρεσίες της πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

### 2. ΔΙΑΘΕΣΙΜΟΤΗΤΑ ΨΥΧΟΤΡΟΠΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Τα βασικά ψυχοτρόπα φάρμακα πρέπει να διατίθενται πάντα σε όλα τα επίπεδα της υγειονομικής περίθαλψης. Αυτά τα φάρμακα θα πρέπει να συμπεριλαμβάνονται στη βασική λίστα φαρμάκων κάθε χώρας και, κατά το δυνατόν, να διατίθενται τα καλύτερα φάρμακα κατά περίπτωση. Σε ορισμένες χώρες αυτό μπορεί να απαιτεί αλλαγή στη νομοθεσία τους. Αυτά τα φάρμακα αμβλύνουν τα συμπτώματα, μειώνουν την ανικανότητα, επιταχύνουν την αποθεραπεία, και προλαμβάνουν τις υποτροπές. Δίνουν τη δυνατότητα μιας αρχικής αντιμετώπισης, ιδιαίτερα σε καταστάσεις όπου δεν είναι δυνατές ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις και δεν υπάρχει εξειδικευμένο ιατρικό προσωπικό.

### 3. ΠΑΡΟΧΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΜΕΣΑ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ

Η περίθαλψη στην κοινότητα έχει καλύτερα αποτελέσματα από αυτήν που προσφέρεται στα ιδρύματα, τόσο στην έκβαση όσο και στην ποιότητα ζωής των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Η μετατόπιση του κέντρου βάρους της φροντίδας των ασθενών από τα ψυχιατρεία στην κοινότητα είναι οικονομικά συμφέρουσα και σέβεται τα ανθρώπινα δικαιώματα. Συνεπώς, οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας θα πρέπει να παρέχονται μέσα στην κοινότητα και να κάνουν χρήση όλων των διαθέσιμων πόρων. Υπηρεσίες με τέτοια βάση δίνουν τη δυνατότητα έγκαιρης παρέμβασης και περιορίζουν το στιγματισμό των ασθενών. Τα μεγάλα ψυχιατρικά άσυλα θα πρέπει να αντικατασταθούν από κατάλληλες δομές στην κοινότητα, που υποστηρίζονται από ψυχιατρικά τμήματα στα γενικά νοσοκομεία, και από υπηρεσίες κατ' οίκον φροντίδας. Οι νέες αυτές δομές θα πρέπει να εξυπηρετούν τις ανάγκες όλων των πρών χρόνιων ασθενών που διέμεναν στα μεγάλα ψυχιατρικά νοσοκομεία. Οι αλλαγές αυτές απαιτούν και ανάλογη μετακίνηση των εργαζομένων στον τομέα της ψυχικής υγείας και των υπηρεσιών αποκατάστασης από τα ιδρύματα στην κοινότητα. Θα πρέπει επίσης να υπάρξει πρόνοια για την παρέμβαση σε κρίσεις, και την προστατευμένη στέγαση και απασχόληση.

### 4. ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΥ

Πρέπει να αρχίσουν εκστρατείες ενημέρωσης και εκπαίδευσης για θέματα ψυχικής υγείας. Ο κύριος στόχος είναι να διευκολυνθεί η φροντίδα και η θεραπεία, αφού το κοινό θα γνωρίζει περισσότερα για τη συχνότητα των ψυχικών διαταραχών, τις θεραπευτικές δυνατότητες, την διαδικασία ανάρρωσης και τα ανθρώπινα δικαιώματα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Γιά να μπορεί ο γενικός πληθυσμός, οι επαγγελματίες του χώρου, τα ΜΜΕ και οι πολιτικοί να ανταποκρίνονται σωστά στα θέματα ψυχικής υγείας, θα πρέπει να γνωρίζουν τις εναλλακτικές λύσεις που υπάρχουν και τα πλεονεκτήματά τους. Αυτό είναι ήδη προτεραιότητα σε μερικές χώρες και οργανισμούς, διεθνείς ή εθνικούς. Η ορθά σχεδιασμένη ενημέρωση μπορεί να μειώσει το στήγμα και τις διακρίσεις, να αυξήσει τη χρήση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και να μειώσει το χάσμα μεταξύ σωματικής και ψυχικής υγείας.

### 5. ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΚΟΙΝΟΤΗΤΩΝ, ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΩΝ ΚΑΙ ΧΡΗΣΤΩΝ

Οι κοινότητες, οι οικογένειες και οι χρήστες των υπηρεσιών θα πρέπει να συμμετέχουν στην ανάπτυξη πολιτικών και στις αποφάσεις, στα προγράμματα και στις υπηρεσίες. Έτσι οι υπηρεσίες θα είναι καλύτερα προσαρμοσμένες στις ανάγκες και πιο φιλικές. Επί πλέον, οι παρεμβάσεις θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη την πλικά, το φύλο, την κουλτούρα και τις κοινωνικές συνθήκες κατά περίπτωση.

### 6. ΥΠΑΡΧΗ ΕΘΝΙΚΩΝ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ, ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑΣ

Η πολιτική για την ψυχική υγεία, τα προγράμματα και η νομοθεσία είναι αναγκαία βήματα που οδηγούν σε σημαντική και με βάθος χρόνου δράσην. Τα τρία αυτά στοιχεία θα πρέπει να βασίζονται στην υπάρχουσα γνώση και να λαμβάνουν υπόψη τα ανθρώπινα δικαιώματα. Οι περισσότερες χώρες πρέπει να αυξήσουν τους προϋπολογισμούς τους για την ψυχική υγεία, αφού τα σημερινά επίπεδα είναι χαμπλά. Μερικές χώρες που πρόσφατα ανάπτυξαν ή αναθεώρησαν την πολιτική και τη νομοθεσία τους, έχουν κάνει πρόοδο στην εφαρμογή προγραμμάτων για την ψυχική υγεία. Οι μεταρρυθμίσεις στην ψυχική υγεία θα πρέπει να είναι μέρος ευρύτερων μεταρρυθμίσεων στο σύστημα υγείας. Οι ασφαλιστικοί οργανισμοί δεν θα πρέπει να αποκλείουν τα άτομα με ψυχικές διαταραχές

από τα ασφαλιστικά προγράμματα υγείας, ώστε περισσότεροι να έχουν πρόσθιαση στη θεραπεία και να μειωθεί το βάρος που δέχεται η κοινωνική πρόνοια.

## 7. ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΠΟΡΩΝ

Οι περισσότερες αναπτυσσόμενες χώρες χρειάζεται να αυξήσουν και να βελτιώσουν την εκπαίδευση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, που θα παρέχουν εξειδικευμένη περίθαλψη και θα υποστηρίζουν τα προγράμματα πρωτοβάθμιας υγείας. Οι περισσότερες αναπτυσσόμενες χώρες δεν έχουν επαρκή αριθμό ειδικευμένων επαγγελματιών για να στελεχώσουν τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Άπαξ και ειδικευτεί, αυτό το προσωπικό θα πρέπει να ενθαρρυνθεί να παραμείνει στη χώρα του και σε θέσεις ανάλογες με τα προσόντα του. Αυτή η ανάπτυξη ανθρώπινων πόρων είναι ιδιαίτερα αναγκαία σε χώρες που σήμερα έχουν λίγους πόρους. Αν και η πρωτοβάθμια περίθαλψη είναι το καλύτερο περιβάλλον όσον αφορά την αρχική φροντίδα, οι ειδικοί χρειάζονται για ένα ευρύτερο φάσμα υπηρεσιών. Το ιδανικό θα ήταν οι ομάδες ειδικών στην ψυχική υγεία να συμπεριλαμβάνουν ιατρικό και μη-ιατρικό προσωπικό, όπως ψυχιάτρους, κλινικούς ψυχολόγους νοσηλευτές, κοινωνικούς λειτουργούς και εργοθεραπευτές, που μπορούν να συνεργαστούν με στόχο την ολοκληρωμένη περίθαλψη και την ενσωμάτωση των ασθενών στην κοινότητα.

## 8. ΔΕΣΜΟΙ ΜΕ ΆΛΛΟΥΣ ΤΟΜΕΙΣ

Τομείς εκτός της υγείας, όπως της εκπαίδευσης, εργασίας, δικαιοσύνης και άλλων κοινωνικών υπηρεσιών, καθώς και μη κυθερνητικές οργανώσεις, θα πρέπει να εμπλακούν στην προσπάθεια βελτίωσης της ψυχικής υγείας του πληθυσμού. Οι μη κυθερνητικές οργανώσεις θα πρέπει να είναι πολύ πιο δραστήριες, με καλύτερα καθορισμένους ρόλους και να ενθαρρύνονται να υποστηρίζουν περισσότερο τις τοπικές πρωτοβουλίες.

## 9. ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

Η ψυχική υγεία των κοινοτήτων θα πρέπει να ερευνάται και να καταγράφεται με την κατάλληλη εφαρμογή δεικτών ψυχικής υγείας που πρέπει να ενσωματωθούν στα υπάρχοντα πληροφοριακά συστήματα για την υγεία. Οι δείκτες θα πρέπει να εκτιμούν τόσο τον αριθμό των ατόμων με ψυχικές διαταραχές όσο και την ποιότητα της παρεχόμενης περίθαλψης, όπως επίσης και μερικά γενικότερα μέτρα της ψυχικής υγείας του γενικού πληθυσμού. Η καταγραφή αυτή είναι απαραίτητη για την εκτίμηση της αποτελεσματικότητας των θεραπευτικών και προληπτικών παρεμβάσεων στην ψυχική υγεία, ενώ μπορεί να ενισχύσει τα επιχειρήματα υπέρ της προσέλκυσης πόρων. Οι καταγραφές αυτές επίσης μπορούν να βοηθήσουν ώστε να καθοριστούν οι τάσεις και να ανιχνευθούν οι μεταβολές στην ψυχική υγεία που οφείλονται σε εξωγενείς παράγοντες, όπως οι καταστροφές. Η ανάπτυξη νέων δεικτών για την ψυχική υγεία κρίνεται ως απολύτως απαραίτητη για την καλύτερη εκτίμηση των αναγκών στην κοινότητα.

## 10. ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Περισσότερη έρευνα στις βιολογικές και ψυχοκοινωνικές πλευρές της ψυχικής υγείας είναι αναγκαία, ώστε να κατανοήσουμε καλύτερα τις ψυχικές διαταραχές και να αναπτύξουμε αποτελεσματικότερες παρεμβάσεις. Η έρευνα θα πρέπει να γίνεται σε ευρεία διεθνή βάση, ώστε να κατανοήσουμε τις διαφορές από κοινότητα σε κοινότητα και να μάθουμε περισσότερα για παράγοντες που ενέχονται στην αιτιολογία, την πορεία και την έκβαση των ψυχικών διαταραχών. Η δημιουργία ερευνητικής υποδομής στις αναπτυσσόμενες χώρες πρέπει να αποτελέσει προτεραιότητα.

## ΤΡΙΑ ΣΕΝΑΡΙΑ ΔΡΑΣΗΣ

Είναι κρίσιμο να υπάρξει διεθνής δράση εάν πρόκειται να εφαρμοστούν αυτές οι πράσεις, διότι πολλές χώρες δεν διαθέτουν τους αναγκαίους πόρους. Οι τεχνικές υπηρεσίες καθώς και οι υπηρεσίες αινάπτυξης των Ηνωμένων Εθνών, αλλά και άλλες, μπορούν να βοηθήσουν χώρες σε φάση ανάπτυξης της υποδομής τους στην ψυχική υγεία. Επίσης μπορούν να συμβάλλουν στην εκπαίδευση προσωπικού και στην προώθηση της έρευνας.

Το τελικό τμήμα της έκθεσης δίνει "τρία σενάρια δράσης" για να βοηθήσει την πορεία των χωρών σ' όλο τον κόσμο, σύμφωνα με τα ποικίλα επίπεδα εθνικών πόρων που διατίθενται για την ψυχική υγεία. Το πρώτο σενάριο, για παράδειγμα, αφορά τις φτωχότερες χώρες, όπου οι πόροι είναι αινύπαρκτοι ή ελάχιστοι. Ακόμη και σε αυτές τις περιπτώσεις, ανάληψη συγκεκριμένης δράσης είναι δυνατή, όπως η εκπαίδευση όλου του προσωπικού, η διαθεσιμότητα των βασικών φαρμάκων σε όλα τα σημεία παροχής υπηρεσιών υγείας, και η μεταφορά των ψυχικά αισθενών έξω από τις φυλακές. Για τις χώρες με μέτριο επίπεδο πόρων το δεύτερο σενάριο, μεταξύ άλλων, προτείνει το κλείσιμο των μεγάλων ψυχιατρικών ασύλων και την ενσωμάτωση της φροντίδας για την ψυχική υγεία στο γενικό σύστημα φροντίδας υγείας. Για τις χώρες με τους περισσότερους πόρους, το τρίτο σενάριο προτείνει βελτίωση στην αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών στην Π.Φ.Υ., ευρύτερη διάθεση των νεώτερων φαρμάκων και κοινοτικές δομές παροχής φροντίδας, οι οποίες να προσφέρουν 100% κάλυψη.

Όλες οι παραπάνω προτάσεις και δράσεις πηγάζουν από το κύριο μέρος της έκθεσης.

## ΠΕΡΙΓΡΑΜΜΑ ΤΗΣ ΕΚΘΕΣΗΣ

**Το πρώτο κεφάλαιο** εισάγει τον αναγνώστη στο πώς αντιλαμβανόμαστε σήμερα την ψυχική υγεία και εξηγεί γιατί είναι σημαντική όσο και η σωματική για την επίτευξη της ευημερίας αιώνων, οικογενειών και κοινωνιών.

Η ψυχική και σωματική υγεία είναι δύο ζωτικά νήματα που πλέκονται σφιχτά και αλληλεξαρτώνται στενά. Πρόοδοι στις νευροεπιστήμες και στην συμπεριφορική ιατρική έχουν δείξει ότι όπως πολλές σωματικές νόσοι, έτσι και οι ψυχικές διαταραχές, καθώς και οι διαταραχές της συμπεριφοράς, είναι το αποτέλεσμα περίπλοκων αλληλεπιδράσεων βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων.

Καθώς εξελίσσεται η μοριακή επανάσταση, οι ερευνητές κατορθώνουν να δουν τον ζώντα, ανθρώπινο εγκέφαλο εν δράσει καθώς αισθάνεται ή σκέπτεται και να κατανοούν γιατί μερικές φορές δεν εργάζεται και τόσο ικανοποιητικά. Οι μελλοντικές πρόοδοι θα μας επιτρέψουν να έχουμε πληρέστερη κατανόηση των περίπλοκων ψυχικών και συμπεριφορικών λειτουργιών του εγκεφάλου. Καινοτομίες στην απεικόνιση του εγκεφάλου και άλλες ερευνητικές τεχνικές θα μας δώσουν "κινηματογραφικές εικόνες" της δραστηριότητας του κεντρικού νευρικού συστήματος.

Εν τω μεταξύ, επιστημονικά στοιχεία από το πεδίο της συμπεριφορικής ιατρικής έχουν δείξει την θεμελιώδη σχέση μεταξύ ψυχικής και σωματικής υγείας – για παράδειγμα, η κατάθλιψη προηγείται της εμφάνισης καρδιακών παθήσεων. Ή έρευνα αποδεικνύει ότι υπάρχουν δύο κύριοι οδοί διά των οποίων η ψυχική και η σωματική υγεία αλληλεπηρεάζονται.

Τα φυσιολογικά συστήματα, όπως οι νευροενδοκρινικές και ανοσοποιητικές λειτουργίες, αποτελούν μία από αυτές τις οδούς. Αγχώδεις και καταθλιπτικές καταστάσεις, για παράδειγμα, επιφέρουν δυσλειτουργία αιτών των συστημάτων και ο οργανισμός γίνεται πιο ευάλωτος στις σωματικές νόσους.

Η υγιεινή συμπεριφορά, η οποία, μεταξύ άλλων, αναφέρεται στη δίαιτα, άσκηση, σεξουαλικές πρακτικές, το κάπνισμα καθώς και η συμμόρφωση στις ιατρικές οδηγίες, είναι μία άλλη οδός. Η υγιεινή συμπεριφορά ενός αιώνου εξαρτάται πολύ από την ψυχι-

κί του υγεία. Για παράδειγμα, πρόσφατα στοιχεία δείχνουν ότι οι νέοι με ψυχιατρικές διαταραχές, όπως κατάθλιψη και εξάρτηση από ουσίες, είναι πιθανότερο να καπνίζουν και να έχουν υψηλού κινδύνου σεξουαλική συμπεριφορά.

Οι ατομικοί ψυχολογικοί παράγοντες επίσης σχετίζονται με την ανάπτυξη ψυχικών διαταραχών. Οι σχέσεις παιδιών με γονείς, ή με άλλα πρόσωπα με ανάλογους ρόλους κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας, είναι κρίσιμες. Αδιάφορο για το ποια ακριβώς είναι η αιτία, τα παιδιά που στερήθηκαν προστασίας είναι πιθανότερο να αναπτύξουν ψυχικές διαταραχές, είτε στην παιδική τους ηλικία, είτε αργότερα. Κοινωνικοί παράγοντες, όπως η ανεξέλεγκτη αστικοποίηση, η φτώχεια και η ταχεία τεχνολογική αλλαγή είναι επίσης σημαντικοί. Η σχέση ψυχικής υγείας και φτώχειας είναι ιδιαίτερα αξιοσημείωτη: οι φτωχοί και στερημένοι έχουν περισσότερες διαταραχές, συμπεριλαμβανομένης της κατάχρησης ουσιών. Το χάσμα θεραπείας στις περισσότερες ψυχικές διαταραχές είναι μεγάλο, αλλά στους φτωχούς πληθυσμούς είναι τεράστιο.

**Το δεύτερο κεφάλαιο** τοποθετεί αυτό το χάσμα της θεραπείας σε υψηλή προτεραιότητα μεταξύ των ζητημάτων ψυχικής υγείας σήμερα. Πρώτα, περιγράφει το μέγεθος και την επιβάρυνση που προκαλείται από τις ψυχικές διαταραχές και τις διαταραχές συμπεριφοράς στην Δημόσια Υγεία. Δείχνει ότι οι διαταραχές αυτές είναι κοινές, αφού προσθάλλουν το 20-25% του πληθυσμού κάποια στιγμή στη ζωή τους. Είναι επίσης παγκόσμιες, αφού προσθάλλουν όλες τις χώρες, κοινωνίες, άτομα και ηλικίες. Οι διαταραχές, άμεσα ή έμμεσα, επηρεάζουν οικονομικά τις κοινωνίες σε σημαντικό βαθμό, συμπεριλαμβανομένου και του κόστους των υπηρεσιών. Η αρνητική επίδραση στην ποιότητα ζωής ατόμων και οικογενειών είναι τεράστια. Υπολογίζεται ότι το 2000 οι ψυχιατρικές και νευρολογικές διαταραχές ευθύνονται για το 12% του συνόλου των χαμένων ετών-ζωής σταθμισμένων ως προς την ανικανότητα (DALYs) λόγω ασθενειών και τραυματισμών. Η προβολή στο 2020 δείχνει ότι το ποσοστό αυτό θα έχει αυξηθεί στο 15%. Εν τούτοις, θεραπεία λαμβάνει μόνο ένα μικρό μέρος όλων όσων ασθενούν.

Το κεφάλαιο κάνει μια εισαγωγική περιγραφή μιας ομάδας κοινών διαταραχών που συνήθως προκαλούν σοβαρή ανικανότητα, και περιγράφει πώς αναγνωρίζονται και διαγιγνώσκονται, και τι αντίκτυπο έχουν στην ποιότητα ζωής. Η ομάδα περιλαμβάνει τις καταθλιπτικές διαταραχές, τη σχιζοφρένεια, τις διαταραχές από τη χρήση ουσιών, την επιληψία, τις ψυχικές διαταραχές της παιδικής και εφηβικής ηλικίας και τη νόσο Alzheimer. Αν και η επιληψία είναι σαφώς νευρολογική διαταραχή, συμπεριλαμβάνεται διότι ιστορικά θεωρήθηκε ψυχική διαταραχή και αυτό ισχύει ακόμα σε πολλές κοινωνίες. Όπως και οι ψυχικά πάσχοντες, έτσι και οι πάσχοντες από επιληψία στιγμάτιζονται και, αν δεν λάβουν αγωγή, καταλήγουν να έχουν σοβαρή αναπηρία.

Οι παράγοντες που καθορίζουν τον επιπολασμό, την έναρξη και την πορεία όλων αυτών των διαταραχών συμπεριλαμβάνουν την φτώχεια, το φύλο, την ηλικία, τον πόλεμο και τις καταστροφές, σοβαρές σωματικές αισθένειες και το οικογενειακό και κοινωνικό περιθάλλον. Συχνά, δύο ή περισσότερες ψυχικές διαταραχές συνυπάρχουν, όπως, για παράδειγμα παρατηρείται με τις αγχώδεις και καταθλιπτικές διαταραχές.

Το κεφάλαιο συντιά τη σχέση της αυτοκτονικότητας με τις παραπάνω διαταραχές. Τρεις πλευρές της αυτοκτονίας είναι σημαντικές για τη δημόσια υγεία. Πρώτον, είναι μια από τις κύριες αιτίες θανάτου των νέων στις περισσότερες αναπτυγμένες χώρες, όπως και σε πολλές αναπτυσσόμενες. Δεύτερον, υπάρχει μεγάλη απόκλιση των ποσοστών αυτοκτονίας μεταξύ χωρών, των δύο φύλων και διαφόρων ηλικιακών ομάδων. Αυτό είναι ένδειξη των περίπλοκων αλληλεπιδράσεων των βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικο-πολιτισμικών παραγόντων. Τρίτον, οι αυτοκτονίες των νέων και των γυναικών είναι πρόσφατο πρόβλημα που χειροτερεύει σε πολλές χώρες. Η πρόληψη των αυτοκτονιών είναι μεταξύ των θεμάτων του επόμενου κεφαλαίου.

**Το τρίτο κεφάλαιο** αναφέρεται στην αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών. Προβάλει ένα θέμα κλειδί όλης της έκθεσης, το οποίο παρουσιάζεται στις γενικές συστάσεις με

έμφαση. Αυτό είναι η θετική μετατόπιση του κέντρου βάρους της φροντίδας από την ιδρυματική πρόνοια, όπου οι πάσχοντες από σοβαρές ψυχικές διαταραχές νοσηλεύονται σε άσυλα ή μεγάλα νοσοκομεία ή κρατούνται σε φυλακές, στην περίθαλψη στην κοινότητα με την υποστήριξη διαθέσιμων κλινών σε γενικά νοσοκομεία για οξεία περιστατικά. Η πολιτική αυτή συνιστάται σε όλες τις χώρες και εφαρμόζεται ήδη με επιτυχία σε αρκετές.

Στην Ευρώπη του 19ου αιώνα η ψυχική νόσος θεωρήθηκε ως αντικείμενο επιστημονικής έρευνας: η ψυχιατρική εξελίχθηκε ως ιατρική επιστήμη και οι ψυχικά διαταραγμένοι εθεωρούντο ότι ανήκουν στη δικαιοδοσία του γιατρού. Άλλα όμως οι άνθρωποι με αυτές τις διαταραχές, όπως και άλλοι με διάφορες άλλες ασθένειες και ανεπιθύμητη κοινωνική συμπεριφορά, απομονώνονταν από την κοινωνία σε μεγάλα ιδρύματα εγκλεισμού, τα κρατικά φρενοκομεία, τα λεγόμενα αργότερα ψυχιατρεία. Αυτές οι τάσεις υιοθετήθηκαν κατόπιν και στις άλλες περιόδους.

Στο δεύτερο ήμισυ του 20ου αιώνα επήλθε μια μετατόπιση στα πρότυπα της ψυχικής υγείας, με κύριες αιτίες τρεις ανεξάρτητους παράγοντες. Πρώτον, η ψυχοφαρμακολογία έκανε σημαντικές προόδους με την ανακάλυψη νέων κατηγοριών φαρμάκων, ιδιαίτερα τα αντιψυχωτικά και τα αντικαταθλιπτικά, καθώς και η ανάπτυξη νέων μορφών ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων. Δεύτερον, το κίνημα των ανθρωπίνων δικαιωμάτων έγινε ένα πραγματικά διεθνές φαινόμενο υπό την αιγίδα του νεοϊδρυθέντος Οργανισμού Ήνωμένων Εθνών, και η δημοκρατία προωθήθηκε παγκοσμίως. Τρίτον, η ψυχική υγεία ενσωματώθηκε άρρηκτα στην αντίληψη της υγείας όπως αυτή ορίστηκε από τον ΠΟΥ. Όλα αυτά άθησαν προς την κατεύθυνση μιας πιο ανοικτής και ευέλικτης περίθαλψης στα πλαίσια της κοινότητας, έναντι εκείνης που παρεχόταν στα άσυλα.

Τα μειονεκτήματα των ασύλων αποδεικνύονται από την κατ' επανάληψη κακομεταχείριση των ασθενών, την γεωγραφική απομόνωση των ιδρυμάτων αλλά και την απομόνωση του προσωπικού από επιστημονική άποψη, την κακή διαχείριση των οικονομικών πόρων τους, την έλλειψη εκπαίδευσης και επίβλεψης του προσωπικού και τους ανεπαρκείς ελέγχους ποιότητας.

Σε αντίθεση με τα άσυλα, η κοινοτική φροντίδα στοχεύει στην καλή περίθαλψη και ενδυνάμωση των ατόμων με ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές. Στην πράξη, η φροντίδα στην κοινότητα συνεπάγεται την ανάπτυξη ευρέως φάσματος υπηρεσιών σε τοπική κλίμακα. Αυτή η διεργασία, που δεν έχει ακόμη αρχίσει σε πολλές περιοχές και χώρες, σκοπεύει να εξασφαλίσει την χρυσή τομή, δηλαδή την παροχή φροντίδας που δεν θα αναπαράγει τις αρνητικές πλευρές της ιδρυματικής φροντίδας αλλά και χωρίς να αποκλείει κάποιες από τις προστατευτικές πλευρές της τελευταίας.

Χαρακτηριστικά της κοινοτικής φροντίδας ψυχικής υγείας είναι τα ακόλουθα:

- υπηρεσίες κοντά στην κατοικία, συμπεριλαμβανομένης της περίθαλψης σε γενικά νοσοκομεία για αντιμετώπιση οξείων περιστατικών, δυνατότητες στέγασης σε μακροπρόθεσμη βάση μέσα στην κοινότητα
- παρεμβάσεις που κατευθύνονται τόσο στα συμπτώματα όσο και στην συνεπαγόμενη ανικανότητα
- εξαπομνημένη θεραπεία και περίθαλψη σύμφωνα με τη διάγνωση και τις ανάγκες του κάθε πάσχοντα
- ευρύ φάσμα υπηρεσιών που καλύπτουν τις ανάγκες των ασθενών με ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές
- καλή συνεργασία μεταξύ επαγγελματιών ψυχικής υγείας και άλλων κοινοτικών υπηρεσιών
- ευέλικτες παρά στατικές υπηρεσίες, συμπεριλαμβανομένων εκείνων που μπορούν να προσφέρουν θεραπεία κατ' οίκον.
- συνεργασία με τους φροντιστές (συγγενείς) των ασθενών και ικανοποίηση των αναγκών τους.
- υποστηρικτική νομοθεσία των παραπάνω πρακτικών.

Το κεφάλαιο αυτό τονίζει ιδαίτερα ότι δεν συνιστάται το κλείσιμο των ψυχιατρείων χωρίς την ύπαρξη εναλλακτικών λύσεων στη κοινότητα και, αντιστρόφως, ούτε η δημιουργία κοινοτικών εναλλακτικών λύσεων χωρίς το κλείσιμο των ψυχιατρείων. Αυτά πρέπει να συμβούν ταυτόχρονα, εναρμονισμένα και συντονισμένα. Μια ορθή αποιδρυματοποίηση έχει τρία βασικά στοιχεία:

- πρόληψη άσκοπων εισαγωγών σε νοσοκομεία μέσω της παροχής φροντίδας στο επίπεδο της κοινότητας
- μετακίνηση προς την κοινότητα μακροχρόνιων ιδρυματικών ασθενών που προετοιμάστηκαν επαρκώς
- ιδρυση και συντήρηση κοινοτικών δομών φροντίδας για μη ιδρυματοποιημένους ασθενείς

Τα προγράμματα ψυχικής υγείας έχουν χαμπλή προτεραιότητα σε πολλές αναπτυσσόμενες χώρες. Η πρόνοια περιορίζεται σε μικρό αριθμό ιδρυμάτων, που συνήθως είναι αναποτελεσματικά, ανεπαρκώς στελεχωμένα και όπου επικρατεί το αδιαχώριτο. Οι υπηρεσίες αντικατοπτρίζουν μικρή κατανόηση των αναγκών των ασθενών ή της ποικιλίας των προσεγγίσεων που υπάρχουν για τη θεραπεία και την περίθαλψη. Δεν υπάρχει ψυχιατρική περίθαλψη για την πλειονότητα του πληθυσμού. Οι μόνες υπηρεσίες προσφέρονται σε μεγάλα ψυχιατρεία, τα οποία λειτουργούν με νομοθεσία που είναι συχνά περισσότερο προσανατολισμένη στην καταστολή παρά στην θεραπεία. Δεν είναι εύκολα προσβάσιμα και γίνονται τα ίδια κοινότητες απομονωμένες από την ευρύτερη κοινωνία.

Παρόλες τις σημαντικές διαφορές που έχουν, οι ψυχιατρικές υπηρεσίες στις αναπτυγμένες και αναπτυσσόμενες χώρες μοιράζονται ένα κοινό πρόβλημα: πολλοί άνθρωποι που θα έπρεπε να τις χρησιμοποιούν δεν το κάνουν. Ακόμα και σε χώρες με καλά οργανωμένες υπηρεσίες, λιγότεροι από τους μισούς καταφέγγουν σε αυτές. Αυτό σχετίζεται τόσο με το στιγματισμό των ατόμων με ψυχικές διαταραχές όσο και με την ακαταλληλότητα των υπηρεσιών που υπάρχουν.

Το κεφάλαιο καθορίζει τις σημαντικές αρχές που πρέπει να διέπουν την φροντίδα της ψυχικής υγείας. Αυτές συμπεριλαμβάνουν την διάγνωση, έγκαιρη παρέμβαση, κατάλληλη χρήση θεραπευτικών τεχνικών, διάρκεια στην περίθαλψη και ευρύ φάσμα υπηρεσιών. Επιπρόσθιτες αρχές είναι η εμπλοκή των χρηστών των υπηρεσιών, η συνεργασία με τις οικογένειες, η εμπλοκή της τοπικής κοινότητας και η ενσωμάτωση στην Π.Φ.Υ.

Το κεφάλαιο περιγράφει επίσης τρία βασικά συστατικά της περίθαλψης – την φαρμακευτική αγωγή, την ψυχοθεραπεία και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση – και υποστηρίζει ότι ένας ισόρροπος συνδυασμός τους είναι πάντα αναγκαίος. Συζητά επίσης την πρόληψη, θεραπεία και αποκατάσταση στο πλαίσιο των διαταραχών που περιγράφονται στην έκθεση.

**Το τέταρτο κεφάλαιο** αισχολείται με την πολιτική της ψυχικής υγείας και την παροχή υπηρεσιών. Η προστασία και βελτίωση της ψυχικής υγείας του πληθυσμού είναι περίπλοκο έργο και συνεπώς απαιτεί τη λήψη πολλών αποφάσεων. Πρέπει να τεθούν προτεραιότητες ως προς τις ανάγκες της ψυχικής υγείας, τις συνθήκες, υπηρεσίες, θεραπείες, στρατηγικές πρόληψης και ενημέρωσης, και πρέπει να γίνουν επιλογές για την χρηματοδότηση όλων αυτών. Οι υπηρεσίες και οι στρατηγικές της ψυχικής υγείας πρέπει να είναι καλά συντονισμένες μεταξύ τους, αλλά και με άλλες υπηρεσίες, όπως η κοινωνική ασφάλιση, η εκπαίδευση και οι κρατικές παρεμβάσεις στην απασχόληση και στη στέγαση. Τα αποτελέσματα των πολιτικών στην έκβαση των ψυχικών διαταραχών πρέπει να ελέγχονται και να αναλύονται, ούτως ώστε οι αποφάσεις να αναπροσαρμόζονται συνεχώς, και να αντιμετωπίζονται οι προκλήσεις που ανακύπτουν.

Οι κυθερώνταις, ως τελικά υπεύθυνες για την διαχείριση της ψυχικής υγείας, πρέπει να αναλάβουν την ευθύνη, ώστε να εφαρμόζονται αυτές οι περίπλοκες δραστηριότητες. Ένας κρίσιμος ρόλος της διαχείρισης είναι να αναπτύξει και να εφαρμόσει πολιτική. Αυτό

σημαίνει ότι πρέπει να προσδιοριστούν τα μείζονα ζητήματα και οι στόχοι, να οριστούν οι αντίστοιχοι ρόλοι του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα στη χρηματοδότηση και πρόνοια, και να προσδιοριστούν τα εργαλεία πολιτικής και οργάνωσης που απαιτούνται στο δημόσιο και ίσως στον ιδιωτικό τομέα, ώστε να επιτευχθούν οι στόχοι στην ψυχική υγεία. Σημαίνει επίσης, ότι θα δημιουργηθούν συνθήκες επέκτασης των δυνατοτήτων και της οργάνωσης του τομέα, και ότι θα παρέχεται καθοδήγηση για να τεθούν προτεραιότητες ως προς τις δαπάνες, ώστε η ανάλυση των προβλημάτων να βρίσκει εφαρμογή στην ορθή κατανομή των πόρων.

Το κεφάλαιο συζητά λεπτομερειακά αυτά τα θέματα, αρχίζοντας με τις εναλλακτικές δυνατότητες χρηματοδότησης για τις προσφερόμενες υπηρεσίες ψυχικής υγείας και σημειώνοντας ότι αυτές δεν θα πρέπει να διαφέρουν από τις υπόλοιπες στο χώρο της υγείας. Οι άνθρωποι θα πρέπει να προφυλάσσονται από καταστροφικές οικονομικές απαιτήσεις, που σημαίνει ελαχιστοποίηση πληρωμών τη στιγμή της ανάγκης και μεγιστοποίηση της κάλυψης μέσω φορολογίας, υποχρεωτικής κοινωνικής ασφάλισης ή προαιρετικής ιδιωτικής ασφάλισης. Οι υγείες θα πρέπει να επιχορηγούν τους ασθενείς με μηχανισμούς "προπληρωμών" και σε ένα καλό χρηματοδοτικό σύστημα οι πλούσιοι θα πρέπει να επιχορηγούν τους φτωχούς, μέχρι ενός σημείου τουλάχιστον.

Το κεφάλαιο συνεχίζει συζητώντας την διατύπωση πολιτικής ψυχικής υγείας, η οποία, όπως σημειώνει, συνχρά αναπτύσσεται ανεξάρτητα από τις πολιτικές για το αλκοόλ και τα ναρκωτικά. Υποστηρίζει ότι οι πολιτικές για την ψυχική υγεία, το αλκοόλ και τα ναρκωτικά πρέπει να διατυπώνονται μέσα στο πλαίσιο ενός σύνθετου συνόλου κυθερνητικών πολιτικών για την υγεία, την πρόνοια και την κοινωνία γενικά. Η κοινωνική, πολιτική και οικονομική πραγματικότητα πρέπει να αναγνωρίζεται σε τοπικό, περιφερειακό και εθνικό επίπεδο.

Η διατύπωση της πολιτικής πρέπει να βασίζεται σε σύγχρονες, αξιόπιστες και έγκυρες πληροφορίες για την κοινότητα, σε δείκτες ψυχικής υγείας, αποτελεσματικές θεραπείες, στρατηγικές πρόληψης και ενημέρωσης, και πόρους. Η πολιτική θα πρέπει να ανανεώνεται περιοδικά.

Οι πολιτικές θα πρέπει να επικεντρώνονται σε ευπαθείς ομάδες με ειδικές ανάγκες ψυχικής υγείας όπως τα παιδιά, οι πλικιωμένοι, οι γυναίκες που υφίστανται κακομεταχείριση, οι πρόσφυγες και οι εκτοπισμένοι λόγω εμφυλίων πολέμων και εσωτερικών αναταραχών.

Οι πολιτικές θα πρέπει επίσης να συμπεριλαμβάνουν την πρόληψη των αυτοκτονιών. Αυτό σημαίνει, για παράδειγμα, να μειωθεί η πρόσβαση στα δηλητήρια και τα πυροβόλα όπλα, να μην είναι τοξικό το αέριο οικιακής χρήσης και η εξάτμιση των αυτοκινήτων. Αυτές οι πολιτικές δεν πρέπει απλώς να προστατεύουν όσους κινδυνεύουν περισσότερο, όπως τους πάσχοντες από κατάθλιψη, σχιζοφρένεια και αλκοόλ, αλλά πρέπει να περιλαμβάνουν και γενικά μέτρα ελέγχου της κατανάλωσης του αλκοόλ και των ναρκωτικών.

Ο δημόσιος προϋπολογισμός για την ψυχική υγεία σε πολλές χώρες δαπανάται κυρίως στην ιδρυματική πρόνοια, ενώ λίγοι ή καθόλου πόροι διατίθενται για πιο αποτελεσματικές υπηρεσίες στην κοινότητα. Στις περισσότερες χώρες οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας πρέπει να επανεκτιμούνται και να μεταρρυθμιστούν, ώστε να παρέχουν την καλύτερη διαθέσιμη σήμερα θεραπεία και φροντίδα. Το κεφάλαιο εξετάζει τρόπους βελτίωσης της οργάνωσης των υπηρεσιών ακόμα και με περιορισμένους πόρους, ώστε όσοι τις χρειάζονται να τις εκμεταλλεύονται πλήρως. Αυτοί είναι: η μετατόπιση της φροντίδας από τα ψυχιατρεία στην κοινότητα, η ανάπτυξη κοινωνικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας, και η ενσωμάτωση υπηρεσιών ψυχικής υγείας στις γενικές ιατρικές υπηρεσίες.

Άλλα ζητήματα που θίγονται σε αυτό το κεφάλαιο συμπεριλαμβάνουν: τη διαθεσιμότητα ψυχοτρόπων φαρμάκων, τη δημιουργία διατομεακών δεσμών, την επιλογή παρεμβάσεων στην ψυχική υγεία, τους ρόλους του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα στην

παροχή υπηρεσιών, την ανάπτυξη των ανθρώπινων πόρων, τον ορισμό των ρόλων και λειτουργιών των εργαζομένων στην ψυχική υγεία, και την προαγωγή όχι μόνο της ψυχικής υγείας αλλά και των ανθρώπινων δικαιωμάτων όσων έχουν ψυχικές διαταραχές. Για τούτο το τελευταίο, η νομοθεσία είναι ουσιώδης ώστε να διασφαλιστεί ότι τα βασικά ανθρώπινα δικαιώματα προστατεύονται.

Η διατομεακή συνεργασία κυθερνητικών υπηρεσιών είναι κεφαλαιώδης ώστε οι πολιτικές για την ψυχική υγεία να ωφεληθούν από τα μεγάλα κυθερνητικά προγράμματα. Έτσι πλέον, η παροχή στοιχείων σχετικά με την ψυχική υγεία είναι αιναγκαία, ώστε όλες οι κυθερνητικές δραστηριότητες και πολιτικές να συνεισφέρουν και όχι να αφαιρούν από την ψυχική υγεία. Εμπλέκονται η εργασία και η απασχόληση, το εμπόριο και η οικονομία, η εκπαίδευση, η στέγαση, άλλες υπηρεσίες κοινωνικής πρόνοιας και το σωφρονιστικό σύστημα.

Αυτό το κεφάλαιο υποστηρίζει ότι τα πιο σημαντικά εμπόδια που πρέπει να υπερπιδηθούν στην κοινότητα είναι το στίγμα και οι διακρίσεις, και ότι μια πολυεπίπεδη προσέγγιση είναι αιναγκαία, συμπεριλαμβανομένου του ρόλου των ΜΜΕ και της χρήσης κοινωνικών πόρων για την ενθάρρυνση αλλαγών.

**Το πέμπτο κεφάλαιο** περιέχει τις συστάσεις και τρία σενάρια δράσης που καταγράφονται στην αρχή αυτής της περίληψης. Είναι μια αισιόδοξη κατάληξη της έκθεσης, διότι δηλώνει ότι υπάρχουν διαθέσιμες λύσεις για τις ψυχικές διαταραχές. Οι επιστημονικές πρόσδοδοι στη θεραπεία των ψυχικών διαταραχών μπορούν να προσφέρουν βοήθεια στα περισσότερα άτομα και οικογένειες. Πέρα από την αποτελεσματική θεραπεία και αποκατάσταση, υπάρχουν και στρατηγικές πρόληψης αρκετών διαταραχών. Μια κατάλληλη, προοδευτική νομοθεσία και πολιτική για την ψυχική υγεία μπορεί να προσφέρει πολλές υπηρεσίες στους έχοντες ανάγκη. Υπάρχει νέα αντίληψη και νέα ελπίδα.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

*Η προσέγγιση  
της φυσικής υγείας  
από τη σκοπιά  
της δημόσιας υγείας*

Η φυσική υγεία είναι εξίσου σημαντική με τη σωματική υγεία για την συνολική ευεξία ατόμων, κοινωνιών και χωρών. Εντούτοις, μόνο ένα μικρό τμήμα των 450 εκατομμυρίων ανθρώπων που υποφέρουν από φυσικές και συμπεριφορικές διαταραχές λαμβάνει κάποια θεραπεία. Πρόοδοι στις νευροεπιστήμες και στη συμπεριφορική ιατρική έχουν αποδείξει ότι, όπως πολλές σωματικές ασθένειες, έτσι και οι φυσικές και συμπεριφορικές διαταραχές είναι το αποτέλεσμα μίας σύνθετης αλληλεπίδρασης μεταξύ βιολογικών, φυσολογικών και κοινωνικών παραγόντων. Παρόλο που έχουμε πολλά ακόμα να μάθουμε, ήδη έχουμε τη γνώση και τη δυνατότητα να μειώσουμε την επιβάρυνση που προκαλούν στην υγεία οι φυσικές και συμπεριφορικές διαταραχές παγκοσμίως.



## 1

# Η ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΟ ΤΗ ΣΚΟΠΙΑ ΤΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

**Γ**ια όλους τους ανθρώπους η ψυχική, σωματική και κοινωνική υγεία είναι παράγοντες ζωτικής σημασίας που συμπλέκονται και αλληλεξαρτώνται στενά. Καθώς η κατανόηση αυτής της σχέσης βαθαίνει, γίνεται ακόμη περισσότερο προφανές ότι η ψυχική υγεία είναι αποφασιστική σημασίας για την ευεξία ατόμων, κοινωνιών και χωρών.

Δυστυχώς, στα περισσότερα μέρη του κόσμου, η ψυχική υγεία και οι ψυχικές διαταραχές δεν αντιμετωπίζονται με την ίδια σοβαρότητα όπως η σωματική υγεία. Αντιθέτως, σε μεγάλο βαθμό αγνοούνται και παραγνωρίζονται. Εν μέρει λόγω αυτού, ο κόσμος υφίσταται τις αιχανόμενες επιπτώσεις των ψυχικών διαταραχών και ένα διευρυνόμενο "χάσμα θεραπείας". Σήμερα, περίπου 450 εκατομμύρια άνθρωποι υποφέρουν από μία ψυχική ή συμπεριφορική διαταραχή. Εντούτοις, μόνο μία μικρή μειοψηφία λαμβάνει έστω και την πιο στοιχειώδη θεραπεία. Στις αναπτυσσόμενες χώρες τα περισσότερα άτομα με σοβαρές ψυχικές διαταραχές εγκαταλείπονται στην τύχη τους και αντιμετωπίζουν αιθούμητα αισθένειες όπως η κατάθλιψη, η άνοια, η σχιζοφρένεια και η εξάρπτωση από ουσίες. Παγκοσμίως πολλοί άνθρωποι λόγω της αισθένειάς τους γίνονται στόχοι στιγματισμού και διακρίσεων.

Ο αριθμός των πασχόντων είναι πιθανό να αυξηθεί στο μέλλον, λαμβανομένου υπόψη του γηράσκοντος πληθυσμού, των επιδεινούμενων κοινωνικών προβλημάτων και των κοινωνικών αναταραχών. Οι ψυχικές διαταραχές ήδη αντιπροσωπεύουν τέσσερις από τις δέκα επικρατέστερες αιτίες ανικανότητας παγκοσμίως. Οι αιχανόμενες επιπτώσεις έχουν τεράστιο κόστος με όρους αιθρώπινης δυστυχίας, ανικανότητας και οικονομικής απώλειας.

Οι ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές υπολογίζεται ότι αντιπροσωπεύουν το 12% της παγκόσμιας επιβάρυνστης της Δημόσιας Υγείας από νοσήματα (Global Burden of Disease), εντούτοις οι προϋπολογισμοί για την ψυχική υγεία, στην πλειοψηφία των χωρών, αποτελούν λιγότερο από το 1% των συνολικών δαπανών για την υγεία. Η σχέση μεταξύ της συνχόντητας των αισθένειών και των δαπανών γι' αυτές είναι σαφώς δυσανάλογη. Περισσότερο από το 40% των χωρών δεν έχουν πολιτική για την ψυχική υγεία και πάνω από το 30% δεν έχουν προγράμματα ψυχικής υγείας. Πάνω από το 90% των χωρών δεν έχουν πολιτική που να συμπεριλαμβάνει τα παιδιά και τους εφήβους. Επιπλέον, οι σχεδιασμοί στην υγεία συχνά δεν καλύπτουν τις ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές στο ίδιο επίπεδο με τις άλλες αισθένειες, δημιουργώντας σημαντικές οικονομικές δυσκολίες στους αισθένεις και στις οικογένειές τους. Και έτσι η δυστυχία συνεχίζεται και οι δυσκολίες μεγαλώνουν.

Η κατάσταση αυτή θα μπορούσε να ανατραπεί. Ο ΠΟΥ έχει αναγνωρίσει την σπουδαιότητα της ψυχικής υγείας από την ίδρυσή του, και αυτό αντικατοπτρίζεται στον ορισμό της υγείας που υπάρχει στο καταστατικό του, ο οποίος αναφέρει ότι η υγεία δεν είναι "απλώς η απουσία νόσου ή αισθένειας", αλλά, "μία κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας". Τα τελευταία χρόνια ο ορισμός αυτός έχει διευκρινισθεί πληρέστερα από τις τεράστιες προόδους στις βιολογικές και συμπεριφορικές επιστήμες. Αυτές με τη σειρά τους έχουν διευρύνει την κατανόηση μας για τις ψυχικές λειτουργίες και την βαθιά σχέση μεταξύ ψυχικής, σωματικής και κοινωνικής υγείας. Από αυτή την άποψη κατανόηση αναδύεται η νέα ελπίδα.

Σήμερα γνωρίζουμε ότι οι περισσότερες αισθένειες, ψυχικές και σωματικές, επηρεάζο-

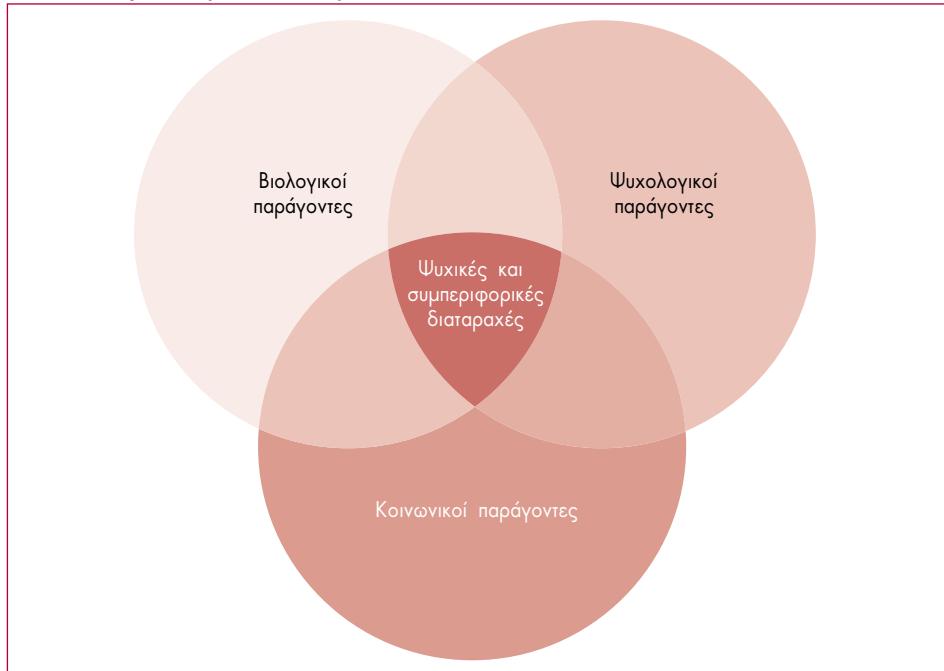
νται από ένα συνδυασμό βιολογικών, ψυχολογικών, και κοινωνικών παραγόντων (δες σχήμα 1.1). Γνωρίζουμε ότι οι ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές έχουν τη βάση τους στον εγκέφαλο. Γνωρίζουμε ότι προσβάλλουν ανθρώπους όλων των ηλικιών, σε όλες τις χώρες και ότι προκαλούν δυστυχία σε οικογένειες, κοινότητες και άτομα. Και γνωρίζουμε ότι στις περισσότερες των περιπτώσεων, μπορούν να διαγνωστούν και να αντιμετωπιστούν με λογικό οικονομικό κόστος. Με βάση το σύνολο των γνώσεών μας, συμπεραίνουμε ότι οι ανθρώποι με ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές έχουν νέα ελπίδα να ζήσουν μια πλήρη και παραγωγική ζωή, ενταγμένοι στην κοινότητά τους.

Αυτή η έκθεση παρουσιάζει πληροφορίες που αφορούν την τρέχουσα αντίληψη για τις ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές, το μέγεθος και τις επιπτώσεις τους, τις αποτελεσματικές στρατηγικές αντιμετώπισης καθώς και την ανάπτυξη πολιτικών και υπηρεσιών με στόχο την ψυχική υγεία.

Η έκθεση διασφανίζει ότι οι κυθερνήσεις είναι υπεύθυνες για την ψυχική υγεία των πολιτών, όπως είναι και για τη σωματική τους υγεία. Είναι από τα μηνύματα-κλειδιά προς τις κυθερνήσεις είναι ότι τα άσυλα, όπου αυτά υπάρχουν ακόμη, πρέπει να κλείσουν και να αντικατασταθούν με φροντίδα βασισμένη σε κοινοτικές δομές και ψυχιατρικές κλίνες σε γενικά νοσοκομεία. Ο καιρός που περιορίζαμε ανθρώπους με σοβαρές ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές σε ψυχιατρικά ιδρύματα πρέπει να παρέλθει ανεπιστρεπτή. Οι περισσότεροι ανθρώποι που νοούν έχουν ήπιες ψυχικές διαταραχές, οι οποίες δεν έχουν καμιά σχέση με την βία. Πολύ μικρός αριθμός ασθενών με συγκεκριμένες σοβαρές ψυχικές διαταραχές παρουσιάζει έναν αυξημένο κίνδυνο βίαιης συμπεριφοράς, αλλά οι οργανωμένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας μπορούν να μειώσουν την πιθανότητα εκδήλωσης αυτής της βίας.

Οι κυθερνήσεις, που εποπτεύουν τα εθνικά συστήματα ψυχικής υγείας, πρέπει να αναλάβουν την ευθύνη ώστε οι πολιτικές ψυχικής υγείας να σχεδιάζονται και να εφαρμόζονται. Αυτή η έκθεση προτείνει στρατηγικές, που θα πρέπει να ακολουθήσουν οι χώρες, συμπεριλαμβανομένης της ενσωμάτωσης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στο γενικό σύ-

**Σχήμα 1.1 Αλληλεπίδραση Βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων στην ανάπτυξη των ψυχικών διαταραχών**



στημα υγείας και ιδιαίτερα στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (Π.Φ.Υ.). Αυτή η προσέγγιση εφαρμόζεται επιτυχώς σε έναν αριθμό χωρών. Παρ' όλα αυτά, σε πολλά μέρη του κόσμου έχουμε ακόμη πολλά να επιτύχουμε.

## **ΚΑΤΑΝΟΗΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Η ψυχική υγεία έχει οριστεί ποικιλοτρόπως από σοφούς διάφορων πολιτισμών. Αντιλήφεις για την ψυχική υγεία συμπεριλαμβάνουν, μεταξύ άλλων, την υποκειμενική ευεξία και λειτουργικότητα, την αυτονομία, την αποτελεσματικότητα, την αλληλεξάρτηση των γενεών και την αυτοπραγμάτωση των πνευματικών και συναισθηματικών δυνατοτήτων του ατόμου. Από διαπολιτισμική άποψη, είναι σχεδόν αδύνατον να ορίσεις πλήρως την ψυχική υγεία. Εντούτοις, είναι γενικά αποδεκτό ότι η ψυχική υγεία είναι κάτι ευρύτερο από την έλλειψη ψυχικών διαταραχών.

Η κατανόηση του τι είναι ψυχική υγεία, και πιο γενικά ψυχική λειτουργία, είναι σημαντική διότι δίνει μια βάση επί της οποίας εδράζεται η πληρέστερη κατανόηση της εκδίλωσης των ψυχικών και συμπεριφορικών διαταραχών. Τα τελευταία χρόνια, καινούργιες πληροφορίες από τα πεδία της νευροεπιστήμης και της συμπεριφορικής ιατρικής έχουν προωθήσει δραματικά την κατανόησή μας για τις ψυχικές λειτουργίες. Γίνεται όλο και σαφέστερο ότι οι ψυχικές λειτουργίες έχουν το υπόστρωμά τους στη φυσιολογία, και διασυνδέονται ουσιώδως με τις σωματικές και κοινωνικές λειτουργίες και την κατάσταση της υγείας μας.

## **ΠΡΟΟΔΟΙ ΣΤΗ ΝΕΥΡΟΕΠΙΣΤΗΜΗ**

Η Παγκόσμια Έκθεση Υγείας 2001 εμφανίζεται σε μια συναρπαστική στιγμή για την ιστορία της νευροεπιστήμης. Αυτός είναι ο επιστημονικός κλάδος που ασχολείται με την ανατομία, τη φυσιολογία, την βιοχημεία και τη μοριακή βιολογία του νευρικού συστήματος, και ιδιαίτερα της σχέσης τους με τη συμπεριφορά και τη μάθηση. Οι θεαματικές πρόοδοι στην μοριακή βιολογία παρέχουν μια πληρέστερη εικόνα των δομικών στοιχείων των νευρικών κυττάρων (νευρώνες). Αυτές οι πρόοδοι θα συνεχίσουν να παρέχουν μια ουσιώδη βάση για τη γενετική ανάλυση των ανθρώπινων νόσων και θα συνεισφέρουν σε νέες προσεγγίσεις για την ανακάλυψη θεραπειών.

Η κατανόηση της δομής και λειτουργίας του εγκεφάλου έχει εξελιχθεί μέσα στα τελευταία 500 χρόνια (σχήμα 1.2). Καθώς η μοριακή επανάσταση ξετυλίγεται, εργαλεία όπως η νευροαπεικόνιση και η νευροφυσιολογία επιτρέπουν στους ερευνητές να δουν τον ζωντανό, αισθανόμενο, σκεπτόμενο ανθρώπινο εγκέφαλο εν δράσει. Η χρήση της γνωστικής νευροεπιστήμης, σε συνδυασμό με τις νευροαπεικονιστικές τεχνολογίες, καθιστά όλο και πιο δυνατό να καθοριστούν συγκεκριμένα μέρη του εγκεφάλου που χρησιμοποιούνται για διαφορετικού τύπου σκέψεις και συναισθήματα.

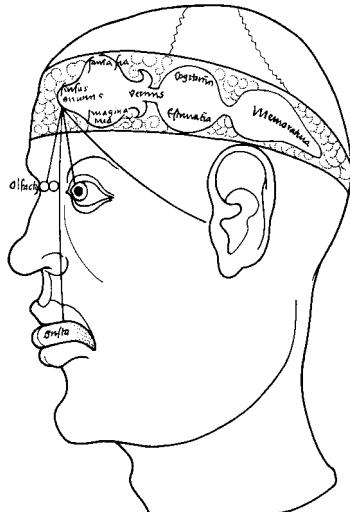
Ο εγκέφαλος είναι υπεύθυνος για τη μείζη γενετικών, μοριακών και βιοχημικών πληροφοριών με πληροφορίες από το περιβάλλον. Κατά τούτο λοιπόν ο εγκέφαλος είναι ένα εξαιρετικά σύνθετο όργανο. Μέσα στον εγκέφαλο υπάρχουν δύο τύποι κυττάρων, οι νευρώνες και η νευρογλοία. Οι νευρώνες είναι υπεύθυνοι για να στέλνουν και να λαμβάνουν νευρικά ερεθίσματα και σήματα. Η νευρογλοία παρέχει στους νευρώνες τροφή, προστασία και δομική υποστήριξη. Συνολικά υπάρχουν περισσότερα από 100 δισεκατομμύρια νευρώνες στον εγκέφαλο και συναποτελούν χιλιάδες διακριτούς τύπους. Καθένας από αυτούς τους νευρώνες επικοινωνεί με τους υπόλοιπους μέσω εξειδικευμένων δομών, που ονομάζονται συνάψεις. Περισσότερες από εκατό διαφορετικές εγκεφαλικές χημικές ουσίες, που ονομάζονται νευρομεταβιβαστές, επικοινωνούν δια μέσου αυτών των συνάψεων. Συνολικά, υπάρχουν πιθανότατα περισσότερες από 100 τρισεκατομμύρια συνάψεις στον εγκέφαλο. Από κυκλώματα δημιουργημένα από εκατοντάδες ή χιλιάδες νευρώνες αναδύονται πολύπλοκες νοητικές και συμπεριφορικές διεργασίες.

Κατά την ανάπτυξη του εμβρύου, τα γονίδια καθοδηγούν την μορφοποίηση του εγκεφάλου. Το αποτέλεσμα είναι μία καθορισμένη και λεπτομερώς οργανωμένη δομή. Αυτή η πρώιμη ανάπτυξη μπορεί επίσης να επηρεαστεί από περιβαλλοντικούς παράγοντες, όπως η διατροφή της εγκύου και η χρήση ουσιών (αλκοόλ, καπνός και άλλες ψυχοδραστικές ουσίες) ή η έκθεση σε ακτινοβολία. Μετά τη γέννηση και καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής, όλων των ειδών οι εμπειρίες έχουν τη δυνατότητα να παράγουν άμεση επικοινωνία μεταξύ των νευρώνων, αλλά επίσης και να προκαλούν μοριακές διεργασίες, οι οποίες αναπλάθουν τις συναπτικές διασυνδέσεις (Hyman 2000). Αυτή η διεργασία περιγράφεται ως 'πλαστικότητα' των συνάψεων και κυριολεκτικά αλλάζει τη φυσιολογική δομή του εγκεφάλου. Νέες συνάψεις μπορούν να δημιουργηθούν, παλαιές να εκλείψουν και υπάρχουσες να ενδυναμωθούν ή να αποδυναμωθούν. Το αποτέλεσμα είναι ότι η επεξεργασία των πληροφοριών μέσα στο κύκλωμα θα αλλάξει, για να εξυιρετήσει τις νέες εμπειρίες.

Πριν τη γέννηση, κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας και της ενήλικης ζωής, τα

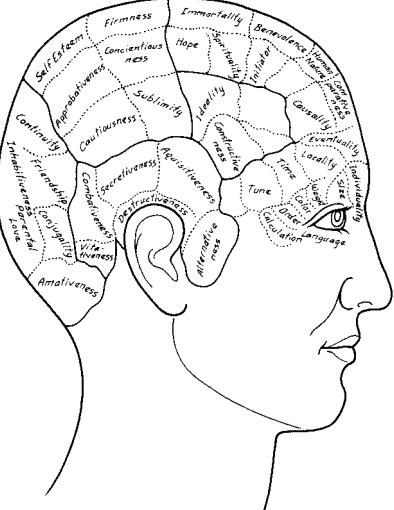
## Σχήμα 1.2 Η κατανόηση του εγκεφάλου

Η αντίληψη για τον εγκέφαλο το 1504



Η αυτίληψη για τον εγκέφαλο το 1945

## Η αντίληψη για τον εγκέφαλο το 1807



Η αγιάληση για τον ευκέφαλο σήμερα

The diagram illustrates the localization of speech functions in the human brain. The left hemisphere is shown with various regions labeled in Greek:

- Λόγος** (Logos) - Sited in the posterior part of the superior frontal gyrus.
- Σχεδιασμός, επίλυση προβλήματος** (Design, problem-solving) - Sited in the posterior part of the middle frontal gyrus.
- Κίνηση των οφθαλμών** (Eye movement control) - Sited in the posterior part of the lateral occipital gyrus.
- Ακοή πρωτεύουσα (παραγωγή ήχων)** (Primary hearing (sound production)) - Sited in the posterior part of the lateral temporal gyrus.
- Ακοή δευτερεύουσα** (Secondary hearing) - Sited in the anterior part of the lateral temporal gyrus.
- Μυϊκή κίνηση** (Myokinetic movement) - Sited in the anterior part of the lateral occipital gyrus.
- Αφή** (Speech output) - Sited in the anterior part of the lateral frontal gyrus.
- Γένος** (Production) - Sited in the anterior part of the lateral temporal gyrus.
- Προσανατολισμός στο χώρο και διά της αφής** (Space orientation and directional speech) - Sited in the anterior part of the lateral occipital gyrus.
- Όραση** (Vision) - Sited in the lateral occipital gyrus.
- Κατανόηση** (Comprehension) - Sited in the anterior part of the lateral temporal gyrus.
- Αντίληψη του λόγου** (Conceptualization of language) - Sited in the anterior part of the lateral frontal gyrus.



Copyright PhotoDisc

γονίδια και το περιβάλλον εμπλέκονται σε μία σειρά διαδαλωδών αλληλεπιδράσεων. Κάθε είδους μάθηση -μία διαδικασία που εξαρτάται και από συγκεκριμένα κυκλώματα και από τη ρύθμιση που κάνουν συγκεκριμένα γονίδια- αλλάζει τη φυσιολογία του εγκεφάλου. Η αξιοσημείωτη εξελικτική επιτυχία του ανθρώπινου εγκεφάλου συνίσταται στο ότι, μέσα σε ορισμένα όρια, διατηρεί την πλαστικότητά του καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής. Αυτή η πρόσφατη ανακάλυψη της συναπτικής πλαστικότητας είναι μια ανατροπή παλαιότερων θεωριών που υποστήριζαν ότι η δομή του ενήλικου εγκεφάλου είναι στατική (δες πλαίσιο 1.1).

Παρόλες τις αξιοσημείωτες ανακαλύψεις που έχουν γίνει μέχρι σήμερα, η νευροεπιστήμη είναι ακόμη στη βρεφική της ηλικία. Μελλοντικές πρόοδοι θα δώσουν μια πληρέστερη κατανόηση του πώς ο εγκέφαλος σχετίζεται με σύνθετες ψυχικές και συμπεριφορικές λειτουργίες. Οι καινοτομίες στην απεικόνιση του εγκεφάλου, όπως και νευροψυχολογικές και πλεκτροφυσιολογικές μελέτες, θα επιτρέψουν να παρακολουθούμε την λειτουργία του νευρικού συστήματος εν ζωή. Η απεικόνιση θα συνδυαστεί με μια αυξανόμενη ικανότητα να καταγράψουμε τη δραστηριότητα μεγάλου αριθμού νευρώνων ταυτόχρονα. Κατ' αυτό τον τρόπο θα μπορέσουμε να αποκωδικοποίησουμε τη γλώσσα τους. Άλλες πρόοδοι θα βασίζονται στην πρόοδο της γενετικής. Ένας αρχικός κατάλογος των αλληλουχιών του ανθρώπινου γονιδιώματος είναι διαθέσιμος σε όλους (στη διεύθυνση <http://www.ornl.gov/hgmi>). Μια σημαντική χρήση των γονιδιακών πληροφοριών θα είναι η δημιουργία μιας νέας βάσης για την ανάπτυξη αποτελεσματικών θεραπειών για τις ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές.

Ένα άλλο σημαντικό εργαλείο, το οποίο θα διευρύνει την κατανόηση που έχουμε για τα μοριακά δομικά στοιχεία της ανάπτυξης, ανατομίας, φυσιολογίας και συμπεριφοράς, είναι η παραγωγή γενετικά μεταλλαγμένων ποντικιών. Σχεδόν για κάθε ανθρώπινο γονίδιο υπάρχει ένα ανάλογο στα ποντίκια. Αυτή η αναλογία της λειτουργίας των γονιδίων μεταξύ ανθρώπων και ποντικών μας προϊδεάζει ότι η μελέτη πάνω στα ποντίκια θα αποφέρει ουσιώδην κατανόηση της ανθρώπινης φυσιολογίας και νοσολογίας (O'Brien et all. 1999). Πολλά εργαστήρια σε όλο τον κόσμο ασχολούνται με τη συστηματική εισαγωγή και εξαλειψη καθορισμένων γονιδίων και άλλα ξεκινούν προγράμματα δημιουργίας τυχαίων μεταλλάξεων σε όλο το γονιδίωμα των ποντικιών. Αυτές οι προσεγγίσεις θα βοηθήσουν να συνδεθούν τα γονίδια με τη δράση τους στα κύτταρα, τα όργανα και ολόκληρους τους οργανισμούς.

Η ενσωμάτωση των αποτελεσμάτων της νευροαπεικονιστικής και νευροφυσιολογικής έρευνας με αυτών της μοριακής βιολογίας, θα οδηγήσει σε μεγαλύτερη κατανόηση της βάσης των φυσιολογικών και παθολογικών ψυχικών λειτουργιών και στην ανάπτυξη πιο αποτελεσματικών θεραπειών.

## ΠΡΟΟΔΟΙ ΣΤΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ

Υπάρχουν πρόοδοι όχι μόνο στην κατανόηση των ψυχικών λειτουργιών, αλλά επίσης και στη γνώση του πώς αυτές οι λειτουργίες επηρεάζουν τη σωματική υγεία. Η σύγχρονη επιστήμη ανακαλύπτει ότι, ενώ για να εξυπηρετηθούν οι στόχοι μιας συζήτησης είναι λειτουργικό να διαχωρίζεται η ψυχική από τη σωματική υγεία, στην πραγματικότητα αυτό είναι ένας μύθος που δημιουργείται από τη γλωσσική διατύπωση. Οι περισσότερες "ψυχικές" και "σωματικές" ασθένειες επηρεάζονται σύμφωνα με τις αντιλήψεις μας σήμερα, από ένα συνδυασμό βιολογικών, φυσιολογικών και κοινωνικών παραγόντων. Επιπλέον, σήμερα αναγνωρίζεται η ουσιαστική επιρροή που αισκούν οι σκέψεις, τα συναισθήματα και η συμπεριφορά στην σωματική υγεία. Αντίστροφα, η σωματική υγεία αναγνωρίζεται ότι επηρεάζει σημαντικά την ψυχική υγεία και ευεξία.

Η συμπεριφορική ιατρική είναι ένα ευρύ διεπιστημονικό πεδίο που ασχολείται με την ενοποίηση της συμπεριφορικής, ψυχοκοινωνικής και βιοϊατρικής επιστημονικής

### Πλαίσιο 1.1 Ο εγκέφαλος: η νέα αντίληψη κερδίζει το Βραβείο Νόμπελ

Το Βραβείο Νόμπελ στην φυσιολογία ή την ιατρική για το 2000 δόθηκε εξ ημισείας στους καθηγούτες Arvid Carlsson, Paul Greengard και Eric Kandel για τις ανακαλύψεις τους σχετικά με το πώς τα εγκεφαλικά κύτταρα επικοινωνούν μεταξύ τους<sup>1</sup>. Η έρευνά τους έχει σχέση με την μεταβίβαση σημάτων στο νευρικό σύστημα, η οποία συμβαίνει στις συνάψεις [σημεία επαφής μεταξύ των κυττάρων του εγκεφάλου]. Αυτές οι ανακαλύψεις ήταν ζωτικής σημασίας στην πρόοδο της κατανόησης της λειτουργίας του φυσιολογικού εγκεφάλου,

και στο πώς οι διαταραχές στην νευρομεταβίβαση μπορούν να οδηγήσουν σε ψυχικές διαταραχές και διαταραχές συμπεριφοράς. Τα ευρήματα τους έχουν ήδη καταλήξει στην ανάπτυξη νέων δραστικών φαρμακευτικών ουσιών.

Η έρευνα του Arvid Carlsson αποκάλυψε ότι η ντοπαμίνη είναι ένας μεταβιβαστής του εγκεφάλου που βοηθά στον έλεγχο των κινήσεων, και ότι η νόσος του Parkinson συνδέεται με την έλλειψη ντοπαμίνης. Η ανακάλυψη αυτή οδήγησε σε μία αποτελεσματική θεραπεία (L-DOPA) για τη νόσο

του Parkinson. Η δουλειά του Carlsson επίσης έδειξε πώς λειτουργούν άλλες φαρμακευτικές ουσίες, και ιδίως τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία της σχιζοφρένειας, και έχει οδηγήσει στην εξέλιξη μίας καινούργιας γενιάς αποτελεσματικών αντικαταθλιπτικών σκευασμάτων.

Ο Paul Greengard ανακάλυψε τον τρόπο που η ντοπαμίνη και άλλοι νευρομεταβιβαστές ασκούν την επίδρασή τους στη σύναψη. Η έρευνά του διευκρίνισε το μηχανισμό δράσης αρκετών ψυχοδραστικών φαρμάκων.

Ο Eric Kandel έδειξε

τον κεντρικό ρόλο των μεταβολών της συναπτικής λειτουργικότητας στη μνήμη και τη μάθηση. Ανακάλυψε ότι για την ανάπτυξη της μακροχρόνιας μνήμης απαιτείται αλλαγή στην σύνθεση των πρωτεΐνων, η οποία μπορεί επίσης να οδηγήσει σε αλλαγές στη δομή και τη λειτουργία της σύναψης. Η έρευνα αυτή έχει προάγει σημαντικά την κατανόηση των εγκεφαλικών μηχανισμών, που είναι υπεύθυνοι για την μνήμη, και έτσι είναι πιο πιθανή η ανάπτυξη φαρμάκων για την θελτιώση της μνημονικής λειτουργίας.

<sup>1</sup> Butcher J. 2000 A Nobel pursuit. *The Lancet*, 356: 1331

σκέψης η οποία σχετίζεται με την κατανόηση της υγείας και της ασθένειας. Κατά τη διάρκεια των προηγούμενων είκοσι ετών, συσσωρευμένα επιστημονικά στοιχεία από τον τομέα την συμπεριφορικής ιατρικής έχουν περιγράψει μία ουσιαστική σύνδεση μεταξύ ψυχικής και σωματικής υγείας (δες πλαίσιο 1.2). Η έρευνα έχει δείξει, για παράδειγμα, ότι οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού σε προχωρημένο στάδιο, οι οποίες συμμετέχουν σε ομαδική θεραπεία ζουν σημαντικά περισσότερο από τις γυναίκες, οι οποίες δεν συμμετέχουν σε αυτήν (Spiegel et al. 1989), ότι η κατάθλιψη ακολουθείται από καρδιακές παθήσεις (Ferketich et al. 2000), και ότι η αποδοχή του θανάτου συνδέεται με μειωμένο χρόνο επιβίωσης στους νοσούντες από AIDS, ακόμη και μετά τον έλεγχο μίας ποικιλίας άλλων παραγόντων που πιθανόν να οδηγούν πιο συχνά στο θάνατο (Reed et al. 1994).

Πώς η ψυχική και η σωματική λειτουργία αλληλεπιπρέαζονται; Η έρευνα έχει επισημάνει δύο βασικές οδούς μέσω των οποίων διαχρονικά η ψυχική και η σωματική υγεία αλληλεπιπρέαζονται αμοιβαία. Η πρώτη οδός - κλειδί περνά κατευθείαν μέσα από φυσιολογικές λειτουργίες, όπως οι ενδοκρινικές και οι ανοσοποιητικές. Η δεύτερη βασική οδός περνά μέσα από την υγιεινή συμπεριφορά. Ο όρος υγιεινή συμπεριφορά καλύπτει μία ποικιλία δραστηριοτήτων όπως το να τρέφεται κανένες προσεκτικά, να ασκείται τακτικά και να κοιμάται αρκετά, να αποφεύγει το κάπνισμα, να εφαρμόζει ασφαλείς σεξουαλικές πρακτικές, να φορά ζώνη ασφαλείας στο αυτοκίνητο και να ακολουθεί τις ιατρικές οδηγίες (δες πλαίσιο 1.3).

Παρ' όλο που η φυσιολογική και η συμπεριφορική οδός είναι διακριτές, δεν είναι ανεξάρτητες η μια από την άλλη: η υγιεινή συμπεριφορά μπορεί να επηρεάσει τη φυσιολογία (για παράδειγμα το κάπνισμα και η καθιστική ζωή μειώνουν την ανοσοποιητική λειτουργία), ενώ η φυσιολογική λειτουργία μπορεί να επηρεάσει την υγιεινή συμπεριφορά (για παράδειγμα, η κόπωση οδηγεί στην παραμέληση των φαρμακευτικών αγωγών). Αυτό που βγαίνει σαν αποτέλεσμα, είναι ένα αναλυτικό μοντέλο ψυχι-

### Πλαίσιο 1.2 Πόνος και ευεξία

Ο επίμονος πόνος είναι ένα σημαντικό πρόβλημα της δημόσιας υγείας το οποίο προκαλεί σημαντική δυσφορία και μείωση της παραγωγικότητας σε όλο τον κόσμο. Αν και οι εκτιμήσεις για την συχνότητά του ποικίλουν, όλοι συμφωνούν ότι ο χρόνιος πόνος καταβάλλει ιδιαίτερα τον οργανισμό και κοστίζει αρκετά, καθώς βρίσκεται ανάμεσα στους κύριους λόγους επίσκεψης σε γιατρό και απουσίας από την εργασία λόγω προβλημάτων υγείας.

Μία πρόσφατη μελέτη του ΠΟΥ 5447 απόμων σε 15 κέντρα Π.Φ.Υ. που βρί-

σκονται σε Ασία, Ευρώπη και Αμερική, εξέτασε τη σχέση πόνου και ευεξίας.<sup>1</sup> Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι αυτοί που υπέφεραν από επίμονο πόνο ήταν πάνω από τέσσερις φορές πιθανότερο να έχουν αγχώδεις ή καταθλιπτικές διαταραχές από εκείνους που δεν είχαν συμπτώματα. Αυτή η σχέση παρατηρήθηκε σε όλα τα κέντρα, άσχετα με τη γεωγραφική τους θέση. Άλλες μελέτες έχουν δείξει ότι η ένταση του πόνου, η ανικανότητα και το άγχος ή η κατάθλιψη συνεργούν στην ανάπτυξη και διατήρηση συνδρόμων χρόνιου πόνου.

Μία πρόσφατη ελπιδο-

φόρα μελέτη στην Π.Φ.Υ. 225 ανθρώπων με πόνο χαμπλά στη μέση (σημαντική γένηση) έδειξε ότι η ομαδική παρέμβαση για την απόκτηση δεξιοτήτων, καθοδηγούμενη από μη ειδικούς, μειώνει τις ενοχλήσεις και κατά συνέπεια την ανικανότητα.<sup>2</sup> Η παρέμβαση βασίστηκε σε ένα μοντέλο αυτοδιαχείρισης των χρόνιων ασθενειών και αποτελείτο από τέσσερις διώρες συναντήσεις που οργανώνονταν μία φορά την εβδομάδα, με 10 έως 15 συμμετέχοντες σε κάθε τμήμα. Οι ανειδίκευτοι καθοδηγούπτες, οι οποίοι υπέφεραν από υποτροπιάζοντα ή χρόνιο πόνο οι ίδιοι, έτυχαν

διίμερης επίσημης εκπαίδευσης από κλινικό, εξοικειωμένο με την θεραπεία της σημαντικίας αλλά και του συγκεκριμένου θεραπευτικού προγράμματος. Δεν πρόκυψαν σημαντικά προβλήματα με τους ανειδίκευτους καθοδηγούπτες, και οι ικανότητές τους να εφαρμόζουν την παρέμβαση εντυπωσίασαν τους ερευνητές. Η μελέτη αυτή δείχνει ότι άτομα που δεν ανήκουν στο χώρο της υγείας μπορούν να φέρουν σε πέρας με επιτυχία οργανωμένες συμπεριφορικές παρεμβάσεις, κάτι που μπορεί να έχει εφαρμογή και σε άλλες ασθένειες.

<sup>1</sup> Gureje O et al. (1998). Persistent pain and well being: a World Health Organisation study in primary care. *Journal of the American Medical Association*, 280 (2): 147-151

<sup>2</sup> Von Korff M et al (1998). A randomized trial of a lay person-led self-management group intervention for back pain patients in primary care. *Spine*, 23 (23): 2608-2615

κής και σωματικής υγείας, στο οποίο τα διάφορα στοιχεία συσχετίζονται και επηρεάζονται αμοιβαία διαχρονικά.

### Η οδός της φυσιολογίας

Σε ένα ολοκληρωμένο μοντέλο υγείας βασισμένο στις ενδείξεις, η ψυχική υγεία, (συμπεριλαμβανομένου του συναισθήματος και των τρόπων σκέψης) αναδύεται ως βασικός συντελεστής της εν γένει υγείας. Αγχώδεις και καταθλιπτικές διαταραχές, για παράδειγμα, προκαλούν κατακλυσμαίες αλλαγές στις ενδοκρινικές και ανοσοποιητικές λειτουργίες, δημιουργώντας ευαισθησία σε ένα φάσμα σωματικών νόσων. Είναι γνωστό, για παράδειγμα, ότι το άγχος σχετίζεται με το κοινό κρυολόγημα (Cohen et al. 1991) και ότι το άγχος καθυστερεί την επούλωση τραυμάτων (Kielcot – Glaser et al. 1999).

Αν και πολλά ζητήματα παραμένουν να διαλευκανθούν ως προς τη σχέση αυτών των μηχανισμών, είναι σαφές ότι η κακή ψυχική υγεία έχει σημαντικό ρόλο στη μείωση της ανοσοποιητικής λειτουργίας, στην ανάπτυξη ορισμένων ασθενειών και στον πρόωρο θάνατο.

### Η οδός της υγειεινής συμπεριφοράς

Η κατανόηση του τι καθορίζει την υγειεινή συμπεριφορά είναι ιδιαίτερα σημαντική λόγω του ρόλου που παίζει στη γενική κατάσταση της υγείας. Οι μη μεταδιδόμενες ασθέ-

### Πλαίσιο 1.3 Συμμόρφωση με τις ιατρικές οδηγίες

Οι ασθενείς δεν ακολουθούν πάντοτε την αγωγή που τους συνιστάται. Μία ανασκόπηση της βιβλιογραφίας δείχνει ότι ο μέσος όρος συμμόρφωσης σε μακροχρόνια φαρμακευτική αγωγή είναι λίγο άνω του 50%, ενώ το ποσοστό σε αλλαγές του τρόπου ζωής, όπως η μεταβολή της διαιτας, είναι πολύ χαμηλό. Εν γένει, όσο περισσότερο διαρκεί η φαρμακευτική αγωγή τόσο λιγότερο πιθα-

νό είναι να την ακολουθούν οι ασθενείς. Άλλοι σημαντικοί παράγοντες για την συμμόρφωση συμπεριλαμβάνουν τις επικοινωνιακές ικανότητες των θεραπόντων, την πεποίθηση των ασθενών για την χρησιμότητα της προτεινόμενης αγωγής και την δυνατότητά τους να έχουν πρόσβαση με λογικό κόστος στα φάρμακα και τη συνιστώμενη θεραπεία.

Η κατάθλιψη παίζει σημαντικό ρόλο στην έλλει-

ψη συμμόρφωσης στην θεραπεία άλλων ασθενειών. Οι καταθλιπτικοί έχουν τρεις φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να μην ακολουθήσουν την αγωγή από τους μη καταθλιπτικούς ασθενείς.<sup>1</sup> Αυτό σημαίνει, παραδείγματος χάριν, ότι οι καταθλιπτικοί διαβολικοί ασθενείς είναι πιθανότερο να έχουν χειρότερη διαιτα, μεγαλύτερη υπεργλυκαιμία, μεγαλύτερη ανικανότητα και μεγαλύτερο κόστος θεραπείας από τους μη καταθλιπτικούς διαβολικούς.<sup>2,3</sup> Η θεραπεία του άγχους και της κατάθλιψης των διαβολικών βελτιώνει και την ψυχική και την σωματική υγεία.<sup>4,5,6</sup> Η ισχυρή σχέση μεταξύ κατάθλιψης και μη συμμόρφωσης δείχνει ότι οι ασθενείς, ιδιαίτερα οι μη συμμορφούμενοι, θα πρέπει να ελέγχονται πάντα και, αν είναι αναγκαίο, να τους δίδεται αγωγή για την κατάθλιψη.

<sup>1</sup> DiMatteo MR et al. (2000). Depression is a risk factor of non compliance with medical treatment. *Archives of Internal Medicine*, 160: 2101-2107.

<sup>2</sup> Ciechanowski PS et al. (2000). Depression and diabetes: impact of depressive symptoms on adherence, function and costs. *Archives of Internal Medicine*, 160: 3278-3285.

<sup>3</sup> Ziegelstein RC et al. (2000). Patients with depression are less likely to follow recommendations to reduce cardiac risk during recovery from myocardial infarction. *Archives of Internal Medicine*, 2000, 160: 1818-1823.

<sup>4</sup> Lustman PJ et al. (1995) Effects of alprazolam on glucose regulation in diabetes : results of a double-blind, placebo-controlled trial. *Diabetes care*, 18(8): 1133-1139.

<sup>5</sup> Lustman PJ et al. (1997) Effects of nortriptyline on depression and glycemic control in diabetes : results of a double-blind, placebo-controlled trial. *Psychosomatic medicine*, 59(3) : 241-250.

<sup>6</sup> Lustman PJ et al. (2000). Fluoxetine for depression in diabetes : a randomized double-blind, placebo-controlled trial. *Diabetes care*, 23(5) : 618-623.

νεις όπως οι καρδιαγγειακές νόσοι και ο καρκίνος επιβαρύνουν σε τεράστιο βαθμό τη ζωή και την υγεία σε όλο τον κόσμο. Πολλές από αυτές τις νόσους συνδέονται με ανθυγειεινή συμπεριφορά, όπως είναι η χρήση αλκοόλ και καπνού, η κακή διαιτα και η καθημετική ζωή. Η υγιεινή συμπεριφορά είναι επίσης πρωταρχικής σημασίας όσον αφορά μεταδοτικές ασθένειες όπως το AIDS, λόγω ανασφαλών σεξουαλικών πρακτικών και της χρήσης συρίγγων από τους τοξικομανείς. Η υγιεινή συμπεριφορά μπορεί να προλάβει πολλές ασθένειες.

Η υγιεινή συμπεριφορά ενός ατόμου εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την ψυχική του υγεία. Έτοι, για παράδειγμα, οι ψυχικές ασθένειες ή το άγχος επηρεάζουν την υγιεινή συμπεριφορά. Πρόσφατα στοιχεία δείχνουν ότι οι νέοι με ψυχιατρικές διαταραχές, όπως για παράδειγμα κατάθλιψη και εξάρτηση από ουσίες, είναι πιθανότερο να έχουν σεξουαλική συμπεριφορά υψηλού κινδύνου, συγκρινόμενοι με υγιείς. Έτοι κινδυνεύουν να πάθουν πιο συχνά διάφορα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα συμπεριλαμβανομένου του AIDS (Ranrakha et al. 2000). Άλλα και άλλοι παράγοντες επηρεάζουν την υγιεινή συμπεριφορά. Τα παιδιά και οι έφηβοι μαθαίνουν μέσω της άμεσης εμπειρίας τους, των πληροφοριών και της παρατήρησης, και αυτή η μάθηση επηρεάζει την υγιεινή συμπεριφορά τους. Για παράδειγμα, έχει αποδειχθεί ότι η χρήση ουσιών σε πλικά μικρότερη των 15 ετών σχετίζεται πολύ με την ανάπτυξη κατάχρησης ουσιών και αλκοόλ στην ενήλικη ζωή (Jaffe 1995). Περιβαλλοντικές επιδράσεις, όπως η φτώχεια ή κοινωνικά και πολιτιστικά πρότυπα, επηρεάζουν επίσης την υγιεινή συμπεριφορά.

Επειδή τα επιστημονικά στοιχεία είναι πρόσφατα, η σχέση μεταξύ ψυχικής και σωματικής υγείας δεν έχει ακόμη αναγνωριστεί πλήρως και δεν έχει επηρεάσει πρακτικά τα συστήματα υγείας. Εντούτοις τα στοιχεία είναι σαφή: η ψυχική υγεία συνδέεται ουσιωδώς με την κατάσταση της σωματικής υγείας.

## **Η ΚΑΤΑΝΟΗΣΗ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΩΝ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ**

Ενώ η προαγωγή της θετικής ψυχικής υγείας σε όλα τα μέλη της κοινωνίας είναι σαφώς ένας σημαντικός στόχος, πολλά απομένουν έως ότου αυτός ο στόχος επιτευχθεί. Από την άλλη μεριά όμως, είναι δυνατές στήμερα αποτελεσματικές παρεμβάσεις σε ένα φάσμα προβλημάτων ψυχικής υγείας. Λόγω του ότι ένας μεγάλος αριθμός ανθρώπων εκδηλώνει ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές, αλλά πολλοί δεν αναζητούν ποτέ θεραπεία, και επειδή οι επιπτώσεις των μη ιασιμών διαταραχών είναι μεγάλες, αυτή η έκθεση εστιάζει περισσότερο στις ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές, παρά στην ευρύτερη ψυχική υγεία.

Οι ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές είναι ένα σύνολο διαταραχών όπως περιγράφονται στην Διεθνή Ταξινόμηση Νόσων και σχετιζόμενων προβλημάτων υγείας (ICD - 10). Ενώ τα συμπτώματα ποικίλουν ουσιωδώς, αυτές οι διαταραχές χαρακτηρίζονται γενικά από κάποιους συνδυασμούς παθολογικών σκέψεων, συναισθημάτων, συμπεριφορών και διαπροσωπικών σχέσεων. Παραδείγματα είναι η σχιζοφρένεια, η κατάθλιψη, η νοντική καθυστέρηση, και διαταραχές που οφείλονται σε χρήση ψυχοδραστικών ουσιών. Μία πιο λεπτομερής εξέταση των ψυχικών και συμπεριφορικών διαταραχών υπάρχει στο κεφάλαιο 2 και 3. Το συνεχές των ομαλών διακυμάνσεων της διάθεσης που φτάνουν μέχρι τις ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές φαίνεται στο σχήμα 1.3 για την περίπτωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων.

Ο τεχνητός διαχωρισμός των βιολογικών από τους ψυχολογικούς παράγοντες είναι ένα τεράστιο εμπόδιο στην αληθινή κατανόηση των ψυχικών και συμπεριφορικών διαταραχών. Στην πραγματικότητα, αυτές οι διαταραχές είναι παρόμοιες με πολλές σωματικές ασθένειες κατά το ότι είναι το αποτέλεσμα σύνθετης αλληλεπιδρασης όλων αυτών των παραγόντων.

Για πολλά χρόνια οι επιστήμονες συζητούν τη σχετική σημασία της κληρονομικότητας και του περιβάλλοντος, ως προς την αιτιολογία των ψυχικών και συμπεριφορικών διαταραχών. Σύγχρονα επιστημονικά στοιχεία δείχνουν ότι οι ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές είναι αποτέλεσμα τόσο της γενετικής όσο και του περιβάλλοντος, ή με άλλα λόγια της αλληλεπιδρασης βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων. Ο εγκέφαλος δεν αντανακλά απλώς ένα ντετερμινιστικό ξετύλιγμα σύνθετων γενετικών προγραμμάτων, ούτε και η ανθρώπινη συμπεριφορά είναι απλώς το αποτέλεσμα ενός περιβαλοντικού ντετερμινισμού. Κατά την εμβρυϊκή περίοδο και καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής, τα γονίδια και το περιβάλλον εμπλέκονται σε ένα σύνολο αλληλένδετων αλληλεπιδράσεων. Αυτές οι αλληλεπιδράσεις έχουν κρίσιμη σημασία για την ανάπτυξη και πορεία των ψυχικών και συμπεριφορικών διαταραχών.

Η σύγχρονη επιστήμη δείχνει, για παράδειγμα, ότι η έκθεση σε αγχογόνους παράγοντες κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης του ατόμου σχετίζεται με επίμονη εγκεφαλική υπεραντιδραστικότητα και αυξημένη πιθανότητα κατάθλιψης αργότερα στη ζωή (Heim et al. 2000). Επίσης, η συμπεριφορική θεραπεία της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής μπορεί να προκαλεί αλλαγές στη λειτουργία του εγκεφάλου, οι οποίες αποκαλύπτονται με νευροαπεικονιστικές τεχνικές, και είναι παρόμοιες με αυτές που επιτυχάνονται με τη χρήση φαρμακοθεραπείας (Baxter et al. 1992). Εντούτοις, η ανακάλυψη γονιδίων που σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο διαταραχών θα συνεχίσει να μας παρέχει ζωτικής σημασίας

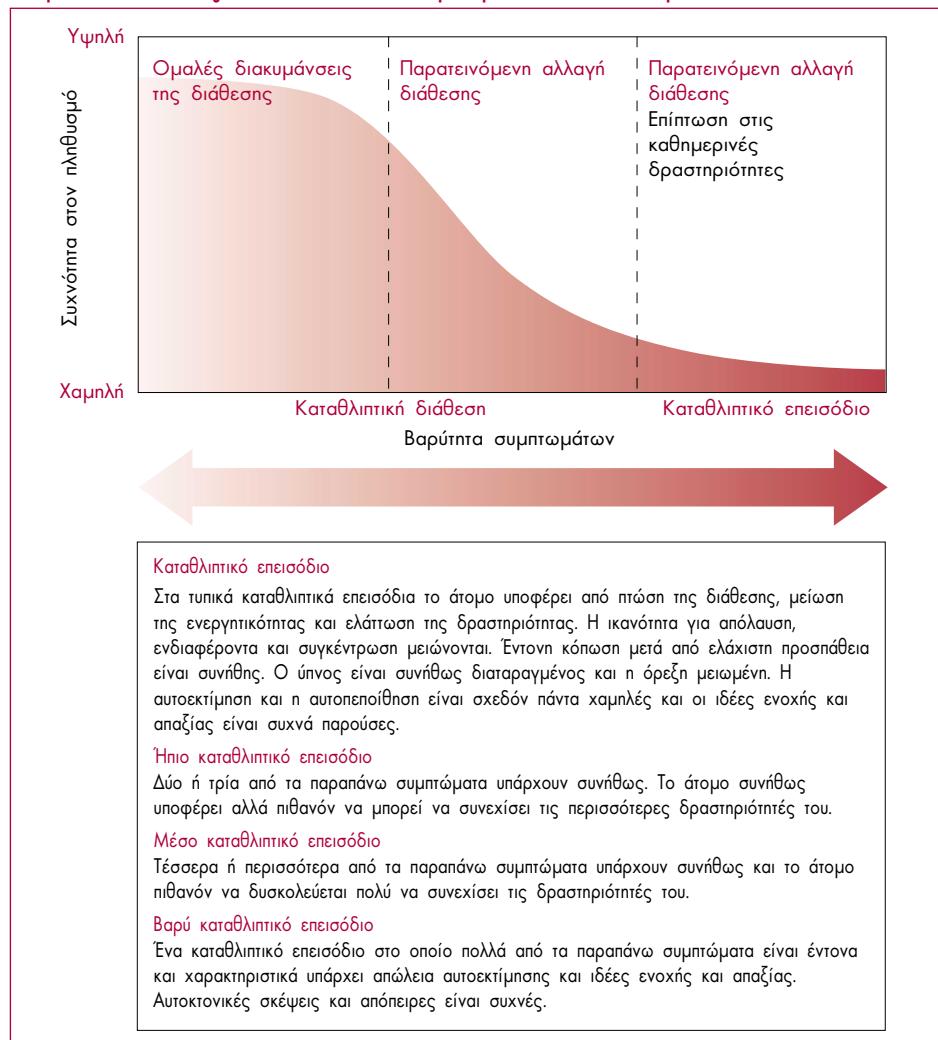
εργαλεία, τα οποία, μαζί με την βελτιωμένη κατανόηση των νευρωνικών κυκλωμάτων, θα οδηγήσουν σε σημαντική νέα κατανόηση της αιτιολογίας των ψυχικών και συμπεριφορικών διαταραχών. Πολλά απομένουν να μάθουμε σχετικά με τα συγκεκριμένα αίτια των ψυχικών και συμπεριφορικών διαταραχών, αλλά οι συνεισφορές της νευροεπιστήμης, της γενετικής, της ψυχολογίας και της κοινωνιολογίας, μεταξύ άλλων, έχουν παίξει σημαντικό ρόλο στην διεύρυνση της κατανόησης αυτών των περίπλοκων σχέσεων. Μία επιστημονική εκτίμηση της αλληλεπίδρασης των ποικίλλων παραγόντων θα συνεισφέρει τα μέγιστα στην εξάλειψη της άγνοιας και θα βοηθήσει στο να σταματήσει η κακομεταχείριση ανθρώπων με αυτά τα προβλήματα.

### ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Η πλικία και το φύλο συσχετίζονται με τις ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές και αυτές οι συσχετίσεις εξετάζονται στο κεφάλαιο 2.

Οι ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές έχει αποδειχθεί ότι σχετίζονται με διατάραξη της νευρωνικής επικοινωνίας σε συγκεκριμένα νευρωνικά κυκλώματα. Στη σχιζο-

**Σχήμα 1.3 Το συνεχές των καταθλιπτικών συμπτωμάτων στον πληθυσμό**



φρένεια, ανωμαλίες στην ωρίμανση των νευρωνικών κυκλωμάτων μπορεί να οδηγήσουν σε ανιχνεύσιμες παθολογικές αλλαγές στο κυτταρικό και μακροσκοπικό επίπεδο, οι οποίες καταλήγουν σε απρόσφορη ή δυσπροσαρμοστική επεξεργασία πληροφοριών (Lewis & Lieberman 2000). Στην κατάθλιψη μπορεί να μην παρατηρούνται διακριτές ανατομικές ανωμαλίες, αλλά η πιθανότητα εκδήλωσης της νόσου μπορεί να οφείλεται σε παραλλαγές της απαντητικότητας των νευρωνικών κυκλωμάτων (Berke & Hyman 2000). Αυτές, με τη σειρά τους, μπορεί να αντικατοπτρίζουν λεπτές παραλλαγές στη δομή, εντόπιση ή στο επίπεδο έκφρασης πρωτεϊνών κρίσιμων για τη φυσιολογική λειτουργία. Μερικές ψυχικές διαταραχές όπως η εξάρτηση από ψυχοδραστικές ουσίες μπορούν να θεωρηθούν εν μέρει ως αποτέλεσμα δυσπροσαρμοστικής συναπτικής πλαστικότητας. Με άλλα λόγια, μεταβολές στις συνάψεις οφειλόμενες σε χρήση ουσιών ή σε εμπειρίες μπορούν να έχουν ως αποτέλεσμα μόνιμες αλλαγές στη σκέψη, στο συναίσθημα και στη συμπεριφορά.

Παράλληλα προς την πρόοδο στη νευροεπιστήμην υπάρχει πρόοδος και στη γενετική. Σχεδόν όλες οι σιθαρές ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές συσχετίζονται σημαντικά με γενετική επιβάρυνση. Μελέτες του τρόπου μετάδοσης των ψυχικών διαταραχών μέσα σε μεγάλες οικογένειες από γενιά σε γενιά και μελέτες που συγκρίνουν τον κίνδυνο ψυχικών διαταραχών σε μονοζυγώτες (δηλ. πανομοιότυπους) και ετεροζυγώτες διδύμους έχουν οδηγήσει στο συμπέρασμα ότι ο κίνδυνος των κοινών μορφών ψυχικών διαταραχών είναι γενετικά περίπλοκος. Οι ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές κατά κύριο λόγο οφείλονται στην αλληλεπίδραση πολλαπλών γονιδίων με περιβαλλοντικούς παράγοντες κινδύνου. Αυτό σημαίνει ότι η γενετική προδιάθεση για να εκφρασθεί και να αναπτυχθεί μια συγκεκριμένη ψυχική ή συμπεριφορική διαταραχή μπορεί να χρειάζεται την συμβολή συγκεκριμένων περιβαλλοντικών αγχογόνων καταστάσεων. Παραδείγματα περιβαλλοντικών παραγόντων κινδύνου ποικίλουν, από την έκθεση του εμβρύου σε ψυχοδραστικές ουσίες έως την κακή διατροφή, τις μολύνσεις, τις διαλυμένες οικογένειες, την παραμέληση, την απομόνωση και το τραύμα.

## ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Διάφοροι ατομικοί ψυχολογικοί παράγοντες σχετίζονται επίσης με την ανάπτυξη ψυχικών και συμπεριφορικών διαταραχών. Ένα κύριο εύρημα του εικοστού αιώνα, που έχει μορφοποιήσει την τρέχουσα αντίληψη, είναι η μεγάλη σημασία των σχέσεων με τους γονείς ή κηδεμόνες κατά την παιδική ηλικία. Η στοργική και σταθερή φροντίδα επιτρέπει στα νήπια και τα παιδιά να αναπτύξουν ομαλά λειτουργίες όπως η γλώσσα, η νόστη και ο έλεγχος του συναισθήματος. Η αποτυχία μπορεί να οφείλεται σε προβλήματα ψυχικής υγείας, ασθένεια ή το βάνατο του κηδεμόνα. Το παιδί μπορεί να χωριστεί από τον κηδεμόνα του λόγω φτώχειας, πολέμου ή μετακίνησης πληθυσμών. Το παιδί μπορεί να μην έχει φροντίδα λόγω έλλειψης κοινωνικών υπηρεσιών στην ευρύτερη κοινότητα. Όταν τα παιδιά στερούνται περιποίησης, αδιάφορο γιατί, είναι πιθανότερο να αναπτύξουν διαταραχές, είτε κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας είτε αργότερα. Ένα παράδειγμα προέρχεται από νήπια που ανατράφηκαν σε ιδρύματα, και τα οποία στερήθηκαν αρκετά κοινωνικά ερεθίσματα. Άν και αυτά τα παιδιά ελάμβαναν επαρκή τροφή και σωματική φροντίδα, διέτρεχαν περισσότερους κινδύνους να έχουν σοθαρά ελλείμματα στις διαπροσωπικές τους σχέσεις, στη συναισθηματική έκφραση και στο να αντιμετωπίζουν επιτυχώς αγχογόνα ερεθίσματα. Σε μερικές περιπτώσεις υπήρχε επίσης πνευματική καθυστέρηση.

Ένα άλλο σημαντικό εύρημα είναι ότι η ανθρώπινη συμπεριφορά μορφοποιείται κατά ένα μέρος μέσω αλληλεπιδράσεων με το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον. Οι αλληλεπιδράσεις αυτές μπορεί να έχουν επιθυμητά ή ανεπιθύμητα επακόλουθα για το άτομο. Σε γενικές γραμμές, τα άτομα είναι πιο πιθανό να συμπεριφέρονται με τέτοιο τρόπο ώστε να επιβραβεύονται από το περιβάλλον παρά να αγνοούνται ή να τιμωρούνται. Οι ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές μπορούν λοιπόν να θεωρηθούν ως δυσπροσαρμοστικές

συμπεριφορά την οποία έχει κανείς μάθει – είτε άμεσα είτε μέσω παρατήρησης. Αυτή η θεωρία θασίζεται σε έρευνες δεκαετιών πάνω στη μάθηση και στη συμπεριφορά και υποστηρίζεται περαιτέρω από την επιτυχία της συμπεριφορικής θεραπείας, η οποία χρησιμοποιεί αυτές τις αρχές ώστε να βοηθήσει τους ανθρώπους να αλλάξουν δυσλειτουργικούς τρόπους σκέψης και συμπεριφοράς.

Τελικά, η ψυχολογία έχει δεῖξει ότι ορισμένοι τύποι ψυχικών και συμπεριφορικών διαταραχών, όπως το άγχος και η κατάθλιψη, μπορεί να είναι το αποτέλεσμα έλλειψης ικανότητας προσαρμογής σε κάποιον στρεσογόνο παράγοντα. Γενικά, οι άνθρωποι που προσπαθούν να αποφύγουν να σκέφτονται ή να έρχονται αντιμέτωποι με τους στρεσογόνους παράγοντες είναι πιθανότερο να αναπτύξουν άγχος και κατάθλιψη, ενώ εκείνοι που μοιράζονται τα προβλήματά τους με άλλους και επιχειρούν να βρουν τρόπους να διαχειριστούν και να ελέγξουν το άγχος τους λειτουργούν καλύτερα μακροπρόθεσμα. Αυτό το εύρημα προκάλεσε την ανάπτυξη παρεμβάσεων που συνίστανται στην εκμάθηση δεξιοτήτων αντιμετώπισης των στρεσογόνων παραγόντων.

Συνολικά, αυτές οι ανακαλύψεις έχουν συνεισφέρει στην αντίληψη που έχουμε για τις ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές. Έχουν αποτελέσει επίσης τη βάση για την ανάπτυξη ενός φάσματος αποτελεσματικών παρεμβάσεων, οι οποίες συζητούνται με μεγαλύτερη λεπτομέρεια στο κεφάλαιο 3.

## **KOINΩΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ**

Αν και οι κοινωνικοί παράγοντες όπως η αστικοποίηση, η φτώχεια και οι τεχνολογικές αλλαγές έχουν συσχετιστεί με την ανάπτυξη ψυχικών και συμπεριφορικών διαταραχών, δεν υπάρχει λόγος να υποθέσουμε ότι οι κοινωνικές αλλαγές έχουν τα ίδια επακόλουθα σε όλα τα κοινωνικά στρώματα όσον αφορά την ψυχική υγεία. Οι αλλαγές συνήθως προκαλούν διαφοροποιημένα αποτελέσματα βάση της οικονομικής κατάστασης, του φύλου, της φυλής και της εθνικής προέλευσης.

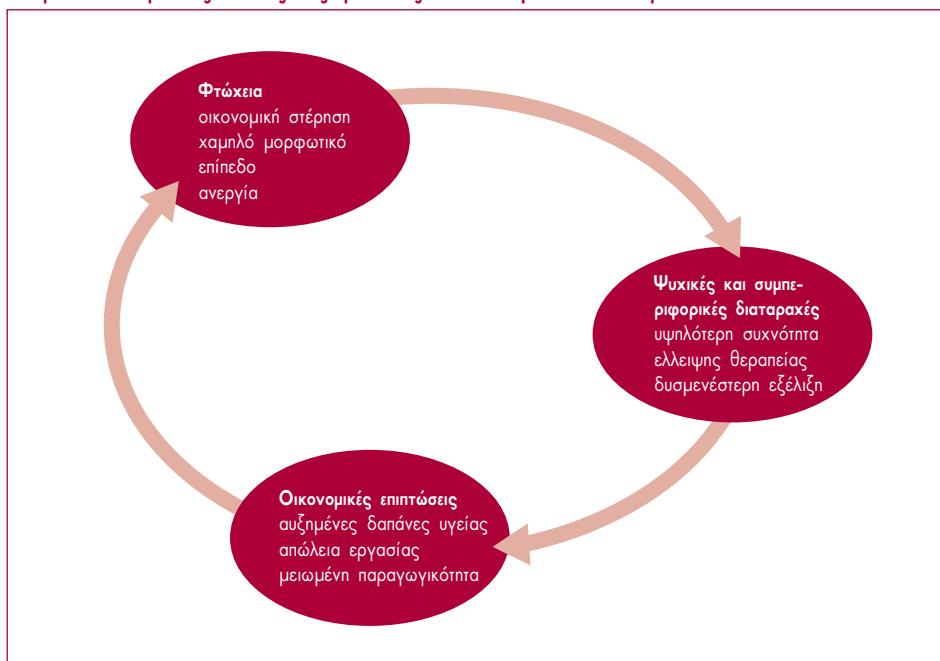
Μεταξύ του 1950 και του 2000 οι αστικοποιημένοι πληθυσμοί στην Ασία, Αφρική, και Κεντρική και Νότια Αμερική αυξήθηκαν από 16% στο 50% (Harpurham & Blue 1995). Το 1950, οι πληθυσμοί της πόλης του Μεξικού και του Σάο Πάολο ήσαν 3,1 εκατομμύρια και 2,8 εκατομμύρια αντίστοιχα, αλλά το 2000 υπολογίζοταν ότι ήσαν 10 εκατομμύρια για την καθεμιά. Η φύση της σύγχρονης αστικοποίησης είναι δυνατόν να έχει επιβλαβή επακόλουθα στην ψυχική υγεία λόγω της επιδρασης του αυξημένου άγχους και των αρνητικών συμβάντων στην καθημερινότητα, όπως πυκνοκατοικημένο και μολυσμένο περιβάλλον, φτώχεια και εξάρτηση από την οικονομία του χρήματος, υψηλή εγκληματικότητα και μειωμένη κοινωνική υποστήριξη (Desjarlais et al. 1995). Κατά προσέγγιση, το ήμισυ των αστικοποιημένων πληθυσμών σε χώρες χαμηλών και μέσων εισοδημάτων βρίσκεται στο όριο της φτώχειας και δεκάδες εκατομμύρια εννοίκων και παιδιών είναι άστεγοι. Σε μερικές περιοχές η οικονομική ανάπτυξη εξαναγκάζει όλο και μεγαλύτερους αριθμούς κατοίκων να μετακινούνται σε αστικές περιοχές ώστε να επιβιώσουν. Συνήθως η μετανάστευση δεν βελτιώνει την κοινωνική ευεξία, αντιθέτως συχνά έχει ως αποτέλεσμα υψηλά ποσοστά ανεργίας και άθλιες συνθήκες ζωής, εκθέτοντας τους μετανάστες σε κοινωνικό άγχος και σε αυξημένο κίνδυνο ψυχικής ασθένειας, λόγω έλλειψης υποστηρικτικών κοινωνικών δικτύων. Έτσι οι συγκρούσεις, οι πόλεμοι και οι κοινωνικές εντάσεις συσχετίζονται με υψηλότερα ποσοστά ψυχικών προβλημάτων τα οποία συζητούνται στο κεφάλαιο 2.

Η αγροτική ζωή είναι επίσης γεμάτη προβλήματα. Η απομόνωση, η έλλειψη μεταφορικών μέσων και επικοινωνίας και οι περιορισμένες ευκαιρίες για μόρφωση και οικονομική αποκατάσταση είναι συνήθεις δυσκολίες. Επιπλέον, οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας τείνουν να συγκεντρώνουν τους κλινικούς πόρους τους και τους ειδικούς σε μεγαλύτερες μπτροπολιτικές περιοχές και έτσι οι κάτοικοι αγροτικών περιοχών που έχουν ανάγκη

ψυχιατρικής φροντίδας έχουν περιορισμένες επιλογές. Μία πρόσφατη μελέτη σχετικά με τις αυτοκτονίες μεταξύ των ηλικιωμένων, σε μερικές αστικές και αγροτικές περιοχές της επαρχίας Χουνάν στην Κίνα, έδειξε υψηλότερο ποσοστό αυτοκτονιών σε αγροτικές περιοχές (88,3 ανά 100.000), παρά σε αστικές περιοχές (24,4 ανά 100.000) (Xu et al. 2000). Άλλού, τα ποσοστά κατάθλιψης μεταξύ γυναικών σε αγροτικές περιοχές έχει αναφερθεί ότι είναι περισσότερο από διπλάσια από αυτά του γενικού γυναικείου πληθυσμού (Hauenstein & Boyd 1994).

Η σχέση μεταξύ φτώχειας και ψυχικής υγείας είναι περίπλοκη και πολυδιάστατη (σχήμα 1.4). Κατά τον αυστηρότερο ορισμό της, η φτώχεια είναι έλλειψη χρημάτων ή υλικών αγαθών. Υπό μία ευρύτερη έννοια, και ίσως πιο αρμόζουσα όταν αναφερόμαστε στις ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές, μπορούμε να αντιληφθούμε τη φτώχεια ως κατάσταση έλλειψης επαρκών μέσων, τα οποία περιλαμβάνουν την έλλειψη κοινωνικών και εκπαιδευτικών πόρων. Η φτώχεια και συνακόλουθες καταστάσεις όπως η ανεργία, το χαμπλό εκπαιδευτικό επίπεδο, η στέρηση και η έλλειψη στέγης δεν μαστίζουν μόνο τις

**Σχήμα 1.4 Ο φαύλος κύκλος της φτώχειας και των ψυχικών διαταραχών**



φτωχές χώρες, αλλά επίσης και μία αξιόλογη μειοψηφία στις πλούσιες χώρες. Οι φτωχοί και περιθωριοποιημένοι έχουν υψηλότερη συχνότητα ψυχικών και συμπεριφορικών διαταραχών, συμπεριλαμβανομένων διαταραχών από τη χρήση ουσιών. Αυτός ο υψηλότερος επιπολασμός μπορεί να οφείλεται και στο ότι οι φτωχοί έχουν υψηλότερα ποσοστά διαταραχών, αλλά και στο ότι οι πάσχοντες καταλήγουν να γίνουν φτωχοί. Αν και δεν υπάρχει συμφωνία σχετικά με το ποιος από αυτούς τους δύο μπχανισμούς εξηγεί την υψηλότερη συχνότητα μεταξύ των φτωχών, τα διαθέσιμα στοιχεία δείχνουν ότι και οι δύο έχουν σχέση (Patel 2001). Για παράδειγμα ο πρώτος μπχανισμός ίσως ισχύει περισσότερο για τις αγχώδεις και καταθλιπτικές διαταραχές, ενώ ο δεύτερος μπορεί να εξηγεί την υψηλότερη συχνότητα των ψυχωτικών διαταραχών και των διαταραχών που οφείλονται στη χρήση ουσιών μεταξύ των φτωχών. Επομένως αυτοί οι δύο μπχανισμοί δεν αποκλείονται αμοιβαίως: μπορεί κανείς να έχει προδιάθεση σε ψυχικές διαταραχές, λόγω της κοινωνικής του κατάστασης, ενώ μπορεί κανείς να ασθενήσει αλλά λόγω της ασθένειάς του να υποστεί μεγαλύτερη περιθωριοποίηση. Αυτή η περιθωριοποίηση μπορεί να συμπεριλαμ-

θάνει ελλιπή εκπαιδευση, ανεργία και, σε ακραίες περιπτώσεις, έλλειψη στέγης. Οι ψυχικές διαταραχές μπορεί να προκαλέσουν σοθαρές και μόνιμες αναπηρίες, συμπεριλαμβανόμενης της ανικανότητας προς εργασία. Εάν δεν υπάρχει επαρκής κοινωνική υποστήριξη, πράγμα το οποίο συχνά συμβαίνει σε αναπτυσσόμενες χώρες χωρίς οργανωμένες υπηρεσίες κοινωνικής πρόνοιας, η ένδεια είναι το λογικό επακόλουθο.

Υπάρχουν επίσης στοιχεία ότι η πορεία των ψυχικών και συμπεριφορικών διαταραχών καθορίζεται από την κοινωνικοοικονομική θέση του ατόμου. Αυτό μπορεί να είναι αποτέλεσμα μίας γενικής έλλειψης υπηρεσιών ψυχικής υγείας, σε συνδυασμό με τις δυσκολίες που έχουν ορισμένες κοινωνικοοικονομικές ομάδες να επιτύχουν πρόσθαση στις υπηρεσίες. Οι φτωχές χώρες έχουν πολύ λίγους πόρους για την ψυχική υγεία και αυτοί δεν είναι διαθέσιμοι στα φτωχότερα στρώματα της κοινωνίας. Ακόμα και στις πλούσιες χώρες, δημιουργούνται αξεπέραστα εμπόδια από τη φτώχια και συνακόλουθους παράγοντες, όπως έλλειψη ασφαλιστικής κάλυψης, χαμπλό μορφωτικό επίπεδο, ανεργία, αντιμετώπιση εμποδίων λόγω φυλής, εθνικότητας και γλώσσας. Το χάσμα θεραπείας στις περισσότερες ψυχικές διαταραχές είναι μεγάλο, αλλά στο φτωχό πληθυσμό είναι πράγματι εντυπωσιακό.

Σε όλα τα κοινωνικοοικονομικά επίπεδα οι πολλαπλοί ρόλοι που εκπληρώνουν οι γυναίκες στην κοινωνία τις εκθέτουν σε μεγαλύτερο κίνδυνο να υποστούν ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές σε σχέση με τους άνδρες. Οι γυναίκες συνεχίζουν να φέρουν το βάρος των ευθυνών τους ως σύζυγοι, μητέρες, εκπαιδευτές και ως γενικότερα υπεύθυνες για τη φροντίδα του περιβάλλοντός τους, ενώ ταυτόχρονα γίνονται όλο και περισσότερο βασικό μέρος της εργατικής δύναμης και, στο ένα τέταρτο έως και στο ένα τρίτο των νοικοκυριών, αποτελούν τον κύριο χρηματοδότη. Πέραν των πιέσεων που δέχονται οι γυναίκες λόγω των διευρυμένων και συχνά αλληλοσυγκρουόμενων ρόλων τους, αντιμετωπίζουν σοθαρές διακρίσεις λόγω του φύλου τους με αποτέλεσμα μεγαλύτερη φτώχεια, πείνα, κακή διατροφή, εντατική εργασία και οικογενειακή και σεξουαλική βία. Δεν προκαλεί έκπληξη επομένως ότι χορηγούνται περισσότερα ψυχοτρόπα φάρμακα στις γυναίκες απ' ότι στους άντρες (δες σχήμα 1.5). Η βία κατά των γυναικών αποτελεί ένα μείζον κοινωνικό και δημόσιο πρόβλημα, που επηρεάζει γυναίκες όλων των ηλικιών, πολιτιστικών προελεύσεων και οικονομικού επιπέδου.

Ο ρατσισμός επίσης θέτει σημαντικά ζητήματα. Αν και πολλοί είναι απρόθυμοι να συνητίσουν τον φυλετικό και εθνικό φανατισμό σε σχέση με την ψυχική υγεία, η ψυχολογική, κοινωνική και ανθρωπολογική έρευνα έχει δείχει ότι ο ρατσισμός σχετίζεται με τη διαιώνιση ψυχικών προβλημάτων. Τα διαθέσιμα στοιχεία δείχνουν ότι οι άνθρωποι που επί μιακρόν υφίστανται φυλετικές διακρίσεις κινδυνεύουν περισσότερο να αναπτύξουν ψυχικά προβλήματα ή να επιβαρύνουν αυτά που ήδη έχουν. Και οι άνθρωποι που οι ιδιοί είναι ρατσιστές έχουν ή αναπτύσσουν ορισμένα είδη ψυχικών διαταραχών.

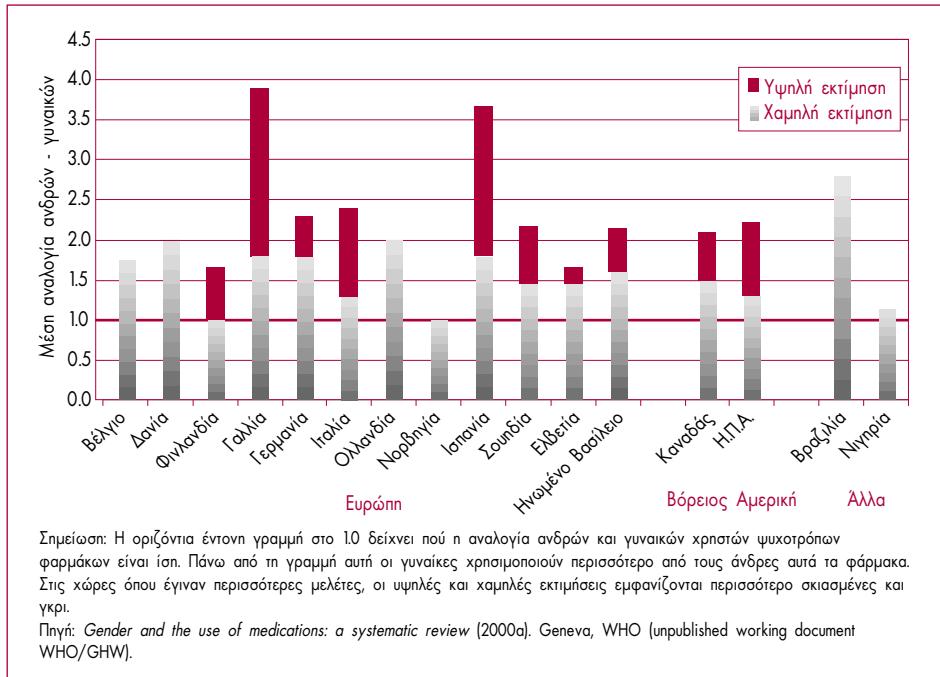
Οι ψυχίατροι, που εξετάζουν την αλληλεπίδραση ρατσισμού και ψυχικής υγείας σε κοινωνίες όπου υπάρχει ρατσισμός σε μεγάλο βαθμό, έχουν παρατηρήσει ότι, για παράδειγμα, ο ρατσισμός μπορεί να επιδεινώσει την κατάθλιψη. Σε μία πρόσφατη ανασκόπηση δέκα μελετών σε διάφορες φυλετικές ομάδες στη Βόρεια Αμερική με δείγμα πάνω από 15.000 άτομα βρέθηκε θετική συσχέτιση μεταξύ εμπειριών ρατσιστικής υφής και ψυχολογικών προβλημάτων (Williams & Williams-Morris 2000).

Η επιρροή του ρατσισμού μπορεί επίσης να εξεταστεί αναφορικά με το επίπεδο συλλογικής ψυχικής υγείας ομάδων και κοινωνιών. Ο ρατσισμός έχει εκθρέψει πολλά καταπιεστικά κοινωνικά συστήματα σε όλο τον κόσμο και σε όλες τις εποχές. Στην πρόσφατη ιστορία, ο ρατσισμός οδήγησε τους λευκούς Νοτιοαφρικανούς να θεωρήσουν τους μαύρους ως "τον εχθρό", και κατ' αυτόν τον τρόπο να διαπράξουν ότι, υπό άλλες συνθήκες, θα θεωρούσαν ηθικά κατακριτέο.

Το εξαιρετικό μέγεθος και η ταχύτητα των τεχνολογικών αλλαγών στα τέλη του εικοστού αιώνα είναι ένας άλλος παράγοντας που έχει συσχετιστεί με την ανάπτυξη ψυχικών

και συμπεριφορικών διαταραχών. Αυτές οι τεχνολογικές αλλαγές, και ιδιαίτερα η επανάσταση στις επικοινωνίες, προσφέρουν τρομακτικές ευκαιρίες για αυξημένη διάδοση της πληροφορίας και ενδυνάμωση των χρηστών. Η τηλεϊατρική έχει τώρα τη δυνατότητα να προσφέρει θεραπεία από απόσταση.

**Σχήμα 1.5 Μέση αναλογία ανδρών - γυναικών στη χρήση ψυχοτρόπων φαρμάκων, επιλεγμένες χώρες**



Άλλα αυτές οι πρόδοι έχουν και τα μειονεκτήματά τους. Υπάρχουν στοιχεία που δείχνουν ότι οι προσεγγίσεις των MME επηρέαζουν τα επίπεδα βίας, τη σεξουαλική συμπεριφορά και το ενδιαφέρον για την πορνογραφία και ότι η έκθεση στη βία λόγω των βιντεοπαιχνιδών αιχάνει την επιθετική συμπεριφορά και άλλες επιθετικές τάσεις (Dill & Dill 1998). Οι δαπάνες για τη διαφήμιση παγκοσμίως ξεπερνούν τώρα το ρυθμό αινάπτυξης της παγκόσμιας οικονομίας κατά ένα τρίτο. Το επιθετικό μάρκετινγκ παίζει σημαντικό ρόλο στην γενίκευση παγκοσμίως της χρήσης αλκοόλ και καπνού μεταξύ των νέων και κατ' αυτό τον τρόπο αυξάνεται ο κίνδυνος διαταραχών, που σχετίζονται με τη χρήση ουσιών και των επιπτώσεών τους (Klein 1999).

## ΜΙΑ ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΑΠΟ ΤΗ ΣΚΟΠΙΑ ΤΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η ουσιώδης σύνδεση βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων που καθορίζει την εκδήλωση και πορεία των ψυχικών και συμπεριφορικών διαταραχών προσφέρει μια σημαντική ελπίδα στα εκατομμύρια των ανθρώπων που υποφέρουν από αυτές. Αν και δεν γνωρίζουμε ακόμη πολλά, η συσσωρευμένη επιστημονική γνώση είναι σαφής: έχουμε στη διάθεσή μας τη γνώση και τη δύναμη να μειώσουμε σημαντικά την επιβάρυνση που προκαλείται στη δημόσια υγεία σε παγκόσμιο επίπεδο από τις ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές. Αυτό το μήνυμα είναι ένα κάλεσμα για δράση, ώστε να

ανακουφιστεί η δυσφορία που υφίστανται τα περίπου 450 εκατομμύρια ανθρώπων με αυτές τις διαταραχές. Δεδομένου του τεράστιου μεγέθους τους προβλήματος, της πολύ-πλευρης αιτιολογίας, του εξαπλωμένου στιγματισμού και διακρίσεων και του σημαντικού θεραπευτικού χάσματος που υπάρχει σε όλο τον κόσμο, μία προσέγγιση από την σκοπιά της δημόσιας υγείας είναι η πιο κατάλληλη μέθοδος απάντησης.

Το στίγμα συμβολίζει την ντροπή και απόρριψη, που οδηγεί σε διακρίσεις εναντίον των ατόμων που στιγματίζονται καθώς και στον αποκλεισμό τους από διάφορους τομείς της κοινωνικής ζωής. Η έκθεση για την ψυχική υγεία του Γενικού Αρχιάτρου των Ηνωμένων Πολιτειών (DHHS 1999) περιέγραψε τα αποτελέσματα του στίγματος ως ακολούθως: " το στίγμα διαβρώνει την πεποίθηση ότι οι ψυχικές διαταραχές είναι πραγματικές ασθένειες που μπορούν να θεραπευτούν. Οδηγεί τους ανθρώπους να αποφεύγουν να έχουν σχέσεις, να δίνουν εργασία ή να συνεργάζονται, να νοικιάζουν ή να ζουν κοντά σε πρόσωπα που έχουν ψυχικές διαταραχές". Επιπλέον, " το στίγμα αποτρέπει το κοινό από το να θέλει να πληρώσει νοσήλια για τη περίθαλψη και έτοι μειώνει την πρόσβαση των καταναλωτών σε πόρους και ευκαιρίες για θεραπεία και κοινωνικές υπηρεσίες. Η συνακόλουθη αδυναμία ή αποτυχία να τύχουν θεραπείας, ενδυναμώνει τα καταστροφικά στερεότυπα της χαμηλής αυτοεκτίμησης, απομόνωσης και απελπισίας. Το στίγμα στέρει τραγικά τους ανθρώπους από την αξιοπρέπειά τους και εμποδίζει την πλήρη συμμετοχή τους στην κοινωνία."

Από την σκοπιά της δημόσιας υγείας υπάρχουν πολλά που πρέπει να επιτευχθούν, ώστε να μειωθεί η δυσφορία που προκαλείται από τις ψυχικές διαταραχές, όπως:

- σχεδιασμός πολιτικών ώστε να βελτιωθεί η ψυχική υγεία των πληθυσμών
- διασφάλιση της πρόσβασης όλων των πολιτών σε κατάλληλες και οικονομικά αποδοτικές υπηρεσίες, συμπεριλαμβανομένων των υπηρεσιών προαγωγής της ψυχικής υγείας και πρόληψης
- διασφάλιση επαρκούς περίθαλψης και προστασίας των ανθρωπίνων δικαιωμάτων των ιδρυματοποιημένων αισθενών που πάσχουν από σοβαρές ψυχικές διαταραχές
- εκτίμηση και καταγραφή της ψυχικής υγείας των κοινοτήτων, συμπεριλαμβανομένων ευπαθών πληθυσμών, όπως τα παιδιά, οι γυναίκες και οι ηλικιωμένοι
- προαγωγή υγιεινών τρόπων ζωής και μείωση των παραγόντων κινδύνου που οδηγούν σε ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές, όπως ασταθή οικογενειακά περιβάλλοντα, καταχρήσεις και κοινωνικές αναταραχές
- υποστήριξη της σταθερής οικογενειακής ζωής, της κοινωνικής συνοχής και της ανάπτυξης του ανθρώπου
- υποστήριξη της έρευνας σχετικά με τις αιτιολογίες των ψυχικών και συμπεριφορικών διαταραχών, την ανάπτυξη αποτελεσματικών θεραπειών, και έλεγχος και αξιολόγηση των συστημάτων ψυχικής υγείας.

Το υπόλοιπο αυτής της έκθεσης αφιερώνεται σε αυτά τα σημαντικά ζητήματα. Με την παρουσίασης επιστημονικών πληροφοριών σχετικά με τις ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές, ο ΠΟΥ ελπίζει ότι το στίγμα και ο αποκλεισμός θα μειωθεί, η ψυχική υγεία θα αναγνωριστεί ως πρωτεύον θέμα της δημόσιας υγείας και ότι θα ληφθούν μέτρα από τις κυβερνήσεις όλου του κόσμου ώστε να βελτιωθεί η ψυχική υγεία.

Το κεφάλαιο 2 παρέχει τις πιο πρόσφατες επιδημιολογικές πληροφορίες για το μέγεθος, την προκαλούμενη επιβάρυνση στη δημόσια υγεία, και τις οικονομικές επιπτώσεις των ψυχικών και συμπεριφορικών διαταραχών παγκοσμίως.

Το κεφάλαιο 3 παρουσιάζει πληροφορίες για τις αποτελεσματικές θεραπείες των ανθρώπων με ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές. Σκιαγραφεί τις γενικές αρχές αντιμετώπισης και συγκεκριμένες στρατηγικές για τη θεραπεία των διαταραχών.

Το κεφάλαιο 4 δίνει στοιχεία για τους υπεύθυνους πολιτικού σχεδιασμού, ώστε να υπερποδηθούν τα συνήθη εμπόδια και να βελτιωθεί η ψυχική υγεία στις κοινότητες.

Το κεφάλαιο 5 τονίζει τις προτεραιότητες στη δράση σε σχέση με τους διαθέσιμους σε κάθε κοινότητα πόρους.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

# Η επιβάρυνση που προκα- γείται στην δημόσια ογεία από τις φυσικές και συμπε- ριφορικές διαταραχές

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



## 2

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

### ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

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

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

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

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

### ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

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

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

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

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

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

ρια για την έρευνα για έναν ακριβέστερο ορισμό των διαταραχών<sup>2</sup>. Το υλικό αυτό, το οποίο έχει διαπολιτισμική εφαρμογή, αναπτύχθηκε από το κεφάλαιο V (F) της δέκατης αναθεώρησης της διεθνούς ταξινόμισης νόσων (ICD-10)<sup>3</sup>, επί τη βάσει μιας διεθνούς ανασκόπησης της

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

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

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

φυσιολογικών λειτουργιών και σωματικούς παράγοντες - π.χ. διαταραχές στην πρόσληψη τροφής, μη οργανικές διαταραχές του ύπουν.

- **Διαταραχές της προσωπικότητας και της συμπεριφοράς των ενηλίκων** - π.χ. παρανοειδής διαταραχή προσωπικότητα, τρανεζουαλισμός.
- **νοητική καθυστέρηση** - π.χ. ελαφρά νοητική καθυστέρηση.
- **Διαταραχές της ψυχολογικής ανάπτυξης** -π.χ. διαταραχές στην ανάγνωση, παιδικός αυτισμός.
- **Συμπεριφορικές και συναισθηματικές διαταραχές με έναρξη συνήθως στην παιδική και εφηβική πλικία** -π.χ. υπερκινητικές διαταραχές, διαταραχές διαγωγής, διαταραχές τικ.
- **Ακαδόριστες ψυχικές διαταραχές**

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

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

Μερικές ψυχικές, συμπε-

ριφορικές και νευρολογικές διαταραχές συμπεριλαμβάνονται υπό τον τίτλο "νευροψυχιατρικές διαταραχές" στο στατιστικό παράρτημα της έκθεσης. Αυτή η ομάδα περιλαμβάνει την μονοπολική μείζονα κατάθλιψη, τη διπολική συναισθηματική διαταραχή, τις ψυχώσεις, την επιληψία, την εξάρτηση από αλκοόλ, την άνοια Alzheimer και άλλες άνοιες, τη νόσο Parkinson, την πολλαπλή σκλήρυνση, την εξάρτηση από ψυχοδραστικές ουσίες, τη διαταραχή στρες μετά από ψυχοτραυματική εμπειρία, την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, την ημικρανία και τις διαταραχές ύπουν.

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

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

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

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

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

## ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

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

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

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

Οι περισσότερες μελέτες καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι ο συνολικός επιπολασμός

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

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

### **ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΟΥ ΠΑΡΟΥΣΙΑΖΟΝΤΑΙ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**

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

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

### **ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ**

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

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

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

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

<sup>a</sup> CIDI:Composite International Diagnostic Interview.

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

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

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

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

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

## Πλαίσιο 2.2 Πλαγκόσμια Επιβάρυνση της Δημόσιας Υγείας από Νόσους. 2000

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

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

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

- να ποσοτικοποιήσει την

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

- να αναλύσει τη συμμετοχή, σε αυτή την προκαλούμενη επιβάρυνση στην υγεία, επιλεγμένων παραγόντων κινδύνου χρησιμοποιώντας ένα συγκρισιμό πλαίσιο, και

- να αναπτύξει διάφορα σενάρια προβολής της GBD στα επόμενα 30 χρόνια.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

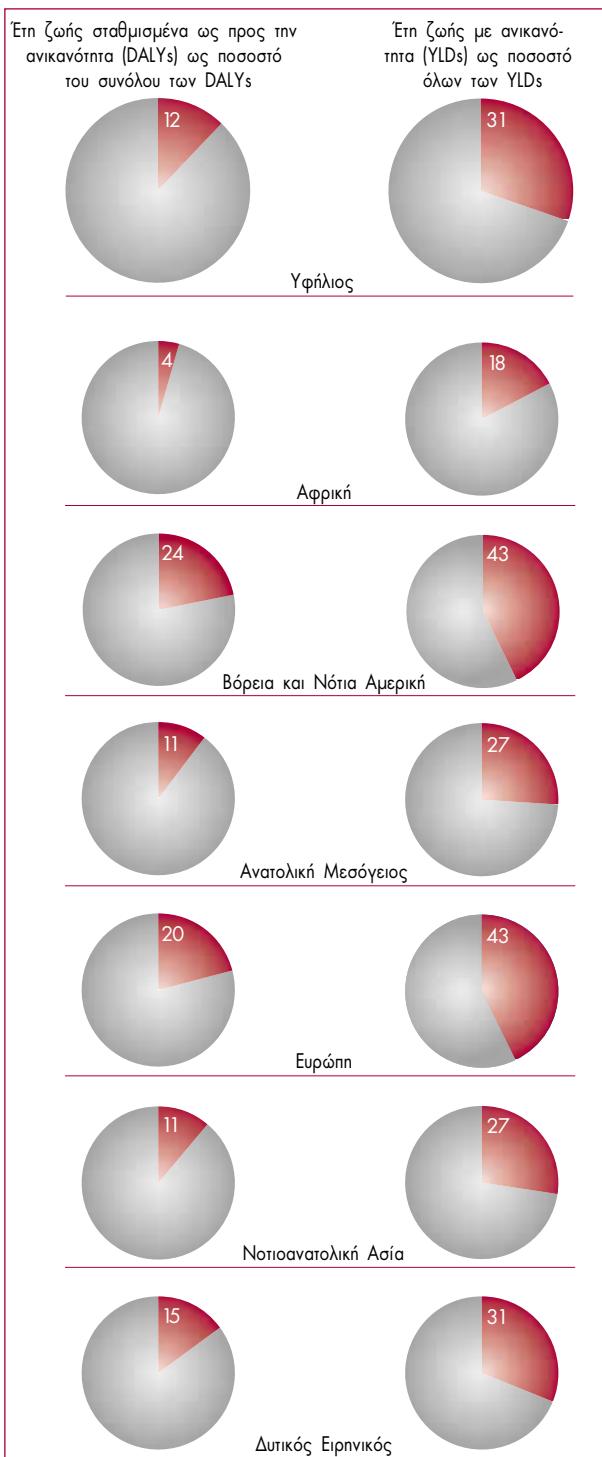
Η ανικανότητα που προκαλούν οι ψυχιατρικές και νευρολογικές διαταραχές είναι μεγάλη σε όλες τις περιοχές του κόσμου. Ως ποσοστό επί του συνόλου, όμως, είναι σχετικά μικρότερη στις αναπτυσσόμενες χώρες, κυρίως λόγω της μεγάλης επιβάρυνσης σε αυτές τις περιοχές των μεταδοτικών ασθενειών και των ασθενειών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

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

## ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΑ

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

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



Σημείωση: Για ένα πλήρως κατάλογο των νευροψυχιατρικών νοσημάτων βλέπε τον Πίνακα 3 στο παράρτημα

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

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

## Σχήμα 2.2 Κύριες αιτίες ετών ζωής σταθμισμένων ως προς την ανικανότητα (DALYs) σε όλες τις πλικίες, και στους 15-44 ετών κατά φύλο, εκτιμήσεις για το 2000<sup>o</sup>

Και τα δύο φύλα, όλες οι πλικίες	% συνόλου	Άνδρες, όλες οι πλικίες	% συνόλου	Γυναίκες, όλες οι πλικίες	% συνόλου
1 λοιμώξεις κατώτερου αναπνευστικού	6,4	1 περιγεννητικές καταστάσεις	6,4	1 HIV/ AIDS	6,5
2 περιγεννητικές καταστάσεις	6,2	2 λοιμώξεις κατώτερου αναπνευστικού	6,4	2 λοιμώξεις κατώτερου αναπνευστικού	6,4
3 HIV/ AIDS	6,1	3 HIV/ AIDS	5,8	3 περιγεννητικές καταστάσεις	6,0
<b>4 μονοπολικές καταθλιπτικές διαταραχές</b>	<b>4,4</b>	<b>4 διαρροϊκά νοσήματα</b>	<b>4,2</b>	<b>4 μονοπολικές καταθλιπτικές διαταραχές</b>	<b>5,5</b>
5 διαρροϊκά νοσήματα	4,2	5 ισχαιμική καρδιοπάθεια	4,2	5 διαρροϊκά νοσήματα	4,2
6 ισχαιμική καρδιοπάθεια	3,8	6 τροχαία ατυχήματα	4,0	6 ισχαιμική καρδιοπάθεια	3,3
7 αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια	3,1	<b>7 μονοπολικές καταθλιπτικές διαταραχές</b>	<b>3,4</b>	7 αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια	3,2
8 τροχαία ατυχήματα	2,8	8 αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια	3,0	8 ελονοσία	3,0
9 ελονοσία	2,7	9 φυματίωση	2,9	9 συγγενείς ανωμαλίες	2,2
10 φυματίωση	2,4	10 ελονοσία	2,5	10 χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια	2,1
11 χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια	2,3	11 χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια	2,4	11 σιδηροπενική αναιμία	2,1
12 συγγενείς ανωμαλίες	2,2	12 συγγενείς ανωμαλίες	2,2	12 φυματίωση	2,0
13 ιλαρά	1,9	<b>13 διαταραχές από κατάχρηση αλκοόλ</b>	<b>2,1</b>	13 ιλαρά	2,0
14 σιδηροπενική αναιμία	1,8	14 ιλαρά	1,8	14 κώφωση με έναρξη στην ενήλικο ζωή	1,7
15 κώφωση με έναρξη στην ενήλικο ζωή	1,7	15 κώφωση με έναρξη στην ενήλικο ζωή	1,8	15 τροχαία ατυχήματα	1,5
16 πτώσεις	1,3	16 Βία	1,6	16 οστεοαρθρίτις	1,4
<b>17 αυτοτραυματισμοί</b>	<b>1,3</b>	17 σιδηροπενική αναιμία	1,5	17 υποθρεψία	1,2
<b>18 διαταραχές από κατάχρηση αλκοόλ</b>	<b>1,3</b>	18 πτώσεις	1,5	<b>18 αυτοτραυματισμοί</b>	<b>1,1</b>
19 υποθρεψία	1,1	<b>19 αυτοτραυματισμοί</b>	<b>1,5</b>	19 σακχαρώδης διαβήτης	1,1
20 οστεοαρθρίτις	1,1	20 κίρρωση του ήπατος	1,4	20 πτώσεις	1,1
Και τα δύο φύλα 15-44 ετών	% συνόλου	Άνδρες 15-44 ετών	% συνόλου	Γυναίκες, 15-44	% συνόλου
1 HIV/ AIDS	13,0	1 HIV/ AIDS	2,1	1 HIV/ AIDS	13,9
<b>2 μονοπολικές καταθλιπτικές διαταραχές</b>	<b>8,6</b>	<b>2 τροχαία ατυχήματα</b>	<b>7,7</b>	<b>2 μονοπολικές καταθλιπτικές διαταραχές</b>	<b>10,6</b>
3 τροχαία ατυχήματα	4,9	<b>3 μονοπολικές καταθλιπτικές διαταραχές</b>	<b>6,7</b>	3 φυματίωση	3,2
4 φυματίωση	3,9	<b>4 διαταραχές από κατάχρηση αλκοόλ</b>	<b>5,1</b>	4 σιδηροπενική αναιμία	3,2
<b>5 διαταραχές από κατάχρηση αλκοόλ</b>	<b>3,0</b>	5 φυματίωση	4,5	<b>5 σχιζοφρένεια</b>	<b>2,8</b>
6 αυτοτραυματισμοί	2,7	6 Βία	3,7	6 εργάδης τοκετός	2,7
7 σιδηροπενική αναιμία	2,6	7 αυτοτραυματισμοί	3,0	<b>7 διπολικές συναισθηματικές διαταραχές</b>	<b>2,5</b>
<b>8 σχιζοφρένεια</b>	<b>2,6</b>	8 σχιζοφρένεια	2,5	8 αποβολή - έκτρωση	2,5
9 διπολικές συναισθηματικές διαταραχές	2,5	<b>9 διπολικές συναισθηματικές διαταραχές</b>	<b>2,4</b>	<b>9 αυτοτραυματισμοί</b>	<b>2,4</b>
10 Βία	2,3	10 σιδηροπενική αναιμία	2,1	10 Περιγεννητική Σημαιμία	2,1
11 κώφωση με έναρξη στην ενήλικο ζωή	2,0	11 κώφωση με έναρξη στην ενήλικο ζωή	2,0	11 τροχαία ατυχήματα	2,0
12 χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια	1,5	12 ισχαιμική καρδιοπάθεια	1,9	12 κώφωση με έναρξη στην ενήλικο ζωή	2,0
13 ισχαιμική καρδιοπάθεια	1,5	13 πόλεμος	.7	13 Λοιμώξη από Χλαμύδια	1,9
14 αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια	1,4	14 πτώσεις	1,7	<b>14 Διαταραχή πανικού</b>	<b>1,6</b>
15 πτώσεις	1,3	15 κίρρωση του ήπατος	1,6	15 Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια	1,5
16 εργάδης τοκετός	1,3	<b>16 διαταραχές από τη χρήση ουσιών</b>	<b>1,6</b>	16 Αιμορραγία σχετιζόμενη με τον τοκετό	1,5
17 αποβολή - έκτρωση	1,2	17 αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια	1,5	17 Οστεοαρθρίτις	1,4
18 οστεοαρθρίτις	1,2	18 χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια	1,5	18 αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια	1,3
19 πόλεμος	1,2	19 άσθμα	1,4	<b>19 ημικρανία</b>	<b>1,2</b>
<b>20 Διαταραχή πανικού</b>	<b>1,2</b>	20 πνιγμόι	1,1	20 ισχαιμική καρδιοπάθεια	1,1

<sup>o</sup> Τα νευροψυχιατρικά νοσήματα και οι αυτοτραυματισμοί (βλ. Πίνακα 3 στο παράτημα) παρουσιάζονται με σκίαση.

Σχήμα 2.3 Κύριες αιτίες ετών ζωής με ανικανότητα (YLDs) σε όλες τις πλικίες και στους 14-44 ετών, εκτίμηση για το 2000.<sup>a</sup>

Και τα δύο φύλα, όλες οι πλικίες	% συνόλου	Άνδρες όλες οι πλικίες	% συνόλου	Γυναίκες, όλες οι πλικίες	% συνόλου
1 Μονοπολικές καταθλιπτικές διαταραχές	11,9	1 Μονοπολικές καταθλιπτικές διαταραχές	9,7	1 Μονοπολικές καταθλιπτικές διαταραχές	14,0
2 Απώλεια ακοής	4,6	2 Διαταραχές από τη χρήση οινοπνεύματος	5,5	2 Σιδηροπενική αναιμία	4,9
3 Σιδηροπενική αναιμία	4,5	3 Απώλεια ακοής	5,1	3 Απώλεια ακοής	4,2
4 Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια	3,3	4 Σιδηροπενική αναιμία	4,1	4 Οστεοαρθρίτις	3,5
5 Διαταραχές από χρήση οινοπνεύματος	3,1	5 Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια	3,8	5 Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια	2,9
6 Οστεοαρθρίτις	3,0	6 Πτώσεις	3,3	6 Σχιζοφρένεια	2,7
7 Σχιζοφρένεια	2,8	7 Σχιζοφρένεια	3,0	7 Διπολικές συναισθηματικές διαταραχές	2,4
8 Πτώσεις	2,8	8 Τροχαία	2,7	8 Πτώσεις	2,3
9 Διπολικές συναισθηματικές διαταραχές	2,5	9 Διπολικές συναισθηματικές διαταραχές	2,6	9 Alzheimer και άλλες άνοιξ	2,2
10 Ασθμα	2,1	10 Οστεοαρθρίτις	2,5	10 Εργάδης τοκετός	2,1
11 Συγγενείς ανωμαλίες	2,1	11 Άσθμα	2,3	11 Καταρράκτης	2,0
12 Περιγεννητικές καταστάσεις	2,0	12 Περιγεννητικές καταστάσεις	2,2	12 Ημικρανία	2,0
13 Alzheimer και άλλες άνοιξ	2,0	13 Συγγενείς ανωμαλίες	2,2	13 Συγγενείς ανωμαλίες	1,9
14 Καταρράκτης	1,9	14 Καταρράκτης	1,9	14 Άσθμα	1,8
15 Τροχαία απυχήματα	1,8	15 Υποθρεψία	1,8	15 Περιγεννητικές καταστάσεις	1,8
16 Υποθρεψία	1,7	16 Alzheimer και άλλες άνοιξ	1,8	16 Λοιμώξη από Χλαμύδια	1,8
17 Αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια	1,7	17 Αγγειακά εγκεφαλικές παθήσεις	1,7	17 Αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια	1,8
18 HIV/ AIDS	1,5	18 HIV/ AIDS	1,6	18 Υποθρεψία	1,6
19 Ημικρανία	1,4	19 Φιλαρίαση	1,6	19 Εκτρωση	1,6
20 Σακχαρώδης διαβήτης	1,4	20 Διαταραχές από χρήση ουσιών	1,6	20 Διαταραχή πανικού	1,6
Και τα δύο φύλα, 15-44 ετών	% συνόλου	Άνδρες 15-44 ετών	% συνόλου	Γυναίκες, 15-44 ετών	% συνόλου
1 Μονοπολικές καταθλιπτικές διαταραχές	16,4	1 Μονοπολικές καταθλιπτικές διαταραχές	13,9	1 Μονοπολικές καταθλιπτικές διαταραχές	18,6
2 Διαταραχές από χρήση οινοπνεύματος	5,5	2 Διαταραχές από χρήση οινοπνεύματος	10,1	2 Σιδηροπενική αναιμία	5,4
3 Σχιζοφρένεια	4,9	3 Σχιζοφρένεια	5,0	3 Σχιζοφρένεια	4,8
4 Σιδηροπενική αναιμία	4,9	4 Διπολικές συναισθηματικές διαταραχές	5,0	4 Διπολικές συναισθηματικές διαταραχές	4,4
5 Διπολικές συναισθηματικές διαταραχές	4,7	5 Σιδηροπενική αναιμία	4,2	5 Εργάδης τοκετός	4,0
6 Απώλεια ακοής	3,8	6 Απώλεια ακοής	4,1	6 Απώλεια ακοής	3,6
7 HIV/ AIDS	2,8	7 Τροχαία	3,8	7 Λοιμώξη από Χλαμύδια	3,3
8 Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια	2,4	8 HIV/ AIDS	3,2	8 Έκτρωση	3,1
9 Οστεοαρθρίτις	2,3	9 Διαταραχές από χρήση ουσιών	3,0	9 Διαταραχή πανικού	2,8
10 Τροχαία	2,3	10 Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια	2,6	10 HIV/ AIDS	2,5
11 Διαταραχή πανικού	2,2	11 Άσθμα	2,5	11 Οστεοαρθρίτις	2,5
12 Εργάδης τοκετός	2,1	12 Πτώσεις	2,4	12 Περιγεννητική Συψαιμία	2,3
13 Λοιμώξη από Χλαμύδια	2,0	13 Οστεοαρθρίτις	2,1	13 Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια	2,2
14 Πτώσεις	1,9	14 Φιλαρίαση	2,1	14 Ημικρανία	2,1
15 Άσθμα	1,9	15 Διαταραχή πανικού	1,6	15 Διαταραχές από χρήση οινοπνεύματος	1,5
16 Διαταραχές από χρήση φαρμάκων	1,8	16 Φυματίωση	1,6	16 Ρευματοειδής αρθρίτιδα	1,4
17 Έκτρωση	1,6	17 Ουρική αρθρίτιδα	1,3	17 Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή	1,4
18 Ημικρανία	1,6	18 Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή	1,3	18 Πτώσεις	1,4
19 Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή	1,4	19 Βία	1,2	19 Διαταραχή στρες μετά από ψυχοτραυ- ματική εμπειρία	1,4
20 Περιγεννητική Συψαιμία	1,2	20 Γονόρροια	1,1	20 Άσθμα	1,3

<sup>a</sup> Τα νευροψυχιατρικά νοσήματα και οι αυτοτραυματισμοί (βλ. Πίνακα 3 στο παράτημα) παρουσιάζονται με σκίαση.

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

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

### ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

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

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

### ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

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

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

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

## **ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ**

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

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

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

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

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

## ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΑΠΟ ΧΡΗΣΗ ΟΥΣΙΩΝ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### Πλαίσιο 2.3 Κάπνισμα και ψυχικές διαταραχές

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

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

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

Το τακτικό κάπνισμα αρχίζει νωρίτερα στους άρρενες εφήβους με διαταραχή ελλειμματικής προσοχής<sup>5</sup> και οι καταθλιπτικοί είναι πιθανότερο να είναι καπνιστές.<sup>6</sup> Αν και παραδοσιακά πιστεύεται ότι οι καταθλιπτικοί έχουν την τάση να καπνίζουν περισσότερο λόγω των συμπτωμάτων τους, νέα στοιχεία αποκαλύπτουν ότι ίσως συμβαίνει το αντίστροφο. Μία μελέτη των εφήβων έδειξε ότι εκείνοι που γίνονται καταθλιπτικοί κάπνιζαν συχνότερα πριν από την εκδήλωση της κατάθλιψης, πράγμα που υπονοεί ότι το κάπνισμα μπορεί να έδρασε ως αιτιολογι-

κός παράγοντας στην εκδήλωση κατάθλιψης σε αυτή την πλικιακή ομάδα.<sup>7</sup>

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

Οι λόγοι για το υψηλό ποσοστό καπνιστών μεταξύ των ασθενών με ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές δεν είναι σαφώς γνωστοί, όμως έχει προταθεί ότι ευθύνονται νευροχημικοί μηχανισμοί.<sup>9</sup> Η νικοτίνη είναι μία πολύ ψυχοδραστική χημική ουσία που επηρεάζει ποικιλοτρόπως τον εγκέφαλο: ενεργοποιεί συστήματα επιβράβευσης στον εγκέφαλο και οδηγεί σε αιγμένη έκκριση ντοπαίνης σε μέρη του εγκεφάλου που σχετίζονται στενά με τις ψυχικές διαταραχές. Η νικοτίνη μπορεί επίσης να καταναλώνεται, ώστε να μειώθει η δυσφορία και άλλα ανεπιθύμητα αποτελέσματα των ψυχικών συμπτωμάτων. Το κοινωνικό περιβάλλον, συμπεριλαμβανομένης της απομόνωσης και της ανίας, μπορεί επίσης να παίζει ένα ρόλο και αυτό είναι ιδιαίτερα προφανές στο ιδρυματικό περιβάλλον. Όποιοι κι αν είναι οι λόγοι, δεν αφισθητείται το γεγονός ότι οι άνθρωποι με ψυχικές διαταραχές θέτουν την υγεία τους σε ακόμα μεγαλύτερο κίνδυνο λόγω του υπερβολικού καπνίσματος.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

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

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

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

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

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

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

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

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

## ΕΠΙΛΗΨΙΑ

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

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

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

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

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

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

## ΝΟΣΟΣ ALZHEIMER

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

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

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

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

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

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

## ΝΟΗΤΙΚΗ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗ

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

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

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

## ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΚΑΙ ΕΦΗΒΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ**

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

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

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

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

## **ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ**

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

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

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

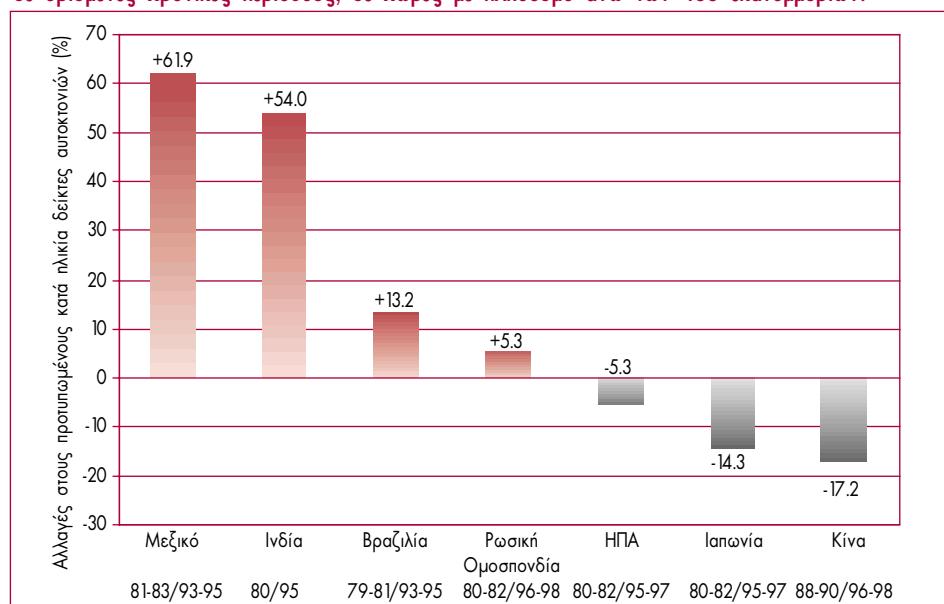
Είναι πολύ δύσκολο, αν όχι αδύνατο, να βρεθεί κοινή εξήγηση για αυτές τις αποκλίσεις. Οι κοινωνικοοικονομικές αλλαγές (προς οποιαδήποτε κατεύθυνση), συχνά προτείνονται ως παράγων που συμβάλλει στην αύξηση των αυτοκτονιών. Αυτό έχει επανειλημένως δειχθεί, όμως έχουν παρατηρηθεί αυξήσεις σε περιόδους σταθερότητας,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

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

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

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

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



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

**Ευρώπη (επιλεγμένες χώρες) <sup>a</sup>**

Και τα δύο φύλα	Άνδρες	Γυναίκες
1 Ατυχήματα στις μεταφορές	1 Ατυχήματα στις μεταφορές	1 Σύνολο Καρκίνων
2 Αυτοκτονίες	2 Αυτοκτονίες	2 Ατυχήματα στις μεταφορές
3 Σύνολο Καρκίνων	3 Σύνολο Καρκίνων	3 Αυτοκτονίες

**Κίνα (επιλεγμένες περιοχές) <sup>b</sup>**

Και τα δύο φύλα (αγροτικές και αστικές περιοχές)	Άνδρες (αγροτικές περιοχές)	Γυναίκες (αγροτικές περιοχές)
1 Αυτοκτονίες	1 Τροχαία ατυχήματα	1 Αυτοκτονίες
2 Τροχαία ατυχήματα	2 Σύνολο Καρκίνων	2 Σύνολο Καρκίνων
3 Σύνολο Καρκίνων	3 Αυτοκτονίες	3 Σύνολο Καρδιαγγειακών παθήσεων

<sup>a</sup> Αλβανία, Αυστρία, Βουλγαρία, Κροατία, Τσεχική δημοκρατία, Εσθονία, Φινλανδία, Γαλλία, Γερμανία, Ελλάδα, Ουγγαρία, Ισραήλ, Ιταλία, Καζακστάν, Λετονία, Λιθουανία, Λουζεμβούργο, FYROM, Μάλτα, Ολλανδία, Νορβηγία, Πορτογαλία, Δημοκρατία της Μολδαβίας, Ρουμανία, Σλοβακία, Σλοβενία, Ισπανία, Ήνωμένο Βασίλειο.

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

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

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

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

## KOINΩΝΙΚΟ-ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

### ΨΥΧΙΚΩΝ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

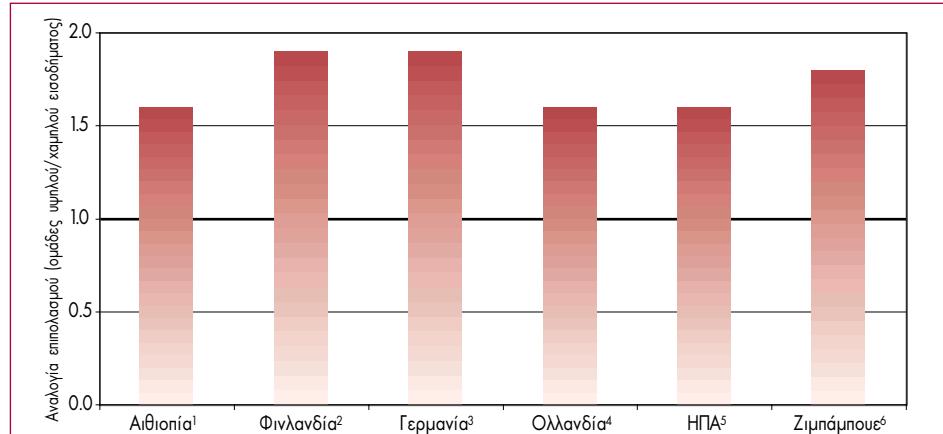
Ο επιπολασμός, η εκδήλωση και η πορεία των ψυχικών και συμπεριφορικών διαταραχών καθορίζεται από μία ποικιλία παραγόντων. Περιλαμβάνονται κοινωνικοί και οικονομικοί

παράγοντες, δημογραφικοί, όπως το φύλο και η πλικία, συθαρές απειλές, όπως συγκρούσεις και καταστροφές, η ύπαρξη συθαρών σωματικών ασθενειών και το οικογενειακό περιβάλλον. Όλα περιγράφονται εδώ εν συντομίᾳ, ώστε να φανεί πώς επηρέαζουν την ψυχική υγεία.

## ΦΤΟΧΕΙΑ

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

## ΦΥΛΟ

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

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

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

Όταν ερωτώνται για την υγεία τους<sup>1</sup>, οι φτωχοί αναφέρουν πολλούς και διάφορους τραυματισμούς και ασθένειες: σπασμένα μέλη, εγκαύματα, δυλωτηρίασεις από χημικά και τη μόλυνση, διαβήτη, πνευμονία, βρογχίτιδα, φυματίωση, HIV/AIDS, άσθμα, διάρροια, τυφοειδή πυρετό, ελονοσία, παρασιτικές ασθένειες από μολυσμένο νερό, δερματικές μολύνσεις και άλλες ασθένειες. Συχνά αναφέρονται προβλήματα ψυχικής υγείας μαζί με τα σωματικά, και συχνά συζητούνται ενοχλήματα που σχετίζονται με καταχρήσεις ουσιών και αλκοόλ. Οι ομάδες συζήτησης συχνά καταλήγουν ότι το άγχος, η κατάθλιψη, η έλλει-

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### Πίνακας 2.3 Σχέση μεταξύ οικογενειακής βίας και αυτοκτονικών τάσεων

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

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

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

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

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

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

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

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

## ΗΛΙΚΙΑ

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

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

### ΣΥΓΚΡΟΥΣΕΙΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΣΤΡΟΦΕΣ

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

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

### MEIZONA ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

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

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

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

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

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

## ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΙ ΚΑΙ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

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

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

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

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

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

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

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

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

# Αντιμετώπιση των φυσικών διαταραχών

Στο δεύτερο ήμισυ του 20ού αιώνα το μοντέλο περίθαλψης στην ψυχική υγεία μετατοπίστηκε, από το μεγάλο ψυχιατρικό ίδρυμα ('άσυλο') στην φροντίδα στο επίπεδο της κοινότητας, με την υποστήριξη κλινών σε γενικά νοσοκομεία για τα οξεία περιστατικά. Αυτή η αλλαγή βασίστηκε τόσο στην ανάγκη σεβασμού των ανθρωπίνων δικαιωμάτων των πασχόντων όσο και στη δυνατότητα εφαρμογής σύγχρονων παρεμβάσεων και τεχνικών. Μια σωστή, αντικειμενική διάγνωση είναι ουσιώδης, ώστε να σχεδιαστεί η φροντίδα κατά περίπτωση και να αποφασιστεί η κατάλληλη θεραπεία. Όσο νωρίτερα αρχίστηκε η σωστή θεραπεία, τόσο καλύτερη είναι η πρόγνωση. Ως κατάλληλη θεραπευτική αγωγή για τις ψυχικές διαταραχές και τις διαταραχές της συμπεριφοράς, εννοούμε την ορθολογική χρήση φαρμακολογικών, ψυχολογικών και ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων με γνώμονα πάντοτε την κλινική αποτελεσματικότητα στην πράξη. Η αντιμετώπιση συγκεκριμένων ψυχιατρικών προβλημάτων περιλαμβάνει παρεμβάσεις που αφορούν τους τομείς της πρόληψης, της θεραπείας και της αποκατάστασης.



### 3

## ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

### ΑΛΛΑΓΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗΣ

*Η* περίθαλψη των πασχόντων από ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές πάντοτε αντικατόπτριζε τον τρόπο με τον οποίο οι κυριαρχούσες κοινωνικές αξίες θεωρούσαν τις ψυχικές νόσους. Διαμέσου των αιώνων, οι άνθρωποι με αυτές τις διαταραχές αντιμετωπίζονταν με διάφορους τρόπους (δες πλάισιο 3.1). Τους έδιναν ξεχωριστή θέση σε κοινωνίες όπου πίστευαν ότι μιλούσαν στους θεούς και στους νεκρούς. Το Μεσαίωνα, στην Ευρώπη και αλλού, τους βασάνιζαν και τους έκαιγαν στην πυρά. Τους κλείδωναν σε μεγάλα ιδρύματα. Γίνονταν αντικείμενα έρευνας για την επιστήμη. Και τέλος, περιθάλπονταν και ενσωματώνονταν στις κοινότητες που ανήκαν.

Στην Ευρώπη, υπήρχαν διάφορες τάσεις κατά το 19ο αιώνα. Αφενός, οι ψυχικές αισθένειες έγιναν αντικείμενο επιστημονικής έρευνας – η ψυχιατρική αναπτύχθηκε ως ιατρικός κλάδος και οι ψυχικά αισθένεις εθεωρούντο αισθένεις με ιατρικό πρόβλημα. Αφετέρου, οι άνθρωποι με ψυχικές διαταραχές, όπως και άλλοι με πολλές άλλες αισθένειες και ανεπιθύμητη κοινωνική συμπεριφορά, απομονώνονταν και περιορίζονταν σε μεγάλα ιδρύματα, τα κρατικά ψυχιατρεία ή άσυλα παλαιότερα. Αυτές οι τάσεις διαδόθηκαν και στις άλλες ηπείρους.

Στο δεύτερο ήμισυ του 20ου αιώνα, μια αλλαγή προσέγγισης άρχισε, κυρίως λόγω τριών ανεξαρτήτων παραγόντων.

Η ψυχοφαρμακολογία έκανε σημαντικές προόδους, με την ανακάλυψη καινούργιων φαρμάκων, ιδίως με τα νευρολογικά και τα αντικαταθλιπτικά, όπως και με την ανάπτυξη νέων μορφών ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων.

Η κίνηση υπέρ των ανθρωπίνων δικαιωμάτων έγινε ένα πραγματικά παγκόσμιο φαινόμενο υπό την αιγίδα των Ηνωμένων Εθνών, και η δημοκρατία ενδυναμώθηκε παγκοσμίως, αν και όχι ομοιόμορφα παντού (Merkel 1993).

Κοινωνικά και ψυχικά στοιχεία ενσωματώθηκαν σταθερά στον ορισμό της υγείας (δες κεφάλαιο 1) του νεοϊδρυμένου ΠΟΥ το 1948.

Αυτά τα επιστημονικά και κοινωνικοπολιτικά συμβάντα, συνέβαλαν ώστε να μετατεθεί το κέντρο βάρους της φροντίδας από τα μεγάλα ψυχιατρικά ιδρύματα, τα οποία συν τω χρόνο έγιναν καταπιεστικά και οπισθοδρομικά, σε μία πιο ανοικτή και ευέλικτη φροντίδα μέσα στην κοινότητα.

Η αποτυχία των αισύλων αποδεικνύεται από επανειλημμένες περιπτώσεις κακομεταχείρισης αισθενών, από τη γεωγραφική απομόνωση των ιδρυμάτων αλλά και του προσωπικού, από την κακή παρακολούθηση των αισθενών, τους ανεπαρκείς ελέγχους ποιότητας, την κακή διαχείριση και διοίκηση, την κατασπατάληση πόρων.

Επίσης, οι συνθήκες διαβίωσης στα ψυχιατρεία σε όλο τον κόσμο είναι κακές, και οδηγούν σε καταπάτηση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και χρονιότητα. Με απόλυτους όρους, θα μπορούσε κανείς να ισχυριστεί, ότι οι συνθήκες στα νοσοκομεία των ανεπτυγμένων χωρών είναι καλύτερες από τις συνθήκες ζωής σε πολλές αναπτυσσόμενες χώρες. Όμως, αν συγκρίνουμε τις συνθήκες ζωής σε μία κοινότητα με εκείνες ενός ψυχιατρείου στην ίδια κοινότητα, δικαιούμαστε να πούμε ότι οι συνθήκες στο ψυχιατρείο είναι κακές (πλάισιο 3.2).

Αντιθέτως, η φροντίδα στην κοινότητα ενδυναμώνει τα άτομα με ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές. Στην πράξη, η κοινωνική φροντίδα απαιτεί την ανάπτυξη ποικίλλων υπηρεσιών σε τοπικό επίπεδο. Αυτή η διεργασία, που δεν έχει αρχίσει ακόμα σε πολλές περιοχές και χώρες, έχει στόχο, αφενός να σιγουρέψει ότι μερικές από τις προστατευτικές λειτουργίες του αισύλου υπάρχουν ολοκληρωμένες στην κοινότητα, και αφετέρου να ξεριζώσει τις αρνητικές

### Πλαίσιο 3.1 Ψυχιατρική περίθαλψη: τότε ή τώρα;

Οι τρεις δηλώσεις που ακολουθούν, δείχνουν καθαρά πώς οι πολιτικές και η αντιμετώπιση της θεραπείας ψυχικά πασχόντων έχουν αλλάξει, ή αμφισβητηθεί, κατά τα τελευταία 150 χρόνια.

"Έχουν περάσει 16 χρόνια από τότε που κάθε μηχανικός περιορισμός [των ψυχικά πασχόντων] - ζουρλούμανδυάς, δέσιμο χεριών ή ποδιών ή στην καρέκλα-καταργήτηκε. Όπου η προσπάθεια έγινε αποφασιστικά, πέτυχε. [...] δεν υπάρχει μεγαλύτερη πλάνη από το να θεωρεί κανείς ότι μια μετρημένη χρήση του περιορισμού είναι συμβατή με μια ολοκληρωμένη, εξανθρωπισμένη θεραπεία. Η κατάργηση των περιορισμάτων πρέπει να είναι απόλυτη, αλλιώς δεν θα είναι αποτελεσματική."

1856 John Conolly (1794-1866) Αγγλος ιατρός, διευθυντής του ασύλου στο Hanwell. Στο: *The treatment of the insane without mechanical restraints*. London, Smith, Elder & Co.

"Όταν οργανώθηκε η εθνική επιτροπή, το κύριο ενδιαφέρον της ήταν να εξανθρωπίσει την περίθαλψη των φρενοβλαβών: να εξαφανίσει την κακομεταχείριση, τη σκληρότητα και την παραμέληση που παραδοσιακά υφίστανται οι ψυχικά ασθενείς και να πείσει την κοινή γνώμη για την ανάγκη μεταρρύθμισης. Α μετατρέψει τα άσυλα σε νοσοκομεία, να διευρύνει τις υπηρεσίες που προσφέρουν θεραπεία, και να ανεβάσει το επίπεδο. Εν ολίγοις, να εξασφαλίσει στους ψυχικά ασθενείς, όπι απολαμβάνουν οι σωματικά ασθενείς."

1908 Clifford Beers (1876-1943). Ο ιδρυτής της παγκόσμια κίνησης υπέρ της ψυχική υγεινής, εισήχθη ο ίδιος αρκετές φορές σε ψυχιατρεία. Στο: *A mind that found itself: an autobiography*. New York, Longmans Green.

"Εναντιωνόμαστε στο δικαίωμα ορισμένων ανθρώπων, στενόμυαλων ή όχι, να καταλήγουν να καταδικάζουν σε ισδβια κάθειρξη κάποιον, μόνο με το πρόσχημα της ψυχικής διαταραχής. Και τι καταδίκη! Ξέρουμε - στην πραγματικότητα, δεν ξέρουμε - ότι τα άσυλα, που πολύ απέχουν από το να είναι άσυλα, είναι φοβερές φυλακές, όπου οι τρόφιμοι είναι φτυνό και βολικό εργατικό δυναμικό, όπου η κακομεταχείριση είναι ο κανόνας, και όλα αυτά κάτω από την δική σας ανοχή. Το ψυχιατρείο, κάτω από το μανδύα της επιστήμης και της δικαιοσύνης, μοιάζει με στρατώνα, αναμορφωτήριο, εξορία καταδίκων."

1935 Antonin Artaud (1896-1948) Γάλλος ποιητής, ιθοποιός και θεατρικός συγγραφέας, ο οποίος έζησε πολλά χρόνια σε ψυχιατρεία. Στο *Open letter to medical directors of madhouses*. Paris, *La Revolution Surrealiste*, No3.

πλευρές αυτών των ιδρυμάτων. Η φροντίδα μέσα στην κοινότητα, ως προσέγγιση, σημαίνει:

- Υπηρεσίες κοντά στην κατοικία, συμπεριλαμβανομένης της εισαγωγής σε γενικό νοσοκομείο για επείγουσες καταστάσεις, και δυνατότητα μονιμότερης στέγασης στην κοινότητα
- Παρέμβαση τόσο στα συμπτώματα όσο και στην προκαλούμενη από αυτά ανικανότητα
- Ευρεία ποικιλία υπηρεσιών που υπηρετούν τις ανάγκες των πασχόντων από ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές
- Συντονισμός κοινοτικών υπηρεσιών και επαγγελματιών του κλάδου
- Κινητές και όχι στατικές υπηρεσίες, συμπεριλαμβανομένων και μονάδων για κατ'οίκον θεραπεία
- Συνεργασία με τους νοσηλευτές και τους φροντιστές των ασθενών, και εξυπηρέτηση των αναγκών τους
- Νομοθεσία υποστηρικτική των παραπάνω.

Τα συσσωρευμένα στοιχεία της ανεπάρκειας των ψυχιατρείων, μαζί με την ιδρυματοποίηση – την μονιμοποίηση της ανικανότητας, εξαιτίας της κοινωνικής απομόνωσης και της ιδρυματικής φροντίδας – οδήγησε στο κίνημα της αποϊδρυματοποίησης.

Ενώ η αποϊδρυματοποίηση είναι ένα σημαντικό μέρος της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, δεν συνεπάγεται και την κατάργηση των νοσοκομείων. Η αποϊδρυματοποίηση είναι μία σύνθετη διεργασία, που οδηγεί στη δημιουργία ενός στέρεου δικτύου εναλλακτικών λύσεων στο κοινοτικό επίπεδο. Το κλείσιμο των νοσοκομείων χωρίς εναλλακτικές διεξόδους προς τις κοινοτικές δομές είναι το ίδιο επικίνδυνο, όσο και το να δημιουργηθούν οι κοινοτικές δομές χωρίς να κλείσουν τα ψυχιατρεία. Και τα δύο πρέπει να γίνουν ταυτόχρονα και συντονισμένα. Μία σωστή αποϊδρυματοποίηση έχει τρεις βασικές διαστάσεις:

- Αποφυγή καταχρηστικών εισαγωγών στα ψυχιατρεία, λόγω της ύπαρξης κοινοτικών υπηρεσιών
- Έξοδος χρονίων ιδρυματοποιημένων ασθενών, αφού έχουν προετοιμαστεί επαρκώς, και ανάληψη της ευθύνης φροντίδας τους από κοινοτικές υπηρεσίες.

- Ιδρυση και συντήρηση υποστηρικτικών κοινοτικών συστημάτων για τους μη ιδρυματοποιημένους ασθενείς

Η αποϊδρυματοποίηση δεν είναι πάντα επιτυχής, και η κοινοτική περίθαλψη αντιμετωπίζει ακόμα λειτουργικά προβλήματα. Μεταξύ άλλων, ένας λόγος που δεν υπάρχουν καλύτερα αποτελέσματα, είναι και το ότι οι κυβερνήσεις δεν έχουν επαναπροωθήσει τους πόρους, που εξοικονόμησαν μετά το κλείσιμο των νοσοκομείων, στην κοινοτική περίθαλψη. Το προσωπικό δεν προετοιμάστηκε αρκετά, ώστε να δεχτεί τον νέο του ρόλο. Και το στίγμα που ακολουθεί τις ψυχικές διαταραχές παραμένει ισχυρό, με επακόλουθη τις αρνητικές αντιδράσεις του κοινού έναντι των ανθρώπων με ψυχικές διαταραχές. Σε μερικές χώρες, πολλοί άνθρωποι με σοβαρές ψυχικές ασθενείες καταλήγουν στη φυλακή ή άστεγοι.

Παρακολουθώντας την τάση για μετακίνηση του κέντρου βάρους της φροντίδας από το νοσοκομείο προς την κοινότητα, βαθιές πολιτικές αλλαγές έχουν γίνει σε μερικές χώρες. Για παράδειγμα, ο Νόμος 180, που θεσπίστηκε στην Ιταλία το 1978 και έκλεισε όλα τα ψυχιατρεία, μορφοποίησε και επιτάχυνε μία προϋπάρχουσα τάση για τη φροντίδα των ψυχικά πασχόντων. Ο νόμος ανέφερε, ότι δεν θα εισάγονται νέοι ασθενείς στα μεγάλα κρατικά ψυχιατρεία, ούτε θα υπάρξουν επανεισαγωγές. Δεν θα ανεγερθούν καινούργια ψυχιατρεία. Τα ψυχιατρικά τμήματα των γενικών νοσοκομείων δεν θα υπερβαίνουν τις 15 κλίνες και θα πρέπει να συνδέονται με κοινοτικά κέντρα ψυχικής υγείας. Οι κοινοτικές υπηρεσίες, με προσωπικό που προήλθε από το προϋπάρχον στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, έχουν υποχρέωση να εξυπηρετούν μία ορισμένη περιοχή, που αποτελεί τον τομέα ευθύνης τους. Ο Νόμος 180 είχε επιπτώσεις πολύ πέραν των ιταλικών συνόρων.

### Πλαίσιο 3.2 Καταπάτηση των ανθρώπινων δικαιωμάτων στα ψυχιατρεία

Επιτροπές για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα βρίκαν "φρικτές και απαράδεκτες καταστάσεις", όταν επισκέφθικαν ψυχιατρεία στην Κεντρική Αμερική<sup>1</sup> και την Ινδία<sup>2</sup> τα τελευταία πέντε χρόνια. Παρόμοιες καταστάσεις υπάρχουν σε πολλά ψυχιατρεία σε άλλες περιφέρειες, τόσο σε αναπτυγμένες όσο και σε αναπτυσσόμενες χώρες. Υπάρχει βρωμιά, στέγες που τρέχουν, τουαλέτες που ξεχειλίζουν, διαβρωμένα πάτωμα και σπασμένες πόρτες και παράθυρα. Οι περισσότεροι ασθενείς ήταν γυμνοί ή με

πιζάμες. Μερικοί ήταν κλεισμένοι σε μικρούς χώρους στις πτέρυγες διαβίωσης, παραπέμπονται να κάθονται, να βηματίζουν ή να ξαπλώνουν στο τσιμεντένιο πάτωμα όλη μέρα. Υπήρχαν παιδιά αφομένα πάνω σε στρώματα στο πάτωμα, και μερικά ήταν γεμάτα ούρα και περιπτώματα. Γινόταν συχνή και κακή χρόση μηχανικών περιορισμών: πολλοί ασθενείς ήταν δεμένοι στα κρεβάτια.

Τουλάχιστον το ένα τρίτο των ατόμων, ήσαν άνθρωποι με επιληψία ή νοντική καθυστέρηση. Ο εγκλεισμός όλων

αυτών είναι μη αναγκαίος και άχρηστος. Θα μπορούσαν να επιστρέψουν και να ζήσουν στην κοινότητα με τα κατάλληλα φάρμακα και την υποστήριξη όλων των απαραίτητων κοινοτικών υπηρεσιών.

Πολλά νοσοκομεία διατηρούσαν τη δομή της φυλακής που είχαν από την αποκικνίδια εποχή. Οι ασθενείς ήταν "τρόφιμοι" και υπήρχαν "φύλακες" και "αρχιφύλακες" κλπ. Υπήρχαν δωμάτια απομόνωσης στην πλειοψηφία αυτών των νοσοκομείων.

Στο 80% και πλέον των νοσοκομείων που επισκέ-

φθηκαν οι επιτροπές, δεν μπορούσαν να γίνουν εξετάσεις ρουτίνας ούρων και αίματος. Τουλάχιστον το ένα τρίτο των ατόμων, δεν είχε καμία ψυχιατρική διάγνωση που να δικαιολογεί τον εγκλεισμό. Στα περισσότερα νοσοκομεία οι φάκελοι των ασθενών ήταν πολύ άσχημα ενημερωμένοι. Εκπαιδευμένοι ψυχιατρικοί νοσοκόμοι υπήρχαν σε λιγότερο από το 25% των νοσοκομείων, και λιγότερα από τα μισά είχαν κλινικούς ψυχολόγους και ψυχιατρικούς κοινωνικούς λειτουργούς.

<sup>1</sup> Levav I, Gonzalez VR (2000). Rights of persons with mental illness in Central America. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101: 83-86.

<sup>2</sup> National Human Rights Commission (1999). *Quality assurance in mental health*. New Delhi, National Human Rights Commission of India.

Το κυρίαρχο μοντέλο οργάνωσης μιας ολοκληρωμένης ψυχιατρικής φροντίδας, σε πολλές Ευρωπαϊκές χώρες, είναι η δημιουργία γεωγραφικά καθορισμένων περιοχών, οι ονομαζόμενοι τομείς. Αυτή η ιδέα αναπτύχθηκε στα μέσα του 20ου αιώνα στη Γαλλία, και από τη δεκαετία του εξήντα και μετά, εφαρμόσθηκε ως οργανωτική αρχή σε όλες σχεδόν τις χώρες της Δυτικής Ευρώπης, με μέγεθος πληθυσμού 25.000 έως 30.000 ανά τομέα. Αυτή

η αντιμετώπιση, έχει πολλά κοινά με την ιδέα της υγειονομικής περιφέρειας στη στρατηγική της πρωτοβάθμιας περίθαλψη.

Σε πολλές αναπτυσσόμενες χώρες, τα προγράμματα περίθαλψης ατόμων με ψυχικά και συμπεριφορικά προβλήματα έχουν χαμπλή προτεραιότητα. Υπάρχει ένας μικρός αριθμός ιδρυμάτων – όπου συνήθως επικρατεί το αδιαχώριτο, με ανεπαρκές προσωπικό και μεθόδους – και το είδος των υπηρεσιών δείχνει πόσο λίγο γίνονται αντιληπτές οι ανάγκες των ασθενών ή οι διαθέσιμες μέθοδοι θεραπείας και φροντίδας.

Στις περισσότερες αναπτυσσόμενες χώρες, δεν υπάρχει ψυχιατρική φροντίδα για την πλειονότητα του πληθυσμού. Οι μόνες διαθέσιμες υπηρεσίες είναι τα ψυχιατρεία. Είναι συνήθως συγκεντρωτικά και δύσκολα προσβάσιμα, οπότε οι άνθρωποι φτάνουν εκεί μόνο όταν δεν μπορούν να κάνουν αλλιώς. Τα νοσοκομεία είναι μεγάλου μεγέθους, φτιαγμένα με τη λογική του χαμπλού κόστους λειτουργίας και όχι της θεραπείας. Κατά ένα τρόπο, το άσυλο γίνεται το ίδιο μία κοινότητα, με πολύ μικρή επαφή με την ευρύτερη κοινωνία. Τα νοσοκομεία λειτουργούν με νομοθεσία που είναι περισσότερο ποινική, παρά θεραπευτική. Σε πολλές χώρες, νόμοι που πάνε πάνω από 40 χρόνια πίσω, βάζουν εμπόδια στην εισαγωγή και την έξοδο. Επιπλέον, οι περισσότερες αναπτυσσόμενες χώρες δεν έχουν επαρκή εκπαιδευτικά προγράμματα σε εθνικό επίπεδο για ψυχιάτρους, ψυχιατρικούς νοσολευτές, κλινικούς ψυχολόγους, ψυχιατρικούς κοινωνικούς λειτουργούς και εργοθεραπευτές. Αφού υπάρχουν τόσο λίγοι εξειδικευμένοι επαγγελματίες, η κοινότητα στρέφεται στους υπάρχοντες παραδοσιακούς θεραπευτές (Saeed et al. 2000).

Αποτέλεσμα αυτών των παραγόντων είναι, ότι οι ψυχικά πάσχοντες αποκτούν μια αρντική ιδρυματική εικόνα, πράγμα που επιβαρύνει το στήγμα που έχουν ως πάσχοντες από μια ψυχική ή συμπεριφορική διαταραχή. Ακόμη και σήμερα, αυτά τα ιδρύματα καταπατούν πολλές φορές τα ανθρώπινα δικαιώματα των πασχόντων από ψυχικές διαταραχές.

Μερικές αναπτυσσόμενες χώρες, ιδιαίτερα στην Περιφέρεια της Ανατολικής Μεσογείου, έχουν επιχειρήσει να σχεδιάσουν τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας σε εθνικό επίπεδο, να αναπτύξουν τους ανθρώπινους πόρους και να ενσωματώσουν την ψυχική υγεία στην γενική υγειονομική περίθαλψη, σύμφωνα με τις συστάσεις μίας επιτροπής ειδικών του ΠΟΥ το 1974 (WHO 1975, Mohit 1999).

Το 1991, η Γενική Συνέλευση των Ηνωμένων Εθνών υιοθέτησε τις αρχές προστασίας ατόμων με ψυχικές ασθένειες και της βελτίωσης της φροντίδας για την ψυχική υγεία (United Nations 1991). Αναγνωρίζεται τώρα, ότι παραβιάζονται τα ανθρώπινα δικαιώματα όταν παραμελείται ο ασθενής λόγω διακρίσεων, αδιαφορίας και αδυναμίας πρόσθιασής του σε υπηρεσίες, και λόγω αισθαντών, περιοριστικών και καταπιεστικών συμβάσεων.

Το 1990 ο WHO/PAHO άρχισε μια πρωτοβουλία για την αναδιοργάνωση της ψυχιατρικής περίθαλψης στην Περιφέρεια της Αμερικής, η οποία κατέληξε στη Διακήρυξη του Καράκας (Πλαίσιο 3.3). Η διακήρυξη πρότεινε την ανάπτυξη ψυχιατρικής περίθαλψης σε οτενή συνάφεια με την πρωτοβάθμια περίθαλψη και το τοπικό σύστημα υγείας. Αυτές οι εξελίξεις έδωσαν μία ώθηση στην οργάνωση της ψυχικής υγείας στις αναπτυσσόμενες χώρες.

Όπου έχουν ιδρυθεί τα τελευταία χρόνια υπηρεσίες ψυχικής υγείας σε αναπτυσσόμενες χώρες, είναι ενσωματωμένες στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Από μία άποψη, αυτό μπορεί να θεωρηθεί αναγκαίο, δεδομένης της έλλειψης ειδικών και πόρων για ειδικευμένες υπηρεσίες. Από την άλλη, εκμεταλλεύεται κανείς την ευκαιρία να οργανώσει υπηρεσίες ψυχικής υγείας με τρόπο που να αποφεύγει το στήγμα, την απομόνωση και τις διακρίσεις. Αυτή η προσέγγιση, όπου γίνεται εκμετάλλευση όλων των διαθέσιμων πόρων της κοινότητας, έχει το πλεονέκτημα ότι δίνει τη δυνατότητα στα άτομα, τις οικογένειες και στις κοινότητες να θέσουν στην ημέρησια διάταξη την ψυχική υγεία και αυτή να μπνη απασχολεί μόνο τους άμεσα εμπλεκόμενους. Τελευταία, όμως, στις αναπτυσσόμενες χώρες, η ψυχική υγεία δεν είναι στο προσκήνιο. Ακόμα και σε χώρες όπου πιλοτικά προγράμματα απέδειξαν την αξία της σύνδεσης της ψυχικής και πρωτοβάθμιας υγείας (π.χ. στην Βραζιλία, Κίνα, Κολομβία, Ιράν, Πακιστάν, Φιλιππίνες, Σενεγάλη, Νότια Αφρική, και Σουδάν), αυτή η προσέγγιση δεν επεκτάθηκε σε όλη τη χώρα.

### Πλαίσιο 3.3 Η διακύρηση του Καράκας<sup>1</sup>

Οι νομοθέτες, οργανώσεις, υγειονομικές αρχές, επαγγελματίες στο χώρο της ψυχικής υγείας και οι νομικοί, που συνάντηθκαν στο περιφερειακό Συνέδριο για την Αναδιοργάνωση της Ψυχιατρικής Περίθαλψης στην Λατινική Αμερική κατά το πρότυπο των Τοπικών Συστημάτων της Υγείας....

#### ΔΗΛΩΝΟΥΝ

1 Ότι η αναδιοργάνωση της ψυχιατρικής περίθαλψης στη Βάση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και σύμφωνα με τη δομή του προτύπου των Τοπικών Συστημάτων Υγείας, θα επιτρέψει την προαγωγή εναλλακτικών μοντέλων υπηρεσιών, βασισμένων στην κοινότητα και ενσωματωμένων στα δίκτυα κοινωνικών και υγειονομικών υπηρεσιών.

2 Ότι η αναδιοργάνωση της ψυχιατρικής περίθαλψης στην περιφέρεια, προϋποθέτει την κριτική επανεξέταση του κυρίαρχου και κεντρικού ρόλου που έχει το ψυχιατρικό νοσοκομείο στην εξυπηρέτηση της ψυχικής υγείας.

3 Ότι οι πόροι, η φροντίδα και η θεραπεία που προσφέρεται πρέπει:

α) να εξασφαλίζουν την προσωπική αξιοπρέπεια και τα ανθρώπινα και πολιτικά δικαιώματα

β) να βασίζονται σε κριτήρια που είναι λογικά και τεχνικώς πρόσφορα, και

γ) να φροντίζουν ώστε οι ασθενείς να παραμένουν στην κοινότητά τους

4 Η εθνική νομοθεσία πρέπει να αναμορφωθεί, αν είναι αναγκαίο, ώστε:

α) να εξασφαλίζονται τα ανθρώπινα και πολιτικά δικαιώματα

β) η οργάνωση των υπο-

ρεσιών να εξασφαλίζει την εφαρμογή αυτών των δικαιωμάτων

5 Ότι η εκπαίδευση στην ψυχική υγεία και ψυχιατρική θα χρησιμοποιεί ένα μοντέλο βασισμένο στο κοινοτικό κέντρο υγείας και θα ενθαρρύνει την εισαγωγή της ψυχιατρικής στα γενικά νοσοκομεία, σε συμφωνία με τις αρχές του μεταρρυθμιστικού κινήματος.

6 Ότι οι οργανώσεις, ενώσεις και οι άλλοι συμμετέχοντες σε αυτό το συνέδριο θα αναλάβουν να στηρίζουν και αναπτύξουν προγράμματα στα κράτη τους, που θα προάγουν την επιζητούμενη ανα-

διοργάνωση, και ταυτόχρονα θα παρακολουθούν και θα υπερασπίζονται τα ανθρώπινα δικαιώματα των ψυχικά πασχόντων, σύμφωνα με τις εθνικές νομοθεσίες και της διεθνείς συμφωνίες.

Για την επιτυχία αυτού του σκοπού καλούν τα Υπουργεία Υγείας και Δικαιοσύνης, τα κοινοβούλια, την κοινωνική ασφάλιση και άλλα συναφή ιδρύματα, επαγγελματικές οργανώσεις, ενώσεις καπαναλωτών, πανεπιστήμια, άλλα εκπαιδευτικά ιδρύματα, και τα ΜΜΕ να υποστηρίζουν την ψυχιατρική μεταρρύθμιση για το καλό του πληθυσμού της περιφέρειας.

<sup>1</sup> Απόσπασμα από το κείμενο που υιοθετήθηκε στις 14 Νοεμβρίου 1990 από το περιφερειακό συνέδριο για την αναδιοργάνωση της ψυχιατρικής περίθαλψης στη Λατινική Αμερική, που συνήλθε στο Καράκας της Βενεζουέλας, από την Παναμερικανική Οργάνωση Υγείας / ΠΟΥ Περιφερειακό γραφείο της Βορείου και Νοτίου Αμερικής. *International Digest of Health Legislation*, 1991, 42(2): 336-338.

### Πίνακας 3.1 Χρήση υπηρεσιών υγείας για ψυχικά προβλήματα, Αυστραλία, 1997.

Επισκέψεις για ψυχικά προβλήματα	Καμία διαταραχή %	Μία διαταραχή %	>3 διαταραχές %
Γενικός ιατρός μόνο <sup>a</sup>	2,2	13,2	18,1
Ειδικός ψυχικής υγείας μόνο <sup>b</sup>	0,5	2,4	3,9
Άλλος ειδικός μόνο <sup>c</sup>	1,0	4,0	5,7
Συνδυασμός ειδικών	1,0	15,1	36,4
Οποιοσδήποτε ειδικός <sup>d</sup>	4,6	34,6	64

<sup>a</sup> Αναφέρεται σε άτομα που έκαναν τουλάχιστον μία επίσκεψη σε γενικό ιατρό το προηγούμενο 12μηνο αλλά δεν επισκέφθηκαν άλλον ειδικό.

<sup>b</sup> Αναφέρεται σε άτομα που έκαναν τουλάχιστον μία επίσκεψη σε ειδικό (ψυχίατρο, ψυχολόγο, ομάδα ψυχικής υγείας) το προηγούμενο 12μηνο αλλά δεν επισκέφθηκαν άλλον ειδικό.

<sup>c</sup> Αναφέρεται σε άτομα που έκαναν τουλάχιστον μία επίσκεψη σε άλλον ειδικό (νοσολέυτρια, ιατρό άλλης ειδικότητας, φαρμακοποιό, κοινωνικό λειτουργό) το προηγούμενο 12μηνο αλλά δεν επισκέφθηκαν άλλον ειδικό.

<sup>d</sup> Αναφέρεται σε άτομα που έκαναν τουλάχιστον μία επίσκεψη σε κάποιον ειδικό το προηγούμενο 12μηνο.

Πηγή: Andrews G et al [2001]. Prevalence, comorbidity, disability and service utilisation: overview of the Australian National Mental Health Survey. *British Journal of Psychiatry*, 178: 145-153.

Παρά τις μεγάλες διαφορές μεταξύ αναπτυσσόμενων και αναπτυγμένων χωρών στην ψυχική υγεία, όλες έχουν ένα κοινό πρόβλημα: την κακή χρήση των διαθέσιμων ψυχιατρικών υπηρεσιών. Ακόμα και σε χώρες με καλά οργανωμένες υπηρεσίες, λιγότεροι από τους μισούς εξ ίσων χρειάζονται φροντίδα κάνουν χρήση αυτών των υπηρεσιών. Αυτό σχετίζεται τόσο με το στίγμα που συνδέεται με όσους έχουν ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές όσο και με την ανεπάρκεια των υπηρεσιών που προσφέρονται (δες πίνακα 3.1).

Το θέμα του στιγματισμού τονίστηκε στην έκθεση για την ψυχική υγεία της υγειονομικής επιτροπής των ΗΠΑ (DHHS 1999), όπου αναφέρθηκε: "Παρά τη δυνατότητα επιλογής θεραπείας και τους πολλούς τρόπους να φτάσει κανείς σε αυτήν, σχεδόν το ήμισυ των Αμερικανών που έχουν σοβαρή ψυχική ασθένεια δεν ζητά θεραπεία. Πολύ συχνά, η απροθυμία αυτή οφείλεται σε πραγματικά μεγάλα εμπόδια. Μεταξύ αυτών, το σπουδαιότερο είναι το στίγμα, που πολλοί συνδέουν με την ψυχική ασθένεια και με τους ανθρώπους που πάσχουν από ψυχική ασθένεια."

Περιληπτικά, την περασμένη πεντηκονταετία, η φροντίδα εξελίχθηκε στο πλαίσιο της κοινότητας. Αυτή η εξέλιξη στηρίχτηκε σε δύο πυλώνες: πρώτον, στον σεβασμό των ανθρωπίνων δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, και δεύτερον, στη χρήση σύγχρονων παρεμβάσεων και τεχνικών. Στις καλύτερες περιπτώσεις, αυτό μεταφράστηκε σε μια υπεύθυνη πορεία αποτροπιαστικής, που στηρίχθηκε στους εργαζόμενους στο χώρο της υγείας, στους καταναλωτές (στους αρρώστους δηλαδόν), στα μέλη της οικογένειας και σε άλλες προοδευτικές ομάδες μέσα στις κοινότητες.

## ΑΡΧΕΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

Η ιδέα της φροντίδας της ψυχικής υγείας σε κοινοτικό επίπεδο, είναι μάλλον μία καθολική προσέγγιση, παρά μια οργανωτική λύση. Η φροντίδα σε κοινοτική βάση σημαίνει, ότι η μεγάλη πλειοψηφία των ασθενών που την χρειάζεται, θα πρέπει να έχει τη δυνατότητα να περιθάλπεται σε αυτό το επίπεδο. Η περίθαλψη δεν πρέπει απλώς να είναι τοπική και προσβάσιμη, αλλά και να απαντά στις πολλαπλές ανάγκες των ατόμων. Σε τελευταία ανάλυση, θα πρέπει να στοχεύει στη χρήση αποτελεσματικών θεραπευτικών τεχνικών, ώστε να ενδυναμώνονται οι άνθρωποι με ψυχικές διαταραχές, ούτως ώστε να αυτοβοηθούνται, αντλώντας από το καθημερινό περιβάλλον τους, όπως και από συγκροτημένους υποστηρικτικούς μηχανισμούς. Η φροντίδα σε κοινοτικό επίπεδο μπορεί να δημιουργεί συμμαχίες που αλλιώς θα παρέμεναν καλυμμένες και ανενεργές, δηλαδόν, πράγματα που δεν μπορεί να γίνουν στο νοσοκομείο ακό περιβάλλον.

Με τη χρήση αυτών των καλυμμένων δυνάμεων μπορούμε να προλάβουμε καταστάσεις όπου οι εξερχόμενοι από τα νοσοκομεία ασθενείς παραδίδονται από τις υπηρεσίες στις ανέτομες οικογένειες, με γνωστά αρνητικά ψυχοκοινωνικά επακόλουθα, και επιβάρυνση και των δύο πλευρών. Η στήριξη αυτή επιτρέπει αποτελεσματικότερη διαχείριση του κοινωνικού και οικογενειακού βάρους, το οποίο παραδοσιακά ανελάμβανε η ιδρυματική περίθαλψη. Αυτού του είδους οι υπηρεσίες εξαπλώνονται σε μερικές Ευρωπαϊκές χώρες, σε μερικές πολιτείες των ΗΠΑ, στον Αυστραλία, στον Καναδά και στην Κίνα. Αρχή έχει γίνει και σε μερικές χώρες της Λατινικής Αμερικής, Αφρικής, Ανατολικής Μεσογείου, ΝΑ Ασίας, και στον Δυτικό Ειρηνικό (WHO 1997b).

Η σωστή φροντίδα, όπως και όπου κι αν εφαρμόζεται, πηγάζει από βασικές καθοδηγητικές αρχές, μερικές από τις οποίες έχουν ιδιαίτερη σχέση με την φροντίδα της ψυχικής υγείας. Αυτές είναι η διάγνωση, η έγκαιρη παρέμβαση, η λογική χρήση θεραπευτικών τεχνικών, η αρχή του συνεχούς της φροντίδας, η ποικιλία των υπηρεσιών, η εμπλοκή των καταναλωτών, η συνεργασία με τις οικογένειες, η εμπλοκή της τοπικής κοινότητας και η ενσωμάτωση στην πρωτοβάθμια περίθαλψη.

## ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Μία σωστή, αντικειμενική διάγνωση είναι ουσιώδης ώστε να σχεδιαστεί η περίθαλψη του ατόμου και να αποφασιστεί η κατάλληλη θεραπεία. Οι ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές μπορούν να διαγνωστούν με υψηλά ποσοστά αξιοπιστίας.

Αφού διαφορετικές θεραπείες ενδείκνυνται για διαφορετικές αισθένειες, η διάγνωση είναι σημαντικό σημείο εκκίνησης για οποιαδήποτε παρέμβαση.

Μια διάγνωση μπορεί να γίνει είτε με νοσολογικά κριτήρια (δηλαδή, σύμφωνα με μια διεθνή ταξινόμηση και ονοματολογία νοσημάτων και διαταραχών), είτε ανάλογα με τον τύπο και το επίπεδο της ανικανότητας που βιώνει το άτομο, είτε, κατά προτίμηση, και με τους δύο τρόπους.

Η πρώτη παρέμβαση είναι θασική αν θέλουμε να προλάβουμε την πλήρη εκδήλωση της νόσου, να ελεγχθούν τα συμπτώματα, και να βελτιωθεί η έκβαση. Όσο ταχύτερα δοθεί η σωστή θεραπευτική αγωγή, τόσο καλύτερη είναι η πρόγνωση. Η σοβαρότητα της έγκαιρης παρέμβασης δείχνεται στα ακόλουθα παραδείγματα.

- Στη σχιζοφρένεια η διάρκεια της παραμελημένης ψύχωσης αποδεικνύεται σημαντικός παράγοντας. Καθυστέρηση στη θεραπεία οδηγεί σε χειρότερη έκβαση (McGorry 2000; Thara et al. 1994).
- Έλεγχος και σύντομες παρεμβάσεις σε όσους διατρέχουν υψηλό κίνδυνο να αναπτύξουν προβλήματα σχετιζόμενα με το αλκοόλ, είναι αποτελεσματικές, και μειώνουν την κατανάλωση αλκοόλ και τις σχετικές βλάβες (Wilk et al. 1997).

Για να έχουμε την κατάλληλη θεραπευτική αγωγή των ψυχικών και συμπεριφορικών διαταραχών, πρέπει να υπάρχει ορθολογική χρήση φαρμακολογικών, ψυχολογικών και ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων, κατά τρόπο λογικό και συνεκτικό από κλινική άποψη. Δεδομένης της τεράστιας σημασίας που έχει το περιεχόμενο της περίθαλψης, αυτό εξετάζεται εκτενώς αργότερα σε αυτό το κεφάλαιο.

## ΣΥΝΕΧΗΣ ΚΑΙ ΑΔΙΑΛΕΠΤΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

Μερικές ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές ακολουθούν χρόνια πορεία, αν και μπορεί να έχουν περιόδους ύφεσης και υποτροπές που να μιμούνται οξείες διαταραχές. Εν τούτοις, όσον αφορά την αντιμετώπισή τους, προσομοιάζουν στις χρόνιες σωματικές παθήσεις, και όχι στις οξείες μεταδοτικές νόσους. Αυτό έχει ιδιαίτερα επακόλουθα σχετικά με την προσβασιμότητα των υπηρεσιών, την διαθεσιμότητα του προσωπικού και το κόστος που επιβαρύνει αισθένεις και οικογένειες.

Οι ανάγκες των αισθένων και των οικογενειών τους είναι σύνθετες και ευμετάβλητες, οπότε είναι σημαντικό να υπάρχει συνέχεια στην περίθαλψη. Αυτό σημαίνει ότι χρειάζεται να αλλάξει ο τρόπος που είναι οργανωμένη η περίθαλψη σήμερα. Μερικά από τα μέτρα που διασφαλίζουν τη συνεχές της φροντίδας περιλαμβάνουν:

- Ειδικές κλινικές για ομάδες αισθένων με την ίδια διάγνωση ή προβλήματα
- Εκπαίδευση όσων φροντίζουν τους αισθένεις
- Η ίδια θεραπευτική ομάδα να φροντίζει τον αισθένη και την οικογένεια του
- Ομαδική εκπαίδευση των αισθένων και των οικογενειών τους
- Αποκέντρωση των υπηρεσιών
- Ενσωμάτωση της ψυχιατρικής φροντίδας στην πρωτοβάθμια περίθαλψη.

## ΕΚΤΕΤΑΜΕΝΟ ΕΥΡΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

Οι ανάγκες των αινθρώπων με ψυχικές παθήσεις και των οικογενειών τους είναι πολλές και διαφορετικές κατά τα διάφορα στάδια της αισθένειας. Απαιτείται μεγάλη ποικιλία υπηρεσιών για να δοθεί ολοκληρωμένη φροντίδα σε μερικούς πάσχοντες από ψυχικές νόσους. Αυτοί που βρίσκονται στην ανάρρωση, χρειάζονται θοιβθεία, ώστε να επανα-

κτήσουν τις δεξιότητες τους και να ενταχθούν στην κοινωνία. Αυτοί που η υγεία τους αποκαθίσταται μερικώς, χρειάζονται βοήθεια για να είναι ανταγωνιστικοί σε μία ανοικτή κοινωνία. Μερικοί ασθενείς, ιδιαίτερα σε αναπτυσσόμενες χώρες, που δεν έχουν την βέλτιστη περίθαλψη, μπορούν εν τούτοις να βοηθηθούν από προγράμματα αποκατάστασης. Αυτές οι υπηρεσίες μπορεί να δίνουν φάρμακα, ή να έχουν προγράμματα αποκατάστασης, στέγασης, νομικής υποστήριξης ή άλλα ειδη ψυχοκοινωνικής στήριξης. Το ειδικευμένο προσωπικό, όπως οι νοσηλευτές, κλινικοί ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, εργοθεραπευτές και εθελοντές, έχουν αποδείξει την αξία τους ως αναπόσπαστα μέλη ευελικτών ομάδων παροχής υπηρεσιών. Ομάδες με προσωπικό πολλών ειδικοτήτων έχουν ιδιαίτερη προσφορά στην διαχείριση των ψυχικών διαταραχών, λόγω των σύνθετων αναγκών των ασθενών και των οικογενειών τους σε διάφορα χρονικά σημεία της εξέλιξης της νόσου.

### ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΕΣ

Η ανάδυση των κινημάτων καταναλωτών σε έναν αριθμό χωρών, έχει αλλάξει τον τρόπο που αντιμετωπίζονται οι απόψεις των άμεσα ενδιαφερομένων. Οι ομάδες καταναλωτών γενικά αποτελούνται από ανθρώπους με ψυχικές διαταραχές και τις οικογένειες τους. Σε πολλές χώρες, τα κινήματα καταναλωτών εξελίχθηκαν παράλληλα με την πιο παραδοσιακή στήριξη της ψυχικής υγείας, όπως τα κινήματα οικογενειών. Το κίνημα των καταναλωτών βασίζεται στην πεποίθηση ότι ο ασθενής έχει δικαίωμα ατομικής επιλογής, αναφορικά με την θεραπεία του και άλλες αποφάσεις (δες πλαίσιο 3.4)

Πιθανόν το καλύτερο παράδειγμα κινήματος καταναλωτών είναι οι Ανώνυμοι Αλκοολικοί (A.A.), που έχει υποστήριξη σε όλο τον κόσμο και έχει επιτύχει ποσοστά ανάρρωσης, συγκρίσιμα με εκείνα της συμβατικής ιατρικής περίθαλψης. Η διαθεσιμότητα θεραπείας μέσω πλεκτρονικών υπολογιστών και η υποστήριξη από πρών ασθενείς έχει ανοίξει καινούργιους δρόμους. Οι ασθενείς με ψυχικές διαταραχές μπορούν να αλληλοθοηθούν με επιτυχία, και η συναδελφική υποστήριξη είναι σημαντική σε έναν αριθμό καταστάσεων, για την επιτυχία της ανάρρωσης και της κοινωνικής επανένταξης.

Το κίνημα καταναλωτών έχει επηρεάσει σημαντικά την πολιτική ψυχικής υγείας σε έναν αριθμό χωρών. Ιδιαίτερα, έχει αυξήσει την απασχόληση ανθρώπων με διαταραχές στο παραδοσιακό σύστημα ψυχικής υγείας, όπως και στις άλλες κοινωνικές υπηρεσίες. Για παράδειγμα, στο Υπουργείο Υγείας της επαρχίας της Βρετανικής Κολομβίας του Καναδά, η θέση του Διευθυντή Εναλλακτικής Περίθαλψης ανατέθηκε πρόσφατα σε άτομο με ψυχική διαταραχή, που έτσι θρίσκεται σε θέση απ' όπου μπορεί να επηρεάσει πολύ την πολιτική στην ψυχική υγεία και τις υπηρεσίες.

Οι ομάδες καταναλωτών έχουν ιδιαίτερα ασχοληθεί με την ακούσια θεραπεία, την αυτοδιαχείριση της περίθαλψης, τον ρόλο των καταναλωτών στην έρευνα, τους τρόπους διάθεσης των υπηρεσιών, όπως και τις υπηρεσίες διαχείρισης κρίσεων.

Ο θετικός ρόλος των οικογενειών στα προγράμματα περίθαλψης των ψυχικά πασχόντων έχει αναγνωριστεί σχετικά πρόσφατα. Η παλαιότερη άποψη ότι η οικογένεια είναι νοογόνος παράγοντας, δεν ευταθεί.

Ο ρόλος της οικογένειας επεκτείνεται τώρα πέραν της καθημερινής φροντίδας ή της οργανωμένης υπεράσπισης των ψυχικά πασχόντων. Αυτή η στήριξη ήταν βασική για την αλλαγή της νομοθεσίας της ψυχικής υγείας σε μερικές χώρες, και για την βελτίωση των υπηρεσιών και την ανάπτυξη δικτύων υποστήριξης σε άλλες.

Υπάρχουν αρκετά στοιχεία που δείχνουν τα πλεονεκτήματα της εμπλοκής των οικογενειών στη θεραπεία και αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας, της νοντικής καθυστέρησης, της κατάθλιψης, της εξάρτησης από το οινόπνευμα και των παιδοψυχιατρικών διαταραχών. Ο ρόλος της οικογένειας στην θεραπεία άλλων καταστάσεων χρειάζεται και άλλη διερεύνηση. Υπάρχουν ενδείξεις ότι τα αποτελέσματα είναι καλύτερα

### Πλαίσιο 3.4 Ο ρόλος των καταναλωτών στην φροντίδα ψυχικής υγείας

Οι άνθρωποι που χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, θεωρούνται παραδοσιακά από τις υπηρεσίες ως παθητικοί αποδέκτες, ανίκανοι να εκφράσουν τις ανάγκες τους ή επιθυμίες τους, και οι οποίοι υφίστανται περίθαλψη και θεραπεία σχεδιασμένη και αποφασισμένη από άλλους. Τα τελευταία τριάντα χρόνια όμως, ως καταναλωτές, έχουν αρχίσει να εκφράζουν το όραμα που έχουν για τις υπηρεσίες.

Μεταξύ των θεμάτων που έχουν ιδιαίτερα προβληθεί είναι: το δικαιώμα αυτο-καθορισμού, η ανάγκη πληροφόρησης σχετικά με τη φαρμακευτική θεραπεία και τα άλλα θεραπευτικά

μέσα, η ανάγκη υπηρεσιών που θα διευκολύνουν την ενεργό κοινοτική συμμετοχή, η καταπολέμηση του στίγματος και των διακρίσεων, οι βελτιωμένοι νόμοι και η καλύτερη αντιμετώπιση από το κοινό, η απρόσκοπη ενσωμάτωση στην κοινότητα, οι εναλλακτικές, αυτοδιαχειρίζόμενες (από τους ασθενείς) υπηρεσίες, τα νομικά δικαιώματα και η νομική προστασία των υπαρχόντων δικαιωμάτων και η άρση της παραμονής των ατόμων σε μεγάλα ιδρύματα, συχνά διαβίου.

Οι γνώμες ποικίλουν μεταξύ των καταναλωτών και των οργανισμών που αντιπροσωπεύουν, ως προς το πώς θα επιτευχθούν αυτοί οι

στόχοι καλύτερα. Μερικές ομάδες θέλουν στενή συνεργασία με τους επαγγελματίες του κλάδου, ενώ άλλοι θέλουν πλήρη διαχωρισμό. Υπάρχουν επίσης σοβαρές διαφορές ως προς το πόσο στενά πρέπει να συνεργαστούν, και εάν πρέπει, με οργανισμούς που αντιπροσωπεύουν τους συγγενείς των ασθενών.

Είναι σαφές ότι οι οργανισμοί καταναλωτών σε όλο τον κόσμο θέλουν να ακουστούν και να συμβάλλουν στη λήψη αποφάσεων για θέματα που επηρεάζουν τη ζωή όλων. Οι ψυχικά πάσχοντες δικαιούνται να συμμετέχουν σε συζητήσεις για την πολιτική της ψυχικής υγείας μαζί με

τους επαγγελματίες, τις οικογένειες, τους νομοθετες και τους διαμορφωτές της κοινής γνώμης. Πίσω από τις διαγνώσεις και τις επικέτες υπάρχουν άνθρωποι που έχουν ιδέες, σκέψεις, γνώμες και φιλοδοξίες, ό,τι και αν λένε οι άλλοι. Δεν διαφέρουν, διότι και αυτοί θέλουν τα ίδια βασικά πράγματα στη ζωή, όπως όλοι: επαρκές εισόδημα, αξιοπρεπή κατοικία, επαγγελματική εκπαίδευση που θα τους δώσει δουλειές που προσφέρουν ικανοπόίηση, συμμετοχή στην κοινότητα, φίλους και κοινωνικές σχέσεις, αγάπη στις προσωπικές σχέσεις τους.

Συνεισφορά της Judi Chamberlin ([MadPride@aol.com](mailto:MadPride@aol.com)), National Empowerment Center, Lawrence, MA, USA (<http://www.power2u.org>).

όταν ο ασθενής ζει με την οικογένεια του, παρά όταν βρίσκεται σε ίδρυμα. Όμως, πολλές διεθνείς μελέτες έχουν δείχει ότι υπάρχει ισχυρή συσχέτιση μεταξύ του υψηλού "εκπεφρασμένου συναισθήματος" των συγγενών και υψηλών ποσοστών υποτροπής των ασθενών που ζουν με αυτούς. Αλλάζοντας την συναισθηματική ατμόσφαιρα στο σπίτι, το ποσοστό υποτροπών μπορεί να μειωθεί. (Leff & Gamble 1995, Dixon et al. 2000)

Η συνεργασία με την οικογένεια, ώστε να μειωθούν οι υποτροπές, πάντοτε αποτελούσε συμπλήρωμα στην συντηρητική φαρμακευτική θεραπεία και όχι υποκατάστατο αυτής. Όταν, πράγματι, η οικογενειακή θεραπεία προστεθεί στα αντιψυχωτικά φάρμακα, έχουμε καλύτερα αποτελέσματα απ' ότι με τα φάρμακα μόνο, όσον αφορά τις υποτροπές στη σχιζοφρένεια. Μία μετα-ανάλυση από την Cochrane Collaboration (Pharaoh et al 2000), έδειξε ποσοστό υποτροπής μειωμένο κατά το ήμισυ στο ένα και στα δύο χρόνια. Το ερώτημα, θέβαια, είναι εάν οι συνήθεις κλινικές ομάδες μπορούν να αναπαράγουν τα καταπληκτικά αποτελέσματα πρωτοπόρων ερευνητικών ομάδων, που διεξήγαγαν την εργασία τους κυρίως σε αναπτυγμένες χώρες. Στις αναπτυσσόμενες χώρες, η οικογένεια συμμετέχει στη θεραπεία ψυχιατρικών ασθενών μαζί με τον παραδοσιακό θεραπευτή ή τις βιοϊατρικές υπηρεσίες.

Η δικτύωση της οικογένειας, τοπικά ή εθνικά, έχει συντελέσει στην καλύτερη συνεργασία και εμπλοκή των καθημερινών φροντιστών των ασθενών με τους επαγγελματίες (δες πλαίσιο 3.5). Εκτός από την αλληλοϋποστήριξη, πολλά δίκτυα έχουν γίνει πιο εξωστρεφή, εκπαιδεύοντας το κοινό, πιέζοντας τους διαμορφωτές της πολιτικής και πολεμώντας το στίγμα και τις διακρίσεις.

### Πλαίσιο 3.5 Συνεργασία με τις οικογένειες

Οι εργαζόμενοι στην ψυχική υγεία, οι οικογένειες των ατόμων με ψυχικές ασθένειες, και οι οργανισμοί υποστήριξης των οικογενειών, έχουν πολλά να μάθουν ο ένας από τον άλλο. Μέσω τακτικών επαφών, το προσωπικό της υγείας μπορεί να μάθει από τις οικογένειες τι είδους γνώσεων, στάσεων και δεξιοτήτων χρειάζονται, ώστε να δουλεύουν μαζί αποτελεσματικά. Μαθαίνουν επίσης, για προβλήματα όπως οι περιορισμένοι πόροι, οι τεράστιοι αριθμοί των αρρώστων, και η ανεπαρκής εκπαίδευση, που δεν επιτρέπει στους κλινικούς και τις υπηρεσίες τους να γίνουν πιο αποτελεσματικοί. Σε αυτές τις περιπτώσεις, η πίεση μιας οικογενειακής οργάνωσης φαίνεται να έχει μεγαλύτερη αξία από τα "επενδεδυμένα συμφέροντα" των εργαζομένων στο σύστημα.

Όταν υπάρχει ψυχική ασθένεια, οι εργαζόμενοι ωφελούνται εάν αναπτύζουν νωρίς μια συνεργασία με την οικογένεια. Έτσι, παίρνουν

πληροφορίες για διάφορα ζητήματα που αφορούν την αρρώστια, τις συζητούν, και βολιδοσκοπούνται οι αντιδράσεις της οικογένειας, ώστε να καταστρωθεί ένα σχέδιο θεραπείας. Και οι οικογένειες, με τη σειρά τους, μαθαίνουν πώς να επιλύουν προβλήματα, ώστε να αντιμετωπίσουν την ασθένεια πιο αποτελεσματικά.

Δύο σύνδεσμοι υποστήριξης, οι οποίοι είχαν μεγάλη επιπτυχία στην εξυπηρέτηση των αναγκών των περιοχών ευθύνης τους και στην σύνδεση με τους επαγγελματίες, περιγράφονται εν συντομίᾳ παρακάτω.

Ο Alzheimer's Disease International (ADI) είναι ένας διεθνής οργανισμός, η σκέπη 57 εθνικών συνδέσμων. Ο σκοπός του, είναι να στηρίξει την ανάπτυξη και αποτελεσματικότητα των υπαρχόντων συνδέσμων, με δραστηριότητες όπως η Παγκόσμια Ημέρα Alzheimer's, ένα ετήσιο συνέδριο, και το Πανεπιστήμιο Alzheimer's (μια σειρά μαθημάτων επί βασικών οργανωτι-

κών ζητημάτων). Δίνει επίσης πληροφορίες από την διεύθυνση <http://www.alz.co.uk>, και με μπροσούρες και ενημερωτικά φυλλάδια.

Οι εθνικοί σύνδεσμοι Alzheimer's είναι αφοσιωμένοι στο να παρέχουν υποστήριξη σε ανθρώπους με άνοια και στις οικογένειες τους. Δίνουν πληροφορίες, καθώς και πρακτική και συναισθηματική βοήθεια, όπως τηλεφωνικές γραμμές βοήθειας, υποστηρικτικές ομάδες και αντικατασταση, για λίγο, του μόνιμου φροντιστή. Επίσης, εκπαιδεύουν επαγγελματίες και συμβουλεύουν τις κυβερνήσεις.

Η World Fellowship for Schizophrenia and Allied Disorders (WFSF) δίνει έμφαση στο ότι η αμοιβαία ανταλλαγή γνώσεων - της επαγγελματικής γνώσης των εργαζομένων στον κλάδο και της πρακτικής γνώσης των οικογενειών και των καταναλωτών- είναι ζωτικής σημασίας, ώστε να αναπτυχθεί εμπιστοσύνη. Χωρίς αυτή, συχνά δεν είναι δυνατή η αποτελούν ένα σημαντικό μέρος του μακροχρόνιου σχεδίου θεραπείας και περίθαλψης. Περισσότερες πληροφορίες γι' αυτόν το οργανισμό από το [info@world-schizophrenia.org](mailto:info@world-schizophrenia.org).

αποτελεσματική εγκατάσταση θεραπευτικής συμμαχίας με αποτέλεσμα οι κλινικοί, οι οικογένειες, και οι καταναλωτές να συγκρούονται.

Αυτή η συνεχής συνεργασία, σκοπεύει στο να αναπτυχθεί η αυτοπεποίθηση όσων φροντίζουν ασθενείς μέσα στην οικογένεια, ώστε να μπορούν να λύσουν τα πολλά και περίπλοκα προβλήματα που αντιμετωπίζουν, αντί να πρέπει να στρίζονται πάντα στην επαγγελματική υποστήριξη. Αυτό ονομάζεται "μετακίνηση από την παθητική φροντίδα στην ενεργυπτική περιθυαλψη". Ενδυναμώνεται με παραπομπές σε οικογενειακές οργανώσεις υποστήριξης, τις οποίες οι επαγγελματίες θα πρέπει να συστήνουν με έμφαση στα μέλη της οικογένειας, διότι αποτελούν ένα σημαντικό μέρος του μακροχρόνιου σχεδίου θεραπείας και περίθαλψης. Περισσότερες πληροφορίες γι' αυτόν το οργανισμό από το [info@world-schizophrenia.org](mailto:info@world-schizophrenia.org).

### ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΤΗΣ ΤΟΠΙΚΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ

Οι κοινωνικές πεποιθήσεις, στάσεις και αντιδράσεις, προσδιορίζουν πολλές πλευρές της φροντίδας για την ψυχική υγεία. Οι άνθρωποι με ψυχικές παθήσεις είναι μέλη της κοινωνίας, και το κοινωνικό περιβάλλον είναι σημαντικός παράγοντας που προσδιορίζει το αποτέλεσμα. Εάν ένα κοινωνικό περιβάλλον είναι ευνοϊκό, συμβάλλει στην ανάρρωση και επανένταξη. Εάν όχι, μπορεί να ενδυναμώσει το στίγμα και τις διακρίσεις. Οι προσπάθειες για τη μεγαλύτερη συμμετοχή των τοπικών κοινοτήτων, περιλαμβάνουν τη σωστή ενημέρωση σε ό,τι αφορά τις ψυχικές διαταραχές και τη χρήση κοινοτικών πόρων για την ανάληψη συγκεκριμένων πρωτοβουλιών, όπως εθελοντική εργασία για την πρόληψη των αυτοκτονιών και συνεργασία με παραδοσιακούς θεραπευτές. Η μετατόπιση του κέντρου βάρους της περίθαλψης από τα ιδρύματα στην ίδια την κοινότητα, συμβάλλει στην αλλαγή της στάσης και των αντιδράσεων της κοινότητας και βοηθά τους πάσχοντες να ζήσουν καλύτερα.

Μελέτες σε πολλές Αφρικανικές και Ασιατικές χώρες δείχνουν ότι περίπου το 40% της πελατείας των παραδοσιακών θεραπευτών πάσχει από ψυχικές ασθένειες (Saeed et al.

2000). Αυτή η εικόνα δεν διαφέρει πολύ από αυτήν που δείχνουν μελέτες που έγιναν στο επίπεδο της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Η συνεργασία με τους παραδοσιακούς θεραπευτές είναι επομένως, μία σημαντική πρωτοβουλία. Οι ειδικοί δίνουν στους θεραπευτές ακριβή πληροφόρηση για τις ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές, τους ενθαρρύνουν να παραπέμπουν σε αυτούς τα περιστατικά, και αποθαρρύνουν πρακτικές όπως τη νυστεία και την τιμωρία. Άλλα και από τη μεριά τους, οι ειδικοί ανακαλύπτουν τις μεθόδους που εφαρμόζουν οι θεραπευτές κατά την αντιμετώπιση των ψυχοκοινωνικών διαταραχών.

Οι μη κυθερνητικές οργανώσεις είχαν διαχρονικά σημαντική θέση μεταξύ των κινημάτων για την ψυχική υγεία. Ένας καταναλωτής, ο Clifford Beers, δημιούργησε το 1906 την πρώτη επιτυχημένη μη κυθερνητική οργάνωση για την ψυχική υγεία, που ήταν πρόδρομος της Παγκόσμιας Ομοσπονδίας για την Ψυχική Υγεία. Οι συνεισφορές των οργανώσεων αυτών δεν αμφισβητούνται.

Μπορούν να επιτευχθούν αλλαγές στην κοινότητα ακολουθώντας διάφορους δρόμους. Ο σημαντικότερος είναι η χρήση των ΜΜΕ για εκπαιδευτικές εκστρατείες που απευθύνονται στο κοινό. Παραδείγματα είναι τα: "Νίκησε την κατάθλιψη", "Άλλαγή νοοτροπίας – κάθε οικογένεια στην χώρα", και το σύνθημα της Παγκόσμιας Ημέρας Υγείας 2001 "Όχι στον αποκλεισμό – Ναι στην Φροντίδα". Μεγάλα προγράμματα κοινωνικής συνειδητοποίησης σε χώρες όπως η Αυστραλία, ο Καναδάς, η Ινδία, το Ιράν, η Μαλαισία, το Ηνωμένο Βασίλειο και οι ΗΠΑ, έχουν αλλάξει τον τρόπο που ο πληθυσμός βλέπει τις ψυχικές διαταραχές. Η Παγκόσμια Ψυχιατρική Εταιρία έχει αρχίσει ένα πρόγραμμα σε έναν αριθμό χωρών ενάντια στο στίγμα και στις διακρίσεις που υφίστανται οι πάσχοντες από σχιζοφρένεια (δες Πλαίσιο 4.9). Για την επίτευξη του στόχου, το πρόγραμμα χρησιμοποιεί τα ΜΜΕ, τα σχολεία και μέλη οικογενειών των πασχόντων.

Αν και σε πολλές αναπτυσσόμενες χώρες η κοινότητα δεν κάνει διακρίσεις, κατ' ανάγκη, ενάντια στους πάσχοντες από ψυχικές διαταραχές, η πίστη στη μαγεία, τις υπερφυσικές δυνάμεις, τη μοίρα, τη θεϊκή κατάρα και ούτω καθ' εξής, μπορεί να εμποδίσει τα άτομα από το να ζητήσουν βοήθεια και να επιμείνουν στη θεραπευτική αγωγή. Ένα από τα καλύτερα παραδείγματα του πώς μπορούν οι κοινότητες να φροντίζουν τους ψυχικά αισθενείς βρίσκεται στην πόλη Geel του Βελγίου, όπου, αναμφίβολα, βρίσκεται το παλαιότερο πρόγραμμα ψυχικής υγείας στον δυτικό κόσμο. Από τον 13ο αιώνα, με αρχή της πρακτικής αυτής που ίσως φτάνει στον 8ο αιώνα, άνθρωποι με σοβαρές ψυχικές παθήσεις περιθάλπονται στην εκκλησία της πόλης (St Dymphna), η φιλοξενούνται σε ανάδοχες οικογένειες με τις οποίες ζουν, συχνά επί δεκαετίες. Σήμερα, οι οικογένειες στο Geel φροντίζουν 550 αισθενείς, εκ των οποίων οι μισοί δουλεύουν σε προστατευόμενα εργαστήρια.

### ΕΝΣΩΜΑΤΩΣΗ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Μια άλλη σημαντική αρχή, η οποία παίζει μεγάλο ρόλο στην οργάνωση της φροντίδας για την ψυχική υγεία, είναι η ενσωμάτωσή της στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Ο θεμελιώδης ρόλος που έχει η πρωτοβάθμια περίθαλψη σε ολόκληρο το σύστημα υγείας δηλώθηκε καθαρά στη Διακήρυξη της Άλμα-Άτα. Αυτό το θαυμικό επίπεδο περίθαλψης, δρα ως φίλτρο ανάμεσα στον γενικό πληθυσμό και την δευτεροβάθμια / τριτοβάθμια φροντίδα.

Οι ψυχικές διαταραχές είναι κοινές και οι περισσότεροι αισθενείς εξετάζονται μόνο στην πρωτοβάθμια φροντίδα. Άλλα και οι διαταραχές τους, συχνά δεν αναγνωρίζονται (Ustun & Sartorius 1995). Επίσης, η ψυχολογική νοσηρότητα είναι κοινό χαρακτηριστικό των σωματικών αισθενιών, και οι επαγγελματίες της πρωτοβάθμιας περίθαλψης συχνά βλέπουν συναισθηματικές διαταραχές, χωρίς να τις αναγνωρίζουν πάντα. Η εκπαίδευση του προσωπικού όλων των βαθμών της περίθαλψης, ώστε να διαγνωστούν και να θεραπεύονται κοινές ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές, είναι σημαντικό μέτρο για την δημόσια υγεία. Η εκπαίδευση μπορεί να διευκολυνθεί, εάν υπάρξει σύνδεση με το

τοπικό προσωπικό ψυχικής υγείας, το οποίο σχεδόν πάντα ενδιαφέρεται να βοηθήσει προς αυτή την κατεύθυνση.

Η ποιότητα και ποσότητα των ειδικευμένων υπηρεσιών ψυχικής υγείας, εξαρτάται από αυτές που υπάρχουν στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Με άλλα λόγια, οι υπηρεσίες πρέπει να διατίθενται ισόρροπα σε κοινοτικό και νοσοκομειακό επίπεδο.

Οι αισθενείς που εξέρχονται από ψυχιατρικά τμήματα (γενικών ή ειδικών νοσοκομείων) μπορούν να παρακολουθούνται αποτελεσματικά από ιατρούς της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Είναι σαφές, ότι η πρωτοβάθμια περίθαλψη πάζει μεγάλο ρόλο σε χώρες όπου δεν υπάρχουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας σε κοινοτικό επίπεδο. Σε πολλές αναπτυσσόμενες χώρες, καλά εκπαιδευμένοι εργαζόμενοι στην πρωτοβάθμια περίθαλψη προσφέρουν επαρκή θεραπεία στους ψυχικά πάσχοντες. Είναι ενδιαφέρον να σημειωθεί, ότι μια φτωχή χώρα δεν σημαίνει ότι οπωδόποτε θα παρέχει ανεπαρκή φροντίδα. Η εμπειρία μερικών Αφρικανικών, Ασιατικών και Λατινοαμερικανικών χωρών δείχνει, ότι η επαρκής εκπαίδευση του προσωπικού της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, ώστε να αναγνωρίζουν νωρίς τις ψυχικές διαταραχές και να τις αντιμετωπίζουν, μπορεί να μειώσει την ιδρυματοποίηση και να βελτιώσει την ψυχική υγεία όσων προσφεύγουν εκεί.

## ΤΟ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ ΤΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

Η αντιμετώπιση των ψυχικών και συμπεριφορικών διαταραχών – ίσως περισσότερο από άλλες κλινικές καταστάσεις – χρειάζεται έναν ισορροπημένο συνδυασμό τριών βασικών πραγμάτων: φαρμακευτική αγωγή, ψυχοθεραπεία, και ψυχοκοινωνική αποκατάσταση.

Η σωστή αντιμετώπιση των ψυχικών και συμπεριφορικών διαταραχών απαιτεί τον προσεκτικό συνδυασμό αυτών των τριών στοιχείων. Πόσο χρειάζεται από το καθένα εξαρτάται από την κύρια διάγνωση, αλλά και από τη συννοστότητα με άλλες σωματικές και ψυχικές παθήσεις, την πλικιά του αισθενούς και το στάδιο της νόσου. Με άλλα λόγια, η θεραπεία πρέπει να προσαρμόζεται στις ανάγκες του αισθενή. Άλλα και αυτές αλλάζουν καθώς εξελίσσεται η αισθένεια, και αλλάζουν οι συνθήκες διαβίωσης του αισθενούς (δες Σχήμα 3.1).

Για την επίτευξη μιας ισορροπημένης παρέμβασης είναι αναγκαίο να ακολουθηθούν οι εξής κατεύθυντήριες αρχές:

- Κάθε παρέμβαση έχει συγκεκριμένη ένδειξη, βάσει της διάγνωσης, δηλαδή θα πρέπει να χρησιμοποιείται υπό συγκεκριμένες κλινικές προϋποθέσεις.
- Κάθε παρέμβαση θα πρέπει να χρησιμοποιείται μέχρι ενός συγκεκριμένου σημείου, δηλαδή το εύρος της παρέμβασης να είναι ανάλογο της σοβαρότητας της κατάστασης.
- Κάθε παρέμβαση θα πρέπει να έχει καθορισμένη διάρκεια, δηλαδή θα πρέπει να διαρκεί όσο απαιτεί η σοβαρότητα και η φύση της κατάστασης, και θα πρέπει να σταματάει όταν δεν είναι πια αναγκαία.
- Κάθε παρέμβαση θα πρέπει να ελέγχεται περιοδικά όσον αφορά τα αποτελέσματα της και την ορθή εφαρμογή της, όπως και για το εάν έχει δυσάρεστα επακόλουθα, και ο αποδέκτης της παρέμβασης θα πρέπει να συμμετέχει ενεργά στον έλεγχο αυτό.

Η αποτελεσματική αντιμετώπιση των ψυχικών και συμπεριφορικών διαταραχών απαιτεί, επίσης, προσοχή ως προς τη διάρκεια της θεραπείας. Οι ψυχικές διαταραχές είναι, ενίστε, χρόνιες καταστάσεις και έτοι μερικές φορές απαιτούν δια βίου θεραπείες. Η συμμόρφωση με μακροχρόνιες θεραπείες είναι δυσκολότερη από ότι με βραχύτερες. Μία ακόμη επιπλοκή, είναι ότι η ύπαρξη ψυχικών και συμπεριφορικών διαταραχών σχετίζεται με κακή συμμόρφωση με τις οδηγίες για τη λήψη της αγωγής.

Έχει γίνει αξιόλογη έρευνα σχετικά με τους παράγοντες που επηρεάζουν τη συμμόρφωση με τη θεραπεία. Αυτοί περιλαμβάνουν:

### Σχήμα 3.1 Οι ανάγκες των ατόμων με ψυχικές διαταραχές



- την εμπιστοσύνη στη σχέση ιατρού - ασθενούς
- τον χρόνο και την ενέργεια που δαπανάται για την εκπαίδευση του ασθενούς σχετικά με τους σκοπούς της θεραπείας και τα επακόλουθα της καλής συμμόρφωσης ή μη.
- την ύπαρξη συμφωνημένου σχεδίου θεραπείας
- την εμπλοκή της οικογένειας και των φίλων, ώστε να στηρίζουν το θεραπευτικό σχέδιο και την εφαρμογή του
- την απλοποίηση της θεραπευτικής αγωγής
- τη μείωση των δυσμενών παρενεργειών της θεραπευτικής αγωγής

Με την πάροδο των ετών, έχει υπάρξει σχετική ομοφωνία μεταξύ των ψυχιάτρων όσον αφορά την αποτελεσματικότητα μερικών παρεμβάσεων για την αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών. Αυτές οι παρεμβάσεις περιγράφονται πιο κάτω. Δυστυχώς, τα δεδομένα που έχουμε για την σχέση κόστους - αποτελεσματικότητας είναι πολύ περιορισμένα.

Οι κύριοι λόγοι γι' αυτό είναι οι ακόλουθοι: Πρώτον, η χρόνια φύση μερικών ψυχικών διαταραχών, η οποία απαιτεί πολύ μακρόχρονη παρακολούθηση για να είναι αξιοποιήσιμη η πληροφορία. Δεύτερον, τα διαφορετικά κλινικά και μεθοδολογικά κριτήρια που χρησιμοποιούνται στις λίγες μελέτες που έγιναν. Και, τρίτον, το γεγονός ότι οι περισσότερες διαθέσιμες μελέτες συνέκριναν τρόπους αντιμετώπισης μιας δεδομένης διαταραχής σε ιδανικές πειραματικές συνθήκες, που είναι πολύ δύσκολο να αναπαραχθούν υπό συνήθεις συνθήκες στην κλινική πράξη και μάλιστα στις αναπτυσσόμενες χώρες. Οι παρεμβάσεις που περιγράφονται πιο κάτω επιλέχθηκαν, επομένως, επί τη βάσει της αποτελεσματικότητάς τους - παρόλο που πολλοί δεν έχουν πρόσθιαση σε αυτές - και όχι με βάση το κριτήριο κόστους - αποτελεσματικότητας. Στοιχεία για το τελευταίο παρέχονται όπου είναι διαθέσιμα.

### ΦΑΡΜΑΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η ανακάλυψη και βελτίωση φαρμάκων χρήσιμων για την αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών, κατά το δεύτερο ήμισυ του 20ου αιώνα, θεωρείται ως μια από τις επαναστάσεις στην ιστορία της ψυχιατρικής.

Υπάρχουν βασικά τρεις κατηγορίες ψυχοτρόπων φαρμάκων, που στοχεύουν σε ειδικά συμπτώματα των ψυχικών διαταραχών: τα αντιψυχωτικά, για τα ψυχωτικά συμπτώματα, τα αντικαταθλιπτικά για την κατάθλιψη, τα αντιεπιληπτικά για την επιληψία και τα αγχολυτικά ή ηρεμιστικά για το άγχος. Διάφορα ειδή φαρμάκων χρησιμοποιούνται για προβλήματα σχετιζόμενα με το αλκοόλ και τα ναρκωτικά. Είναι σημαντικό να θυμόμαστε ότι αυτά τα φάρμακα καταπολεμούν τα συμπτώματα των νόσων, και όχι τις ίδιες τις νόσους ή τις αιτίες τους. Τα φάρμακα αυτά επομένως δεν στοχεύουν στην εξάλειψη της νόσου, αλλά μάλλον στον περιορισμό ή την μείωση των συμπτωμάτων και στην πρόληψη των υποτροπών.

Δεδομένης της αποτελεσματικότητας των περισσότερων φαρμάκων αυτού του είδους, πράγμα που ήταν προφανές και πριν την ευρεία καθιέρωση των ελεγχόμενων κλινικών δοκιμών, οι περισσότερες πρόσφατες οικονομικές μελέτες έχουν εστιάσει, όχι στη σχέση κόστους - αποτελεσματικότητας του φαρμάκου σε σύγκριση με αδρανές ή εικονικό φάρμακο, αλλά στην σύγκριση των νεώτερων κατηγοριών φαρμάκων με τα παλιότερα. Αυτό συνέβη ιδιαίτερα με τα νεώτερα αντικαταθλιπτικά και αντιψυχωτικά σε σύγκριση με τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά και τα κλασικά αντιψυχωτικά αντίστοιχα.

Μία σύνθεση των διαθέσιμων στοιχείων της βιβλιογραφίας δείχνει ότι, ενώ τα νεώτερα ψυχοτρόπα φάρμακα έχουν λιγότερες παρενέργειες, δεν είναι σε σημαντικό βαθμό πιο αποτελεσματικά, και είναι συνήθως ακριβότερα. Το μειονέκτημα του αυξημένου κόστους, όμως, αντισταθμίζεται από το ότι μειώνουν την ανάγκη επιπλέον φροντίδας και θεραπείας. Τα νεώτερα αντικαταθλιπτικά φάρμακα, για παράδειγμα, αποτελούν καλή επιλογή για χώρες με χαμηλό εισόδημα, αφού λίγουν οι πατέντες τους, ή εκεί όπου ήδη διατίθενται σε κόστος παρόμοιο με τα παλαιότερα φάρμακα.

Ο κατάλογος βασικών φαρμάκων του ΠΙΟΥ περιλαμβάνει τώρα εκείνα τα φάρμακα, που σε ένα στοιχειώδες επίπεδο, αντιμετωπίζουν ικανοποιητικά τις ανάγκες θεραπείας ψυχικών και νευρολογικών διαταραχών που έχουν σημασία για τη δημόσια υγεία. Εν τούτοις, οι αισθενείς στις φτωχές και αναπτυσσόμενες χώρες δεν θα πρέπει να αποκλείονται από τις προόδους στην ψυχοφαρμακολογία, για οικονομικούς και μόνο λόγους. Είναι ανάγκη να εργαστούμε, ώστε να είναι διαθέσιμα σε όλους τα καλύτερα φάρμακα για κάθε περίπτωση. Αυτό απαιτεί ελαστική προσέγγιση για τη δημιουργία καταλόγου βασικών φαρμάκων.

## ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η ψυχοθεραπεία συνίσταται σε σχεδιασμένες και δομημένες παρεμβάσεις με στόχο να επηρεαστεί η συμπεριφορά, η διάθεση και οι τρόποι ή τα πρότυπα συναισθηματικής αντίδρασης σε διάφορα ερεθίσματα, με την χρήση λεκτικών ή μη λεκτικών ψυχολογικών μέσων. Η ψυχοθεραπεία δεν περιλαμβάνει βιοχημικά ή βιολογικά μέσα.

Αρκετές τεχνικές και προσεγγίσεις - βασισμένες σε διαφορετικά θεωρητικά μοντέλα - έχουν δείξει την αποτελεσματικότητά τους για την αντιμετώπιση διάφορων ψυχικών και συμπεριφορικών διαταραχών. Μεταξύ αυτών είναι η συμπεριφορική θεραπεία, η γνωσιακή θεραπεία, η διαπροσωπική θεραπεία, οι τεχνικές χαλάρωσης και οι τεχνικές υποστηρικτικής ή συμβουλευτικής θεραπείας (WHO 1993b).

Η συμπεριφορική θεραπεία συνίσταται στην εφαρμογή ψυχολογικών αρχών, οι οποίες έχουν επιστημονική βάση, για τη λύση κλινικών προβλημάτων (Cottraux 1993). Βασίζεται στις αρχές της θεωρίας της μάθησης.

Οι γνωσιακές - συμπεριφορικές παρεμβάσεις στοχεύουν στην αλλαγή των προτύπων σκέψης και συμπεριφοράς μέσω της εφαρμογής νέων τρόπων σκέψης και δράσης, ενώ η διαπροσωπική θεραπεία πηγάζει από ένα εννοιολογικό μοντέλο που εστιάζει σε τέσσερις περιοχές κοινών προβλημάτων: σύγκρουση ρόλων, μετάβαση ρόλων, άλυτο πένθος και κοινωνικά ελλείμματα.

Η χαλάρωση έχει στόχο τη μείωση της κατάστασης διέγερσης - και επομένως του άγχους - σε ανεκτά επίπεδα, με μία ποικιλία τεχνικών μικρής χαλάρωσης, που προέρχονται από μεθό-

δους όπως η γιόγκα, ο διαλογισμός, η αυτογενής εκπαιδευση και η βιοεπανατροφοδότηση. Η χαλάρωση μπορεί να είναι σημαντικό βούθημα σε όλες μορφές θεραπείας, γίνεται εύκολα αποδεκτή από τους αισθενείς, και μπορεί να την μάθει κανείς μόνος του (WHO 1998).

Η υποστηρικτική θεραπεία, πιθανόν η απλούστερη μορφή ψυχοθεραπείας, βασίζεται στη σχέση θεραπευτή - θεραπευομένου. Άλλα σημαντικά στοιχεία αυτής της τεχνικής είναι η επιβεβαίωση, η αποσαφήνιση, η αναβίωση, η συμβουλή, η υποθολή και η διδασκαλία. Μερικοί θεωρούν αυτό τον θεραπευτικό τρόπο κυριολεκτικά το θεμέλιο της καλής κλινικής φροντίδας και προτείνουν να συμπεριληφθεί ως αναπόσπαστο στοιχείο των εκπαιδευτικών προγραμμάτων όλων όσων έχουν κλινικές υποχρεώσεις.

Διάφορα είδη ψυχοθεραπειών – ιδιαίτερα οι γνωσιακές - συμπεριφορικές παρεμβάσεις και η διαπροσωπική θεραπεία – είναι αποτελεσματικά για τη θεραπεία των φοβιών, την εξάρτηση από φαρμακευτικές ουσίες και το οινόπνευμα, και τον έλεγχο ψυχωτικών συμπτωμάτων όπως οι παραληρητικές ιδέες και οι ψευδαισθήσεις. Βονθούν, επίσης, τους καταθλιπτικούς αισθενείς να μάθουν να βελτιώνουν τις στρατηγικές αντιμετώπισης των προβλημάτων τους και να ελέγχουν την δυσφορία που προκαλείται από τις συμπτώματά τους.

Υπάρχουν ενθαρρυντικά στοιχεία ως προς την σχέση κόστους - αποτελεσματικότητας της ψυχοθεραπείας για την αντιμετώπιση της ψύχωσης, του άγχους και των διαταραχών της διάθεσης, με ή χωρίς τον συνδυασμό με φαρμακευτική αγωγή. Ένα εύρημα της σχετικής έρευνας, είναι ότι οι ψυχολογικές παρεμβάσεις οδηγούν σε αιχνη της ικανοποίησης των αισθενών και σε καλύτερη συμμόρφωση με την θεραπεία, πράγμα που συμβάλλει σημαντικά στη μείωση του ποσοστού υποτροπών, εισαγωγών στο νοσοκομείο, και της ανεργίας. Το επιπρόσθετο κόστος των ψυχοθεραπειών ισοσκελίζεται από την μειωμένη ανάγκη υποστήριξης από άλλες υγειονομικές υπηρεσίες ή επισκέψεων σε αυτές. (Schulberg et al. 1998, Rosenbaum & Hylan 1999)

## ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση είναι ένα σύνολο παρεμβάσεων, που δίνει την ευκαιρία στα άτομα με ψυχικές διαταραχές και σημαντικού βαθμού ανικανότητα να φθάσουν στο καλύτερο δυνατό επίπεδο αυτονομίας στην κοινότητα. Για να επιτευχθεί αυτό, γίνεται βελτίωση των ατομικών δεξιοτήτων, αλλά και αλλαγές στο περιβάλλον των πασχόντων (WHO 1995). Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση είναι ένα ολοκληρωμένο σύνολο ενεργειών και όχι απλώς μια τεχνική.

Οι στρατηγικές της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης ποικίλλουν ανάλογα με τις ανάγκες των καταναλωτών, το περιβάλλον στο οποίο γίνεται η αποκατάσταση (νοσοκομείο ή κοινότητα) και τις πολιτισμικές και κοινωνικοϊουνομικές συνθήκες της χώρας. Η στέγαση, η επαγγελματική αποκατάσταση, η απασχόληση και τα δίκτυα κοινωνικής υποστήριξης είναι πλευρές της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Οι κύριοι στόχοι είναι η ενδυνάμωση των καταναλωτών, η μείωση του στίγματος και των διακρίσεων, η βελτίωση της ατομικής κοινωνικής επάρκειας, και η δημιουργία ενός μόνιμου συστήματος κοινωνικής στήριξης. Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση είναι ένα από τα στοιχεία της ολοκληρωμένης φροντίδας για την ψυχική υγεία που εδράζεται στην κοινότητα.

Στην Σαγκάν, για παράδειγμα, έχουν αναπτυχθεί μοντέλα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης στηριζόμενα στην πρωτοβάθμια περιθαλψη, την οικογενειακή στήριξη, την ψυχιατρική υποστήριξη, κοινωνικούς ελεγκτές και παρεμβάσεις σε βιομηχανικούς χώρους εργασίας.

Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση δίνει τη δυνατότητα σε πολλούς να αποκτήσουν, ή να ανακτήσουν, τις πρακτικές δεξιότητες που απαιτούνται, ώστε να ζουν και να κινούνται μέσα στην κοινότητα, και τους διδάσκει πώς να αντιμετωπίζουν τα προβλήματά τους. Περιλαμβάνει βοήθεια, ώστε να αναπτύξουν κοινωνικές δεξιότητες, ενδιαφέροντα και δραστηριότητες στον ελεύθερο χρόνο τους, πράγματα που τους δίνουν αυτοπειθηση και μια αίσθηση συμμετοχής. Διδάσκει επίσης δεξιότητες όπως την προσωπική υγειεινή, την δίαιτα, τη μαγειρική, τις αγορές, την οικοκυρική και τη χρήση διαφόρων μεταφορικών μέσων.

## ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΙ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ

Εργατικοί συνεταιρισμοί έχουν οργανωθεί από ψυχιατρικούς ασθενείς, υγειονομικούς και κοινωνικούς λειτουργούς, καθώς και, σε ορισμένες περιπτώσεις, σωματικά ανάπτηρους ασθενείς σε χώρες όπως η Αργεντινή, η Βραζιλία, η Ακτή του Ελεφαντοστού, η Γερμανία, η Ιταλία, η Ολλανδία, και η Ισπανία. Αυτές οι επαγγελματικές ευκαιρίες δεν επιζητούν να δημιουργήσουν ένα τεχνητά προστατευόμενο περιβάλλον, αλλά δίνουν επαγγελματική εκπαίδευση στους ψυχιατρικούς αρρώστους, ώστε να ασχοληθούν στη συνέχεια με οικονομικά αποδοτικές δραστηριότητες. Μερικά παραδείγματα περιγράφονται στο Πλαίσιο 3.6.

Η ενεργοποίηση των αρχοτιμοποίητων πόρων της κοινότητας δημιουργεί ένα νέο μοντέλο με σοβαρότατα επακόλουθα για τη δημόσια υγεία. Αυτό το μοντέλο, γνωστό ως "κοινωνική επιχειρηματικότητα", έχει εξελιχθεί σημαντικά σε μερικές Μεσογειακές χώρες (de Leonardi et al.1994). Η συνεργασία του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα στην κοινωνική επιχειρηματικότητα, υπόσχεται πολλά από την άποψη της δημόσιας υγείας. Αναπληρώνει, επίσης, την έλλειψη πόρων και δημιουργεί μια εναλλακτική λύση στη συνήθη ψυχοκοινωνική αποκατάσταση. Οι άνθρωποι με διαταραχές μπορούν να συμμετέχουν πιο ενεργά σε μία υγιή συνεταιριστική συνεργασία και, επομένως, στην παραγωγή.

### Πλαίσιο 3.6 Ευκαιρίες εργασίας στην κοινότητα

Υπάρχουν σε όλο τον κόσμο πολλές χιλιάδες καλά παραδείγματα ασθενών με ψυχικές διαταραχές, που όχι μόνο είναι ενσωματωμένοι στην κοινότητα, άλλα και έχουν παραγωγική και οικονομικά σημαντική συμμετοχή. Μόνο στην Ευρώπη, κάπου 10.000 άτομα δουλεύουν σε επιχειρήσεις, που ιδρύθηκαν για τους προσφέρουν απασχόληση. Δίδονται εδώ αρκετά παραδείγματα ευκαιριών μέσα στην κοινότητα.<sup>1</sup>

Ξεκινώντας με ένα μικρό αριθμό πασχόντων από ψυχικές διαταραχές, μερικοί από τους οποίους ήταν αλυσοδεμένοι για χρόνια, ιδρύθηκε ένα οργανιστροφεύτριο στο Μπουακέ, στην Ακτή του Ελεφαντοστού. Αν και αρχικά αντιμετώπιστηκαν από την τοπική κοινότητα, εξελίχθηκε σε μία σημαντική επιχείρηση από την οποία εξαρτάται τώρα η

κοινότητα. Η αρχική αντίδραση μεταμορφώθηκε σε ολόθερμη υποστήριξη, ιδιαίτερα όταν υπήρξε έλλειψη εργατικών χεριών και η επιχείρηση άρχισε να προσλαμβάνει ανθρώπους από την τοπική κοινότητα, πράγμα που την έκανε τον μεγαλύτερο εργοδότη στην περιοχή.

Στην Ισπανία, μια μεγάλη μη κυβερνητική οργάνωση έχει δημιουργήσει 12 κέντρα υπηρεσιών και απασχολεί πάνω από 800 άτομα με ψυχικές διαταραχές. Ένα από αυτά, στην Κάμπρα της Ανδαλουσίας, είναι ένα εργοστάσιο επίπλων που λειτουργεί με εμπορικά κριτήρια, και απασχολεί 212 άτομα, η τεράστια πλειοψηφία των οποίων είχε μακρές νοσηλείες στα ψυχιατρεία. Το εργοστάσιο είναι πολύ μοντέρνο και έχει αρκετές γραμμές παραγωγής, όπου οι ανάγκες και οι ικανότητες κάθε εργα-

ζόμενου λαμβάνονται υπόψη. Μόλις πριν από λίγα χρόνια, αυτοί οι εργαζόμενοι ήταν κλειδωμένοι σε νοσοκομεία, όπως συνεχίζουν να είναι πολλοί άλλοι με ψυχικές διαταραχές. Τα προϊόντα τους πωλούνται σήμερα σε όλη την Ευρώπη και της ΗΠΑ.

Ένας συνεταιρισμός για την απασχόληση ανθρώπων με ψυχικές διαταραχές, που ιδρύθηκε στην Ιταλία το 1981 από εννέα μόνο ανθρώπους, έχει τώρα 500 μέλη, τα οποία τώρα επέστρεψαν σε μια παραγωγική ζωή και έχουν ενταχθεί στην κοινωνική ζωή. Ο συνεταιρισμός, ο οποίος είναι ένας μεταξύ εκατοντάδων παρόμοιων στην Ιταλία, προσφέρει υπηρεσίες καθαρισμού, κοινωνικές υπηρεσίες σε πλικιωμένους και σε ενήλικους ή παιδιά με ειδικές ανάγκες, προγράμματα επαγγελματικής εκπαίδευσης, συντήρη-

ση πάρκων, κίπων κλπ.

Στο Πεκίνο, ένα από τα μεγαλύτερα εργοστάσια βάσιμακος της χώρας έχει αρκετές εκατοντάδες διαμερίσματα για τους εργαζόμενους, καθώς και νοσοκομείο με 140 κλίνες και δύο σχολεία. Πρόσφατα, μια νεαρή εργαζόμενη διαγνώσθηκε ότι έπασχε από σχιζοφρένεια και νοσηλεύτηκε για ένα χρόνο. Μετά την έξιδο της από το νοσοκομείο επέστρεψε στο διαμέρισμά της και την προηγούμενη δουλειά της, με πλήρεις αποδοχές. Όμως, μετά ένα μήνα, διαπίστωσε ότι δεν μπορούσε να δουλέψει με τους ρυθμούς των συναδέλφων της και μετατέθηκε σε γραφείο. Αυτή η λύση ήταν αποτέλεσμα της υποχρέωσης του εργοδότη να επαναπροσλάβει την γυναίκα μετά την ασθένειά της.

<sup>1</sup> Harnois G, Gabriel P(2000). *Mental health and work: impact, issues and good practices*. Geneva, World Health organization and International labour Office (WHO/MSD/MPS/OO.2)

## ΣΤΕΓΑΣΗ

Η στέγαση, εκτός του ότι είναι ένα βασικό δικαίωμα, είναι σε πολλά μέρη ένας βασικός περιοριστικός παράγοντας της αποδρυματοποίησης και της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Όλοι χρειάζονται αξιοπρεπή στέγη. Η ανάγκη ψυχιατρικών κλινών για τους ανθρώπους με ψυχικές διαταραχές δεν αμφισβητείται από κανέναν.

Ορισμένες ψυχικές διαταραχές καθίστούν την νοσηλεία αναπόφευκτη σε δύο περιπτώσεις: πρώτον, στην οξεία φάση, και δεύτερον, κατά την ανάρρωση ή το χρόνιο, μη αναστρέψιμο στάδιο μερικών διαταραχών. Η εμπειρία πολλών χωρών στην Ασία, Ευρώπη και Αμερική έχει δείχει ότι, στην πρώτη περίπτωση, ένα κρεβάτι σε γενικό νοσοκομείο είναι η καλύτερη λύση. Στην δεύτερη περίπτωση, δομές στην κοινότητα που παρέχουν στέγη αντικαθίστούν με επιτυχία τα παλιά άσυλα. Πάντα όμως υπάρχει η ανάγκη, σε μερικές περιπτώσεις, για βραχείς νοσηλείες σε γενικά νοσοκομεία. Μία μικρότερη ομάδα αισθενών θα χρειάζεται άλλες στεγαστικές λύσεις. Όλα αυτά είναι μη αντιφατικά στοιχεία της ολοκληρωμένης περιθαλψης, και εμπίπτουν πλήρως στην στρατηγική της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Εκτός από τα παραπάνω παραδείγματα, ενδιαφέροντα πειράματα στο πεδίο της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης λαμβάνουν χώρα στην Μποτσουάνα, στη Βραζιλία, στην Ελλάδα, στην Ινδία, στο Ιράν, στη Μαλαισία, στο Μαλί, στο Μεξικό, στο Πακιστάν, στη Σενεγάλη, στη Νότια Αφρική, στην Ισπανία, στη Σριλάνκα και στην Τυνησία (Mohit 1999; Mubbashar 1999; WHO 1997b). Σε αυτές τις χώρες, η προσέγγιση προσανατολίζεται κυρίως προς τις επαγγελματικές δραστηριότητες και την κοινωνική κοινωνική στήριξη. Είναι γεγονός ότι πολύ συχνά, η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση δεν ασχολείται με τη στέγαση, επειδή απλώς δεν υπάρχει διαθέσιμη στέγη. Έτσι, οι αισθενείς με σοβαρές διαταραχές που χρειάζονται ένα καταφύγιο, δεν έχουν άλλη επιλογή παρά την ιδρυματοποίηση. Οι υπάρχουσες στρατηγικές στέγασης είναι υπερβολικά δαπανηρές για πολλές αναπτυσσόμενες χώρες, επομένως πρέπει να βρεθούν καινοτόμες λύσεις.

## ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΩΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ

Οι παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση των ψυχικών και συμπεριφορικών διαταραχών μπορούν να διακριθούν σε τρεις κύριες κατηγορίες: πρόληψη, θεραπεία και αποκατάσταση. Αυτές αντιστοιχούν κατά προσέγγιση στην πρωτογενή, δευτερογενή και τριτογενή πρόληψη (Leavel & Clark 1965).

- Η **πρόληψη** (πρωτογενής πρόληψη) περιλαμβάνει μέτρα που αφορούν μια ορισμένη νόσο ή ομάδα νόσων, ώστε να ανακοπούν τα αίτια πριν αγγίξουν το άτομο. Με άλλα λόγια, περιλαμβάνει μέτρα που αποσκοπούν στο να μη νοσήσει το άτομο.
- Η **θεραπεία** (δευτερογενής πρόληψη) αναφέρεται σε μέτρα ώστε να ανακοπεί η νόσος που ήδη υπάρχει, να προληφθούν άλλες επιπλοκές και επακόλουθα, να περιοριστεί η ανικανότητα και να προληφθεί ο θάνατος.
- Η **αποκατάσταση** (τριτογενής πρόληψη) λαμβάνει μέτρα που σκοπό έχουν τα άτομα με ανικανότητα να αποκατασταθούν στην πρότερη κατάσταση, ή να μεγιστοποιήσουν τις υπολειμματικές δυνατότητές τους. Γίνονται παρεμβάσεις στο ατομικό επίπεδο, αλλά και στο περιβάλλον τους.

Τα ακόλουθα παραδείγματα παρουσιάζουν ένα φάσμα αποτελεσματικών παρεμβάσεων, σημαντικών για τη δημόσια υγεία. Για μερικές από αυτές τις διαταραχές, η πιο αποτελεσματική παρέμβαση είναι η προληπτική δράση, ενώ για άλλες η θεραπεία ή η αποκατάσταση αποτελούν την πιο αποδοτική προσέγγιση.

## ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Σήμερα δεν υπάρχουν στοιχεία ότι οι παρεμβάσεις που προτείνονται για πρωτοβάθμια πρόληψη της κατάθλιψης είναι αποτελεσματικές, παρά μόνο σε λίγες μεμονωμένες

μελέτες. Υπάρχουν, ωστόσο, στοιχεία υπέρ της αποτελεσματικότητας ορισμένων παρεμβάσεων, όπως η οργάνωση υποστηρικτικών δικτύων για μερικές ευπαθείς ομάδες, οι παρεμβάσεις που εστιάζουν σε συγκεκριμένα συμβάντα, και οι παρεμβάσεις με στόχο ευπαθείς οικογένειες και άτομα, όπως και επαρκείς εγκαταστάσεις για εξετάσεις και θεραπεία των ψυχικών διαταραχών ως μέρους της πρωτογενούς περίθαλψης για σωματική αναπτηρία (Paykel 1994). Κάποιες από τις παρεμβάσεις που αφορούν την κατάθλιψη σε μητέρες, όπως προγράμματα αναγνώρισης, εκπαραγόντων και θεραπείας, έχουν δεῖξει ότι βελτιώνουν την κατάθλιψη και προλαμβάνουν ανεπιθύμητες εκβάσεις στα παιδιά τους. Αυτά τα προγράμματα είναι δυνατόν να γίνονται στο επίπεδο της πρωτοβάθμιας περίθαλψης από ιατρικούς επισκέπτες, για παράδειγμα, ή κοινοτικούς υγειονομικούς υπαλλήλους. Εντούτοις, δεν έχουν διαδοθεί ευρέως, μη εξαιρουμένων των αναπτυγμένων χωρών (Cooper & Murray 1998).

Οι στόχοι της θεραπείας είναι η μείωση των συμπτωμάτων, η πρόληψη των υποτροπών, και τελικά, η πλήρης ύφεση. Σήμερα η πρώτη γραμμή αντιμετώπισης της κατάθλιψης στις περισσότερες περιπτώσεις περιλαμβάνει την χορήγηση αντικαταθλιπτικών, ψυχοθεραπεία, ή συνδυασμό αυτών των δύο.

Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα είναι αποτελεσματικά σε όλο το εύρος των καταθλιπτικών επεισοδίων. Τα ήπια καταθλιπτικά επεισόδια αντιδρούν σε ποσοστό 70%. Τα σοβαρά αντιδρούν σε μικρότερο ποσοστό, αλλά περισσότερο σε σύγκριση με αδρανές φάρμακο. Υπάρχουν μελέτες που δείχνουν ότι τα παλαιότερα αντικαταθλιπτικά (τρικυκλικά), είναι το ίδιο αποτελεσματικά, αν και φθηνότερα, με τα νεώτερα: το κόστος των τρικυκλικών είναι περίπου 2 έως 3 δολάρια το μήνα σε πολλές αναπτυσσόμενες χώρες. Τα νεώτερα αντικαταθλιπτικά είναι αποτελεσματικά στα σοβαρά καταθλιπτικά επεισόδια, έχουν λιγότερες παρενέργειες και γίνονται ανεκτά από τους ασθενείς, αλλά δεν βρίσκονται εύκολα σε πολλές αναπτυσσόμενες χώρες. Αυτά τα φάρμακα έχουν πλεονεκτήματα στις μεγαλύτερες πλικίες.

Η οξεία φάση απαιτεί φαρμακευτική αγωγή 6 έως 8 εβδομάδων, κατά τη διάρκεια των οποίων οι ασθενείς εξετάζονται κάθε μία ή δύο εβδομάδες – και συχνότερα στα αρχικά στάδια – για έλεγχο συμπτωμάτων και παρενέργειών, προσαρμογή των δόσεων και υποστήριξη.

Η θεραπεία της οξείας φάσης, που έγινε είτε με φάρμακα, είτε με ψυχοθεραπεία, πρέπει σχεδόν πάντα να συνεχίζεται για 6 μήνες τουλάχιστον. Οι ασθενείς παρακολουθούνται μια ή δύο φορές τον μήνα. Ο κύριος σκοπός αυτής της παρακολούθησης είναι η αποφυγή υποτροπής. Έτσι, μπορούν να μειωθούν τα ποσοστά υποτροπής από 40-60% στο 10-20%. Ο τελικός στόχος είναι η πλήρης ύφεση και η ανάρρωση. Υπάρχουν στοιχεία, αν και όχι ισχυρά, ότι η υποτροπή είναι λιγότερο συχνή μετά από επιτυχή γνωσιακή - συμπεριφορική θεραπεία σε σύγκριση με τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα μόνο (δες Πίνακα 3.2).

Η φάση που ονομάζεται φαρμακοθεραπεία συντήρησης ή προφύλαξης, έχει σκοπό να προλάβει μελλοντική επανεμφάνιση διαταραχών της διάθεσης, και συνήθως συνιστάται σε άτομα με ιστορία τριών ή περισσότερων καταθλιπτικών επεισοδίων, χρόνια κατάθλιψη, ή επίμονα συμπτώματα. Αυτή η φάση μπορεί να κρατήσει χρόνια και συνήθως απαιτεί επισκέψεις κάθε μήνα ή τρίμηνο.

Μερικοί προτιμούν την ψυχοθεραπεία ή την συμβουλευτική θεραπεία για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης. Είκοσι χρόνια έρευνας δείχνουν ότι αρκετά είδη ψυχοθεραπείας, περιορισμένης χρονικά, είναι το ίδιο αποτελεσματικά όσο και τα φάρμακα στην ήπια έως μέτριας βαρύτητας κατάθλιψη. Αυτές οι ειδικές θεραπείες της κατάθλιψης συμπεριλαμβάνουν την γνωσιακή - συμπεριφορική θεραπεία και την διαιροσωπική ψυχοθεραπεία, και δίνουν έμφαση στην ενεργητική συνεργασία και εκπαίδευση του ασθενούς. Ένας αριθμός μελετών από το Αφγανιστάν, την Ινδία, το Πακιστάν, την Ολλανδία, τη Σριλάνκα, τη Σουηδία, το Ηνωμένο Βασίλειο και τις ΗΠΑ, δείχνουν τη δυνατότητα της εκπαίδευσης γενικών ιατρών, ώστε να παρέχουν αυτού του τύπου την φροντίδα, καθώς και το ότι αυτή

είναι οικονομικά συμφέρουσα (Sriram et al. 1990; Mubbashar 1999; Mohit et al 1999; Tansella & Thornicroft 1999; Ward et al 2000; Bower et al.2000).

Ακόμα και στις αναπτυγμένες χώρες, μόνο μια μειοψηφία των ανθρώπων που πάσχουν από κατάθλιψη ζητούν ή λαμβάνουν θεραπεία. Αυτό εξηγείται εν μέρει λόγω των διών των συμπτωμάτων. Αισθήματα αναξιόπτας, ενοχής, και έλλειψη κινητοποίησης αποτρέπουν τα άτομα από το να ζητήσουν βοήθεια. Επιπλέον, οι πάσχοντες δεν είναι συνήθως σε θέση να εκτιμήσουν τα ευεργετήματα της θεραπείας. Οι οικονομικές δυσκολίες και ο φόβος του στιγματισμού είναι, επίσης, αποτρεπτικοί παράγοντες. Εκτός από τους διοικητικούς ασθενείς, και το υγειονομικό προσωπικό μπορεί να μην αναγνωρίσει τα συμπτώματα ή να μη δώσει τη σωστή θεραπεία, διότι είτε δεν έχει χρόνο, είτε δεν έχει τα μέσα στην πρωτοβάθμια περίθαλψη.

## ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ

Η πρόληψη της εξάρτησης από το οινόπνευμα, πρέπει να προσεγγιστεί σε πληθυσμιακό επίπεδο λαμβάνοντας υπόψη τον ευρύτερο στόχο της πρόληψης και μείωσης προβλημάτων, που σχετίζονται με αυτή την εξάρτηση, (ατυχήματα λόγω κατανάλωσης αλκοόλ, τραυματισμοί, αυτοκτονίες, βία κλπ). Αυτή η προσέγγιση εξετάζεται στο κεφάλαιο 4. Οι πολιτισμικές αξίες και οι θρησκευτικές πεποιθήσεις σχετίζονται με χαμπλό επίπεδο κατανάλωσης αλκοόλ.

Οι στόχοι της θεραπείας είναι η μείωση της νοοτρόπτης και θνητιμότητας λόγω του αλκοόλ, και η μείωση άλλων κοινωνικών και οικονομικών προβλημάτων που σχετίζονται με την χρόνια και υπερβολική κατανάλωση.

Η έγκαιρη αναγνώριση του προβλήματος, η έγκαιρη παρέμβαση, η ψυχολογική στήριξη, η θεραπευτική αντιμετώπιση των βλαπτικών συνεπειών του αλκοόλ (συμπεριλαμβανομένου του στερπτικού συνδρόμου κλπ), η εκπαίδευση ώστε οι αντιστάσεις στην υποτροπή να αυξάνονται, η εκπαίδευση της οικογένειας και η αποκατάσταση είναι οι κύριες στρατηγικές, που αποδεδειγμένα αντιμετωπίζουν αποτελεσματικά τα προβλήματα του αλκοολισμού και την εξάρτηση.

Η επιδημιολογική έρευνα δείχνει ότι τα περισσότερα προβλήματα προκύπτουν μετάνια αυτών που δεν είναι εξαρτημένοι σε μεγάλο βαθμό, όπως μεταξύ ατόμων που μεθούν και οδηγούν ή φέρονται ριψοκίνδυνα, ή πίνουν πολύ, αλλά συνεχίζουν να εργάζονται ή να πηγαίνουν σχολείο και να διατηρούν τις σχέσεις τους και σχετικώς σταθερό τρόπο ζωής. Από το σύνολο των αιθενών που πίνουν σε βαθμό επικίνδυνο και προσέρχονται σε κλινικές της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, μόνο το 25% είναι εξαρτημένοι.

Οι βραχείες παρεμβάσεις περιλαμβάνουν μια ποικιλία δραστηριοτήτων, που απευθύνονται σε ανθρώπους οι οποίοι κάνουν επιβλαβή χρήση αλκοόλ αλλά δεν είναι εξαρτημένοι. Είναι παρεμβάσεις χαμπλής έντασης και σύντομης διάρκειας, που συνήθως διαρκούν 5-60 λεπτά. Έχουν εκπαιδευτικό και κινητοποιητικό χαρακτήρα, είναι σχεδιασμένες για να αντιμετωπίσουν την ειδική συμπεριφορά του πότη και εστιάζουν περισσότερο στην επανατροφοδότηση από την διαγνωστική αξιολόγηση, την εκπαίδευση, στην απόκτηση δεξιοτήτων, στην ενθάρρυνση και πρακτικές συμβουλές, παρά σε εντατική ψυχολογική ανάλυση, ή πιο περίπλοκες θεραπευτικές τεχνικές (Gomel et al.1995).

Η αποτελεσματικότητα των σύντομων αιτών παρεμβάσεων από τους ειδικούς της πρωτοβάθμιας περίθαλψης για την αντιμετώπιση των πρώτων προβλημάτων λόγω κατανάλωσης αλκοόλ, έχει αποδειχθεί σε πολλές μελέτες (WHO 1996; Wilk et al.1997). Οι παρεμβάσεις αυτές έχουν μειώσει την κατανάλωση αλκοόλ έως και 30%, για περιόδους 6-12 μηνών,

**Πίνακας 3.2: Αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης**

Παρέμβαση	% ύφεση μετά από 3-8 μήνες
Αδρανές φάρμακο	27
Τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά	48-52
Ψυχοθεραπεία (γνωσιακή ή διαπροσωπική)	48-60

Πηγές:

Mynors-Wallis L et al. (1996). Problem-solving treatment: evidence for effectiveness and feasibility in primary care. *International Journal of Psychiatric Medicine*, 26: 249-262.

Schulberg HC et al (1996). Treating major depression in primary care practice: eight-month clinical outcomes. *Archives of General Psychiatry*, 53:112-118

νί και περισσότερο. Οι μελέτες δείχνουν επίσης, ότι αυτές οι παρεμβάσεις είναι οικονομικά αποδοτικές (Gomel et al. 1995).

Όσον αφορά τους ασθενείς με σοβαρότερη εξάρτηση, υπάρχουν αποτελεσματικές επιλογές και για εξωτερικούς και για εσωτερικούς ασθενείς, αν και σημαντικά φθινόπτερες για τους πρώτους. Έχει αποδειχθεί ότι πολλές ψυχολογικές θεραπείες είναι εξίσου αποτελεσματικές σε σύγκριση με την θεραπεία από ειδικούς όπως: η γνωσιακή -συμπεριφορική θεραπεία, οι κινητοποιητικές συνεντεύξεις, και οι προσεγγίσεις του τύπου "Δώδεκα βήματα" (Twelve steps). Όταν συνυπάρχει κοινοτική ενίσχυση, όπως των Ανωνύμων Αλκοολικών (AA), κατά τη διάρκεια και μετά την ειδική θεραπεία, τα αποτελέσματα είναι καλύτερα απ' ότι με τη θεραπεία μόνο. Η θεραπεία των συζύγων και μελών της οικογένειας, ή απλώς η εμπλοκή τους, βοηθάει ώστε να αρχίσει η θεραπεία, αλλά και να μη διακοπεί.

Η αποτοξίνωση (η θεραπεία του αλκοολικού στερπτικού συνδρόμου) εντός της κοινότητας είναι προτιμότερα, εκτός των περιπτώσεων που υπάρχει σοβαρή εξάρτηση, ιστορικό με τρομάδες παραλήρημα ή επιληπτικές κρίσεις, μη υποστηρικτικό οικογενειακό περιβάλλον, ή προηγούμενες αποτυχημένες προσπάθειες αποτοξίνωσης (Edwards et al. 1997). Η νοσηλεία σε νοσοκομείο συνίσταται για τους ασθενείς με συννοστρόπτη, ή για εκείνους που πάσχουν σοβαρά από ψυχιατρική άποψη. Ψυχοκοινωνικές και οικογενειακές παρεμβάσεις βοηθούν επίσης την ανάρρωση, ιδιαίτερα όταν συνυπάρχουν και άλλα προβλήματα.

Δεν υπάρχουν στοιχεία που να δείχνουν ότι οι κατασταλτικές θεραπείες έχουν αποτέλεσμα. Είναι απίθανο ότι μια τέτοια θεραπεία θα είχε ευεργετικά αποτελέσματα, είτε γίνεται μετά τον εγκλεισμό (με ή χωρίς δικαστική απόφαση), είτε με οποιονδήποτε άλλο τρόπο (Heather 1995).

Η φαρμακευτική αγωγή δεν μπορεί να αντικαταστήσει την ψυχολογική θεραπεία της εξάρτησης από το αλκοόλ, αλλά μερικά φάρμακα αποδεικνύονται αποτελεσματικά ως συμπλήρωμα της θεραπείας, ώστε να μειωθεί το ποσοστό υποτροπών (NIDA 2000).

## ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΑΠΟ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ

Η πρόληψη της εξάρτησης από φαρμακευτικές ουσίες, πρέπει να αντιμετωπιστεί, από την άποψη του ευρύτερου στόχου της πρόληψης και μείωσης των προβλημάτων που οφείλονται σε αυτή την εξάρτηση, σε πληθυσμιακό επίπεδο. Συζήτηση έπ' αυτού υπάρχει στο κεφάλαιο 4.

Οι στόχοι της θεραπείας είναι να μειώσουν τη νοσηρότητα και θνησιμότητα που προκαλείται ή σχετίζεται με τη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών, ώστε ότου οι ασθενείς επιτύχουν την απεξάρτηση. Οι σχετικές στρατηγικές περιλαμβάνουν την έγκαιρη διάγνωση, τον προσδιορισμό και χειρισμό του κινδύνου μεταδοτικών νοσημάτων, όπως και άλλα ιατρικά και κοινωνικά προβλήματα, την σταθεροποίηση και συντήρηση με φαρμακοθεραπεία (για εξάρτηση από οπιοειδή), συμβουλευτική θεραπεία, πρόσθαση στις υπηρεσίες, και ευκαιρίες για κοινωνική ενσωμάτωση.

Τα άτομα με εξάρτηση από φαρμακευτικές ουσίες συχνά έχουν σύνθετες ανάγκες. Κινδυνεύουν από το HIV και άλλες μεταδοτικές με το αίμα νόσους, συννοστρόπτη σωματικών και ψυχικών διαταραχών, προβλήματα με πολλαπλές ψυχοδραστικές ουσίες, εμπλοκή σε παράνομες δραστηριότητες και προβλήματα με τις προσωπικές τους σχέσεις, το επάγγελμα και τη στέγη. Οι ανάγκες τους απαιτούν σύνδεση των επαγγελματιών της υγείας, των κοινωνικών υπηρεσιών, του εθελοντικού τομέα και του δικαιοτικού συστήματος.

Η από κοινού φροντίδα και ενοποίηση των υπηρεσιών, είναι καλό παράδειγμα σωστής τακτικής για την φροντίδα των εξαρτημένων αυτού του είδους. Οι γενικοί ιατροί μπορούν να αναγνωρίσουν και να αντιμετωπίσουν οξεία επεισόδια τοξίκωσης και στερπτικού συνδρόμου και να παρέχουν σύντομη συμβουλευτική θεραπεία, εμβολιασμούς, έλεγχο για HIV, γυναικολογικό έλεγχο, συμβουλές για τον οικογενειακό προγραμματισμό ή και να παραπέμψουν άλλου.

Η συμβουλευτική και άλλες συμπεριφορικές θεραπείες, είναι σημαντικά τμήματα της απο-

τελεσματικής θεραπείας της εξάρτησης, αφού ασχολούνται με την κινητοποίηση και την ανάπτυξη δεξιοτήτων προσαρμογής και δεξιοτήτων επίλυσης των γενικότερων προβλημάτων, ή προβλημάτων στις διαπροσωπικές σχέσεις. Ειδικότερα για τους εξαρτημένους από οποιοδήν, οι φαρμακοθεραπείες υποκατάστασης είναι αποτελεσματική προσθήκη στην συμβουλευτική θεραπεία. Καθώς η πλειοψηφία των εξαρτημένων από φαρμακευτικές ουσίες καπνίζουν, πρέπει να γίνεται συμβουλευτική θεραπεία με στόχο την διακοπή του καπνίσματος και θεραπείες υποκατάστασης με νικοτίνη. Οι ομάδες αυτοθοίθειας μπορούν επίσης να συμπληρώσουν και να διευρύνουν την αποτελεσματικότητα της θεραπείας που παρέχουν οι ειδικοί.

Η αποτοξίνωση είναι το πρώτο μόνο στάδιο θεραπείας της εξάρτησης, και χωρίς άλλη παρέμβαση δεν σταματάει την χρήση ουσιών μακροπρόθεσμα. Πρέπει να υπάρχει μακροχρόνια φροντίδα και οι συνοδές ψυχιατρικές διαταραχές πρέπει επίσης να θεραπεύονται, ώστε να μειώνονται τα ποσοστά υποτροπών. Οι περισσότεροι ασθενείς χρειάζονται τρεις μήνες θεραπείας κατ' ελάχιστο για να έχουν σημαντική θελτίωση.

Οι ενέσιμες παράνομες φαρμακευτικές ουσίες απειλούν τη δημόσια υγεία κατά έναν ιδιαίτερο τρόπο. Η από κοινού χρήση των συρίγγων σχετίζεται με την μετάδοση μολυσματικών νόσων (ιδιαίτερα του HIV και της ηπατίτιδας Β και C) και ευθύνεται για την εξάπλωση του HIV σε πολλές χώρες, όπου είναι διαδεδομένη αυτή η χρήση.

Οσοι παίρνουν ναρκωτικά με ενέσεις και δεν αρχίζουν θεραπεία, έχουν έξι φορές περισσότερες πιθανότητες να μολυνθούν από τον HIV από όσους αρχίζουν θεραπεία. Επομένως, οι υπηρεσίες θα πρέπει να ελέγχουν αν υπάρχει HIV/AIDS, ηπατίτιδα Β και C, φυματίωση, ή άλλη μολυσματική νόσος, και όπου είναι δυνατόν, να παρέχουν θεραπεία και να κάνουν συμβουλευτικές παρεμβάσεις, ώστε να βοηθήσουν τους ασθενείς να σταματήσουν αυτές τις ανασφαλείς πρακτικές.

Η θεραπεία της εξάρτησης από φαρμακευτικές ουσίες είναι αποδοτική οικονομικά, αφού μειώνει τη χρήση (40-60%) και τα υγειονομικά και κοινωνικά επακόλουθα, όπως την μόλυνση με HIV και την εγκληματικότητα. Η αποτελεσματικότητα της θεραπείας αυτής είναι συγκρίσιμη με τα ποσοστά επιτυχίας θεραπειών άλλων χρόνιων νόσων, όπως του διαβήτη, της υπέρτασης και του άσθματος (NIDA 2000). Έχει αποδειχθεί, ότι η θεραπεία είναι λιγότερο δαπανηρός τρόπος αντιμετώπιση από άλλους εναλλακτικούς τρόπους, όπως η μη θεραπεία των εξαρτημένων, ή η φυλάκισή τους. Στις ΗΠΑ, για παράδειγμα, ένα έτος συντριπτικής θεραπείας ενός ασθενή με μεθαδόνη κοστίζει 4.700 δολάρια, ενώ αντίστοιχα η φυλάκιση 18.400 δολάρια.

## ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

Πρωτογενής πρόληψη της σχιζοφρένειας δεν είναι δυνατή σήμερα. Εντούτοις, πρόσφατες ερευνητικές προσπάθειες επιχειρούν να αναπτύξουν μεθόδους, ώστε να διακρίνουν τα άτομα με σχιζοφρένεια σε πολύ πρώιμο στάδιο, ή τα άτομα με υψηλό κίνδυνο νόσους. Η διάγνωση σε πρώιμο στάδιο θα αύξανε τις δυνατότητες έγκαιρων παρεμβάσεων, μειώνοντας πιθανώς τον κίνδυνο χρονιότητας και σοβαρών μονιμότερων θλαβών. Η αποτελεσματικότητα τέτοιων προγραμμάτων πρέπει να κριθεί μετά από μακροχρόνια παρακολούθηση (McGorry 2000).

Η θεραπεία της σχιζοφρένειας περιλαμβάνει τρία κύρια στοιχεία. Πρώτον, υπάρχουν φάρμακα για τα συμπτώματα και την πρόληψη υποτροπών. Δεύτερον, η εκπαίδευση και οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις βοηθούν τους ασθενείς και τις οικογένειές τους να αντιμετωπίσουν την ασθένεια και τις επιπλοκές και βοηθούν επίσης στην πρόληψη υποτροπών. Τρίτον, η αποκατάσταση βοηθά τους ασθενείς να επανενταχθούν στην κοινότητα και να επαναλειτουργήσουν εκπαιδευτικά και επαγγελματικά. Η πρόκληση στην οργάνωση της φροντίδας των ανθρώπων που πάσχουν από σχιζοφρένεια, συνίσταται στο να οδηγείται ο ασθενής απρόσκοπτα από την έγκαιρη διάγνωση στην θεραπεία και αποκατάσταση.

Οι στόχοι της φροντίδας είναι να διαγιγνώσκεται η ασθένεια όσο το δυνατόν νωρίτε-

**Πίνακας 3.3: Αποτελεσματικότητα παρεμβάσεων για την αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας**

Παρεμβάσεις	% των υποτροπών μετά ένα έτος
Αδρανές φάρμακο	55
Χλωροπρομαζίνη	20-25
Χλωροπρομαζίνη και παρέμβαση στην οικογένεια	2-23

Πηγές:

- Dixon LB, Lehman AF (1995). Family interventions for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 21(4): 631-643.  
 Dixon LB et al (1995). Conventional antipsychotic medications for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 21 (4): 567-577.

λήρημα και οι ψευδαισθήσεις. Μειώνουν επίσης τα συνοδά ψυχωτικά συμπτώματα, όπως την διέγερση, την επιθετικότητα και την παρορμητικότητα. Αυτό επιτυγχάνεται εντός λίγων ημερών ή εβδομάδων στο 70% των ασθενών.

Εάν λαμβάνονται όπως πρέπει, αυτά τα φάρμακα μπορούν να μειώσουν τις υποτροπές στο ήμισυ. Τα φάρμακα που διαθέτουμε σήμερα είναι λιγότερο αποτελεσματικά ως προς συμπτώματα όπως η απάθεια, η κοινωνική απόσυρση και η πενία των ιδεών. Τα φάρμακα πρώτης γενιάς είναι φτηνά και δεν κοστίζουν περισσότερο από 5 δολάρια ανά μόνιμη θεραπείας στις αναπτυσσόμενες χώρες. Μερικά είναι και ενέσιμα παρατεταμένης δράσεως 1-4 εβδομάδων.

Τα αντιψυχωτικά φάρμακα βοηθούν, ώστε να ωφεληθούν οι πάσχοντες από τις ψυχοκοινωνικές μορφές θεραπείας. Τα νεώτερα αντιψυχωτικά φάρμακα έχουν λιγότερες παρενέργειες και ευρύτερη δράση. Δεν υπάρχουν σαφή στοιχεία που να δείχνουν, ότι τα νεώτερα αντιψυχωτικά διαφέρουν αισθητά από τα παλαιότερα ως προς την αποτελεσματικότητά τους, αν και υπάρχουν διαφορές ως προς τις συντηθέστερες παρενέργειές τους.

Η μέση διάρκεια θεραπείας είναι 3-6 μήνες. Η θεραπεία συντήρησης διαρκεί τουλάχιστον ένα έτος μετά το πρώτο επεισόδιο, 2-5 έτη μετά το δεύτερο επεισόδιο και δια βίου για ασθενείς με πολλαπλά επεισόδια. Στις αναπτυσσόμενες χώρες η ανταπόκριση στη θεραπεία είναι θετικότερη, οι δόσεις μικρότερες, και η θεραπεία συντομότερη. Στην όλη φροντίδα των ασθενών, η υποστήριξη της οικογένειας είναι σημαντικός παράγοντας. Μερικές μελέτες δείχνουν ότι ένας συνδυασμός φαρμακοθεραπείας, οικογενειακής εκπαίδευσης και υποστήριξης μπορούν να μειώσουν τις υποτροπές από 50% σε λιγότερο από 10% (δες Πίνακα 3.3) (Leff & Gamble 1995; Dixon et al 2000; Pharaoh et al 2000).

Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση ασθενών με σχιζοφρένεια περιλαμβάνει ποικιλία μέτρων, που αρχίζουν από την θελτιώση της κοινωνικής επάρκειας και δίκτυωμένη κοινωνική υποστήριξη, ως την οικογενειακή υποστήριξη. Κεντρική θέση σε όλα αυτά κατέχει η στήριξη των δικαιωμάτων του ασθενούς, η μείωση του στύγματος και των διακρίσεων μέσω της ενημέρωσης της κοινής γνώμης και η ύπαρξη κατάλληλης νομοθεσίας. Ο σεβασμός των ανθρωπίνων δικαιωμάτων είναι η καθοδηγητική αρχή αυτής της στρατηγικής.

Σήμερα, λίγοι ασθενείς με σχιζοφρένεια χρειάζονται μακρόχρονην ενδο-νοσοκομειακή νοσηλεία. Η συνήθης διάρκεια είναι μόνο 2-4 εβδομάδες, όταν υπάρχει ανάγκη, ενώ διαρκούσε για χρόνια πριν τις σύγχρονες θεραπείες. Η αποκατάσταση σε κέντρα ημέρας, προστατευόμενα εργαστήρια, και χώρους "ενδιάμεσης διαμονής" (halfway homes) θελτιώνει την ανάρρωση ασθενών με μακρόχρονη ασθένεια ή με υπολειμματικές αναπηρίες, όπως η έλλειψη κινητοποίησης, η κοινωνική απόσυρση και ο βραδυψυχισμός.

## ΕΠΙΛΗΨΙΑ

Αποτελεσματικά μέσα για την πρόληψη της επιληψίας είναι η επαρκής προγεννητική και μεταγεννητική φροντίδα, ο ασφαλής τοκετός, ο έλεγχος του πυρετού στα παιδιά, ο έλεγχος παρασιτικών και μολυσματικών νόσων και η πρόληψη κρανιοεγκεφαλικών κακώσεων (π.χ. έλεγχος της πίεσης του αίματος και χρήση ζώνης ασφαλείας και κράνους).

Ο στόχος της θεραπείας είναι ο έλεγχος των κρίσεων με την πρόληψη τους για δύο τουλάχιστον έτη και η ενσωμάτωση των ατόμων με επιληψία στην εκπαίδευση και στην κοινότητα. Η έγκαιρη διάγνωση και η σταθερή χορήγηση συντηρητικής φαρμακοθεραπείας είναι βασικά στοιχεία μιας θετικής εξέλιξης.

Στην επιληψία σχεδόν πάντα χορηγούνται αντιεπιληπτικά φάρμακα. Πρόσφατες μελέτες και σε ανεπτυγμένες και σε αναπτυσσόμενες χώρες έχουν δείξει, ότι έως και 70% των νεοδιαγνωσμένων παιδιών και ενηλίκων με επιληψία αντιμετωπίζονται επιτυχώς με αντιεπιληπτικά, ώστε να μην έχουν πλέον κρίσεις, υπό την προϋπόθεση να πάρουν τα φάρμακά τους τακτικά (δες Πίνακα 3.4). Μετά από 2-5 έτη επιτυχούς αγωγής (παύση των κρίσεων), η αγωγή μπορεί να διακοπεί στο 60-70% των περιπτώσεων. Στις υπόλοιπες περιπτώσεις η αγωγή πρέπει να συνεχιστεί δια βίου, και, υπό την προϋπόθεση ότι θα είναι τακτική, σε πολλές περιπτώσεις πιθανόν να μην υπάρχουν κρίσεις, ενώ σε άλλες η συνόπτιτα και σοβαρότητα θα είναι μειωμένης. Για μερικούς ασθενείς με ανθεκτική στην θεραπεία επιληψία, η νευροχειρουργική αντιμετώπιση μπορεί να είναι επιτυχής. Η ψυχολογική και κοινωνική στήριξη είναι επίσης πολύτιμη (ILAE/IBE/WHO 2000).

Η φαινοβαρβιτάλη έχει γίνει το πλέον εν χρήσει αντιεπιληπτικό φάρμακο στις αναπτυσσόμενες χώρες, ίσως διότι τα άλλα φάρμακα στοιχίζουν 5-20 φορές περισσότερο. Μια μελέτη στην αγροτική Ινδία θρήκε ότι το 65% όσων ελάμβαναν φαινοβαρβιτάλη αντιδρούσαν καλά στη θεραπεία, και το ίδιο ποσοστό ίσχει για την φαινυτοΐνη. Οι παρενέργειες πάντα παρόμοιες και για τα δύο φάρμακα (Mani et al 2001).

Μια μελέτη στην Ινδονησία κατέληξε στο συμπέρασμα ότι, παρόλα τα μειονεκτήματα, η φαινοβαρβιτάλη θα πρέπει να χρησιμοποιείται κυρίως στις αναπτυσσόμενες χώρες. Μελέτες στον Ιστημερινό και την Κένυα συνέκριναν την φαινοβαρβιτάλη και την καρβαμαζεπίνη και θρήκαν ότι δεν υπήρχαν σημαντικές διαφορές μεταξύ τους όσον αφορά την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια (Scot et al 2001). Στις περισσότερες χώρες, το κόστος της αγωγής με φαινοβαρβιτάλη φτάνει τα 5 δολάρια μόνο κατ' έτος.

## Η ΝΟΣΟΣ ALZHEIMER

Η πρωτογενής πρόληψη της νόσου Alzheimer δεν είναι δυνατή προς το παρόν. Οι στόχοι της φροντίδας είναι να παραμείνει το άτομο σε λειτουργία, να μειωθεί η αναπηρία λόγω της απώλειας νοητικών λειτουργιών, να αναδιοργανωθεί η καθημερινότητα ώστε να ευνοείται η χρήση των λειτουργιών που έχουν παραμείνει ανέπαφες, να ελαχιστοποιηθούν τα ενοχλητικά συμπτώματα, όπως τα ψυχωτικά (π.χ. η κακυποψία), η διέγερση και η κατάθλιψη, και να υπάρχει στήριξη της οικογένειας.

Ένας κεντρικός στόχος της έρευνας για την θεραπεία της νόσου Alzheimer είναι ο προσδιορισμός των παραγόντων που καθυστερούν την έναρξη, επιβραδύνουν την εξέλιξη ή αμβλύνουν την συμπτωματολογία της νόσου. Φάρμακα που δρουν ως αγωνιστές των χολινεργικών υποδοχέων (AChEs) γενικά θελτιώνουν τις γνωστικές λειτουργίες και είναι πολύ αποτελεσματικά στην θελτίωση της προσοχής. Θελτίωση της μάθησης και της μνή-

**Πίνακας 3.4: Αποτελεσματικότητα παρεμβάσεων για την αντιμετώπιση της επιληψίας**

Παρεμβάσεις	% χωρίς κρίσεις μετά ένα έτος
Άδρανές φάρμακο	δεν υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία
Καρβαμαζεπίνη	52
Φαινοβαρβιτάλη	54-73
Φαινυτοΐνη	56

Πηγές:

Feksi AT et al. (1991). Comprehensive primary health care antiepileptic drug treatment programme in rural and semi-urban Kenya. *The Lancet*, 337 (8738): 406-409.

Pal DK et al. (1998). Randomised controlled trial to assess acceptability of phenobarbital for epilepsy in rural India. *The Lancet*, 351 (9095): 19-23.

μπς, που κυρίως βλάπτονται από τη νόσο Alzheimer, βρέθηκε σπανιότερα. Η αγωγή με AchEs φαίνεται να ωφελεί επίσης ορισμένα συμπτώματα της νόσου Alzheimer, όπως οι παραληρητικές ιδέες και τα συμπεριφορικά συμπτώματα.

Η θεραπεία της κατάθλιψης των ασθενών με Alzheimer είναι επιβολητικός παράγων για τη θελτίωση της λειτουργικότητας.

### Πλαίσιο 3.7 Φροντίδα για τους αυριανούς παππούδες και γιαγιάδες.

Η σημαντική αύξηση των πλικιωμένων παγκοσμίως είναι το αποτέλεσμα όχι μόνο κοινωνικοδημογραφικών αλλαγών, αλλά και του προσδόκιμου επιβίωσης το οποίο αυξήθηκε στον 20ο αιώνα, κυρίως λόγω θελτίωσης της υγειεινής και της δημόσιας υγείας. Αυτό το κατόρθωμα είναι ταυτόχρονα και μεγάλη πρόκληση στην οποία πρέπει να απαντήσουν οι επόμενες δεκαετίες: πώς θα διασφαλιστεί η ευζωία των πλικιωμένων, οι οποίοι θα αποτελούν πάνω από το 20% του παγκόσμιου πληθυσμού το 2025.

Η γήρανση του πληθυσμού είναι πιθανό να συνοδευτεί από μεγάλες αλλαγές στον επιπολασμό και την

κατανομή σωματικών και ψυχικών διαταραχών και των συσχετισμών μεταξύ τους.

Τα προβλήματα ψυχικής υγείας της τρίτης πλειάς είναι συχνά, και μπορεί να είναι σοβαρά και ποικίλα. Εκτός από την νόσο Alzheimer, που συναντάται σχεδόν αποκλειστικά σε αυτή την πλειά, πολλά άλλα προβλήματα επιπολάζουν, όπως η κατάθλιψη, το άγχος, και οι ψυχωτικές διαταραχές. Οι αυτοκτονίες φθάνουν τα υψηλότερα ποσοστά, ιδίως μεταξύ των ανδρών. Η κατάρχηση ουσιών, συμπεριλαμβανομένων των φαρμάκων και του αλκοόλ, είναι επίσης συχνότατη, όμως δεν της δίδεται σημασία.

Αυτά τα προβλήματα φέρουν δυστυχία όχι μόνο στους πλικιωμένους, αλλά και στους συγγενείς. Σε πολλές περιπτώσεις μέλη της οικογένειας αναγκάζονται να θυσιάσουν μεγάλο μέρος της προσωπικής τους ζωής για να αφιερωθούν σε άρρωστο συγγενή. Η επιβάρυνση που προκαλείται στις οικογένειες και τις κοινότητες είναι μεγάλη, και συνήθως, η έλλειψη επαρκών πόρων στη δημόσια περιθαλψη αφήνει τις οικογένειες και τους ασθενείς χωρίς την αναγκαία υποστήριξη.

Πολλά από αυτά τα προβλήματα είναι δυνατό να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά, αλλά οι περισσότερες

χώρες δεν έχουν σχετικές πολιτικές, προγράμματα και υπηρεσίες. Το ιδιότυπο "διπλό" στίγμα που επικρατεί - το ένα λόγω της ψυχικής διαταραχής και το δεύτερο λόγω του θανάτου που πλησιάζει - δυσκολεύει ακόμα περισσότερο την πρόσκτηση της απαραίτητης βοήθειας.

Το δικαίωμα στη ζωή και στην ποιότητα ζωής απαιτεί βαθιές αλλαγές στο πώς οι κοινωνίες βλέπουν τους πλικιωμένους, και επομένως το σπάσιμο πολλών ταμπού. Ο τρόπος που οι κοινωνίες αυτο-οργανώνονται για να φροντίσουν τους πλικιωμένους είναι καλός δείκτης του πόσο σέβονται την ανθρώπινη αξιοπρέπεια.

Από τα συμπεριφορικά συμπτώματα που συναντώνται στη νόσο Alzheimer, η κατάθλιψη και το άγχος εμφανίζονται συχνότερα στα πρώτα στάδια, ενώ τα ψυχωτικά συμπτώματα και η επιθετική συμπεριφορά αργότερα. Δεδομένης της αύξησης της επιβίωσης παγκοσμίως, η φροντίδα για την ευζωία των ασθενών με Alzheimer αποτελεί μεγάλη πρόκληση για το μέλλον (δες Πλαίσιο 3.7).

Οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις είναι άκρως σημαντικές στη νόσο Alzheimer τόσο για τον άρρωστο, όσο και για όσους τον φροντίζουν από την οικογένεια, οι οποίοι επίσης κινδυνεύουν από κατάθλιψη, άγχος και σωματικά προβλήματα. Οι παρεμβάσεις περιλαμβάνουν ψυχοεκπαίδευση, υποστήριξη, γνωσιακές - συμπεριφορικές τεχνικές, αυτοβοήθεια, και προσωρινή φροντίδα προς ανακούφιση της οικογένειας. Μία μελέτη έδειξε ότι μια ψυχοκοινωνική παρέμβαση – ατομική και οικογενειακή συμβουλευτική θεραπεία, συν συμμετοχή σε υποστηρικτική ομάδα, η οποία απευθύνεται σε άτομα που φροντίζουν τους ασθενείς συντρόφους τους, καθυστέρηση την ιδρυματοποίηση των ασθενών με άνοια κατά ένα χρόνο (Mittleman et al 1996).

### ΝΟΗΤΙΚΗ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΗ

Λόγω της σοβαρότητας της νοητικής καθυστέρησης και της μεγάλης επιβάρυνσης που προκαλεί στους ίδιους τους ασθενείς, τις οικογένειές τους και στις υπηρεσίες υγείας, η πρόλη-

ψη φίλος είναι εξαιρετικά σημαντική. Λόγω της ποικίλης αιτιολογίας της νοητικής καθυστέρησης η προληπτική δράση πρέπει να στοχεύει σε συγκεκριμένους παράγοντες. Παραδείγματα είναι η ιωδίωση του νερού ή του αλατιού για την πρόληψη της νοητικής καθυστέρησης λόγω έλλειψης ιωδίου (κρετινισμός) (Mubbashar 1999), η αποχή των εγκύων από το αλκοόλ προς αποφυγή του εμβρυϊκού αλκοολικού συνδρόμου, ο διαιτητικός έλεγχος για την πρόληψη νοητικής καθυστέρησης σε ανθρώπους με φαινυλοκετονουρία, η γενετική συμβιούλευτική για την πρόληψη ορισμένων μορφών νοητικής καθυστέρησης (όπως το σύνδρομο Down), η επαρκής προγεννητική και μεταγεννητική φροντίδα και περιβαλλοντικός έλεγχος για την πρόληψη νοητικής καθυστέρησης λόγω διληπτηρίασης από βαρέα μέταλλα, όπως ο μόλυβδος.

Οι στόχοι της θεραπείας είναι η έγκαιρη αναγνώριση της κατάστασης και η βέλτιστη εκμετάλλευση των διανοητικών ικανοτήτων του ατόμου με την εκπαίδευση, την τροποποίηση της συμπεριφοράς, την εκπαίδευση της οικογένειας και την υποστήριξη, την επαγγελματική εκπαίδευση και τις ευκαιρίες εργασίας σε προστατευόμενα περιβάλλοντα.

Η έγκαιρη παρέμβαση συνίσταται σε σχεδιασμένες προσπάθειες να βοηθηθεί η ανάπτυξη, μέσω τροποποίησης διαφόρων παραγόντων του περιβάλλοντος και των μεθόδων εκπαίδευσης, και αρχίζει μέσα στα πρώτα πέντε χρόνια της ζωής. Οι στόχοι είναι να επιταχυνθεί ο ρυθμός πρόσκτησης και ανάπτυξης νέων συμπεριφορών και δεξιοτήτων, να διευρυνθεί η αυτόνομη λειτουργικότητα και να ελαχιστοποιηθούν τα επακόλουθα της θλάβης. Η συνίθης αντιμετώπιση είναι να δίνεται στο παιδί μια αισθητηριακή κινητική εκπαίδευση σε πρόγραμμα αισθητηριακής ανάπτυξης νηπίων μαζί με ψυχοκοινωνικές υποστηρικτικές παρεμβάσεις.

Η εκπαίδευση των γονέων, ώστε να εκπαιδεύουν τα παιδιά για να αποκτήσουν τις καθημερινές δεξιότητες, αποτελεί βασικό παράγοντα της φροντίδας των ατόμων με νοητική καθυστέρηση, ιδίως στις αναπτυσσόμενες χώρες. Αυτό σημαίνει ότι οι γονείς πρέπει να γνωρίζουν τις αρχές της μάθησης και να εκπαιδευτούν στην τροποποίηση της συμπεριφοράς και σε τεχνικές επαγγελματικής εκπαίδευσης. Επιπλέον, οι γονείς μπορούν να αλληλούποστηρίζονται σε ομάδες αυτοβοήθειας.

Η πλειοψηφία των παιδιών με νοητική καθυστέρηση αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην παρακολούθηση ενός κανονικού σχολείου. Χρειάζονται πρόσθιετη βοήθεια, και μερικά πρέπει να παρακολουθούν ειδικά σχολεία, όπου η έμφαση δίδεται σε καθημερινές δραστηριότητες, όπως η τροφή, το ντύσιμο, οι κοινωνικές δεξιότητες και οι αριθμοί και τα γράμματα. Οι τεχνικές τροποποίησης της συμπεριφοράς παιδίουν σπουδαίο ρόλο στην ανάπτυξη πολλών εξ αυτών των δεξιοτήτων, όπως και στην αύξηση αποδεκτών συμπεριφορών και τη μείωση των ανεπιθύμητων συμπεριφορών.

Η επαγγελματική εκπαίδευση σε προστατευόμενα περιβάλλοντα και η χρήση συμπεριφορικών δεξιοτήτων έχει οδηγήσει μεγάλο αριθμό ανθρώπων με νοητική καθυστέρηση σε μια ιδιαίτερα ενεργό συμμετοχή στη ζωή.

## ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Η ακριβής αιτιολογία των υπερκινητικών διαταραχών – υπερδραστηριότητα στα παιδιά, συχνά με ακούσιες μυϊκές συσπάσεις – είναι άγνωστη, και έτσι η πρωτογενής πρόληψη δεν είναι δυνατή σήμερα.

Είναι δυνατόν, εντούτοις, να προληφθούν συμπτώματα που διαγιγνώσκονται λανθασμένα ως υπερκινητικές διαταραχές, μέσω προληπτικών παρεμβάσεων στις οικογένειες και τα σχολεία.

Η θεραπεία των υπερκινητικών διαταραχών πρέπει να αρχίσει μόνο αφού υπάρξει σίγουρη διάγνωση. Πολύ συχνά, η διάγνωση γίνεται χωρίς να υπάρχουν τα αντικειμενικά διαγνωστικά κριτήρια. Η λανθασμένη διάγνωση οδηγεί και στη μη ανταπόκριση του ασθενούς στις θεραπευτικές παρεμβάσεις. Υπερκινητικά συμπτώματα συναντώνται σε ένα φάσμα ασθενειών και υπάρχουν για αυτά ειδικές θεραπείες πιο κατάλληλες από τη θεραπεία για τις υπερκινητικές διαταραχές. Για παράδειγμα, μερικά παιδιά και έφηβοι με συμπτώμα-

τα υπερκινητικής διαταραχής πάσχουν από ψύχωση, ή εκδηλώνουν ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή. Άλλα μπορεί να έχουν μαθησιακές διαταραχές, και άλλα μπορεί να βρίσκονται μέσα στα όρια του φυσιολογικού, αλλά το περιβάλλον έχει μειωμένη ανοχή ως προς τις συμπεριφορές που αιναφέρει ως συμπτωματικές. Μερικά παιδιά εκδηλώνουν υπερκινητικά συμπτώματα ως απάντηση στο έντονο στρες στο σπίτι ή στο σχολείο. Μια ενδελεχής διάγνωση είναι επομένως ουσιώδης, και γ' αυτό χρειάζεται η βούθεια του ειδικού.

Αν και η αγωγή με διεγερτικά του νευρικού συστήματος είναι σήμερα αρκετά κοινή, υπάρχουν υποστηρικτικές ενδείξεις στο να χρησιμοποιηθούν συμπεριφορικές θεραπείες και χειρισμοί του περιβάλλοντος, ώστε να μειωθούν τα υπερκινητικά συμπτώματα. Οι θεραπείες πρέπει να εκτιμώνται ως προς το αν είναι οι κατάλληλες, ειδικά όπου η διάγνωση αμφισβητείται. Δεδομένου ότι δεν υπάρχουν γενικά παραδεκτές αρχές ως προς τη χρήση ψυχοδιεγερτικών στα παιδιά και εφήβους, είναι σημαντικό να αρχίζει η αγωγή με μικρές δόσεις και να αυξάνονται σταδιακά έως το ενδεδειγμένο σημείο, κάτω από συνεχή παρακολούθηση. Φάρμακα παρατεταμένης δράσης είναι σήμερα διαθέσιμα, αλλά ισχύουν τα ίδια ως προς τη δοσολογία. Τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, καθώς και άλλα φάρμακα αιναφέρονται ως χρήσιμα, αλλά δεν θεωρούνται ως φάρμακα πρώτης επιλογής.

Η διάγνωση της υπερκινητικής διαταραχής συχνά δεν γίνεται παρά αφού τα παιδιά φθάσουν σε σχολική πλικά, οπότε και μπορούν να ωφεληθούν από το πιο συγκροτημένο σχολικό περιβάλλον, ή από πιο εξατομικευμένη εκπαίδευση.

### Πλαίσιο 3.8 Δύο εθνικές προσεγγίσεις στην πρόληψη των αυτοκτονιών

**Φιλανδία.** Μεταξύ του 1950 και 1980 το ποσοστό αυτοκτονιών στη Φινλανδία αυξήθηκε σχεδόν κατά 50% στους άνδρες, σε 41,6 ανά 100.000, και διπλασιάστηκε στις γυναίκες, σε 10,8 ανά 100.000. Η Φινλανδική κυβέρνηση αντέδρασε αρχίζοντας μια πρωτότυπη και ολοκληρωμένη εκστρατεία πρόληψης το 1986. Το 1996, επετεύχθη μια συνολική μείωση του ποσοστού κατά 17,5% σε σχέση με τη χειρότερη χρονιά, που ήταν το 1990. Οι μετρήσεις έδειξαν ότι η εκτέλεση του προγράμματος από την αρχή ως κοινής επιχείρησης διαφόρων τομέων ήταν αποφασιστικής σημασίας για την καλή του εξέλιξη<sup>1</sup>. Σύμφωνα με μια εκτίμηση, γύρω στις 100.000

άτομα διαφόρων ειδικοτήπων είχαν λάβει μέρος στην πρόληψη. Ενεπλάκησαν κάπου 2000 μονάδες εργασίας, ή το 43% του συνόλου των υπηρεσιακών μονάδων ανθρώπινου δυναμικού.

Αν και δεν υπάρχει τελική ανάλυση που να εξηγεί την μείωση, πιστεύεται ότι το σύνολο των παρεμβάσεων του εθνικού προγράμματος που οργανώθηκαν έπαιξε τον κύριο ρόλο. Ειδικοί παράγοντες που πιθανό να σχετίζονται με τη μείωση, είναι και η μείωση της κατανάλωσης αντικαταθλιπτικών φαρμάκων.

**Ινδία.** Πάνω από 95.000 Ινδοί αυτοκτόνησαν το 1997, ένας θάνατος, δηλαδή, κάθε έξι λεπτά. Ένας στους τρεις ήταν 15-29 ετών. Μεταξύ του 1987 και του 1997, οι αυτο-

κτονίες αυξήθηκαν από 7,5 στις 10,03 ανά 100.000 άτομα. Από τις τέσσερις

μεγαλύτερες πόλεις, η Chennai έχει τη μεγαλύτερη αναλογία με 17,23. Η Ινδία δεν έχει εθνική πολιτική ή πρόγραμμα πρόληψης των αυτοκτονιών και για πληθυσμό ενός δισεκατομμυρίου υπάρχουν 3.500 ψυχίατροι. Το μέγεθος του προβλήματος συνδιαζόμενο με την αδυναμία των υπηρεσιών οδήγησε στην οργάνωση της Snehā, που είναι μια εθελοντική φιλανθρωπική οργάνωση για την πρόληψη των αυτοκτονιών που έχει

δεσμούς με την Befriends International, μια οργάνωση που προσφέρει ανθρώπινη επαφή και συναισθηματική υποστήριξη στοχεύοντας κυ-

ρίως στο να "ακούει" τους ανθρώπους που καταφέγγουν σ' αυτήν<sup>2</sup>.

Η Snehā λειτουργεί από το πρωί μέχρι το βράδυ, όλες τις μέρες του έτους, και έχει προσωπικό που αποτελείται από προσεκτικά επιλεγμένους και εκπαιδευμένους εθελοντές, οι οποίοι γνωρίζουν να ακούνε με κατανόση και να παρεμβαίνουν αποτελεσματικά. Μέχρι τώρα, η Snehā έχει λάβει πάνω από 100.000 κλήσεις για βούθεια. Υπολογίζεται ότι το 40% των καλούντων είναι μέσης έως υψηλής επικινδυνότητας.

Η Snehā έχει βοηθήσει στην ίδρυση 10 παρόμοιων κέντρων σε διάφορα μέρη της Ινδίας και τους παρέχει εκπαίδευση και υποστήριξη.

<sup>1</sup> Upanne M. et al. (1999). Can suicide be prevented? The suicide project in Finland 1992-1996: goals, implementation and evaluation. Saarijavi, Stakes.

<sup>2</sup> Vijayakumar L. (2001). Personal communication.

Στο σπίτι, η υποστήριξη των γονέων και ο μετριασμός ανέφικτων προσδοκιών ή συγκρούσεων, μπορούν να διευκολύνουν στην μείωση των υπερκινητικών συμπτωμάτων. Κάποτε εθεωρείτο ως διαταραχή που ξεπερνιόταν όταν τα παιδιά ενηλικιώνονταν, αλλά σήμερα γνωρίζουμε ότι η διαταραχή επιμένει σε μερικές περιπτώσεις. Η αναγνώριση αυτού του γεγονότος από τον πάσχοντα (σπανίως την πάσχουσα) τον βοηθάει να θρεπεί μία θέση στη ζωή λαμβάνοντας υπόψη την δύσκολα θεραπεύσιμη κατάστασή του.

## ΠΡΟΛΗΨΗ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΩΝ

Υπάρχουν αδιαφορισθήτητα στοιχεία που δείχνουν ότι η επαρκής πρόληψη και θεραπεία ορισμένων συμπεριφορικών και ψυχικών διαταραχών μειώνουν το ποσοστό αυτοκτονιών, είτε πρόκειται για παρεμβάσεις σε ατομικό και οικογενειακό επίπεδο, είτε σε σχολεία ή άλλους τομείς της κοινότητας εν γένει (Πλάσιο 3.8). Η έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία της κατάθλιψης, της εξάρπτωσης από το αλκοόλ και της σχιζοφρένειας αποτελούν σημαντικές στρατηγικές στην πρωτογενή πρόληψη πολλών αυτοκτονιών. Τα προγράμματα που εκπαιδεύουν τους γενικούς ιατρούς και το πρωσωπικό της πρωτοβάθμιας περιθαλψης, ώστε να κάνουν την διάγνωση της κατάθλιψης και να δίνουν θεραπεία, είναι πολύ σημαντικά. Μία μελέτη ενός τέτοιου προγράμματος στη νήσο Γκότλαντ, της Σουηδίας (Rutz et al 1995) έδειξε ότι το ποσοστό αυτοκτονιών, ιδίως μεταξύ των γυναικών, έπεσε σημαντικά την επόμενη χρονιά της εφαρμογής του προγράμματος, αλλά αυξήθηκε μετά τη διακοπή του προγράμματος.

Η λήψη τοξικών ουσιών, όπως παρασιτοκτόνα και φάρμακα, είναι η μέθοδος που προτιμούν σε πολλά μέρη, ιδιαίτερα σε αγροτικές περιοχές των αναπτυσσόμενων χωρών. Για παράδειγμα, στη Δυτική Σαμόδα το 1982, η λήψη ενός συγκεκριμένου παρασιτοκτόνου που κυκλοφορούσε στο εμπόριο είχε γίνει η κύρια μέθοδος αυτοκτονίας. Η μείωση της διαθεσιμότητας του παρασιτοκτόνου στον πληθυσμό είχε ως αποτέλεσμα σημαντική μείωση στο συνολικό ποσοστό αυτοκτονιών, χωρίς ανάλογη αύξηση άλλων μεθόδων (Bowles 1995). Υπάρχουν και άλλα παραδείγματα που δείχνουν την αποτελεσματικότητα του ελέγχου των τοξικών ουσιών και τα πλεονεκτήματα του μη τοξικού αερίου για οικιακή χρήση και των ακίνδυνων αερίων από την εξάτμιση των αυτοκινήτων. Σε πολλά μέρη, η έλλειψη εύκολης πρόσθασης σε τμήμα επειγόντων κάνει την κατάποση τοξικών ουσιών αυτοκτονία, ενώ στις περισσότερες αναπτυγμένες χώρες θα είχαμε αντίστοιχα μια απόπειρα.

Στη Ρωσική Ομοσπονδία, όπως και σε άλλες γειτονικές χώρες, η κατανάλωση αλκοόλ έχει αυξηθεί κάθετα τα τελευταία χρόνια, και αυτό έχει συσχετιστεί με την αύξηση των ποσοστών των αυτοκτονιών και των αλκοολικών δηλητηριάσεων (Vroublevsky & Harwin 1998) και τη μείωση του προσδόκιμου επιβίωσης των ανδρών (Notzon et al 1998; Leon & Shkolnikov 1998).

Αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι υπάρχει σχέση μεταξύ των ποσοστών αυτοκτονιών και της κατοχής πυροβόλου όπλου στο σπίτι (Kellerman et al. 1992; Lester & Murrell 1980). Η νομοθεσία που περιορίζει την πρόσθαση σε όπλα μπορεί να έχει ευεργετικά αποτελέσματα. Αυτό δείχνουν μελέτες στις ΗΠΑ, όπου ο περιορισμός στην πώληση και αγορά όπλων οδήγησε σε χαμηλότερα ποσοστά αυτοκτονιών με πυροβόλα όπλα. Οι πολιτείες με αυστηρότερους νόμους ελέγχου των όπλων είχαν και τα χαμηλότερα ποσοστά αυτοκτονιών με όπλα ενώ δεν παρατηρήθηκαν μεγαλύτερα ποσοστά στις άλλες μεθόδους αυτοκτονιών (Lester 1995).

Εκτός από παρεμβάσεις που αφορούν τον περιορισμό πρόσθασης σε κοινές μεθόδους αυτοκτονιών, οι παρεμβάσεις σε σχολικό επίπεδο που μπορεί να αφορούν παρέμβαση σε κρίσεις, την αύξηση της αυτοεκτίμησης, την ανάπτυξη δεξιοτήτων αντιμετώπισης καταστάσεων και υγιούς λήψης αποφάσεων, μειώνουν τον κίνδυνο αυτοκτονιών μεταξύ των νέων, όπως δείχνουν μελέτες (Mishara & Ystgaard 2000).

Τα ΜΜΕ μπορούν να βοηθήσουν στην πρόληψη περιορίζοντας την προβολή αυτοκτονιών και λεπτομερειών που καλλιεργούν τη φήμη. Σε έναν αριθμό χωρών, η μείωση στο ποσοστό αυτοκτονιών συμπίπτει με την συμφωνία των μέσων να ελαχιστοποιήσουν τις αναφορές αυτοκτονιών και να ακολουθήσουν τις προτεινόμενες οδηγίες. Η προβολή της αυτοκτονίας μπορεί να οδηγήσει σε μίμηση.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

# Πολιτική ψυχικής υγείας και παροχή υπηρεσιών

Οι κυβερνήσεις, ως τελικά υπεύθυνες για την διαχείριση της ψυχικής υγείας, πρέπει να εφαρμόζουν πολιτικές – εντός του πλαισίου των συστημάτων υγείας και των δυνατοτήτων χρηματοδότησης – που θα προφυλάσσουν και θα βελτιώνουν την ψυχική υγεία του πληθυσμού. Από οικονομική άποψη, οι άνθρωποι θα πρέπει να προστατεύονται από τις καταστροφικές οικονομικές συνέπειες των ασθενειών, οι υγείες θα πρέπει να επιχορηγούν τους ασθενείς και οι πλούσιοι τους φτωχούς. Η πολιτική ψυχικής υγείας θα πρέπει να ενισχυθεί με παράλληλες συναφείς πολιτικές για το αλκοόλ και τα ναρκωτικά, αλλά και υπηρεσιών κοινωνικής πρόνοιας, όπως η στέγαση. Οι πολιτικές θα πρέπει να σχεδιάζονται με τη συμμετοχή όλων των ενδιαφερομένων και να βασίζονται σε αξιόπιστες πληροφορίες. Οι πολιτικές θα πρέπει να κατοχυρώνουν τον σεβασμό των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και να λαμβάνουν υπόψη τις ανάγκες ευπαθών ομάδων. Το βάρος της παρεχόμενης φροντίδας θα πρέπει να μεταποιείται από τα μεγάλα ψυχιατρεία προς τις κοινωνικές υπηρεσίες, που θα είναι ενταγμένες στις γενικές υπηρεσίες υγείας. Τα ψυχοτρόπα φάρμακα πρέπει να είναι διαθέσιμα και το απαραίτητο υγειονομικό προσωπικό να είναι επαρκώς εκπαιδευμένο. Τα ΜΜΕ και διάφορες ενημερωτικές εκστρατείες μπορούν να μεταβάλλουν τις απόψεις περί στίγματος και τις διακρίσεις. Επίσης, μη κυβερνητικές οργανώσεις και ομάδες χρηστών υπηρεσιών υγείας θα πρέπει να υποστηρίζονται ενεργά, καθώς μπορούν να παίζουν καθοριστικό ρόλο στην βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών και στην αλλαγή της στάσης του κοινού. Χρειάζεται περισσότερη έρευνα για την βελτίωση των υπηρεσιών και πολιτικών, που θα πρέπει να λαμβάνει ιδιαίτερα υπόψη και τις υπάρχουσες πολιτισμικές διαφορές.



## 4

## ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

### ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ

**Η** προστασία και βελτίωση της ψυχικής υγείας του πληθυσμού είναι περίπλοκο έργο, το οποίο απαιτεί τη λήψη πολλών αποφάσεων. Πρέπει να τεθούν προτεραιότητες ως προς τις ανάγκες της ψυχικής υγείας, των συνθηκών, υπηρεσιών, θεραπειών, στρατηγικών πρόληψης και ενημέρωσης, καθώς και να γίνουν επιλογές για τη χρηματοδότηση όλων αυτών. Οι υπηρεσίες και οι στρατηγικές της ψυχικής υγείας πρέπει να είναι καλά συντονισμένες μεταξύ τους, αλλά και με άλλες υπηρεσίες, όπως η κοινωνική ασφάλιση, η εκπαίδευση, η εργασία και η στέγαση. Τα αποτελέσματα πρέπει να ελέγχονται και να αναλύονται και οι αποφάσεις να αναπροσαρμόζονται συνεχώς, ώστε να αντιμετωπίζονται αποτελεσματικά οι υπάρχουσες προκλήσεις.

Οι κυβερνήσεις, ως τελικά υπεύθυνες για τη διαχείριση της ψυχικής υγείας, πρέπει να αναλάβουν την ευθύνη, ώστε να εφαρμόζονται αυτές οι πολυσύνθετες δραστηριότητες. Ένας κρίσιμος ρόλος της διαχείρισης είναι η ανάπτυξη και εφαρμογή πολιτικής. Αυτό σημαίνει ότι πρέπει να προσδιοριστούν τα μείζονα ζητήματα και οι στόχοι, να οριστούν οι αντίστοιχοι ρόλοι δημοσίου και ιδιωτικού τομέα στη χρηματοδότηση και στην πρόνοια, και να προσδιοριστούν τα εργαλεία πολιτικής και οργάνωσης που απαιτούνται στον δημόσιο και ίσως στον ιδιωτικό τομέα, ώστε να επιτευχθούν οι στόχοι στην ψυχική υγεία. Σημαίνει επίσης ότι θα δημιουργηθούν συνθήκες επέκτασης των δυνατοτήτων και της οργάνωσης του τομέα, και θα παρέχεται καθοδήγηση για να τεθούν προτεραιότητες ως προς τις δαπάνες, ώστε η ανάλυση των προβλημάτων να βρίσκει εφαρμογή στον επιμερισμό της χρηματοδότησης.

Η διαχείριση της ψυχικής υγείας δεν έχει προαχθεί σε πολλές χώρες. Με το Σχέδιο Άτλας του ΠΟΥ (δες Πλαίσιο 4.1) συλλέχθηκαν βασικές πληροφορίες σχετικά με τους πόρους που διατίθενται σε 181 χώρες. Σύμφωνα με τα δεδομένα αυτά, τα οποία χρησιμοποιούνται σε αυτό το κεφάλαιο ως ενδεικτικά της κατάστασης, το ένα τρίτο των χωρών δεν αναφέρουν ειδικό προϋπολογισμό για την ψυχική υγεία, αν και θα πρέπει να διαθέτουν κάποιους πόρους για τον σκοπό αυτό. Το ήμισυ των υπολοίπων διαβέτει λιγότερο του 1% της δημόσιας δαπάνης για την υγεία στην ψυχική υγεία, αν και τα νευροψυχιατρικά προβλήματα αντιστοιχούν στο 12% της συνολικής παγκόσμιας επιβάρυνσης που προκαλείται στην δημόσια υγεία από νόσους. Ένας ανύπαρκτος ή περιορισμένος προϋπολογισμός για την ψυχική υγεία αποτελεί σημαντικό εμπόδιο στην θεραπεία και φροντίδα των αισθενειών αυτών.

Σχετικό με το πρόβλημα του προϋπολογισμού είναι και το γεγονός ότι περίπου τέσσερις στις δέκα χώρες δεν έχουν διατυπώσει κάποια πολιτική για την ψυχική υγεία, και περίπου το ένα τρίτο δεν έχουν πολιτική για το αλκοόλ και τα ναρκωτικά. Η έλλειψη πολιτικής για τα παιδιά και τους εφήβους είναι αικόδια πιο εντυπωσιακή (Graham & Orley 1998). Μπορεί κανείς να υποστηρίξει ότι μια πολιτική δεν είναι ούτε απαραίτητη, ούτε αφ' εαυτής επιφράκτης ώστε να έχει καλά αποτελέσματα, και ότι θα αρκούσε οι χώρες χωρίς πολιτική για την ψυχική υγεία να έχουν ένα συγκροτημένο πρόγραμμα ή σχέδιο για τον σκοπό αυτό. Άλλα το ένα τρίτο των χωρών δεν έχουν πρόγραμμα και το ένα τέταρτο δεν έχουν ούτε πολιτική, ούτε πρόγραμμα. Αυτά τα δεδομένα δείχνουν έλλειψη εκπειροσμένης βούλησης να αντιμετωπιστούν τα προβλήματα ψυχικής υγείας και απουσία των προϋποθέσεων ώστε να αναληφθεί σε εθνικό επίπεδο σχεδιασμός, συντονισμός και αποτίμηση των στρατηγικών και υπηρεσιών (δες Σχήμα 4.1).

#### Πλαισίο 4.1 Πρόγραμμα Άτλας

Το Πρόγραμμα Άτλας των Πόρων για την Ψυχική Υγεία που πρόσφατα εκπονήθηκε από τον ΠΟΥ, εξετάζει την κατάσταση των εθνικών συστημάτων ψυχικής υγείας.<sup>1</sup> Αναφέρεται σε 181 χώρες μέλη του ΠΟΥ καλύπτοντας έτσι το 98,7% του πληθυσμού της γης. Οι πληροφορίες δόθηκαν από τα υπουργεία Υγείας στο διάστημα

μεταξύ Οκτωβρίου του 2000 και Μαρτίου του 2001. Χρησιμοποιήθηκε ένα σύντομο ερωτηματολόγιο και οι πληροφορίες ελέγχθηκαν, εν μέρει, αφ' ενός βάσει αναφορών που συντάχθηκαν από ειδικούς και αφ' ετέρου από δημοσιεύσεις. Αν και αυτές οι πληροφορίες αποτελούν μια πρώτη εκτίμηση των πόρων που διατίθενται πα-

γκοσμίως για την ψυχική υγεία, πρέπει να ληφθούν υπόψη ορισμένοι περιορισμοί. Πρώτον, οι πληροφορίες βασίστηκαν σε απαντήσεις των ιδίων των ελεγχομένων και δεν αποτιμήθηκαν ως προς την εγκυρότητα τους από τρίτους. Δεύτερον, δεν απάντησαν όλες οι χώρες μέλη και επιπλέον, λείπουν ορισμένα δεδομένα σε επιμέρους στοι-

χεία της έρευνας, πράγμα που είναι πιθανόν να έχει επηρεάσει τα αποτελέσματα. Τέλος, τα αποτελέσματα δεν δίνουν μία συνολική ανάλυση όλων των παραμέτρων που αφορούν την κατάσταση της ψυχικής υγείας στις χώρες και κατά συνέπεια ορισμένα ζητήματα παραμένουν εκκρεμή.

<sup>1</sup> Mental health resources in the world. Initial results of Project Atlas (2001), Geneva, WHO [Fact Sheet No 260, April 2001].

#### ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ

Η πολιτική για την ψυχική υγεία και η εξασφάλιση υπηρεσιών υλοποιούνται εντός του πλαισίου των γενικών συστημάτων υγείας και των τρόπων που αυτά χρηματοδοτούνται. Το πώς αυτοί οι τρόποι επηρεάζουν το έργο των υπηρεσιών για την ψυχική υγεία, πρέπει να ληφθεί υπόψη για την κατάστρωση της πολιτικής και για την εφαρμογή της.

Τα τελευταία τριάντα χρόνια, τα συστήματα υγείας των αναπτυγμένων χωρών μετεξελίχθηκαν από συγκεντρωτικά συστήματα σε αποκεντρωμένα, όπου η ευθύνη για την εφαρμογή της πολιτικής και της παροχής υπηρεσιών μεταφέρθηκε στην περιφέρεια. Η αποκέντρωση χαρακτηρίζεται από δύο κύριες τάσεις: μεταρρυθμίσεις με στόχο τον περιορισμό του κόστους και την αποδοτικότερη οργάνωση (που συζητούνται εδώ) και τη σύναψη συμβολαίων με ιδιωτικές και δημόσιες υπηρεσίες (που συζητούνται πιο κάτω).

Τα χαρακτηριστικά της καλής χρηματοδότησης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και των υπολοίπων υπηρεσιών υγείας είναι τα ίδια (WHO 2000c, κεφάλαιο 5). Τα σημαντικότερα είναι καταρχήν τρία. Πρώτον, οι άνθρωποι θα πρέπει να προστατεύονται από καταστροφικές οικονομικές επιβαρύνσεις, πράγμα που σημαίνει την ελαχιστοποίηση της δαπάνης που καταβάλλεται από τους ίδιους τους πάσχοντες. Αυτοί θα πρέπει να δαπανούν μικρά ποσά για αγαθά και υπηρεσίες. Χρηματοδοτίσεις ή προπληρωμές όλων των μορφών είναι προτιμητές, είτε μέσω φορολογίας, είτε με υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση ή προαιρετική ιδιωτική ασφάλιση. Κατά αυτόν τον τρόπο οι κίνδυνοι επιμερίζονται και γίνεται δυνατόν, τουλάχιστον εν μέρει, να διαχωριστεί η χρήση των υπηρεσιών από την πληρωμή τους. Τα ψυχικά προβλήματα συχνά είναι χρόνια, και έτσι εκείνο που έχει σημασία δεν είναι το κόστος μιας θεραπείας ή υπηρεσίας, αλλά η πιθανότητα επανάληψης επί μακρόν. Μπορεί να είναι εφικτό για το άτομο ή την οικογένεια να αντέξει την οικονομική επιβάρυνση μία φορά, σε κατάσταση κρίσης, αλλά είναι μάλλον αδύνατο να την υφίσταται μακροχρόνια, όπως ακριβώς συμβαίνει και με άλλους είδους χρόνια προβλήματα, όπως ο διαβήτης.

Δεύτερον, «οι υγείες πρέπει να επικουρούν τους αιθενείς». Σε γενικές γραμμές αυτό γίνεται από κάθε ασφαλιστικό σύστημα ενώ όταν η καταβολή του κόστους από τον αιθενή είναι άμεση δεν υπάρχουν τέτοια περιθώρια. Όμως, το αν οι οποιεσδήποτε χρηματοδοτίσεις, που μπορεί να προσφέρονται από έναν ασφαλιστικό οργανισμό, θα κατευθυνθούν προς την κάλυψη των αναγκών της ψυχικής υγείας εξαρτάται από το αν η ασφάλιση προβλέπει την κάλυψη συγκεκριμένων αναγκών των ψυχικά αιθενών. Ένα χρηματοδοτικό πρόγραμμα μπορεί να είναι επαρκές για πολλές υπηρεσίες υγείας, αλλά εν τούτοις να μην μεταφέρει πόρους από τους υγείες προς τους αιθενείς ως προς τις ψυχικές διαταραχές, απλώς επειδή γι'

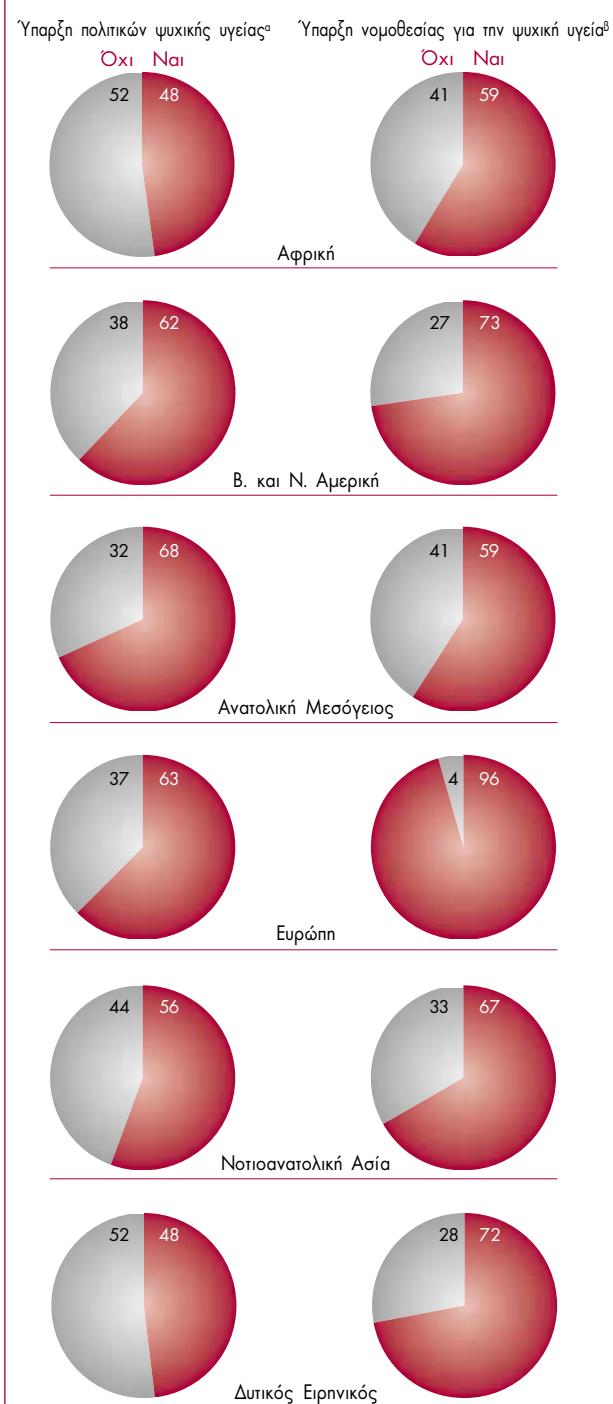
αυτά τα νοούματα δεν προβλέπεται κάλυψη. Επομένως, το πόσο η χρηματοδότηση καλύπτει τις ανάγκες της ψυχικής υγείας εξαρτάται από το ποιές συγκεκριμένες παρεμβάσεις αποφασίζουμε να χρηματοδοτήσουμε.

Τελικά, ένα καλό χρηματοδοτικό σύστημα οργανώνεται έτσι ώστε οι πλούσιοι να στηρίζουν τους φτωχούς, τουλάχιστον μέχρις ενός σημείου. Αυτό είναι το δυσκολότερο, διότι εξαρτάται από την κλιμάκωση του φορολογικού συστήματος και από το ποιός καλύπτεται από δημόσια ή ιδιωτική ασφάλιση. Η ασφάλιση μπορεί να υποχρεώνει τους εύπορους να επιχορηγούν τους άπορους, εφόσον και οι δύο ομάδες ασφαλίζονται μαζί, και όχι εάν ασφαλίζονται μόνο οι εύποροι. Και, επίσης, εάν οι εισφορές είναι έστω και εν μέρει ανάλογες προς το εισόδημα, και όχι ομοιόμορφες ή ανάλογες προς τον κίνδυνο.

Βέβαια, όπως πάντα, το μέγεθος και η κατεύθυνση της επιχορήγησης εξαρτάται επίσης από το ποιες υπηρεσίες καλύπτονται.

Η ασφάλιση συνήθως καλύπτει μεγαλύτερο μεριδιού του συνόλου των δαπανών για την υγεία στις πλουσιότερες χώρες, και αυτό έχει επιπλέον στην χρηματοδότηση της ψυχικής υγείας. Όταν μια κυβέρνηση δίνει το 70-80% από όσα δαπανώνται για την υγεία, όπως συμβαίνει σε πολλές χώρες του OECD, οι αποφάσεις για την προτεραιότητα που θα δοθεί στην ψυχική υγεία μπορούν να εφαρμοστούν μέσω του προϋπολογισμού, πιθανόν με κάποιες μικρές παρεκκλίσεις εξαιτίας των ιδιωτικών δαπανών. Όταν μια κυβέρνηση συμμετέχει με 20-50% στην συνολική χρηματοδότηση, όπως στην Κίνα, στην Κύπρο, στην Ινδία, στο Λίβανο, στο Μανμάρ, στο Νεπάλ, στη Νιγηρία, στο Πακιστάν και στο Σουδάν (WHO 2000c, Annex table 8), και υπάρχει επίσης μικρή ασφαλιστική κάλυψη, η ψυχική υγεία θα υπολείπεται των άλλων προβλημάτων υγείας, διότι οι περισσότερες δαπάνες θα γίνονται απ' ευθείας από τους ενδιαφερόμενους. Τα άτομα με ψυχικές διαταραχές, διιάτερα στις αναπτυσσόμενες χώρες, είναι συνήθως φτωχότερα από τον υπόλοιπο πληθυσμό, και συχνά λιγότερο ικανά ή πρόθυμα να ζητάσουν φροντίδα, λόγω του στίγματος ή άλλων αρνητικών εμπειριών με τις υπηρεσίες. Φυσιολογικά λοιπόν, η κάλυψη από τα ίδια τα άτομα ή τις οικογένειές τους του κόστους της φροντίδας για την υγεία τους αποτελεί εμπόδιο πολύ μεγαλύτερο από ότι πιθανόν αποτελεί η κάλυψη για πολλά οξεία σωματικά προβλήματα. Επομένως, η εύρεση τρόπων αυξητικής της ασφάλισης, διιάτερα για δαπανηρές ή μακροχρόνιες θεραπείες, όπως συνιστάται στην Πλαγκόσμια Έκθεση για την Υγεία 2000, μπορεί να αυξήσει αναλογικά περισσότερο τις δαπάνες για την ψυχική υγεία, εφόσον κατευθυνθούν και προς τα εκεί. Η αντίστροφη κίνηση – από την ασφάλιση προς την πληρωμή από τους αιθενείς –όπως συνέβη σε πολλές χώρες της πρώην Σοδιετικής Ένωσης – μειώνει τους πόρους για την ψυχική υγεία.

**Σχήμα 4.1 Ύπαρξη πολιτικών ψυχικής υγείας και νομοθεσίας, ποσοστό των κρατών μελών στις περιφέρειες του ΠΟΥ, 2000**



<sup>a</sup> Βασισμένο σε πληροφορίες από 181 Κράτη μέλη.

<sup>b</sup> Βασισμένο σε πληροφορίες από 160 Κράτη μέλη.

Πηγή: *Mental health resources in the world. Initial results of Project Atlas* (2001), Geneva, WHO.

Ο περιορισμός της άμεσης οικονομικής επιβάρυνσης των αισθενών στις περιπτώσεις που υπάρχουν δυσκολίες στην φορολογία ή στην επέκταση της κοινωνικής ασφάλισης (επειδή μεγάλο μέρος του πληθυσμού είναι αγρότες και δεν έχουν εξαρτημένη εργασία), μπορεί να στηρίχτει σε χρηματοδοτήσεις από την κοινότητα. Οι ενδείξεις της επιτυχίας τέτοιων εγχειρημάτων είναι λίγες και όχι πάντα θετικές μέχρι στιγμής, αλλά πρέπει να τονισθεί ότι παρόμοιου τύπου εγχειρήματα δεν έχουν πιθανότητες να επιλύσουν τα χρονίζοντα προβλήματα των ομάδων που στηρίζουν, εάν τελικά δεν στηριχθούν οικονομικά από κυβερνήσεις, μη κυβερνητικές οργανώσεις ή άλλους δωρητές. Όσοι είναι πρόθυμοι να βοηθήσουν τον συνάνθρωπο σε μια έκτακτη κατάσταση είναι πολύ λιγότερο πρόθυμοι να συνεισφέρουν σε πολύ μονιμότερη βάση. Ως εκ τούτου λοιπόν, οι κοινοτικές χρηματοδοτήσεις δεν μπορούν να αποτελέσουν σημαντική πηγή χρηματοδότησης της ψυχικής υγείας. Οι υπηρεσίες σε κοινοτική βάση δεν εξυπακούνται ότι θα έχουν ή θα πρέπει να εξαρτώνται από χρηματοδότηση που προέρχεται από την κοινότητα.

Οι φτωχές χώρες, σε αρκετές περιπτώσεις, εξαρτώνται σημαντικά από δωρητές του εξωτερικού για την κάλυψη δαπανών στον τομέα της υγείας. Οι δωρεές αυτές, δυνητικά αποτελούν έναν πολύτιμο πόρο, που μπορεί να καλύψει ανάγκες της ψυχικής υγείας, όπως και άλλα προβλήματα. Όμως οι δωρητές έχουν τις δικές τους προτεραιότητες που δεν συμπίπτουν κατ' ανάγκη με αυτές των κυβερνήσεων. Συγκεκριμένα, σπάνια δίνουν προτεραιότητα στην ψυχική υγεία σε σύγκριση για παράδειγμα με τα μεταδοτικά νοσήματα. Κατά συνέπεια σε τέτοιες περιπτώσεις, οι κυβερνήσεις πρέπει να αποφασίσουν εάν θα προσπαθήσουν να πείσουν τους δωρητές να ευθυγραμμιστούν περισσότερο με τις προτεραιότητες της χώρας ή αν θα αναλάβουν την κάλυψη του κόστους από τους δικούς τους περιορισμένους πόρους, για τους τομείς –όπως η ψυχική υγεία– για τους οποίους οι δωρητές αδιαφορούν.

### **ΧΑΡΑΞΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ**

Η πολιτική για την ψυχική υγεία, το αλκοόλ και τα ναρκωτικά πρέπει να έχει ειδική θέση μέσα στην γενικότερη πολιτική για την υγεία. Σπουδαίος λόγος για αυτό είναι το στίγμα και η καταπάτηση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων πολλών ατόμων με ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές, και η βούθεια που μεγάλη μερίδα εξ αυτών έχει ανάγκη, ώστε να θρεπεί κατάλληλη στέγη και επαρκές εισόδημα.

Η χάραξη της πολιτικής για την ψυχική υγεία, το αλκοόλ και τα ναρκωτικά πρέπει να ενσωματωθεί στις σύνθετες κυβερνητικές πολιτικές για την υγεία, την πρόνοια και την κοινωνία γενικά. Η κοινωνική, πολιτική και οικονομική πραγματικότητα πρέπει να αποτυπωθεί σε τοπικό, περιφερειακό και εθνικό επίπεδο. Κατά τη χάραξη αυτών των πολιτικών, πρέπει να τεθούν ορισμένα ερωτήματα (δες Πλαίσιο 4.2).

Οι πολιτικές για το αλκοόλ και τα ναρκωτικά έχουν μια ιδιομορφία, καθώς εμπλέκονται η καταστολή και άλλοι έλεγχοι που αφορούν στην προμήθεια των ψυχοδραστικών ουσιών, όπως και οι τρόποι αντιμετώπισης της απειλής για την δημόσια ασφάλεια, που συνεπάγεται η χρήση ουσιών. Οι πολιτικές αυτές πρέπει βέβαια να καλύπτουν την εκπαίδευση, πρόληψη, θεραπεία και αποκατάσταση (WHO 1998).

Ένα σημαντικό βήμα στην ανάπτυξη πολιτικής για την ψυχική υγεία είναι να προσδιορίσει η κυβέρνηση ποιοι είναι οι υπεύθυνοι για τη χάραξη αυτής της πολιτικής. Στη χάραξη πρέπει να ληφθούν υπόψη οι θέσεις πολλών: των αισθενών (που καλούνται και καταναλωτές) των οικογενειών, των ειδικών, των πολιτικών και άλλων ενδιαφερομένων. Μερικοί, όπως οι εργοδότες και οι δικαιοστικοί, μπορεί να μη θεωρούν ότι έχουν λόγο να εμπλακούν, αλλά πρέπει να πειστούν ότι η συμμετοχή τους είναι σημαντική. Η πολιτική πρέπει να θέτει προτεραιότητες και κατευθυντήριες γραμμές, βάσει των καταγεγραμμένων αναγκών και λαμβάνοντας υπόψη τους διαθέσιμους πόρους.

#### Πλαίσιο 4.2 Πολιτικός Σχεδιασμός: Τα Βασικά ζητήματα

Η επιτυχής χάραξη πολιτικής για την ψυχική υγεία εξαρτάται από την ύπαρξη καταφατικών απαντήσεων στις ακόλουθες ερωτήσεις.

- Η πολιτική προάγει την φροντίδα σε κοινοτική βάση;
- Οι υπηρεσίες είναι ολοκληρωμένες και ενσωματωμένες στην πρωτοβάθμια περίθαλψη;
- Η πολιτική ενθαρρύνει συνεργασίες μεταξύ ατόμων, οικογενειών και εργαζομένων στην υγεία;
- Η πολιτική ενδυναμώνει τα άτομα, τις οικογένειες και τις κοινότητες;
- Η πολιτική δημιουργεί ένα σύστημα που σέβεται, προστατεύει και εφαρμόζει τα ανθρώπινα δικαιώματα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές;
- Εφαρμόζονται όσο το δυνατόν ευρύτερα παρεμβάσεις με αποδειγμένη αποτελεσματικότητα;
- Υπάρχει αριθμητικά και ποιοτικά επαρκές προσωπικό ώστε να εφαρμοστεί η πολιτική;
- Αναγνωρίζονται οι ειδικές ανάγκες των γυναικών, παιδιών και εφήβων;
- Υπάρχει ισοτιμία μεταξύ των υπηρεσιών για την ψυχική υγεία και των άλλων υπηρεσιών για την υγεία;
- Η πολιτική θέτει ως απαίτηση το συνεχή έλεγχο και την αξιολόγηση των υπηρεσιών;
- Η πολιτική δημιουργεί ένα σύστημα που ανταποκρίνεται στις ανάγκες όσων δεν προσεγγίζουν εύκολα τις υπηρεσίες και είναι πιο ευπαθείς;
- Δίδεται έμφαση σε στρατηγικές πρόληψης και ενημέρωσης;
- Η πολιτική ενθαρρύνει διατομεακούς δεσμούς μεταξύ της ψυχικής υγείας και των άλλων τομέων;

#### Πλαίσιο 4.3 Η Ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ουγκάντα

Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας στην Ουγκάντα αποκεντρώθηκαν την δεκαετία του 60, και μονάδες ψυχικής υγείας ενσωματώθηκαν στα μεγάλα περιφερειακά νοσοκομεία. Αυτές οι μονάδες έμοιαζαν με φυλακές και το προσωπικό με φύλακες. Οι εργαζόμενοι είχαν πεσμένο ηθικό, τα φάρμακα δεν επαρκούσαν και χρήματα για οποιεσδήποτε παρεμβάσεις στην κοινότητα δεν υπήρχαν. Οι περισσότεροι άνθρωποι πολύ λίγο καταλάβαιναν τις ψυχικές διαταραχές και δεν γνώριζαν ότι υπάρχουν απο-

τελεσματικές θεραπείες και υπηρεσίες. Το 80% των ασθενών πήγαινε στους παραδοσιακούς θεραπευτές πρώτα, και μετά απευθυνόταν στο σύστημα υγείας.<sup>7</sup>

Το 1996, με την ενθάρρυνση του ΠΟΥ, το Υπουργείο Υγείας άρχισε να ενδυναμώνει τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας και να τις ενσωματώνει στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Δόθηκαν οι κατευθύνσεις για την αντιμετώπιση της επιληπτίας και της ψυχικής υγείας παιδιών και ενηλίκων, από την πρωτοβάθμια έως την τριτοβάθμια φροντίδα. Το

προσωπικό εκπαιδεύτηκε ώστε να αναγνωρίζει και να αντιμετωπίζει κοινές νευρολογικές και ψυχικές διαταραχές ή να τις παραπέμπει. Ένα νέο σύστημα παραπομπών ιδρύθηκε, με παράλληλο δίκτυο επιτήρησης και υποστήριξης. Το πρόγραμμα συνδέθηκε με άλλα, όπως για το AIDS, τους εφήβους, και άλλα εκπαιδευτικά προγράμματα. Έγινε προσπάθεια να ενημερωθεί ο πληθυσμός για την ψυχική υγεία. Ο Νόμος για την Ψυχική Υγεία αναθεωρήθηκε και ενσωματώθηκε σε ένα Νομοσχέδιο Υγειονομικών

Υπηρεσιών. Ψυχοφάρμακα και νευρολογικά φάρμακα συμπεριλήφθηκαν στον Βασικό κατάλογο [λίστα] φαρμάκων.

Η ψυχική υγεία αποτελεί πλέον τμήμα του εθνικού πακέτου των minimum παροχών υγείας. Ο προϋπολογισμός του Υπουργείου Υγείας συμπεριλαμβάνει τώρα και την ψυχική υγεία. Θα κτιστούν μονάδες ψυχικής υγείας σε 6 από τα 10 μεγάλα περιφερειακά νοσοκομεία, ενώ οι 900 κλίνες του εθνικού ψυχιατρικού νοσοκομείου υπολογίζεται να περιοριστούν στις μισές.

<sup>7</sup> Baingana F (1990). Personal communication

Αν και σε ορισμένες χώρες η ψυχική υγεία ενσωματώνεται στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, τα ψυχιατρικά νοσοκομεία δεν μεταρρυθμίζονται ουσιωδώς, όπως θα έπρεπε, παρά το γεγονός ότι οι δυνατότητες θεραπείας σε κοινοτικό επίπεδο αλλάζουν. Σε πολλές χώρες, οι μείζονες μεταρρυθμίσεις σε τομείς της υγείας, αποτελούν ευκαιρία για ενίσχυση της θέσης της ψυχικής υγείας σε αυτούς τους τομείς και της ενσωμάτωσης της στον πολιτικό σχεδιασμό, τις υπηρεσίες υγείας και την κοινοτική δραστηριότητα. Στην Ουγκάντα για παράδειγμα, μέχρι πρόσφατα, είχε δοθεί χαμπλή προτεραιότητα στην ψυχική υγεία (Πλαίσιο 4.3).

## ΕΓΚΑΘΙΔΡΥΣΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΗΣ ΒΑΣΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Η χάραξη πολιτικής πρέπει να βασίζεται σε πρόσφατες και αξιόπιστες πληροφορίες για την κοινότητα, τους δείκτες ψυχικής υγείας, τις αποτελεσματικές θεραπείες, τις στρατηγικές πρόληψης και πληροφόρησης αλλά και τους δυνατούς πόρους. Η πολιτική θα πρέπει να αναθεωρείται περιοδικά ώστε να αναπροσαρμόζεται και να εκσυγχρονίζονται τα προγράμματα.

Ένα σημαντικό έργο είναι η συλλογή και ανάλυση επιδημιολογικών πληροφοριών, ώστε να καθορίζονται από ψυχοκοινωνική άποψη τα ψυχικά προβλήματα, και να υπάρχει ποσοτική εκτίμηση του τύπου των προβλημάτων στην κοινότητα. Άλλο σημαντικό έργο είναι η καταγραφή των υπαρχόντων πόρων και δομών της κοινότητας και των περιφερειών, καθώς και μια κριτική ανάλυση του κατά πόσον εξυπηρετούν τις δεδομένες ανάγκες. Για την επίτευξη αυτού του στόχου είναι σκόπιμο να χρησιμοποιηθεί μια "μίτρα μικτής οικονομίας" (mixed economy matrix) ώστε να χαρτογραφηθούν οι διάφοροι τομείς υπηρεσιών και ο τρόπος με τον οποίο οι πόροι κατευθύνονται προς αυτούς τους τομείς, ώστε να φανεί πώς συνδέονται οι τομείς και οι πόροι. Οι υπηρεσίες που σχετίζονται με την ψυχική υγεία, όπως η κοινωνική πρόνοια και η στέγαση, μπορούν να προσφέρονται από δημόσιους οργανισμούς, ιδιωτικές εταιρίες, εθελοντικές οργανώσεις, κοινωνικές οργανώσεις, ή οργανώσεις με πυρήνα τις οικογένειες. Οι περισσότεροι άνθρωποι στην πράξη θα λάβουν λίγα από τις επίσημες υπηρεσίες και περισσότερα από την υποστήριξη της οικογένειας, των φίλων, της κοινότητας. Αυτές οι υπηρεσίες πιθανότατα χρηματοδοτούνται από ένα μείγμα πέντε βασικών πηγών: πληρωμή από τον ίδιο τον πάσχοντα, ιδιωτική ασφάλιση, κοινωνική ασφάλιση, γενική φορολογία, και δωρεές από μη κυβερνητικές οργανώσεις. Αφού συλλεχθούν δεδομένα με βάση την μίτρα που αναφέρθηκε, μπορεί να γίνει πιο συστηματική ανάλυση του ειδούς και της ποιότητας των υπηρεσιών, της χρηματοδότησης και των πντημάτων της πρόσθασης γενικά αλλά και της ισότιμης πρόσθασης ειδικότερα.

Η χάραξη και η αξιολόγηση της πολιτικής προϋποθέτουν την ύπαρξη ενός συστήματος πληροφόρησης καλά οργανωμένου και συντονισμένου, ώστε να μετρώνται οι απολύτως απαραίτητοι δείκτες ψυχικής υγείας. Σήμερα, περίπου το ένα τρίτο των χωρών δεν διαθέτει επίσημο σύστημα έκθεσης/αναφορών στοιχείων σχετικών με την ψυχική υγεία.

Αλλά και οι χώρες που διαθέτουν ένα τέτοιο σύστημα, συχνά δεν συλλέγουν αρκετά λεπτομερείς πληροφορίες, οι οποίες θα επέτρεπαν την αξιολόγηση της πολιτικής, των υπηρεσιών, και της αποτελεσματικότητας της θεραπείας. Περίπου οι μισές χώρες δεν έχουν υποδομή ώστε να συλλέγουν επιδημιολογικά στοιχεία και στοιχεία σχετικά με τις υπηρεσίες τους σε εθνικό επίπεδο.

Οι κυβερνήσεις πρέπει να επενδύσουν σε συστήματα συλλογής δεδομένων και ελέγχου, τα οποία ενσωματώνουν δείκτες των κύριων δημογραφικών και κοινωνικοοικονομικών παραγόντων που καθορίζουν την ψυχική υγεία, τη γενική κατάσταση της ψυχικής υγείας του πληθυσμού και όσων λαμβάνουν θεραπεία (συμπεριλαμβανομένων ειδικών διαγνωστικών κατηγοριών κατά πλικία και φύλο), και την κατάσταση των συστημάτων υγείας. Οι δείκτες για το σύστημα υγείας συμπεριλαμβάνουν, για παράδειγμα, τον αριθμό κλινών σε ψυχιατρεία και γενικά νοσοκομεία, τον αριθμό εισαγωγών και επανεισαγωγών, το χρόνο νοσηλείας, την διάρκεια της νόσου πριν την πρώτη επαφή με τον ειδικό, την εφαρμογή ή μη της θεραπείας από τον ασθενή, τα ποσοστά ύφεσης της νόσου, τον αριθμό επισκέψεων εξωτερικών ασθενών, τη συχνότητα επισκέψεων στην πρωτοβάθμια περιθαλψη, τη συχνότητα και τις δόσεις της φαρμακοθεραπείας, τον αριθμό του απασχολούμενου προσωπικού και την εκπαιδευτική υποδομή.

Οι μέθοδοι μέτρησης μπορεί να συμπεριλαμβάνουν πληθυσμιακές μελέτες, συστηματική συλλογή δεδομένων για ασθενείς που αντιμετωπίζονται και στις τρεις βαθμίδες περιθαλψης, και χρήση δεδομένων θνητισμού πτητών. Το σύστημα πρέπει να παρέχει τη δυνατότητα ώστε τα στοιχεία που συλλέγονται σε τοπικό και περιφερειακό επίπεδο να προωθούνται και να αναλύονται συστηματικά σε εθνικό επίπεδο.

## ΕΝΤΟΠΙΣΗ ΕΥΠΑΘΩΝ ΟΜΑΔΩΝ ΚΑΙ ΕΙΔΙΚΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ

Η πολιτική θα πρέπει να εντοπίζει τις ευπαθείς ομάδες που έχουν ειδικές ανάγκες ως προς την ψυχική υγεία. Στις περισσότερες χώρες, οι ομάδες αυτές συμπεριλαμβάνουν τα παιδιά, τους πλικιωμένους και τις κακοποιημένες γυναίκες. Είναι επίσης πιθανόν να υπάρχουν ευπαθείς ομάδες μέσα σε μια χώρα λόγω ειδικών κοινωνικοπολιτικών συνθηκών, όπως για παράδειγμα πρόσφυγες και άτομα που μετακινούνται βίαια από περιοχές όπου υπάρχει εμφύλιος πόλεμος ή εσωτερική αναταραχή.

Όσον αφορά στα παιδιά, οι πολιτικές πρέπει να σκοπεύουν στην πρόληψη της ανικανότητας μέσω της εξαισφάλισης επαρκούς διατροφής, της προγεννητικής και περιγεννητικής φροντίδας, της αποφυγής κατανάλωσης αλκοόλ και φαρμακευτικών ουσιών κατά την εγκυμοσύνη, της ιωδίωσης του αλατιού, της λήψης μέτρων ασφαλείας για τα παιδιά, της αντιμετώπισης κοινών διαταραχών της παιδικής πλικίας όπως η επιληψία, της έγκαιρης διάγνωσης σε δομές πρωτοβάθμιας περίθαλψης, έγκαιρο προσδιορισμό προβλημάτων και προσαγωγή της υγείας στα σχολεία. Αυτό το τελευταίο είναι εφικτό, όπως έδειξε η πράξη στην Αλεξανδρεία της Αιγύπτου, όπου σύμβουλοι εκπαιδεύτηκαν να εργάζονται σε σχολεία και να αναγνωρίζουν και να αντιμετωπίζουν ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές της παιδικής πλικίας (El-Din et al 1996). Η Συνέλευση των Ηνωμένων Εθνών για τα Δικαιώματα του Παιδιού αναγνωρίζει ότι τα παιδιά και οι έφηβοι έχουν το δικαίωμα πρόσθιασης και χρήσης κατάλληλων υπηρεσιών (UN 1989). Υπηρεσίες που απευθύνονται στους νέους, και οι οποίες πρέπει να συντονίζονται με τα σχολεία και την πρωτοβάθμια περίθαλψη, μπορούν να αντιμετωπίσουν την ψυχική και σωματική υγεία κατά τρόπο συνολικό, καλύπτοντας προβλήματα όπως ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες, χρήση αλκοόλ, καπνού και άλλων ουσιών, βίαιη συμπεριφορά, απόπειρες αυτοκτονίας, πρόληψης της μόλυνσης από HIV και άλλων σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοοτυπών.

Όσον αφορά στους πλικιωμένους, οι πολιτικές θα πρέπει να στηρίζουν και να βελτιώνουν την φροντίδα που ίδιον τους προσφέρεται από τις οικογένειές τους, να ενσωματώνουν την εκίμηση και αντιμετώπιση των προβλημάτων ψυχικής υγείας στις γενικές υπηρεσίες υγείας, και να προσφέρουν δυνατότητα «αντικατάστασης» για κάποια χρονικά διαστήματα των μελών της οικογένειας που περιβάλλουν τους πλικιωμένους.

Για τις γυναίκες, οι πολιτικές πρέπει να ξεπεράσουν τις διακρίσεις ως προς την πρόσθιαση στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, στην θεραπεία και στις κοινοτικές υπηρεσίες. Πρέπει να δημιουργηθούν υπηρεσίες στο κοινοτικό, πρωτοβάθμιο και δευτεροβάθμιο επίπεδο, για την υποστήριξη γυναικών που υφίστανται σεξουαλική, οικογενειακή ή άλλες μορφές βίας, όπως και για όσες έχουν οι ίδιες προβλήματα χρήσης αλκοόλ ή άλλων ουσιών.

Για τους πρόσφυγες και βίαια μετακινούμενους εντός των ορίων μιας χώρας, οι πολιτικές πρέπει να φροντίσουν για την στέγαση, απασχόληση, κατάλυμα, ρουχισμό και τροφή, όπως και για τα ψυχολογικά και συναισθηματικά επακόλουθα της εμπειρίας του πολέμου, του ξεριζώματος και της απώλειας αγαπημένων προσώπων. Οι παρεμβατικές πολιτικές πρέπει να εδράζονται στο κοινοτικό επίπεδο.

Λόγω της ιδιαιτερότητας της αυτοκτονικής συμπεριφοράς, οι πολιτικές πρέπει να μειώνουν τους περιβαλλοντικούς παράγοντες, ίδιως την πρόσθιαση στα μέσα που χρησιμοποιούνται συχνότερα για να αυτοκτονήσει κανείς σε κάθε συγκεκριμένο τόπο. Οι πολιτικές πρέπει να εξασφαλίζουν φροντίδα για τα επιρρεπή άτομα, ίδιως εκείνα με ψυχικές διαταραχές, και για όσα έχουν κάνει απόπειρα.

Τα προβλήματα που σχετίζονται με το αλκοόλ δεν περιορίζονται στους εξαρτημένους. Τα δημόσια υγειονομικά μέτρα θα πρέπει να στοχεύουν το σύνολο του πληθυσμού που καταναλώνει αλκοόλ, και όχι απλώς τους εξαρτημένους. Όταν χαράσσεται μια πολιτική, πρέπει να λαμβάνεται υπόψη εάν είναι πολιτικά εφικτή, εάν η συγκεκριμένη χώρα μπορεί να ανταποκριθεί, και εάν η κοινή γνώμη την αποδέχεται. Οι πιο αποδοτικές πολιτικές ελέγχου του αλκοόλ συνδύαζουν: αύξηση της τιμής του αλκοόλ και της φορολογίας του,

περιορισμό της κατανάλωσης ελέγχοντας την διάθεση, συμπεριλαμβανομένου του ορίου πλικίας και του αριθμού των σημείων πώλησης και των ωρών λειτουργίας τους, σχετικούς νόμους για την οδήγηση, και παρεμβάσεις στα σημεία διάθεσης (μέσω πολιτικών και εκπαιδεύσης που οδηγεί στην άρνηση διάθεσης αλκοόλ σε μεθυσμένους). Επίσης σημαντικός είναι ο έλεγχος της διαφήμισης, ιδιαίτερα εκείνης που απευθύνεται στους νέους, η επιμόρφωση του κοινού για τα αρνητικά επακόλουθα της κατανάλωσης αλκοόλ (πχ, μέσω των MME και με ενημερωτικές εκστρατείες), οι προειδοποιητικές ετικέτες, οι αυστηροί έλεγχοι ασφαλείας του προϊόντος, και μέτρα κατά της παράνομης παραγωγής και πώλησης οινοπνευματώδων. Τέλος, η παροχή θεραπείας στα άτομα με σχετικά προβλήματα πρέπει να αποτελεί μέρος των υποχρεώσεων της κοινωνίας (Jernigan et al 2000).

Οι πολιτικές που σχετίζονται με την χρήση απαγορευμένων ουσιών πρέπει να στοχεύουν: στον έλεγχο της προσφοράς παράνομων ουσιών, στην μείωση της ζήτησης με την πρόληψη και άλλα μέτρα, στην μείωση των αρνητικών επακόλουθων της εξάρτησης, και στην παροχή θεραπείας. Αυτές οι πολιτικές πρέπει να έχουν ως στόχο τόσο το σύνολο του πληθυσμού όσο και διάφορες ομάδες αυξημένου κινδύνου. Η ανάπτυξη αποτελεσματικών προγραμμάτων και υπηρεσιών απαιτεί κατανόηση της έκτασης της χρήσης ουσιών και των σχετικών προβλημάτων, αλλά και του τρόπου που αυτά μεταβάλλονται με τον καιρό ανάλογα με το είδος της χρήσης που γίνεται. Η πληροφόρηση πρέπει να είναι ακριβής και κατάλληλη για την ομάδα στην οποία απευθύνεται. Πρέπει να αποφεύγεται ο εντυπωσιασμός, να προάγονται οι ψυχοκοινωνικές δεξιότητες και να ενδυναμώνονται τα άτομα ώστε να κάνουν υγιέστερες επιλογές. Καθώς η χρήση ουσιών συνδυάζεται με διάφορα κοινωνικά προβλήματα και τον αποκλεισμό, οι προσπάθειες για την πρόληψη θα είναι περισσότερο επιτυχημένες εάν ενσωματώνονται σε πολιτικές που σκοπεύουν να βελτιώσουν τη ζωή των ανθρώπων και των κοινοτήτων και ανοίγουν τις πόρτες της εκπαίδευσης και της περιβαλλοφής.

### **ΣΕΒΑΣΜΟΣ ΤΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΔΙΚΑΙΟΜΑΤΩΝ**

Οι πολιτικές ψυχικής υγείας και τα προγράμματα θα πρέπει να προάγουν τα ακόλουθα δικαιώματα: την ισότητα και την εξάλειψη διακρίσεων, το απαραβίαστο της προσωπικής ζωής, την αυτονομία, την σωματική ακεραιότητα, το δικαίωμα πληροφόρησης και συμμετοχής, την ανεξιθρησκία, το δικαίωμα του συνέρχεσθαι, και της ελεύθερης κίνησης.

Η προώθηση των ανθρώπινων δικαιωμάτων μέσω του σχεδιασμού προγραμμάτων και πολιτικών για την ψυχική υγεία οδηγεί στο να συμπεριληφθούν εκεί ευπαθείς ομάδες ανθρώπων (όπως αυτόχθονες πληθυσμοί και φυλές, εθνικές, θρησκευτικές και γλωσσικές μειονότητες, μετακινούμενοι εργάτες, πρόσφυγες και άτομα χωρίς υπηκοότητα, παιδιά, έφηβοι και πλικιωμένοι).

Πέραν του νομικά δεσμευτικού Διεθνούς Συμφώνου για τα Πολιτικά Δικαιώματα και του Διεθνούς Συμφώνου για τα Οικονομικά, Κοινωνικά και Πολιτιστικά Δικαιώματα, που αφορούν και δύσους πάσχονταν από ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές, η πλέον σημαντική και σοβαρή προσπάθεια να προστατευθούν τα δικαιώματα των ψυχικά πασχόντων είναι η Απόφαση 46/119 της Γενικής Συνέλευσης των Ηνωμένων Εθνών για την Προστασία των Προσώπων με Ψυχική Νόσο και την Βελτίωση της Φροντίδας για την Ψυχική Υγεία, η οποία υιοθετήθηκε το 1991 (UN 1991).

Αν και δεν είναι νομικά δεσμευτικά, η απόφαση συγκεντρώνει ένα σύνολο βασικών δικαιωμάτων τα οποία η διεθνής κοινότητα θεωρεί απαραβίαστα, είτε στην κοινότητα, είτε όταν οι ψυχικά πάσχοντες αντιμετωπίζονται από το σύστημα υγείας. Υπάρχουν 25 αρχές που χωρίζονται σε δύο γενικές κατηγορίες: πολιτικά δικαιώματα και διαδικασίες, και πρόσθια στην περίθαλψη και την ποιότητα της περίθαλψης. Οι αρχές περιλαμβάνουν τις βασικές ελευθερίες και δικαιώματα των ψυχικά πασχόντων, κριτήρια για τον προσδιορισμό της ψυχικής ασθένειας, προστασία του ιατρικού απόρροπου, τις προϋποθέσεις περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένης της ακούσιας νοσηλείας και αγωγής, τα δικαιώματα των ψυχικά πασχόντων μέσα στους

χώρους περίθαλψης, την προμήθεια πόρων για τις υποδομές της ψυχικής υγείας, την ύπαρξη ελεγκτικών μηχανισμών, την προστασία των δικαιωμάτων των ψυχικά πασχόντων παφαβατών και διαδικαστικές δικλείδες που θα προστατεύουν τα δικαιώματα των ψυχικά πασχόντων.

*Η Σύμβαση για τα Δικαιώματα του Παιδιού* (1989) των Ηνωμένων Εθνών δίνει οδηγίες για την ανάπτυξη πολιτικών σχετικών με τα παιδιά και τους εφήβους. Αναφέρεται στην προστασία από όλες τις μορφές σωματικής και ψυχικής κακοποίησης, στην απουσία διαικρίσεων, στο δικαίωμα στην ζωή, επιβίωση και ανάπτυξη, στα συμφέροντα του παιδιού, και στο σεβασμό των απόψεων του παιδιού.

Υπάρχει επίσης ένας αριθμός περιφερειακών οργανισμών, όπου μπορεί να στηριχθεί η προστασία των δικαιωμάτων ψυχικά πασχόντων, συμπεριλαμβανομένου της *Ευρωπαϊκής Σύμβασης για την Προστασία των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων και των Βασικών Ελευθεριών*, που στηρίζεται από το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων, την *Σύσταση 1235 (1994) για την Ψυχιατρική και τα Ανθρώπινα Δικαιώματα* που υιοθετήθηκαν από την Κοινοβουλευτική Συνέλευση του Συμβουλίου της Ευρώπης, την *Αμερικανική Σύμβαση για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα*, 1978, και τη *Διακήρυξη του Καράκας* που υιοθετήθηκε από το Περιφερειακό Συνέδριο για την Αναδιοργάνωση της Ψυχιατρικής Φροντίδας στην Λατινική Αμερική το 1990 (δες Πλάισιο 3.3).

Τα ελεγκτικά όργανα της συνθήκης των ανθρωπίνων δικαιωμάτων αντιπροσωπεύουν απλώς ένα παράδειγμα «ανενεργών μέσων». Η ενεργοποίησή τους θα μπορούσε να υποχρεώσει κυθερνήσεις να συμμορφώνονται σε θέματα ψυχικής υγείας και τη διεθνή νομοθεσία να πάρει θέση σε σχετικά ζητήματα. Οι μη κυθερνητικές οργανώσεις και οι σχετιζόμενοι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να ενθαρρυνθούν να κάνουν χρήση αυτών των μηχανισμών, ώστε να παρακινήσουν τις κυθερνήσεις στη διάθεση πόρων για την εκπλήρωση των υποχρεώσεών τους προς τα άτομα με ψυχικές διαταραχές, προστατεύοντάς τα από διακρίσεις, αλλά και διαφυλάττοντάς παράλληλα τα σχετικά ανθρώπινα δικαιώματα.

## ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Η νομοθεσία για την ψυχική υγεία πρέπει να κωδικοποιεί και να παγιώνει τις βασικές αρχές, αξίες, και σκοπούς της πολιτικής για την ψυχική υγεία. Η νομοθεσία αυτή είναι απαραίτητη για να διασφαλιστεί η αξιοπρέπεια των αισθενών και να προστατευθούν τα βασικά ανθρώπινα δικαιώματα τους.

Από τις 160 χώρες που έδωσαν πληροφορίες για τη νομοθεσία (WHO 2001), σχεδόν το ένα τέταρτο δεν έχει νομοθεσία για την ψυχική υγεία (Σχήμα 4.1). Περίπου το ήμισυ της υπάρχουσας νομοθεσίας δημιουργήθηκε την περασμένη δεκαετία, αλλά σχεδόν κατά το ένα πέμπτο δημιουργήθηκε πριν 40 χρόνια, σε εποχές δηλαδή στις οποίες δεν υπήρχαν οι συμερινές διαθέσιμες θεραπευτικές πρακτικές.

Οι κυθερνήσεις πρέπει να αναπτύξουν σύγχρονη εθνική νομοθεσία, η οποία θα είναι συνεπής με τις διεθνείς υποχρεώσεις για τα ανθρώπινα δικαιώματα και η οποία θα εφαρμόζει τις αρχές που αναφέρθηκαν, συμπεριλαμβανομένων εκείνων της Απόφασης 46/119 της Γενικής Συνέλευσης των Ηνωμένων Εθνών.

## ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

Υπάρχουν πολλοί φραγμοί που περιορίζουν την διάδοση και εφαρμογή αποτελεσματικών παρεμβάσεων αντιμετώπισης των ψυχικών και συμπεριφορικών διαταραχών (Σχήμα 4.2). Τα εμπόδια που αναφέρονται στα συστήματα υγείας ποικίλουν από χώρα σε χώρα, αλλά υπάρχουν και κοινά σημεία, όπως απλά η έλλειψη υπηρεσιών για την ψυχική υγεία, η κακή ποιότητα τους, και εμπόδια που έχουν να κάνουν με την πρόσθαση και την ισοτιμία.

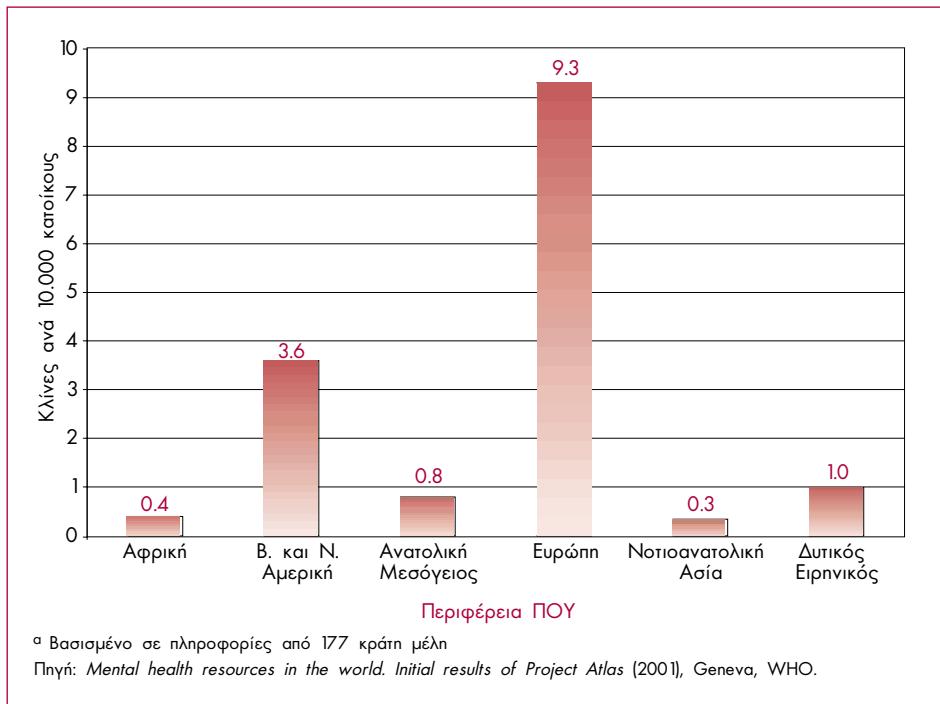
Πολλές χώρες έχουν κάνει ή αρχίσει μεταρρυθμίσεις στα συστήματα ψυχικής υγείας, όμως η έκταση και τα είδη των μεταρρυθμίσεων διαφέρουν πάρα πολύ. Καμιά χώρα δεν

έχει καταφέρει να επιτύχει όλο το φάσμα των αναγκαίων μεταρρυθμίσεων ώστε να ξεπέρασει το σύνολο των εμποδίων. Η Ιταλία έχει μεταρρυθμίσει επιτυχώς τις ψυχιατρικές υπηρεσίες της, αλλά δεν έχει αλλάξει τις υπηρεσίες της πρωτοβάθμιας περίθαλψης (Πλαίσιο 4.4). Στην Αυστραλία, (Πλαίσιο 4.5) οι δαπάνες για την ψυχική υγεία έχουν αυξηθεί και έχει γίνει μια μετακίνηση προς την κοινοτική φροντίδα. Έχουν γίνει προσπάθειες να ενσωματωθεί η ψυχική υγεία στην πρωτοβάθμια περίθαλψη και να αυξηθεί η συμμετοχή των καταναλωτών στη λίψη αποφάσεων. Αλλά η κοινοτική φροντίδα, ιδιαίτερα όσον αφορά στη στέγαση, ήταν πολύ περιορισμένη σε ορισμένες περιοχές.

Αν και τα μεγάλα ψυχιατρικά ίδρυμα με μεγάλο αριθμό κλινών δεν αποτελούν συνιστώμενη λύση για παροχή ψυχιατρικής φροντίδας, ένας αριθμός κλινών σε γενικά νοσοκομεία για επείγουσες καταστάσεις θεωρείται απαραίτητος. Υπάρχει μεγάλη διακύμανση του αριθμού των διαθέσιμων κλινών για ψυχιατρική φροντίδα (Σχήμα 4.3). Ο μέσος αριθμός για τον παγκόσμιο πληθυσμό είναι 1,5 ανά 10.000, και κυμαίνεται από 0,3 στην περιφέρεια της Νοτιοανατολικής Ασίας του ΠΟΥ, μέχρι 9,3 στην Ευρωπαϊκή Περιφέρεια. Σχεδόν τα δύο τρίτα του παγκόσμιου πληθυσμού έχουν πρόσθαση σε λιγότερο από μία κλίνη ανά 10.000, και περισσότερες από τις μισές κλίνες βρίσκονται ακόμα σε ψυχιατρικά ίδρυμα, τα οποία συχνά λειτουργούν μάλλον ως ίδρυμα εγκλεισμού, παρά ως νοσοκομεία.

#### **Σχήμα 4.2 Εμπόδια στην εφαρμογή αποτελεσματικών παρεμβάσεων για την αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών**

Στίγμα και διακρίσεις	
Επίπεδο πολιτικής	Επίπεδο συστήματος υγείας
<ul style="list-style-type: none"> <li>Έκταση του προβλήματος δυσανάλογα μεγάλη σε σχέση με τον περιορισμένο προϋπολογισμό για την ψυχική υγεία</li> <li>Πολιτική για την ψυχική υγεία ανεπαρκής ή ανύπαρκτη</li> <li>Νομοθεσία για την ψυχική υγεία ανεπαρκής ή ανύπαρκτη</li> <li>Ασφάλιση για την υγεία που κάνει διακρίσεις κατά των ατόμων με ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Μεγάλα τριτοβάθμια ιδρύματα</li> <li>Σπιγματισμός, κακές συνθήκες στα νοσοκομεία, παραβίαση των ανθρώπινων δικαιωμάτων, υψηλό κόστος</li> <li>Ανεπαρκής θεραπεία και φροντίδα</li> </ul> <p><b>Πρωτοβάθμια περίθαλψη</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ελλειπείς στην ενημέρωση, ειδίκευση, εκπαίδευση και επιβλεψη για την ψυχική υγεία</li> <li>Κακή υποδομή</li> </ul> <p><b>Κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Έλλειψη υπηρεσιών, ανεπαρκείς πόροι</li> </ul> <p><b>Ανθρώπινοι πόροι</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Έλλειψη ειδικών και γενικού υγειονομικού προσωπικού με γνώσεις και ικανότητες ώστε να xειρίζονται τις διαταραχές, σε όλα τα επίεδα της περίθαλψης</li> </ul> <p><b>Ψυχοτρόπα φάρμακα</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ανεπαρκής προμήθεια και διανομή φαρμάκων σε όλα τα επίεδα της περίθαλψης</li> </ul> <p><b>Συντονισμός υπηρεσιών</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Κακός συντονισμός μεταξύ υπηρεσιών, συμπεριλαμβανομένων και των μη υγειονομικών</li> </ul>
Πόλεμος και αναταραχές	Καταστροφές
Αστικοποίηση	Φτώχεια

Σχήμα 4.3 Αριθμός ψυχιατρικών κλινών ανά 10.000 κατοίκους, κατά περιφέρεια του ΠΟΥ, 2000<sup>o</sup>

Παραμένει γεγονός, ότι σε πολλές χώρες, τα μεγάλα ιδρύματα του τριτοβάθμιου τομέα, που αντιμετωπίζουν οξεία και μη περιστατικά, είναι εκείνα που κυρίως παρέχουν θεραπεία και φροντίδα. Αυτά συχνά συνδέονται με άσχημα αποτελέσματα και παραβιάσεις των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Το γεγονός ότι ο προϋπολογισμός της δημόσιας ψυχικής υγείας πολλών χωρών απορροφάται από την ιδρυματική φροντίδα, σημαίνει ότι περιορισμένοι πόροι διατίθενται σε πιο αποτελεσματικές υπηρεσίες των γενικών νοσοκομείων και της κοινότητας. Τα υπάρχοντα στοιχεία δείχνουν ότι στο 38% των χωρών δεν υπάρχουν υπηρεσίες με κοινοτικό προσανατολισμό. Ακόμα και σε χώρες που προωθούν την κοινοτική φροντίδα, η κάλυψη πολύ απέχει από του να είναι πλήρης. Εντός των χωρών υπάρχουν μεγάλες αποκλίσεις μεταξύ περιφερειών καθώς και μεταξύ αγροτικών και αστικών περιοχών (δες Πλαίσιο 4.6).

Στις περισσότερες χώρες, οι υπηρεσίες για την ψυχική υγεία πρέπει να αξιολογηθούν, να επανεκτιμηθούν και να μεταρρυθμιστούν, ώστε να προσφέρουν την καλύτερη διαθέσιμη θεραπεία και φροντίδα. Υπάρχουν τρόποι βελτίωσης της οργάνωσης των υπηρεσιών, ακόμα και με περιορισμένους πόρους, ώστε όσοι τις χρειάζονται να μπορούν να κάνουν πλήρη και αποτελεσματική χρήση. Το πρώτο βήμα είναι η μετατόπιση της φροντίδας εκτός των ψυχιατρείων, το δεύτερο είναι η ανάπτυξη κοινοτικών υπηρεσιών για την ψυχική υγεία, και το τρίτο είναι η ενσωμάτωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στο σύνολο των υπολοίπων υπηρεσιών. Όπως συζητείται παρακάτω, ιδιαίτερα σημαντικά ζητήματα για την αναδιοργάνωση των υπηρεσιών, είναι: ο βαθμός συνεργασίας μεταξύ υπηρεσιών ψυχικής υγείας και άλλων υπηρεσιών εκτός της υγείας, η διαθεσιμότητα βασικών ψυχοτρόπων φαρμάκων, οι μέθοδοι επιλογής κατάλληλων παρεμβάσεων, και οι ρόλοι του δημοσίου και ιδιωτικού τομέα στην αντιμετώπιση των ασθενών.

#### ΜΕΤΑΤΟΠΙΣΗ ΤΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΕΚΤΟΣ ΤΩΝ ΜΕΓΑΛΩΝ ΨΥΧΙΑΤΡΕΙΩΝ

Ο τελικός στόχος είναι η παροχή περίθαλψης και φροντίδας να γίνεται στο επίπεδο της κοινότητας. Αυτό οδηγεί στο κλείσιμο των μεγάλων ψυχιατρείων (δες Πίνακα 4.1) αν

#### Πλαίσιο 4.4 Ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ιταλία

Πριν είκοσι χρόνια το Ιταλικό Κοινοβούλιο ψήφισε τον "Νόμο 180", που είχε σκοπό να φέρει ριζοσπαστικές αλλαγές στην ψυχιατρική φροντίδα σε όλη τη χώρα. Ο νόμος ήταν ο σκελετός ενώ οι γενικές αρχές, στις οποίες θα στηριζόταν η λεπτομερής εφαρμογή μεθόδων και προγραμμάτων θα αποφασίζονταν σε περιφερειακό επίπεδο. Για την αντιμετώπιση των ψυχιατρικών παθήσεων, οργανώθηκαν τρεις εναλλακτικές λύσεις αντί των ψυχιατρείων: ψυχιατρικές κλίνες σε γενικά νοσοκομεία, μη νοσοκομειακές εγκαταστάσεις για την διαμονή των ασθενών με προσωπικό πλήρους ή μερικής απασχόλησης, και εγκαταστάσεις για εξωτερικούς ασθενείς, όπου εντάσσονταν και τα νοσοκομεία ημέρας, κέντρα και κλινικές για εξωτερικούς ασθενείς<sup>1</sup>.

Τα πρώτα δέκα χρόνια μετά το νόμο, ο αριθμός των ασθενών στα ψυχιατρεία μειώθηκε κατά 53%. Όμως, ο

συνολικός αριθμός όσων έλαβαν εξπτρίο τις δύο αυτές δεκαετίες δεν είναι ακριβώς γνωστός. Οι υποχρεωτικές εισαγωγές, ως ποσοστό επί του συνόλου των εισαγωγών, μειώνονταν σταθερά, και από το 50% το 1975 έφτασε το 20% το 1984 και το 11,8% το 1994. Το φαινόμενο της επανεισαγωγής εμφανίζεται μόνο όπου δεν υπάρχουν καλά οργανωμένες και αποτελεσματικές υπηρεσίες στο κοινωνικό επίπεδο.

Ακόμη και με το νέο σύστημα υπηρεσιών, πρόσφατες μελέτες δείχνουν ότι οι ψυχιατρικά άρρωστοι δεν λαμβάνουν την καλύτερη δυνατή φαρμακοθεραπεία, και ότι οι ψυχοκοινωνικές μέθοδοι αντιμετώπισης διαμοράζονται ανισομερώς στις διάφορες υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Για παράδειγμα, αν και η ψυχο-εκπαιδευτική παρέμβαση θεωρείται ευρέως ως ουσιώδης για την φροντίδα ασθενών που πάσχουν από σχιζοφρέ-

νεια, μόνο το 8% των οικογενειών έλαβε κάποιου παρόμοιου τύπου φροντίδα. Τα λίγα διαθέσιμα δεδομένα φαίνεται να δείχνουν ότι οι οικογένειες ανέλαβαν ανεπίσημα μέρος της φροντίδας για τον πάσχοντα συγγενή, η οποία στο παρελθόν αποτελούσε ευθύνη του ψυχιατρείου. Τουλάχιστον μέρος των πλεονεκτημάτων που απολαμβάνουν οι ασθενείς, φαίνεται να οφείλονται στην καθημερινή στήριξη της οικογένειας, παρά στις παρεχόμενες υπηρεσίες. Από όσα αναφέρθηκαν παραπάνω είναι δυνατό να εξανθεί μια σειρά συμπερασμάτων. Πρώτον, η μετάβαση σε υπηρεσίες που βασίζονται κυρίως στην κοινότητα δεν μπορεί να επιτευχθεί κλείνοντας απλώς τα ψυχιατρικά ιδρύματα· πρέπει να υπάρχουν κατάλληλες εναλλακτικές δομές, όπως δείχνει η περίπτωση της Ιταλίας. Δεύτερον, πρέπει να υπάρχει πολιτική και διοικητική δέσμευση, εάν θέλουμε η κοινωνική φροντίδα να είναι αποτελεσματική. Είναι απαραίτητο να γίνουν επενδύσεις σε κτίρια, προσωπικό, εκπαίδευση, και στην παροχή υποστηρικτικών υπηρεσιών. Τρίτον, ο έλεγχος και η αξιολόγηση αποτελούν σημαντικά συστατικά της αλλαγής: ο σχεδιασμός και η αξιολόγηση πρέπει να συμπορεύονται, ενώ η αξιολόγηση οφείλει να έχει επιδημιολογική βάση, όποτε αυτό είναι δυνατόν. Τέλος, ένας μεταρρυθμιστικός νόμος δεν πρέπει να παρέχει μόνο γενικές κατευθύνσεις (όπως στην Ιταλία), αλλά να είναι λεπτομερέστατα καθοδηγηπικός: πρέπει να καθορίζονται τα ελάχιστα στάνταρ φροντίδας, να υπάρχουν αξιόπιστα ελεγκτικά συστήματα, να τίθενται υποχρεωτικά χρονοδιαγράμματα για την εφαρμογή σχεδίων, ενώ τέλος απαιτείται η ύπαρξη κεντρικών μηχανισμών για την εξακρίβωση, τον έλεγχο και τη σύγκριση της ποιότητας των υπηρεσιών.

<sup>1</sup> de Girolomo G, Cozza M (2000). The Italian psychiatric reform: a 20-year perspective. *International Journal of Law and Psychiatry*, 23(3-4):197-214.

και μια άμεση απόφαση αυτού του τύπου μπορεί να μην είναι ρεαλιστική. Βραχυπρόθεσμα, και μέχρι να καταστεί δυνατόν όλοι οι ασθενείς να τύχουν περίθαλψης και επαρκούς φροντίδας στα πλαίσια της κοινότητας, τα ψυχιατρεία πρέπει να περιορισθούν, οι συνθήκες ζωής των νοσηλευομένων ασθενών να βελτιωθούν, το προσωπικό να εκπαιδευτεί, να υιοθετηθούν πρακτικές που θα προφυλάσσουν τους ασθενείς από μη αναγκαίες υποχρεωτικές εισαγωγές και θεραπείες, και να δημιουργηθούν ανεξάρτητοι μηχανισμοί παρακολούθησης και ελέγχου των συνθηκών στα νοσοκομεία. Επιπροσθέτως, τα νοσοκομεία οφείλουν να μετασχηματισθούν σε κέντρα ενεργού θεραπείας και αποκατάστασης.

#### ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΚΟΙΝΟΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Οι κοινωνικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας πρέπει να παρέχουν ολοκληρωμένη θεραπεία και φροντίδα σε τοπικό επίπεδο και να είναι προσβάσιμες από τους ασθενείς και τις οικογένειές τους. Οι υπηρεσίες πρέπει να είναι ολοκληρωμένες, ώστε να παρέχουν ένα φάσμα υπηρεσιών για τις ανάγκες ψυχικής υγείας του πληθυσμού γενικά, αλλά και ειδικών ομάδων, όπως παιδιών, εφήβων, γυναικών και πλικιωμένων. Το ιδανικό θα ήταν οι υπηρεσίες

#### Πλαίσιο 4.5 Ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Αυστραλία

Στην Αυστραλία, όπου η κατάθλιψη καταλαμβάνει την τέταρτη θέση μεταξύ των συνόλου των συνθήστερων νοσημάτων και την πρώτη θέση ως αιτία ανικανότητας/μειονεξίας<sup>1</sup>, υιοθετήθηκε το 1992 από την Ομοσπονδιακή Κυβέρνηση και τους Υπουργούς Υγείας όλων των Πολιτειών η πρώτη εθνική στρατηγική για την ψυχική υγεία. Συμφωνήθηκε, βάση κοινού σχεδίου, να εργαστούν επί ορισμένων προτεραιοτήτων για μια πενταετία (1993-1998).

Αυτό το πενταετές πρόγραμμα ανέδειξε τις αλλαγές που μπορεί να επιφέρει μια μεταρρύθμιση στην ψυχική υγεία σε εθνικό επίπεδο. Οι κρατικές δαπάνες για την ψυχική υγεία αυξήθηκαν κατά 30%, ενώ οι δαπάνες για κοινοτικές υπηρεσίες κατά 87%. Το 1998, το ποσοστό της δαπάνης για τη φροντίδα στην κοινότητα αυξήθηκε από το 29% στο 46% της συνολικής δαπάνης για την ψυχική υγεία. Πόροι που απελευθερώθηκαν λόγω της συρρίκνωσης των ιδρυ-

μάτων χρηματοδότησαν το 48% της μεγέθυνσης των υπηρεσιών στην κοινότητα και στα γενικά νοσοκομεία. Ο αριθμός του κλινικού προσωπικού στην κοινοτική φροντίδα αυξήθηκε κατά 68%, παράλληλα με την αύξηση της δαπάνης.

Τα μεμονωμένα ψυχιατρικά ιδρύματα, τα οποία απορροφούσαν το 49% των πόρων, έφτασαν να απορροφούν το 29%, και οι κλίνες μειώθηκαν κατά 42%. Ταυτόχρονα, ο αριθμός των κλινών σε γενικά νοσοκομεία

για οξεία ψυχιατρικά περιστατικά αυξήθηκε κατά 34%. Επισημοί μηχανισμοί για τη συμμετοχή καταναλωτών και φροντιστών δημιουργήθηκαν από το 61% των δημόσιων οργανισμών για την ψυχική υγεία. Ο μη κυβερνητικός τομέας αυξήσει το μερίδιό του στη συνολική χρηματοδότηση της ψυχικής υγείας από 2% σε 5%, και τα ποσά που δόθηκαν σε μη κυβερνητικές οργανώσεις για να προσφέρουν υποστήριξη σε ανθρώπους με ψυχιατρική ανικανότητα αυξήθηκαν κατά 200%.

<sup>1</sup> Whiteford H. et al. (2000). The Australian Mental Health system. *International Journal of Law and Psychiatry*, 23:403-17.

να περιλαμβάνουν: διατροφή, δυνατότητα εισαγωγής των οξεών περιστατικών σε γενικά νοσοκομεία, φροντίδα εξωτερικών ασθενών, κοινοτικά κέντρα, εξωτερικές υπηρεσίες, μόνιμη στέγαση ασθενών, δυνατότητα μικρών διαλειμμάτων των οικογενειών από την ευθύνη της φροντίδας του ασθενούς με σκοπό την ξεκούραση, επαγγελματική και εκπαιδευτική στήριξη-αποκατάσταση, και κάλυψη βασικών αναγκών όπως η στέγη και ο ρουχισμός (δες Πίνακα 4.1). Εάν επιχειρείται αποϊδρυματοποίηση, πρέπει παράλληλα να αναπτύσσονται οι κοινοτικές υπηρεσίες. Όλες οι θετικές λειτουργίες του ιδρύματος πρέπει να αναπαράγονται στην κοινότητα χωρίς τις προηγούμενες αρνητικές επιπτώσεις τους.

Τρεις συστάσεις κλειδιά που αφορούν την χρηματοδότηση πρέπει να ληφθούν υπόψη. Πρώτον, να απελευθερωθούν πόροι από το μερικό κλείσιμο των νοσοκομείων και να διοχετευθούν στην ανάπτυξη κοινοτικών υπηρεσιών. Δεύτερον, να χρησιμοποιηθεί μεταβατική χρηματοδότηση για την αρχική επένδυση σε νέες υπηρεσίες, ώστε να διευκολυνθεί η κίνηση από τα νοσοκομεία προς την κοινότητα. Τρίτον, να διατηρηθεί η παράλληλη χρηματοδότηση, ώστε να υπάρχει κάποιο επίπεδο ιδρυματικής φροντίδας ακόμη και όταν θα έχουν σταθεροποιηθεί οι κοινοτικές υπηρεσίες.

Οι χώρες αντιμετωπίζουν προβλήματα στις προσπάθειες τους να δημιουργήσουν ολοκληρωμένη φροντίδα για την ψυχική υγεία λόγω έλλειψης κεφαλαίων. Αν και σε μερικές χώρες η χρηματοδότηση μπορεί να αλλάξει κατεύθυνση και αντί να κατευθύνεται προς τα ιδρύματα να επενδύθει στην κοινοτική φροντίδα, πρόκειται για πρακτική που από μόνη της δεν είναι αρκετή. Σε άλλες χώρες, είναι δύσκολο να εκτραπεί η χρηματοδότηση. Για παράδειγμα, στη Νότιο Αφρική, όπου ο προϋπολογισμός είναι ενσωματωμένοι στα διάφορα επίπεδα της πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης, παρόλο που έχει υιοθετηθεί μια πολιτική αποϊδρυματοποίησης, είναι δύσκολο να μετακυλιστούν δαπάνες της νοσοκομειακής περίθαλψης προς την πρωτοβάθμια ή την κοινοτική φροντίδα. Ακόμη και αν οι δαπάνες αφαιρεθούν από τον προϋπολογισμό των νοσοκομείων, δεν υπάρχει εξασφάλιση ότι πράγματι θα χρησιμοποιηθούν για κοινοτικά προγράμματα ψυχικής υγείας. Λόγω περιορισμένων προϋπολογισμών, είναι σαφές ότι η ολοκληρωμένη κοινοτική φροντίδα είναι απίθανο να επιβιώσει χωρίς υποστήριξη από τις πρωτοβάθμιες και δευτεροβάθμιες υπηρεσίες.

#### Πλαίσιο 4.6 Υπηρεσίες ψυχικής υγείας: η αστική - αγροτική ανισοκατανομή

Στην επαρχία Neuquen στην Αργεντινή παρέχεται φροντίδα για την ψυχική υγεία σε αστικές και αγροτικές κοινότητες, αλλά η πλειοψηφία του εξειδικευμένου προσωπικού και υπηρεσιών Βρίσκεται κυρίως στα αστικά κέντρα. Οι πόλεις έχουν κλινικές πρωτοβάθμιας περιθαλψης, ψυχιατρικές μονάδες δευτεροβάθμιας περίθαλψης στα γενικά νοσοκομεία, και τριτοβάθμια κέντρα ψυχικής υγείας, ενώ τις απομακρυσμένες αγροτικές κοινότητες εξυπηρετεί το τοπικό κοινοτικό νοσηλευτικό προσωπικό, γενικοί ιατροί με επισκέψεις ανά δεκαπενθήμερο και τοπικές κλινικές πρωτοβάθμιας περίθαλψη<sup>1</sup>. Ομοίως, ένα κοινοτικό πρό-

γραμμα αποκατάστασης στην πρωτεύουσα για τους σοβαρά ψυχικά πάσχοντες δεν έχει το αντίστοιχο του στις αγροτικές περιοχές της επαρχίας<sup>2</sup>. Στη Νιγηρία, τα αστικά νοσοκομεία έχουν περισσότερο ιατρικό προσωπικό και ο υποστηρικτικός εξοπλισμός τους λειτουργεί αποτελεσματικότερα συγκριτικά με τα κρατικά νοσοκομεία στην ύπαιθρο<sup>3</sup>. Στην Κόστα Ρίκα, το περισσότερο προσωπικό στην ψυχική υγεία συγκεντρώνεται στις μικρές και μεγάλες πόλεις, ενώ οι αγροτικές περιοχές υστερούν<sup>4</sup>. Στις Αραβικές χώρες, κοινοτικές υπηρεσίες για την ψυχική υγεία συνίθως βρίσκονται μόνο στις μεγάλες πόλεις<sup>5</sup>, αν και η

**Σαουδική Αραβία** έχει ψυχιατρικές κλινικές σε μερικά γενικά νοσοκομεία σε αγροτικές περιοχές<sup>6</sup>. Στην Ινδία επίσης, παρά την έμφαση που έχει δοθεί στην ανάπτυξη υπηρεσιών σε αγροτικές περιοχές, οι περισσότεροι επαγγελματίες ψυχικής υγείας εδρεύουν σε αστικές περιοχές<sup>7</sup>. Στην Κίνα η παροχή κοινοτικών υπηρεσιών γίνεται ακόμη σε αστικό-περιαστικό περιβάλλον, παρότι η πλειοψηφία του πληθυσμού είναι αγρότες. Οι κοινοτικές υπηρεσίες διευθύνονται από συνοικιακές επιπροπές ή επιπροπές εργαζομένων σε εργοστάσια<sup>8</sup>. Σε χώρες της πρών ΕΣΣΔ, οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας οργανώνονται ακόμη

από κεντρικές γραφειοκρατίες και οριοθετούνται σαφώς οι τοπικές σε σχέσεις με τις κεντρικές υπηρεσίες. Η διεύθυνση Βρίσκεται στα κέντρα, δηλαδί στις πόλεις, ενώ οι απομακρυσμένες αγροτικές περιοχές υποχρεώνονται να παρέχουν υπηρεσίες που αποφασίζονται και χρηματοδοτούνται από την κεντρική γραφειοκρατία<sup>9</sup>. Στην Τουρκία, οι ιδιωτικές και δημόσιες εξειδικευμένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας είναι διαθέσιμες σε μικρές και μεγάλες πόλεις, ενώ στις αγροτικές και πριαγροτικές περιοχές οι ασθενείς απευθύνονται αναγκαστικά στην πρωτοβάθμια φροντίδα για υπηρεσίες ψυχικής υγείας<sup>10</sup>.

<sup>1</sup> Collins PY et al. (1999a). Using local resources in Patagonia: primary care and mental health in Neuquen, Argentina. *International Journal of Mental Health*, 28: 3-16.

<sup>2</sup> Collins PY et al. (1999b.) Using local resources in Patagonia:a model of community-based rehabilitation. *International Journal of Mental Health*, 28: 17-24.

<sup>3</sup> Gureje O et al. (1995) Results from the Ibadan centre. In: Ustun TB, Sartorius N, eds. *Mental illness in general health care: an international study*. Chichester, John Wiley & Sons: 157-173.

<sup>4</sup> Gallegos A, Montero F (1999). Issues in community-based rehabilitation for persons with mental illness in Costa Rica. *International Journal of Mental Health*, 28: 25-30.

<sup>5</sup> Okasa A, Karam E (1998). Mental health services and research in the Arab world. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98: 406-413.

<sup>6</sup> Al-Subaie AS et al. (1997). Psychiatric emergencies in a university hospital in Riyadh, Saudi Arabia. *International Journal of Mental Health*, 25: 59-68.

<sup>7</sup> Strinivasa Murthy R (2000). Reaching the unreached. *The Lancet Perspective*, 356: 39.

<sup>8</sup> Pearson V (1992). Community and culture: a Chinese model of community care for the mentally ill. *International Journal of Social Psychiatry*, 38: 163-178.

<sup>9</sup> Tomov T (1999). Central and Eastern European countries. In Thornicroft G, Tansella G, eds. *The mental health matrix: a manual to improve services*. Cambridge, Cambridge university Press: 216-227.

<sup>10</sup> Rezaki MS et al. (1995). Results from the Ankara centre. In Ustun TB, Sartorius N, eds. *Mental illness in general health care: an international study*. Chichester, John Wiley & Sons: 39-55.

#### ΕΝΣΟΜΑΤΩΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΣΤΙΣ ΓΕΝΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η ενσωμάτωση της ψυχιατρικής φροντίδας στις γενικές υπηρεσίες υγείας, ιδιαίτερα στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, έχει πολλά πλεονεκτήματα. Αυτά περιλαμβάνουν: μικρότερο στιγματισμό ασθενών και προσωπικού, αφού οι ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές αντιμετωπίζονται μαζί με τα σωματικά προβλήματα υγείας, βελτιωμένη διαγνωστική αξιολόγηση και θεραπεία και ειδικότερα, βελτιωμένα ποσοστά διάγνωσης για ασθενείς που παραπονούνται για ασαφή σωματικά συμπτώματα, που σχετίζονται με ψυχικές

**Πίνακας 4.1 Αποτέλεσματα της μεταφοράς λειτουργιών του παραδοσιακού ψυχιατρείου σε κοινοτικές υπηρεσίες**

Υπηρεσίες του παραδοσιακού ψυχιατρείου	Αποτέλεσματα της μεταφοράς στην κοινοτική περιθαλψη
Εκτίμηση της φυσικής κατάστασης και θεραπεία	Καλύτερα να μεταφερθεί στην πρωτοβάθμια περίθαλψη ή σε γενικές υπηρεσίες υγείας
Ενεργή θεραπεία για σύντομη ή μέση παραμονή	Θεραπεία ίδια ή βελτιωμένη, αλλά τα αποτέλεσματα δεν επιτρέπουν γενίκευση
Μακροχρόνιος εγκλεισμός	Συνήθως βελτίωση με προστατευόμενη στέγαση για όσους χρειάζονται μακροχρόνια και μεγάλου βαθμού στήριξη
Προστασία από εκμετάλλευση	Μερικοί ασθενείς συνεχίζουν να είναι ευάλωτοι σε σωματική, σεξουαλική και οικονομική εκμετάλλευση
Φροντίδα ημέρας και υπηρεσίες για εξωτερικούς ασθενείς	Μπορεί να βελτιωθούν εάν αναπτυχθούν τοπικές, προσβάσιμες υπηρεσίες ή να αποδιοργανωθούν εάν δεν αναπτυχθούν. Επαναπροσδιορισμός των υποχρεώσεων των κοινωνικών υπηρεσιών και των υπηρεσιών υγείας είναι συχνά αναγκαίος
Επαγγελματικές και εκπαιδευτικές υπηρεσίες και αποκατάσταση	Βελτίωση σε κανονικό περιβάλλον.
Στέγη, ρουχισμός, διατροφή και βασικό εισόδημα	Κινδυνεύει και κατα συνέπεια οι υποχρεώσεις και ο συντονισμός πρέπει να αποσαφηνιστούν
Ανακούφιση από τη συνεχή φροντίδα για οικογένειες και λοιπούς	Συνήθως η ίδια: η θεραπεία στο σπίτι αντισταθμίζεται από την πιθανή ανάγκη αυξημένης στήριξης της οικογένειας από ειδικούς
Έρευνα και εκπαίδευση	Νέες ευκαιρίες εμφανίζονται με την αποκέντρωση.

Πηγή: Thornicroft G, Tansella M (2000). *Balancing community and hospital-based mental health care: the new agenda*. Geneva, WHO (αδημοσίευτο έγγραφο)

και συμπεριφορικές διαταραχές, δυνατότητα καλύτερης θεραπείας των σωματικών προβλημάτων όσων πάσχουν από ψυχική νόσο και αντιστρόφως, καλύτερη θεραπεία των ψυχικών παραμέτρων που σχετίζονται με "σωματικά" προβλήματα. Για την αντιμετώπιση, τα πλεονεκτήματα περιλαμβάνουν μια κοινή υποδομή που σημαίνει μεγαλύτερη παραγωγικότητα και εξοικονόμηση πόρων, τη δυνατότητα παροχής καθολικής κάλυψης για την ψυχική υγεία, και την χρήση κοινωνικών πόρων, η οποία μπορεί εν μέρει να εξισορροπίσει την περιορισμένη διαθεσιμότητα προσωπικού για την ψυχική υγεία.

Η ενσωμάτωση απαιτεί μια προσεκτική ανάλυση του τι είναι και τι του τι δεν είναι δυνατό να γίνει στα διάφορα επίπεδα της περίθαλψης για την θεραπεία και φροντίδα των ψυχικών προβλημάτων. Για παράδειγμα, παρεμβατικές στρατηγικές για έγκαιρη αντιμετώπιση των προβλημάτων από το αλκοόλ εφαρμόζονται αποτελεσματικότερα στο επίπεδο της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, όμως ένα οξύ ψυχωσικό επεισόδιο μπορεί να αντιμετωπιστεί καλύτερα σε αινώτερο επίπεδο, ώστε να τύχει διαχείρισης από προσωπικό με μεγαλύτερη εμπειρία, σε εγκαταστάσεις με δυνατότητες εξειδικευμένου παρακλινικού ελέγχου και χορήγησης ειδικής φαρμακευτικής αγωγής. Οι ασθενείς στη συνέχεια πρέπει να παραπεμφθούν στο πρωτοβάθμιο επίπεδο για παρακολούθηση, καθώς οι εργαζόμενοι στην πρωτοβάθμια φροντίδα είναι σε θέση να παρέχουν καλύτερη συνεχή υποστήριξη στους ασθενείς και τις οικογένειές τους.

Οι συγκεκριμένοι τρόποι ενσωμάτωσης της ψυχικής υγείας στη γενική φροντίδα για την υγεία, θα εξαρτηθούν σε μεγάλο βαθμό από την υπάρχουσα κατάσταση και λειτουρ-

γία του πρωτοβάθμιου, δευτεροβάθμιου και τριτοβάθμιου επίπεδου μέσα στο σύστημα υγείας κάθε χώρας. Τα Πλαίσιο 4.7 δίνει περιληπτικά τις εμπειρίες από την ενσωμάτωση των υπηρεσιών στην Καμπότζη, στην Ινδία και στην Ισλαμική Δημοκρατία του Ιράν. Για να επιτύχει η ενσωμάτωση, οι πολιτικές πρέπει να λάβουν υπόψη τα εξής.

- Το υγειονομικό προσωπικό πρέπει να έχει τη γνώση, τις δεξιότητες και τα κίνητρα ώστε να είναι σε θέση να αντιμετωπίζει τους πάσχοντες από ψυχικές διαταραχές
- Πρέπει να υπάρχει ικανός αριθμός προσωπικού στο πρωτοβάθμιο και δευτεροβάθμιο επίπεδο με γνώση και αρμοδιότητα χορήγησης ψυχοτρόπων φαρμάκων
- Τα βασικά ψυχοτρόπα φάρμακα πρέπει να είναι διαθέσιμα στο πρωτοβάθμιο και δευτεροβάθμιο επίπεδο
- Ειδικευμένοι στην ψυχική υγεία πρέπει να υποστηρίζουν και να κατευθύνουν το υπόλοιπο προσωπικό
- Πρέπει να υπάρχουν μόνιμοι και αποτελεσματικοί μπχανισμοί παραπομπής μεταξύ όλων των βαθμίδων περιθαλψης
- Η χρηματοδότηση πρέπει να αναδιανεμηθεί υπέρ των δύο βαθμίδων ή να υπάρξουν νέοι πόροι
- Πρέπει να δημιουργηθούν συστήματα καταγραφής των σχετικών λειτουργιών ώστε να υπάρχει συνεχής παρακολούθηση, αξιολόγηση και εκσυγχρονισμός τους

Ενώ είναι σαφές ότι η ψυχική υγεία θα πρέπει να χρηματοδοτείται από τις ίδιες πηγές και με τους ίδιους στόχους όπως η υγεία γενικά, είναι λιγότερο σαφές ποιος είναι ο καταλληλότερος τρόπος να κατευθυνθεί η χρηματοδότηση προς τις ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές. Από τη στιγμή που συγκεντρωθούν τα κεφάλαια όλα μαζί, αναφύεται το

#### Πλαίσιο 4.7 Ενσωμάτωση της ψυχικής υγείας στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας

Η οργάνωση υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε αναπτυσσόμενες χώρες άρχισε σχετικά πρόσφατα. Ο ΠΟΥ στήριξε την κίνηση ενσωμάτωσης της ψυχικής φροντίδας στις γενικές υπηρεσίες υγείας στις αναπτυσσόμενες χώρες<sup>1</sup>, και έκανε μια σχετική μελέτη στην Βραζιλία, στην Κολομβία, στην Αίγυπτο, στην Ινδία, στης Φιλιππίνες, στη Σενεγάλη και στο Σουδάν.

Ένας αριθμός χωρών υιοθέτησε αυτήν την προσέγγιση

για να οργανώσει βασικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Στις αναπτυσσόμενες χώρες με τους περιορισμένους πόρους, αποτέλεσε μια καινούργια αρχή για την φροντίδα των πασχόντων από ψυχικές διαταραχές. Η Ινδία άρχισε να εκπαιδεύει το προσωπικό στην πρωτοβάθμια περιθαλψη το 1975, και δημιούργησε τη Βάση του Εθνικού Προγράμματος Ψυχικής Υγείας που έγινε το 1982. Τώρα η κυβέρνηση στηρίζει 25

περιφερειακά προγράμματα σε 22 πολιτείες<sup>2</sup>. Στην Καμπότζη, το υπουργείο υγείας εκπαίδευσε στην κοινοτική ψυχική υγεία έναν πυρήνα ανθρώπων, οι οποίοι, με τη σειρά τους, εκπαίδευσαν επιλεγμένο νοσοπευτικό προσωπικό στα περιφερειακά νοσοκομεία<sup>3</sup>. Στην Ισλαμική Δημοκρατία του Ιράν, άρχισαν προσπάθειες ενσωμάτωσης της ψυχικής υγείας την δεκαετία του 1980, και έκτοτε το πρόγραμμα επεκτάθηκε σε όλη τη χώρα και οι υπηρεσίες καλύπτουν 20 εκατομμύρια ανθρώπους<sup>4</sup>. Παρόμοιες προσεγγίσεις υιοθετήθηκαν από το Αφγανιστάν, τη Μαλαισία, το Μαρόκο, το Νεπάλ, το Πακιστάν<sup>5</sup>, τη Σαουδική Αραβία, τη Νότια Αφρική, την Ταϊβανία και τη Ζιμπάμπουε. Αν και υπάρχουν κάποιες εργασίες για την αξιολόγηση των επακόλουθων της ενσωμάτωσης, η αναγκαιότητα για μελέτες στον τομέα αυτόν χαρακτηρίζεται ως επείγουσα.

<sup>1</sup> World Health Organisation (1975). *Organisation of mental health services in developing countries. Sixteenth report of the WHO expert Committee on Mental Health, December 1974*. Geneva WHO Technical Report Series, No 564.

<sup>2</sup> Srinivasa Murthy R (2000). Reaching the unreached. *The Lancet Perspective*, 356: 39.

<sup>3</sup> Somasundaram DJ et al. (1999). Starting mental health services in Cambodia. *Social Science and Medicine*, 48(8): 1029-1046.

<sup>4</sup> Mohit A et al. (1999). Mental Health manpower development in Afghanistan: a report on a training course for primary health care physicians. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 5: 231-240.

<sup>5</sup> Mubbashar MH (1999). Mental Health services in rural Pakistan. In: Tansella M, Thornicroft G, eds. *Common mental disorders in primary care*. London, Routledge.

ζήτημα του πόσο αυστηρά θα διαχωριστεί η ψυχική υγεία από τους υπόλοιπους τομείς ως προς την χρηματοδότηση, ή αν θα χρηματοδοτηθούν συνολικά ομάδες ιδρυμάτων ή υπηρεσιών και το μερίδιο της ψυχικής υγείας θα καθοριστεί ανάλογα με τη ζήτηση, τις τοπικές αποφάσεις ή άλλους παράγοντες (μη ξεχνώντας ότι όσα δαπανά ο ίδιος ο ασθενής δεν είναι μέρος αυτής της διανομής).

Μία ακραία κατάσταση είναι οι προϋπολογισμοί που προκαθορίζουν τις δαπάνες για κάθε υπηρεσία ή πρόγραμμα. Αυτό οδηγεί σε μεγάλη ανελαστικότητα, χωρίς να αφήνει καμία πρωτοβουλία στην διοίκηση, και, επομένως, σε αναποτελεσματικότητα. Είναι δύσκολο να γίνουν συμφωνίες με ιδιωτικούς φορείς. Ακόμη και μέσα στα πλαίσια των δημόσιων υπηρεσιών, μπορεί να προκύψει ανισορροπία ως προς τις εισροές και είναι δύσκολο να υπάρξει ανταπόκριση στις αλλαγές της ζήτησης ή των αναγκών.

Παρόλον την έλλειψη στοιχείων, πρέπει να σημειωθεί ότι αυτά τα προβλήματα πιθανόν να ελαχιστοποιούνται με την εκχώρηση συνολικών προϋπολογισμών, είτε σε φορείς που αγοράζουν υπηρεσίες, είτε σε συγκεκριμένους φορείς παροχής υπηρεσιών. Τα πλεονεκτήματα τέτοιων προϋπολογισμών είναι ότι: είναι απλοί από διοικητική άποψη, ενθαρρύνουν τη λήψη αποφάσεων συνδεδεμένων τομέων, ενθαρρύνουν την μεταρρύθμιση μέσω της οικονομικής ελαστικότητας, δημιουργούν κίνητρα στον πρωτοβάθμιο τομέα ώστε να συνεργαστεί με τον τομέα της ψυχικής υγείας και να παρέχονται αυτές οι υπηρεσίες πρωτοβάθμια.

Εν τούτοις, εάν δεν υπάρχουν προϋπολογισμοί που προκαθορίζουν την τελική χρήση των κεφαλαίων και καμία ειδική προστασία συγκεκριμένων υπηρεσιών, το ποσό που καταλήγει στην ψυχική υγεία μπορεί να συνεχίσει να είναι πολύ χαμηλό, λόγω της χαμηλής προτεραιότητας που της δίδεται και της λανθασμένης εντύπωσης ότι δεν είναι σημαντική. Αυτός είναι ένας ειδικός κίνδυνος, όταν υπάρχει η πρόθεση μεταρρύθμισης και επέκτασης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, σε σχέση με άλλες πιο απόδεκτές και καλύτερα χρηματοδοτούμενες υπηρεσίες. Για να μειωθεί αυτός ο κίνδυνος, ένα ορισμένο ποσό μπορεί να διατεθεί στην ψυχική υγεία, το οποίο να μην μπορεί εύκολα να αλλάξει χρήση, ενώ ταυτόχρονα οι διαχειριστές των υπηρεσιών υγείας θα έχουν κάποια δυνατότητα να θέτουν προτεραιότητες ως προς τα προβλήματα προς επίλυση και τις θεραπείες. Αυτή η προστασία των πόρων που κατευθύνονται προς την ψυχική υγεία μπορεί να σταθεροποιήσει τον τομέα διαχρονικά. Ιδίως σε χώρες με ελάχιστη επένδυση στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, αυτός ο προστατευτισμός είναι η ορθή πρακτική ώστε να αναδειχθεί η προτεραιότητα που δίδεται στην ψυχική υγεία και να ωθήσει στην έναρξη ενός σχετικού προγράμματος. Αυτά δεν σημαίνουν υποχώρηση ως προς ό,τι ήδη υπάρχει, ούτε ότι οι τομείς της ψυχικής υγείας δεν θα συμμετέχουν στη διανομή πρόσθετων κεφαλαίων που συν τω χρόνω διατίθενται για την υγεία.

#### **ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΘΕΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΨΥΧΟΤΡΟΠΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ**

Ο ΠΟΥ έχει καταρτίσει έναν βασικό κατάλογο φαρμάκων τα οποία συστήνει για την θεραπευτική αντιμετώπιση και διαχείριση ατόμων με ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές. Συχνά όμως, αρκετά από αυτά τα φάρμακα, δεν είναι διαθέσιμα στις αναπτυσσόμενες χώρες. Σύμφωνα με στοιχεία του σχεδίου Άτλας περίπου 25% των χωρών δεν διαθέτουν σε επίπεδο πρωτοβάθμιας περίθαλψης τα συνήθη συνταγογραφούμενα αντιψυχωτικά, αντικαταθλιπτικά και αντιεπιληπτικά φάρμακα.

Οι κυθερώντες πρέπει να φροντίσουν, ώστε να διατίθενται επαρκή κεφάλαια για την αγορά βασικών ψυχοτρόπων φαρμάκων και να τα διανέμουν στα διάφορα επίπεδα περίθαλψης, σύμφωνα με την ανειλημμένη πολιτική. Όπου υπάρχει πολιτική κοινοτικής φροντίδας και ενσωμάτωσης στις γενικές υπηρεσίες υγείας, τότε τα βασικά φάρμακα δεν πρέπει απλώς να υπάρχουν σε αυτά τα επίπεδα, αλλά και το αντίστοιχο προσωπικό να έχει δικαιώμα χορήγησης τους. Ακόμη και όπου έχει υιοθετηθεί η προσέγγιση της αντιμετώπισης των ψυχικών διαταραχών στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, το ένα τέταρτο των χωρών

δεν διαθέτει σε αυτό το επίπεδο τα τρία βασικά φάρμακα για την αντιμετώπιση της επιληψίας, της κατάθλιψης και της σχιζοφρένειας. Τα φάρμακα είναι δυνατόν να αγοράζονται με τη φαρμακολογική τους ονομασία από μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς, όπως η ECHO (Equipment for Charitable Hospitals Overseas) και η UNISEF-Τμήμα προμηθειών στην Κοπενχάγη, που διαθέτουν φάρμακα καλής ποιότητας σε χαμηλές τιμές. Επιπρόσθια, ο ΠΟΥ και το Management Sciences for Health (2001), εκδίδουν ένα ετήσιο δελτίο ενδεικτικών τιμών βασικών φαρμάκων, το οποίο συμπεριλαμβάνει τιμές και διευθύνσεις αρκετών γνωστών προμηθευτών διαφόρων ψυχοτρόπων φαρμάκων σε τιμές χονδρικής και χωρίς κέρδος για αυτούς.

### ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΔΙΑΤΟΜΕΑΚΩΝ ΔΕΣΜΩΝ

Πολλές ψυχικές διαταραχές απαιτούν λύσεις ψυχοκοινωνικού τύπου. Έτσι, πρέπει να υπάρχουν δεσμοί σε τοπικό επίπεδο μεταξύ των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και διαφόρων κοινοτικών υπηρεσιών, ώστε να κινητοποιούνται υπέρ του αισθενούς για την εξασφάλιση στέγης, οικονομικής στήριξης, επιδομάτων λόγω ανικανότητας, εργασίας κλπ. Επίσης με τον τρόπο αυτό μπορεί να εφαρμόζονται αποτελεσματικότερα οι διάφορες στρατηγικές πρόληψης και αποκατάστασης. Σε πολλές φτωχές χώρες, η συνεργασία μεταξύ τομέων είναι συχνά εμφανής στο πρωτοβάθμιο επίπεδο. Στη Ζιμπάμπουε, η συνεργασία σε πρωτοβάθμιο επίπεδο πανεπιστημιακών δασκάλων, νοσηλευτικού προσωπικού γενικά και τοπικών κοινοτικών αντιπροσώπων, οδήγησε στην ανάπτυξη ενός κοινοτικού προγράμματος που διαγιγνώσκει, υποστηρίζει και παρέχει θεραπεία σε γυναίκες που πάσχουν από κατάθλιψη. Στην Τανζανία, μια διατομεακή στρατηγική είχε ως αποτέλεσμα ένα νεωτεριστικό αγροτικό πρόγραμμα για την αποκατάσταση ατόμων που πάσχουν από ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές (δες Πλαίσιο 4.8)

### ΕΠΙΛΟΓΗ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Όποια και αν είναι η οικονομική κατάσταση μιας χώρας, φαίνεται πάντα ότι διατίθενται πολύ λίγοι πόροι για δράσεις, υπηρεσίες και περίθαλψη. Στην ψυχική υγεία, όπως και στην υγεία γενικότερα, πρέπει να γίνονται επιλογές μεταξύ πολλών υπηρεσιών και στρατηγικών πρόληψης και προαγωγής της υγείας. Αυτές οι επιλογές μπορεί φυσικά να έχουν διαφορετικά αποτελέσματα για τα διάφορα νοσήματα και ομάδες ανθρώπων που χρειάζονται υποστήριξη. Όμως, είναι σημαντικό να αναγνωριστεί τελικά ότι οι επιλογές πρέπει να γίνονται μεταξύ των βασικών στρατηγικών, παρά μεταξύ ειδικών διαταραχών.

Τα υπάρχοντα στοιχεία σχετικά με το κόστος και τα αποτελέσματα διαφόρων παρεμβάσεων, ιδιαίτερα στις φτωχές χώρες, είναι περιορισμένα. Όπου υπάρχουν, δεν θα πρέπει να οδηγούν σε γενίκευση των εξαγομένων συμπερασμάτων χωρίς να λαμβάνονται υπόψη οι συγκεκριμένες συνθήκες: το κόστος, όπως και τα αποτελέσματα, μπορεί να διαφέρουν πολύ, αφού εξαρτώνται από την ικανότητα του συστήματος να εφαρμόσει την παρέμβαση. Ακόμη και αν γνωρίζαμε περισσότερα, δεν υπάρχει ένας απλός κανόνας προτεραιοτήτων των παρεμβάσεων και πολύ περισσότερο του μεγέθους επένδυσης σε κάθε μια από αυτές Οι ιδιωτικές δαπάνες δεν ελέγχονται από κανένα παρά μόνο από τον ίδιο τον καταναλωτή, ενώ η ιδιωτική ασφάλιση για την ψυχική υγεία είναι αρκετά περιορισμένη στην πλειονότητα των χωρών.

Η κρίσιμη απόφαση που πρέπει να λάβει κάθε κυβέρνηση αφορά στον τρόπο διαχείρισης των δημοσίων κονδυλίων. Η σχέση κόστους – αποτελέσματος αποτελεί σε πολλές περιπτώσεις ένα σημαντικό κριτήριο, αλλά ποτέ το μοναδικό. Η δημόσια χρηματοδότηση οφείλει επίσης να συνεκτιμά εάν μια παρέμβαση είναι δημόσιο αγαθό συνολικά ή εν μέρει, εξετάζοντας εάν το κόστος ή τα οφέλη αφορούν και άλλους πλέον εκείνων που κάνουν χρήση της συγκεκριμένης υπηρεσίας. Αν και η μεγιστοποίηση της αποδοτικότη-

τας πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στην κατανομή των διαθέσιμων πόρων, οι κυθερνήσεις πιθανά θα πρέπει να συμβιβαστούν και με μικρότερες αποδόσεις εάν επιθυμούν να επιτύχουν περισσότερο ισότιμη παροχή υπηρεσιών.

#### Πλαίσιο 4.8 Διατομεακοί δεσμοί για την ψυχική υγεία

Στην Τανζανία, τα αγροτικά χωριά ψυχιατρικής επανένταξης, συμπυκνώνουν την διατομεακή απάντηση των τοπικών κοινοτήτων, του τομέα της ψυχικής υγείας, και των παραδοσιακών θεραπευτών, όσον αφορά τη θεραπεία και αποκατάσταση των σοβαρά ψυχικά ασθενών σε αγροτικές περιοχές<sup>1</sup>. Οι ασθενείς και οι συγγενείς συμβιώνουν με τους

κατοίκους του χωριού (αγρότες, ψαράδες, τεχνίτες κλπ) και αντιμετωπίζονται θεραπευτικά τόσο από ιατρικό προσωπικό όσο και από παραδοσιακούς θεραπευτές. Νοσηλευτές και Βοηθοί με ψυχιατρική εκπαίδευση αλλά και κάτοικοι, επιπτορύν τις διάφορες θεραπευτικές δραστηριότητες. Ένας ψυχίατρος και ένας κοινωνικός λειτουργός παρέχουν εβδομα-

διά άποστριζη και συμβουλευτική. Η εμπλοκή των παραδοσιακών θεραπευτών εξαρτάται από την επιθυμία των ασθενών και των συγγενών τους. Υπάρχουν επίσης σχέδια για μια πιο επίσημη συνεργασία μεταξύ του παραδοσιακού τομέα και του τομέα ψυχικής υγείας, συμπεριλαμβανομένων τακτικών συναντήσεων και σεμιναρίων. Οι παραδοσιακοί

θεραπευτές συμμετείχαν σε κοινοτικά προγράμματα εκπαίδευσης στην ψυχική υγεία και συνεισέφεραν με τις γνώσεις και τις ικανότητες τους στην αντιμετώπιση των ασθενών. Εκτιμάται ότι θα μπορούσε να έχουν έναν μεγαλύτερο ρόλο στην κοινότητα ιδιαίτερα όσον αφορά στην αντιμετώπιση διαταραχών που σχετίζονται με το στρες.

<sup>1</sup> Kilonzo GP, Simmons N (1998). Development of mental health services in Tanzania: a reappraisal for the future. *Social Science and Medicine*, 47: 419-428.

Ενώ γενικά οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας θα πρέπει να αξιολογούνται και οι αποφάσεις για τις δημόσιες δαπάνες να λαμβάνονται με τους ίδιους όρους που χρησιμοποιούνται και για κάθε άλλη υπηρεσία υγείας, φαίνεται πως υπάρχουν ορισμένα σημαντικά χαρακτηριστικά που διαφοροποιούν τουλάχιστον ένα μέρος των παρεμβάσεων που είναι δύνατόν να αναληφθούν. Ένα χαρακτηριστικό είναι ότι μπορεί να προκύψει ιδιαίτερα μεγάλο όφελος από τον έλεγχο ορισμένων ψυχικών διαταραχών. Σε αντίθεση με τα οφέλη από τον έλεγχο των μεταδοτικών νοσημάτων, όπου η θεραπεία μιας περίπτωσης μπορεί να προλάβει άλλες και όπου η ανοσοποίηση του μεγαλύτερου τμήματος του ευπαθούς πληθυσμού προφυλάσσει επίσης και τους μη ανοσοποιημένους, τα οφέλη από την φροντίδα της ψυχικής υγείας λαμβάνουν μορφές που συχνά ξεφεύγουν από τα στενά όρια της υγείας καθ' εαυτής, όπως λιγότερα ατυχήματα και τραυματισμοί στην περίπτωση της κατανάλωσης αλκοόλ ή μικρότερο κόστος ορισμένων κοινωνικών υπηρεσιών. Αυτά δεν αποτυπώνονται σε μια κλασική ανάλυση κόστους – αποτελεσματικότητας, αλλά απαιτούν κάποια αποτίμηση του συνολικότερου κοινωνικού κέρδους που μπορεί να προκύπτει από τη σκοπιά μιας γενικότερης άποψης που λαμβάνει υπόψη και άλλες –εκτός υγείας– παραμέτρους.

Μια ακόμη, μάλλον σημαντική, διαφορά οφείλεται στην χρονιότητα ορισμένων ψυχικών διαταραχών. Σε αντίθεση με τα οξέα και απρόβλεπτα προβλήματα υγείας, οι χρόνιες ψυχικές διαταραχές όπως και κάποια χρόνια σωματικά νοσήματα, δεν καλύπτονται εύκολα από την ιδιωτική ασφάλιση. Κατά συνέπεια το βάρος μετατοπίζεται στο δημόσιο τομέα, είτε άμεσα μέσω της κοινωνικής ασφάλισης, είτε έμμεσα, με τη γενική φορολογία. Τέλος, ενώ υπάρχουν διάφορα προβλήματα υγείας που μπορεί να συμβάλλουν στην ανέχεια και το μειωμένο βιοτικό επίπεδο των πολιτών, οι χρόνιες ψυχικές διαταραχές συνδέονται ιδιαίτερα με την ανικανότητα προς εργασία και επομένως με την μείωση του βιοτικού επιπέδου. Έτσι, το οποιοδήποτε ενδιαφέρον για τους φτωχούς θα πρέπει να αποτυπώνεται και στα κονδύλια που διαθέτουν οι κυθερνήσεις σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

Παρά τη δυσκολία να τεθούν προτεραιότητες λόγω των πολυάριθμων σχετικών κριτήριων, μια λογική στάθμιση των ζητημάτων που μόλις αναφέρθηκαν δημιουργεί ευκαιρίες βελτίωσης της παιγιωμένης και ίσως αυθαίρετης κατανομής των πόρων. Αυτό αλπιθεύει ιδιαίτερα και στην περίπτωση πρόθεσης ενίσχυσης των πόρων που θα διατεθούν για τη φροντίδα της ψυχικής υγείας: η επέκταση με ίσο αναλογικά τρόπο των υπαρχόντων χρηματοδοτήσεων δεν θα είναι ούτε αποδοτική ούτε δίκαιη. Η χρηματοδότηση βάσει των αναγκών αποτελεί έναν δικαιότερο τρόπο διανομής των πόρων, όμως προϋποθέτει μια συμφωνία επί του ορισμού της "ανάγκης". Επιπλέον, οι ανάγκες από μόνες τους δεν είναι προτεραιότητες, καθώς σε κάθε ανάγκη δεν αντιστοιχεί οπωσδήποτε μια αποτελεσματική παρέμβαση – εκτός του ότι οι άνθρωποι ενίστε άλλα χρειάζονται και άλλα απαιτούν. Το τελευταίο μπορεί να αποτελεί πρόβλημα ακόμη και σε περιπτώσεις σωματικών νοσημάτων, όπου ο καταναλωτής είναι ικανός να εκφράσει τις απαιτήσεις του. Όταν η ψυχική διαταραχή μειώνει αυτή την ικανότητα, το πρόβλημα γίνεται περιπλοκότερο.

Όπως τονίστηκε πιο πάνω, η χρηματοδότηση της ψυχικής υγείας πρέπει να κατευθύνεται στις υπηρεσίες. Το αν αυτό συμβαίνει, μπορεί να εξαρτάται από τον τρόπο με τον οποίο οι πόροι εντάσσονται στους προϋπολογισμούς ή διατίθενται για αγορά υπηρεσιών. Μια τεχνική για να κατευθύνονται σωστά είναι ο προσδιορισμός κάποιων υπηρεσιών ψυχικής υγείας, που επιλέγονται με βάση τα κριτήρια που αναφέρθηκαν, ως τμήμα ενός συνολικού πακέτου βασικών ή ουσιωδών παρεμβάσεων, τις οποίες ο δημόσιος τομέας δεσμεύεται να χρηματοδοτήσει, είτε ο προϋπολογισμός έχει σχετική εγγραφή για κάθε μια από αυτές, είτε όχι. Η ίδια προσέγγιση μπορεί καταρχήν να χρησιμοποιηθεί και σε ρυθμίσεις της ιδιωτικής ασφάλισης, κάνοντας υποχρεωτική την κάλυψη για όλα τα ασφαλιστήρια ορισμένων υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Επειδή οι ασφαλιστές έχουν ισχυρό κίνητρο να διαλέγουν πελάτες με βάση τον κίνδυνο (και οι πελάτες να κρύβουν τον κίνδυνο), η επιβολή ενός τέτοιου πακέτου στον ιδιωτικό τομέα είναι πολύ πιο δύσκολη από ότι στον δημόσιο. Εντούτοις, ορισμένες χώρες όπως η Βραζιλία και η Χιλή (παραδείγματα χωρών μέσου εισοδήματος) απαιτούν από τις ιδιωτικές ασφάλειες να προσφέρουν τις ίδιες υπηρεσίες που εγγύάται ο δημόσιος τομέας. Βέβαια είναι αμφίβολο αν κάπι παρόμοιο μπορεί να εφαρμοστεί σε πολύ φτωχότερες χώρες, λόγω της πολύ μικρότερης κάλυψης της ιδιωτικής ασφάλισης και των περιορισμένων ρυθμιστικών δυνατοτήτων των κυβερνήσεων. Η έκταση στην οποία είναι σκόπιμο να επιβληθούν και στον ιδιωτικό τομέα οι προτεραιότητες του δημόσιου, αποτελεί πάντα ένα περίπλοκο ζήτημα, ίσως περισσότερο για την ψυχική υγεία από ότι για τα σωματικά προβλήματα. Τα δεδομένα από το Άτλας δείχνουν ότι η ασφάλιση, ως πρωτεύουσα πηγή χρηματοδότησης της φροντίδας για την ψυχική υγεία, υπάρχει περίπου στο ένα πέμπτο των χωρών.

### **ΔΙΑΚΡΙΣΗ ΜΕΤΑΞΥ “ΑΓΟΡΑΣ” ΚΑΙ “ΠΑΡΟΧΗΣ” ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ: ΟΙ ΡΟΛΟΙ ΤΟΥ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ**

Στα όσα συντηθήκαν παραπάνω δίνεται έμφαση στον δημόσιο τομέα, ακόμη και όταν συμμετέχει με μικρό μερίδιο του συνόλου των δαπανών, καθώς εκεί φαίνεται ευκολότερη η δυνατότητα μεταρρυθμίσεων για την βελτίωση της ψυχικής υγείας αλλά και διότι ορισμένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας προσφέρονται ιδιαίτερα για κρατική χρηματοδότηση. Παρόλα αυτά, δεν υπάρχει υποχρεωτική σχέση μεταξύ του δημόσιου χρήματος και των δημόσιων υπηρεσιών, αν και κατά παράδοση οι περισσότερες κυβερνήσεις διοχετεύουν την πλειονότητα ή το σύνολο των διαθέσιμων για την υγεία κονδυλίων τους στα δημόσια ιδρύματα και υπηρεσίες. Λόγω της αποκεντρωτικής τάσης αλλά και του γεγονότος ότι μια μονοπωλιακή απορρόφηση των δημόσιων κονδυλίων από δημόσιες υπηρεσίες αφαιρεί οποιαδήποτε ανταγωνιστικά κίνητρα για αποδοτικότερες υπηρεσίες, σε κάποιες χώρες παρατηρείται ένα διευρυνόμενο χάσμα μεταξύ ιδιωτικών και δημόσιων υπηρεσιών (WHO 2000c, Chapter 3).

Ενώ τα θεωρητικά οφέλη από την ενίσχυση του ανταγωνισμού και της εφαρμογής ειδικών ρυθμίσεων ως τρόπων αναπλήρωσης της άμεσης παροχής δημόσιων υπηρεσιών είναι σαφή, τα στοιχεία που θα τεκμηρίωναν μια τέτοια πρακτική φαίνεται να είναι περιορισμένα. Οι αναπτυσσόμενες χώρες συνχρόνως δεν διαθέτουν την εμπειρία και τα μέσα για να ρυθμίσουν τις συμβατικές υποχρεώσεις των παροχέων υπηρεσιών προς τους καταναλωτές, όπως και να επιβάλλουν την απόδοση συμφωνημένων (στα συμβόλαια) υπηρεσιών σε περιπτώσεις που οι παροχείς θεωρούν ότι οι συγκεκριμένες υπηρεσίες έχουν μικρή προτεραιότητα. Χωρίς τέτοιους ελέγχους υπάρχει μεγάλη πιθανότητα σπατάλης ή και απάτης. Εάν αυτό ισχύει για τα συμβόλαια παροχής υπηρεσιών γενικής υγείας, η δυσκολία με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας είναι ακόμη μεγαλύτερη, διότι εδώ είναι ακόμη δυσκολότερο να μετρηθεί το αποτέλεσμα.

Σε χώρες όπου δεν διέθεταν ως τώρα υπηρεσίες ψυχικής υγείας ή η παροχή τους γινόταν άμεσα από το δημόσιο, ίσως είναι αναγκαία η υιοθέτηση ενός χωριστού, λεπτομερούς δικαίου συμβάσεων για τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Για όλους αυτούς τους λόγους, η αποσύνδεση της χρηματοδότησης από την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας πρέπει να επιχειρείται προσεκτικά. Αναμφίβολα αξίζει να εκτιμηθεί ως ενδεχόμενο στις περιπτώσεις που υπάρχουν μη κυβερνητικοί ή τοπικοί παροχείς που μπορούν να αναλάβουν το έργο και είναι δυνατή η επίβλεψη τους. Σε πολλές χώρες, οι δημόσιες υπηρεσίες υγείας που εξυπηρετούν εξωτερικούς ασθενείς δεν διαθέτουν υπηρεσίες για την ψυχική υγεία, γιατί η χρηματοδότηση κατευθύνεται στην νοσοκομειακή φροντίδα. Ο διαχωρισμός της χρηματοδότησης και της παροχής υπηρεσιών μπορεί επομένως να είναι πολύτιμος, ώστε να πρωθηθεί η επιθυμητή μετατόπιση από τα δημόσια ψυχιατρεία στην φροντίδα που παρέχεται στα πλαίσια της κοινότητας. Η μετακίνηση των προτεραιοτήτων ενός δημόσιου προϋπολογισμού χωρίς την ανάμειξη μη κυβερνητικών υπηρεσιών μπορεί ουσιαστικά να καθίσταται αδύνατη, λόγω εσωτερικών αντιστάσεων σε καινοτομίες και έλλειψης των αναγκαίων δεξιοτήτων ή εμπειρίας.

Εκεί όπου υπάρχουν αρκετές υπηρεσίες του ιδιωτικού τομέα που πληρώνονται ιδιωτικά χωρίς δημόσια επιχορήγηση ή ρύθμιση, αναφέρονται αρκετά προβλήματα και η κρατική παρέμβαση καθίσταται αναγκαία. Υπάρχει πιθανόν ανεπαρκής σύνδεση μεταξύ ανεξάρτητων ανθρώπων που ασχολούνται με την ψυχική υγεία, όπως των παραδοσιακών θεραπευτών, και των υπηρεσιών ψυχικής υγείας για εξωτερικούς ασθενείς στην πρωτοβάθμια περίθαλψη και στα περιφερειακά νοσοκομεία. Οι φτωχοί μπορεί να καταναλώνουν πολύ κακής ποιότητας φροντίδα από ανθρώπους όπως πωλητές φαρμάκων, παραδοσιακούς θεραπευτές και θεραπευτές χωρίς προσόντα. Η ανικανότητα του κυβερνητικού τομέα να επιβάλει ρυθμίσεις στις ιδιωτικές υπηρεσίες που παρέχονται στους εξωτερικούς ασθενείς, αφήνει του χρήστες έκθετους σε οικονομική εκμετάλλευση και σε αναποτελεσματικές θεραπείες για όσες ψυχικές νόσους δεν αντιμετωπίζονται από το δημόσιο τομέα. Τα προβλήματα αυτά είναι δυνατόν να αντιμετωπιστούν χωρίς οι κυβερνήσεις να επεκταθούν μαζικά ή να αναλάβουν την ευθύνη παροχής υπηρεσιών, εάν υπάρχουν συμβόλαια για παροχή πρωτοβάθμιων και δευτεροβάθμιων υπηρεσιών, οδηγίες για την κοστολόγηση, και βεβαίωση για τη δυνατότητα άσκησης του επαγγέλματος από τους διάφορους περιπατητικούς θεραπευτές.

Οι κυβερνήσεις θα πρέπει επίσης να ρυθμίσουν ειδικές ομάδες θεραπευτών στον ανεπίσημο τομέα της υγείας, όπως τους παραδοσιακούς θεραπευτές. Αυτή η ρύθμιση θα μπορούσε να συμπεριλάβει την καταγραφή των επαγγελμάτων αυτών, ώστε να προληφθούν βλαπτικές παρεμβάσεις και εξαπάτηση ή οικονομική εκμετάλλευση των ασθενών. Σημαντική πρόοδος στην ενσωμάτωση της παραδοσιακής ιατρικής στην γενική πολιτική για την υγεία γίνεται στην Κίνα, το Βιετνάμ και την Μαλαισία (Bodekar 2001).

Τα συστήματα ολοκληρωμένης φροντίδας (managed care), που είναι σημαντικοί παροχείς ιατρικής φροντίδας στις ΗΠΑ, συνδυάζουν το ρόλο της αγοράς και χρηματοδότησης υπηρεσιών υγείας για έναν ορισμένο πληθυσμό. Ενα σοβαρό μειονέκτημα είναι

ότι εστιάζουν περισσότερο στη μείωση του κόστους από ότι στην ποιότητα των υπηρεσιών, και ότι μετακινούν το κόστος της περιθαλψης για όσους δεν μπορούν να αγοράσουν ασφάλιση, από το δημόσιο σύστημα υγείας στις οικογένειες ή σε φιλανθρωπικά ιδρύματα (Hoge et al.1998; Gittelman 1998). Ως προς τις ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές, τα συστήματα αυτά ως σήμερα δεν έδωσαν επαρκή απάντηση στην ανάγκη για ιατρική θεραπεία σε συνδυασμό με μακροχρόνια κοινωνική υποστήριξη και αποκατάσταση, αν και υπήρχαν αξιοσημείωτες εξαιρέσεις. Επιπλέον, η ειδίκευση, οι δεξιότητες και οι ολοκληρωμένες υπηρεσίες που απαιτούνται από αυτά τα συστήματα είναι πέραν των δυνατοτήτων των περισσότερων αναπτυσσόμενων χωρών (Talbot 1999).

### ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΠΟΡΩΝ

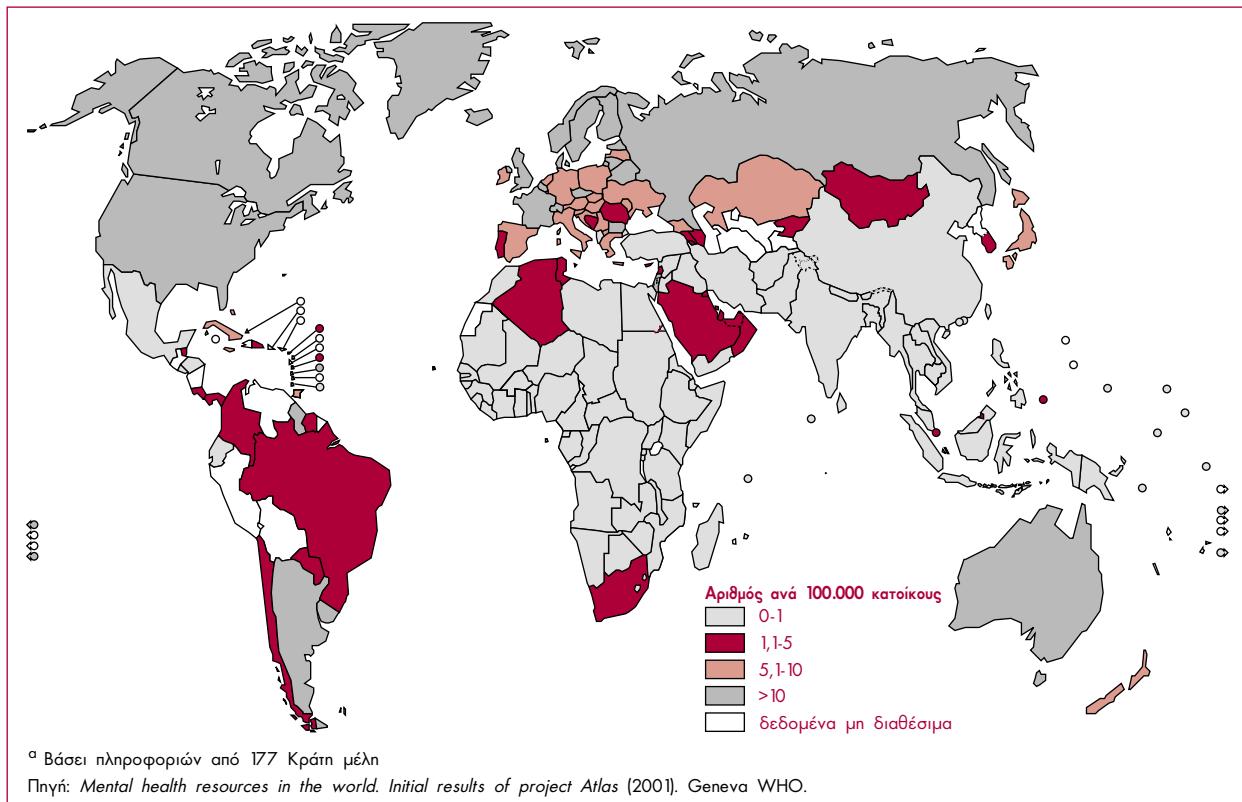
Στις αναπτυσσόμενες χώρες, η έλλειψη ειδικών ιατρών και νοσηλευτών με γνώση και ικανότητες, ώστε να αντιμετωπίσουν ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές, είναι σημαντικό εμπόδιο στην παροχή θεραπείας και φροντίδας.

Εάν πρόκειται να βελτιωθούν τα συστήματα υγείας, πρέπει να επενδυθεί χρόνος και ενέργεια για να εκτιμηθούν τα είδη των επαγγελματιών και ο αριθμός τους, ώστε να γίνει προγραμματισμός για το μέλλον. Η αναλογία των ειδικών στην ψυχική υγεία προς το γενικό νοσηλευτικό προσωπικό θα ποικίλλει, ανάλογα με τους υπάρχοντες πόρους και τις προσεγγίσεις στη φροντίδα. Με την ενσωμάτωση της ψυχικής υγείας στο γενικό σύστημα υγείας, η ζάπτωση γενικών ιατρών με εκπαίδευση στην ψυχική υγεία θα είναι πάντα σταθερή, ώστε να αντιμετωπίζονται και να προλαμβάνονται αυτές οι διαταραχές.

Υπάρχει μεγάλη ανομοιομορφία στο είδος και στον αριθμό των εργαζομένων στην ψυχική υγεία στον κόσμο. Ο μέσος αριθμός ψυχιάτρων ποικίλλει από 0,06 ανά 100.000 κατοίκους στις χώρες χαμπλού εισοδήματος έως 9 ανά 100.000 στις υψηλού εισοδήματος (Σχήμα 4.4). Όσον αφορά τους ψυχιατρικούς νοσηλευτές ο αριθμός κυμαίνεται από 0,1 ανά 100.000 στις χαμπλού εισοδήματος χώρες έως 33,5 ανά 100.000 στις υψηλού εισοδήματος χώρες (Σχήμα 4.5). Σχεδόν στη μισή υφήλιο, υπάρχει λιγότερο από ένας νευρολόγος ανά εκατομμύριο ανθρώπων. Η κατάσταση στην φροντίδα παιδιών και εφήβων είναι πολύ κειρότερη.

Το εργατικό δυναμικό της υγείας που ενδεχομένως θα εμπλακεί στην ψυχική υγεία αποτελείται από γενικούς ιατρούς, νευρολόγους, και ψυχίατρους, εργαζόμενους στην κοινωνική και πρωτοβάθμια υγεία, παρεμφερείς επαγγελματίες της ψυχικής υγείας (όπως νοσηλευτές, εργοθεραπευτές, ψυχολόγοι και κοινωνικοί λειτουργοί), όπως και άλλες ομάδες σαν τους ιερωμένους και τους παραδοσιακούς θεραπευτές. Σε αυτούς τους τελευταίους στηρίζεται τουλάχιστον το 80% του αγροτικού πληθυσμού στις αναπτυσσόμενες χώρες. Μπορεί να κάνουν υποτυπώδη διάγνωση, να διευκολύνουν την παραπομπή και να παρέχουν υποστήριξη, έλεγχο, και παρακολούθηση μετά την αποθεραπεία. Η υιοθέτηση ενός συστήματος ενσωματωμένης φροντίδας στο κοινωνικό επίπεδο θα απαιτήσει έναν επαναπροσδιορισμό των ρόλων πολλών εργαζομένων στην υγεία. Ένας εργαζόμενος στην υγεία γενικά ίσως να έχει τώρα την πρόσβαση ευθύνη της αναγνώρισης και αντιμετώπισης ψυχικών και συμπεριφορικών διαταραχών στην κοινότητα, συμπεριλαμβανομένης της διαγνωστικής αξιολόγησης και της έγκαιρης παρέμβασης για την διακοπή της χρήσης καπνού, αλκοόλ και άλλων φαρμακευτικών ουσιών, και ένας ψυχίατρος, που πριν εργαζόταν σε ίδρυμα, ίσως χρειαστεί να εκπαιδεύει και να επιβλέπει πολύ περισσότερο στην κοινότητα.

Η αποκέντρωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας ενδεχομένως να επηρεάσει επίσης τους ρόλους και τις ευθύνες λόγω της μετάθεσης των διαχειριστικών και διοικητικών ευθυνών στο τοπικό επίπεδο. Οι ρόλοι πρέπει να επαναπροσδιοριστούν με σαφήνεια, ώστε να αναληφθούν οι καινούργιες ευθύνες άμεσα. Χρειάζεται επίσης επανεκπαίδευση, ώστε να διδαχθούν οι δεξιότητες που χρειάζονται για την διεκπεραίωση των νέων ρόλων και

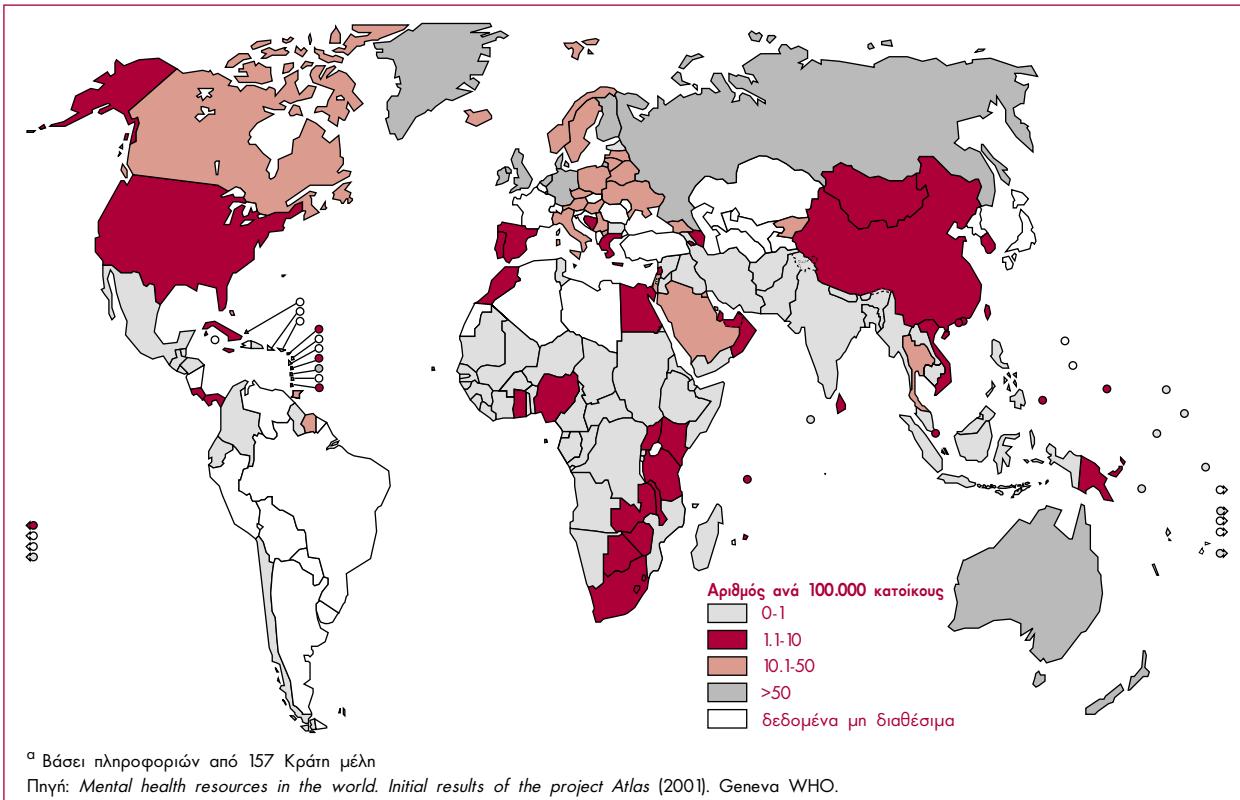
Σχήμα 4.4 Αριθμός ψυχιάτρων ανά 100.000 κατοίκους, 2000<sup>a</sup>

ευθυνών. Αναμφίβολα, η αλλαγή ρόλων θα φέρει στο προσκόνιο θέματα ελέγχου και ισχύος, και αυτά θα είναι εμπόδιο στην αλλαγή. Για παράδειγμα, οι ψυχίατροι εκλαμβάνουν τις αλλαγές αυτές ως απώλεια ισχύος και αντιδρούν στο να αναλαμβάνουν άλλοι, λιγότερο έμπειροι, επαγγελματίες υγείας την αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών.

Στις αναπτυγμένες αλλά και στις αναπτυσσόμενες χώρες, τα προπτυχιακά μαθήματα πρέπει να εκσυγχρονιστούν, ώστε οι γιατροί που αποφοιτούν να είναι σε θέση να διαγνώσκουν και να αντιμετωπίζουν άτομα που υποφέρουν από ψυχικές διαταραχές. Πρόσφατα η Σρι Λάνκα διεύρυνε τη διάρκεια εκπαίδευσης στην ψυχιατρική και την συμπεριέλαβε ως εξεταζόμενο μάθημα στην προπτυχιακή ιατρική εκπαίδευση. Συγγενείς, επαγγελματίες στο χώρο της υγείας, όπως νοσηλευτές και κοινωνικοί λειτουργοί, εκπαιδεύονται ώστε να αντιλαμβάνονται τις ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές και το φάσμα των διαθέσιμων θεραπειών, και εστιάζουν σε όσα σχετίζονται περισσότερο με την εργασία τους σε αυτό το πεδίο. Θα πρέπει να διδάσκονται εφαρμόσιμες ψυχοκοινωνικές στρατηγικές, δεξιότητες στο χειρισμό και την διοίκηση, ανάπτυξη πολιτικών και ερευνητικές μεθόδους. Στις αναπτυσσόμενες χώρες δεν είναι πάντα διαθέσιμη εκπαίδευση υψηλότερου επίπεδου και η εκπαίδευση γίνεται σε άλλες χώρες. Αυτό δεν οδηγεί πάντα σε καλά αποτελέσματα: πολλοί εκπαιδευόμενοι στο εξωτερικό δεν επιστρέφουν και η ειδίκευσή τους πάει χαμένη για την αναπτυσσόμενη χώρα τους. Αυτό πρέπει να αντιμετωπιστεί μακροπρόθεσμα, με την οργάνωση εκπαιδευτικών κέντρων ποιότητας εντός των χωρών.

Μία πολλά υποσχόμενη προσέγγιση είναι η χρήση του Διαδικτύου για την εκπαίδευση και την ταχεία επανατροφοδότηση από ειδικούς όσον αφορά την κλινική διάγνωση και θέματα αντιμετώπισης. Η πρόσθαση στο Διαδίκτυο αυξάνεται γρήγορα στις αναπτυσσόμενες χώρες. Πριν τρία χρόνια, μόνο 12 Αφρικανικές χώρες είχαν πρόσθαση στο

**Σχήμα 4.5 Αριθμός ψυχιατρικών νοσοπλευτών ανά 100.000 κατοίκους, 2000<sup>a</sup>**



Διαδίκτυο, ενώ τώρα είναι διαθέσιμο σε όλες τις πρωτεύουσες της Αφρικής. Η εκπαίδευση πρέπει τώρα να συμπεριλάβει τη χρήση της τεχνολογίας της πληροφορίας (Fraser et al 2000).

## ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Μια ευρεία κλίμακα στρατηγικών είναι διαθέσιμη για την βελτίωση της ψυχικής υγείας και την πρόληψη ψυχικών διαταραχών. Αυτές οι στρατηγικές μπορούν επίσης να συνεισφέρουν στη μείωση άλλων προβλημάτων, όπως η εφηβική παραβατικότητα, η κακοποίηση παιδιών, η εγκατάλειψη του σχολείου και η απώλεια ημερών εργασίας λόγω ασθένειας.

Το πιο κατάλληλο σημείο για να ξεκινήσει κανείς την προαγωγή της ψυχικής υγείας εξαρτάται από τις ανάγκες και από το κοινωνικό και πολιτισμικό περιβάλλον. Τα όρια και το επίπεδο των δραστηριοτήτων μπορεί να ποικίλλουν από το τοπικό μέχρι το εθνικό επίπεδο, όπως και τα είδη των δραστηριοτήτων που αναλαμβάνονται για την δημόσια υγεία (ανάπτυξη υπηρεσιών, πολιτική, διάδοση πληροφοριών, προβολή θεμάτων στην κοινή γνώμη κλπ). Πιο κάτω δίδονται παραδείγματα παρεμβάσεων διαφόρων ειδών.

*Παρεμβάσεις που στοχεύουν σε παράγοντες οι οποίοι σχετίζονται με την εκδήλωση ή διατήρηση των ψυχικών διαταραχών.*

Η ψυχοκοινωνική και γνωστική ανάπτυξη των βρεφών και των νηπίων εξαρτάται από την αλληλεπίδρασή τους με τους γονείς τους. Τα προγράμματα που αναβαθμίζουν την ποιότητα αυτών των σχέσεων μπορούν να βελτιώσουν την συναισθηματική, κοινωνική, γνωστική και σωματική ανάπτυξη των παιδιών. Για παράδειγμα, το πρόγραμμα στις ΗΠΑ "Βήματα προς την αποτελεσματική και απολαυστική μπρότοπτα" (Steps Towards

Effective Enjoyable Parenting, STEEP) απευθύνεται σε μπτέρες με ένα παιδί και άλλους με γονεϊκά προβλήματα, ιδιαίτερα σε οικογένειες με χαμηλό εκπαιδευτικό υπόβαθρο (Erickson 1989). Υπήρχε μείωση του άγχους και της κατάθλιψης στις μπτέρες, καλύτερη οργάνωση της οικογενειακής ζωής, και δημιουργία ενός περιβάλλοντος για τα παιδιά πλουσιότερου σε ερεθίσματα.

#### *Παρεμβάσεις που στοχεύουν σε μεγάλες ομάδες πληθυσμού.*

Το 2025 θα υπάρχουν 1,2 δισεκατομμύρια άνθρωποι στον κόσμο ηλικίας άνω των 60 ετών, εκ των οποίων σχεδόν τα τρία τέταρτα στον αναπτυσσόμενο κόσμο. Εάν όμως θέλουμε να γίνανται να είναι θετική εξέλιξη, θα πρέπει να συνοδεύεται από βελτίωση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων.

#### *Παρεμβάσεις που στοχεύουν σε συγκεκριμένα περιβάλλοντα.*

Τα σχολεία έχουν αποφασιστικό ρόλο στην προετοιμασία των παιδιών για τη ζωή, αλλά πρέπει να ενθαρρύνουν περισσότερο την υγιή κοινωνική και συναισθηματική ανάπτυξή τους. Η διδασκαλία δεξιοτήτων απαραίτητων στην ζωή, όπως της επίλυσης προβλημάτων, της κριτικής σκέψης, της επικοινωνίας, των διαπροσωπικών σχέσεων, της συναισθηματικής κατανόησης των άλλων, και μεθόδων ελέγχου του συναισθήματος θα δώσει τη δυνατότητα στα παιδιά να θεμελιώσουν την ψυχική τους υγεία (Mishara & Ystgaard 2000).

Μία εκπαιδευτική πολιτική φιλική προς τα παιδιά, η οποία ενθαρρύνει την ανοχή και την ισότητα μεταξύ των φύλων, των εθνών, των εθνικών, θρησκευτικών και κοινωνικών ομάδων, προάγει ένα υγιές ψυχοκοινωνικό περιβάλλον (Who 1990). Προάγει την ενεργητική συμμετοχή και συνεργασία, αποφεύγει τη χρήση σωματικής τιμωρίας, και δεν ανέχεται την καταπίεση και τον εκφοβισμό. Βοηθάει στην δημιουργία δεσμών μεταξύ της σχολικής και οικογενειακής ζωής, ενθαρρύνει την δημιουργικότητα και τις ακαδημαϊκές επιδόσεις και προάγει την αυτοεκτίμηση και αυτοπεποίθηση των παιδιών.

### **ΕΥΑΙΣΘΗΤΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΗΣ ΓΝΩΜΗΣ**

Το κύριο εμπόδιο που πρέπει να υπερπιδοθεί στην κοινότητα είναι το στίγμα και οι συνακόλουθες διακρίσεις εναντίον των ατόμων που πάσχουν από ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές.

Η αντιμετώπιση του στίγματος και των διακρίσεων απαιτεί μια πολυεπίπεδη προσέγγιση, όπου εμπλέκεται η εκπαίδευση όλων των εργαζομένων στην υγεία, το κλείσιμο ψυχιατρικών ιδρυμάτων που συντηρούν ή ενδυναμώνουν το στίγμα, η προσφορά υπηρεσιών ψυχικής υγείας στο κοινοτικό επίπεδο, και η εφαρμογή νομοθεσίας που προστατεύει τα δικαιώματα των ψυχικά πασχόντων. Η μάχη κατά του στίγματος απαιτεί επίσης εκστρατείες ενημέρωσης και εκπαίδευσης της κοινής γνώμης, σχετικά με την φύση, την έκταση και τα επακόλουθα των ψυχικών διαταραχών, ώστε να διαλυθούν οι σχετικοί μύθοι και να ενθαρρυνθούν θετικότερες στάσεις και συμπεριφορές.

### **ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΜΜΕ**

Οι διάφορες μορφές των ΜΜΕ είναι δυνατόν να χρησιμοποιηθούν ώστε να καλλιεργηθούν θετικότερες στάσεις και συμπεριφορές της κοινότητας έναντι των ανθρώπων με ψυχικές διαταραχές. Είναι δυνατόν να αναληφθεί δράση ώστε να ελεγχθεί ή να προληφθεί η χρήση εικόνων, μηνυμάτων, ή ιστοριών στα μέσα, που δυνητικά θα είχαν αρνητικές επιπτώσεις στους πάσχοντες από ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές. Τα μέσα μπορούν επίσης να χρησιμοποιηθούν για την πληροφόρηση του κοινού, για να προκαλέσουν αλλαγή συμπεριφοράς και στάσης των ατόμων, να προπαγανδίσουν υπέρ της αλλαγής κοινωνικών, δομικών και οικονομικών παραγόντων που επηρεάζουν τις ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές. Η διαφήμιση, αν και δαπανηρή, είναι χρήσιμη για

την ευαισθητοποίηση και εξουδετέρωση των προλήψεων. Η δημοσιότητα είναι ένας σχετικά φθηνός τρόπος δημιουργίας ειδήσεων που προσελκύουν την προσοχή του κοινού, μορφοποιεί ένα πρόβλημα στην κοινή συνείδηση και οδηγεί σε στήριξη σχετικών πρωτοβουλιών. Η παρεμβολή θεμάτων για την υγεία και κοινωνικών μνημάτων στα ψυχαγωγικά μέσα βοηθάει στην αλλαγή στάσεων, πεποιθήσεων και συμπεριφορών.

Παραδείγματα εκστρατειών στα ΜΜΕ ενάντια στο στίγμα είναι το "Changing minds – every family in the land" από το Royal College of Psychiatrists στο Ηνωμένο Βασίλειο και το "Open the doors" της Πλαγκόσμιας Ψυχιατρικής Εταιρίας (δες Πλαίσιο 4.9)

Το Διαδίκτυο είναι ένα ισχυρό εργαλείο επικοινωνίας και πρόσθιασης σε πληροφορίες για την ψυχική υγεία. Χρησιμοποιείται όλο και περισσότερο ως μέσο πληροφόρησης και εκπαίδευσης σε θέματα ψυχικής υγείας ασθενών, φοιτηών, εργαζομένων στο χώρο της υγείας, ομάδων καταναλωτών, μη κυθερνητικών οργανώσεων και του πληθυσμού γενικά. Επίσης φιλοξενεί ομάδες αυτοβούθιθειας και συζήτησης και παρέχει κλινική φροντίδα. Με το Διαδίκτυο ως πηγή πληροφόρησης, η κοινότητα θα είναι πιο ενημερωμένη και, κατά συνέπεια, θα έχει μεγαλύτερες προσδοκίες από τις υπηρεσίες όσον αφορά την προσφερόμενη θεραπεία και φροντίδα. Η αρνητική πλευρά είναι ότι πρέπει να αναλύσει και να κατανοήσει κανείς έναν τεράστιο όγκο δημοσιευμάτων, η ακρίβεια των οπίων κυμαίνεται ευρύτατα (Griffiths & Christiansen 2000). Οι χρήστες του Διαδικτύου όλο και περισσότερο θα προσδοκούν να έχουν εύκολη πρόσθιαση σε θεραπείες και συμβουλές από ειδικούς στην υγεία, που θα αρχίζουν από απλές ερωτήσεις, έως πιο περίπλοκες συμβουλευτικές συνεδρίες με βίντεο ή τηλεατρική.

Είναι μεγάλη πρόκληση να χρησιμοποιηθεί αυτή η τεχνολογία προς όφελος της ψυχικής υγείας στις αναπτυσσόμενες χώρες. Αυτό απαιτεί αιχνημένη πρόσθιαση στο Διαδίκτυο (στην Αφρική των 700 εκατομμυρίων λιγότερο από 1 εκατομμύριο άνθρωποι έχουν πρόσθιαση) και παροχή πληροφοριών για την ψυχική υγεία σε πολλές γλώσσες.

### **ΧΡΗΣΗ ΚΟΙΝΟΤΙΚΩΝ ΠΟΡΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΩΘΗΣΗ ΑΛΛΑΓΩΝ**

Αν και το στίγμα και οι διακρίσεις πηγάζουν από την κοινότητα, πρέπει να αναγνωρίσουμε ότι η κοινότητα μπορεί να προσφέρει πόρους για την αντιμετώπιση των αιτιών και των αποτελεσμάτων μέσα στο περιβάλλον της. Μπορεί επίσης να προσφέρει πόρους για την βελτίωση της θεραπείας και της φροντίδας που δίδεται στους πάσχοντες από ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές.

Ο ρόλος της κοινότητας μπορεί να αρχίζει από την αυτοβούθιθα θούβιθια και να φθάνει στις ομάδες πίεσης για την προώθηση αλλαγών στην ψυχική υγεία και την διάθεση πόρων, τις εκπαιδευτικές δραστηριότητες, την συμμετοχή στον έλεγχο και την αξιολόγηση της φροντίδας, και την δραστηριοποίηση για την αλλαγή στάσεων και την καταπολέμηση του στίγματος.

Οι μη κυθερνητικές οργανώσεις είναι επίσης ένας πολύτιμος κοινοτικός πόρος για την ψυχική υγεία. Είναι συχνά πιο ευαίσθητες στην τοπική πραγματικότητα από τα προγράμματα κεντρικού σχεδιασμού και συνήθως υποστηρίζουν σθεναρά τους νεωτερισμούς και την αλλαγή.

Οι διεθνείς μη κυθερνητικές οργανώσεις βοηθούν στην ανταλλαγή εμπειριών και λειτουργούν ως ομάδες πίεσης, και σε τοπικό επίπεδο είναι υπεύθυνες για πολλά νεωτεριστικά προγράμματα και λύσεις. Παίζουν επίσης πολύ σπουδαίο ρόλο, όταν δεν υπάρχει επίσημο σύστημα ή καλώς λειτουργούν σύστημα για την ψυχική υγεία, αναπληρώνοντας τα κενά των κοινοτικών υπηρεσιών και στρατηγικών (δες Πλαίσιο 4.10).

Οι ομάδες καταναλωτών έχουν εξελιχθεί σε ισχυρή, δραστήρια και διεκδικητική δύναμη, που συχνά δεν ικανοποιείται με τις υπάρχουσες υπηρεσίες φροντίδας και θεραπείας. Αυτές οι ομάδες συνέβαλλαν αποφασιστικά στη μεταρρύθμιση της ψυχικής υγείας (WHO 1989). Είναι ανεπίσημες χαλαρές ομαδοποιήσεις, αλλά και μεγάλες οργανώσεις με

#### Πλαίσιο 4.9 Καταπολέμηση του στίγματος

Το "Ανοίχτε τις πόρτες" είναι το πρώτο παγκόσμιο πρόγραμμα ενάντια στο στίγμα και τις διακρίσεις και σχετίζεται με την σχιζοφρένεια. Οι στόχοι αυτού του προγράμματος της Παγκόσμιας Ένωσης Ψυχιατρικής Εταιρίας που άρχισε το 1999<sup>1</sup>, είναι: να αυξηθεί η γνώση και η συνειδητοποίηση της φύσης της σχιζοφρένειας και των διαθέσιμων θεραπειών, να βελτιωθεί ο τρόπος που αντιμετωπίζονται όσοι έχουν ή είχαν σχιζοφρένεια και οι οικογένειές τους, και να αναληφθούν δράσεις ώστε να παύσει το στίγμα, οι διακρίσεις, και η προκατάληψη.

Η Εταιρία έφτιαξε έναν

"βίντα προς βίντα" οδηγό για την ανάπτυξη ενός προγράμματος κατά του στίγματος, όπως και αναφορές σχετικά με την εμπειρία των χωρών που χρησιμοποίουν το πρόγραμμα. Συνέλεξε επίσης πληροφορίες από όλο τον κόσμο από άλλες προσπάθειες κατά του στίγματος. Το υλικό δοκιμάστηκε στην Αυστρία, στην Καναδά, στην Κίνα, στην Αίγυπτο, στη Γερμανία, στην Ελλάδα, στην Ινδία, στην Ιταλία και στην Ισπανία, ενώ αρχίζει να χρησιμοποιείται και αλλού. Σε κάθε χώρα δημιουργήθηκε μια ομάδα από αντιπροσώπους την κυβέρνησης και μη κυβερνητικών οργανώσεων,

δημοσιογράφους, επαγγελματίες από το χώρο της υγείας, μέλη οργανώσεων των ασθενών και των οικογενειών τους, και άλλους που δραστηριοποιούνται κατά του στίγματος και των διακρίσεων. Τα αποτελέσματα από τα προγράμματα σε διαφορετικές χώρες προστίθενται στην παγκόσμια βάση δεδομένων, ώστε οι μελλοντικές προσπάθειες να ωφελούνται από την αποκτηθείσα πείρα. Επιπλέον, η Εταιρία έφτιαξε μιαν επιτομή των πλέον πρόσφατων διαθέσιμων πληροφοριών για την διάγνωση και θεραπεία της σχιζοφρένειας και για στρατηγικές για την ενσωμάτωση των πασχόντων στην

κοινότητα.

Το στίγμα που προσάπτεται στην σχιζοφρένεια δημιουργεί έναν φαύλο κύκλο αποζένωσης και διακρίσεων, που οδηγεί σε κοινωνική απομόνωση, ανικανότητα προς εργασία, κατάχρωση του αλκοόλ ή φαρμακευτικών ουσιών, απώλεια της στέγης, ή αδικαιολόγητη ιδρυματοποίηση. Έτσι, οι πιθανότητες ανάρρωσης και ομαλής ζωής μειώνονται. Το "Ανοίχτε τις πόρτες" θα επιτρέψει στους ανθρώπους με σχιζοφρένεια να επανέλθουν στις οικογένειές τους και στο σχολείο ή την εργασία τους, και να αντιμετωπίσουν το μέλλον με ελπίδα.

<sup>1</sup> Sartorius N (1997). Fighting Schizophrenia and its stigma. A new World Psychiatric Association education programme. *British Journal of Psychiatry*, 170: 297

<sup>2</sup> Sartorius N (1998a). Stigma: what can psychiatrists do about it? *The Lancet*, 352(9133): 1058-1059.

καταστατικό και νομική κατοχύρωση. Αν και έχουν διαφορετικούς στόχους, όλες στηρίζουν την άποψη του καταναλωτή.

Οι αρχές που είναι υπεύθυνες για την λειτουργία των υπηρεσιών, είναι υπόλογες στους καταναλωτές του συστήματος. Ένα σημαντικό βίντα ώστε οι αρχές να πιέζονται από τις ευθύνες τους, είναι να συμμετέχουν οι καταναλωτές στην δημιουργία των υπηρεσιών, στον έλεγχο του επιπέδου της νοσοκομειακής περίθαλψης, και στην ανάπτυξη και εφαρμογή πολιτικών και της νομοθεσίας.

Σε πολλές αναπτυσσόμενες χώρες, οι οικογένειες παίζουν ένα ρόλο κλειδί στην φροντίδα των ψυχικά ασθενών και κατά διαφορετικούς τρόπους υποκαθιστούν την πρωτοβάθμια περίθαλψη. Το σταδιακό κλείσιμο των ψυχιατρείων σε χώρες με αναπτυγμένα συστήματα υγείας, επίσης μεταβέτει τις ευθύνες στις οικογένειες. Οι οικογένειες μπορούν να έχουν θετική ή αρνητική επίδραση, ανάλογα με την κατανόηση, γνώση, δεξιότητες και ικανότητα να φροντίσουν το μέλος τους με την ψυχική διαταραχή. Γι' αυτούς τους λόγους, μια σημαντική στρατηγική στο κοινοτικό επίπεδο είναι να βοηθηθούν οι οικογένειες ώστε να κατανοούν την ασθένεια, να ενθαρρύνουν την σταθερή λήψη της αγωγής, να αναγνωρίζουν έγκαιρα τα συμπτώματα που υποδηλώνουν υποτροπή, και να αντιμετωπίζουν άμεσα τις κρίσεις.

Αυτό θα οδηγήσει σε ταχύτερη ανάρρωση και θα μειώσει την κοινωνική και προσωπική ανικανότητα. Επισκέπτριες κοινοτικές νοσηλεύτριες και άλλοι εργαζόμενοι στην υγεία μπορούν να δώσουν σημαντική υποστήριξη, όπως και τα δίκτυα ομάδων αυτοβοήθειας και οικονομικής υποστήριξης.

Δύο σημεία είναι σκόπιμο να προσεχτούν. Πρώτον, η διάθρωση της διευρυμένης οικογένειας στις αναπτυσσόμενες χώρες, καθώς και η εσωτερική μετανάστευση προς τις

#### Πλαίσιο 4.10 Η πρωτοβουλία της Γενεύης

Η Πρωτοβουλία της Γενεύης για την Ψυχιατρική δημιουργήθηκε το 1980 για να αγωνισθεί ενάντια στην πολιτική κατάχροσης της ψυχιατρικής ως μέσου καταπίεσης. Παρά την ονομασία της, η διεθνής Πρωτοβουλία έχει βάση στην Ολλανδία.

Η All-Union Society of Psychiatrists and Neuropathologists (AUSPN) της πρώην ΕΣΣΔ αποχώρησε από την Παγκόσμια Ψυχιατρική Εταιρία (WPA) το 1983 αντιδρώντας στην πίεση των εκστρατειών της Πρωτοβουλίας, και το 1989 το συνέδριο της WPA έθεσε αυστηρές προϋποθέσεις για την επιστροφή της. Η Ρωσική Ομοσπονδία παραδέχτηκε ότι η ψυχιατρική χρησιμοποίηση για πολιτικούς σκοπούς και κάλεσε την WPA να στείλει μια ομάδα παραπρητών στην Ρωσία. Ταυτόχρονα, όλο και περισσότεροι ψυχίατροι έρχονταν σε επαφή

με την Πρωτοβουλία ζητώντας βοήθεια για την μεταρρύθμιση της φροντίδας για την ψυχική υγεία. Εν τω μεταξύ, η κατάσταση άλλαζε δραματικά: τα προηγούμενα δύο χρόνια ουσιαστικά όλοι οι πολιτικοί κρατούμενοι είχαν απελευθερωθεί από φυλακές, στρατόπεδα, εξόρια και ψυχιατρεία.

Μεταξύ του 1989 και του 1993 η Πρωτοβουλία εστίασε τη δράση της σε μερικές ανατολικευρωπαϊκές χώρες, και ιδιαίτερα την Ρουμανία και την Ουκρανία. Έγινε σαφές ότι χρειαζόταν νέα προσέγγιση στο μεταρρυθμιστικό κίνημα για την ψυχική υγεία. Αν και είχαν γίνει πολλές προσπάθειες μεταρρύθμισης σε όλη την περιοχή και πολλοί είχαν αποκτήσει τις σχετικές νέες δεξιότητες και γνώσεις που απαιτούνταν, δεν υπήρχε επαφή μεταξύ των ατόμων που είχαν εμπλακεί στην μεταρρύθμιση,

ενώ επικρατούσε και μια έλλειψη εμπιστοσύνης και αισθήματος ενόπιτας. Η πρώτη συνάντηση του Μεταρρυθμιστικού Δίκτυου στην Συμβούλιο της Τσεχοσλοβακίας το Σεπτέμβριο του 1993 με οικονομική υποστήριξη του Ιδρύματος Σόρος. Έκτοτε, έχουν λάβει χώρα πάνω από είκοσι παρόμοιες συναντήσεις του δικτύου.

Σήμερα, το Μεταρρυθμιστικό Δίκτυο αποτελείται από περίπου 500 άτομα από 29 χώρες της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης και τα πρόσφατα ανεξαρτητοποιημένα κράτη, και έχει δεσμούς με πάνω από 100 μη κυβερνητικές οργανώσεις ψυχικής υγείας. Τα μέλη του είναι ψυχίατροι, ψυχολόγοι, ψυχιατρικοί νοσηλευτές, κοινωνικοί λειτουργοί, κοινωνιολόγοι, δικηγόροι, συγγενείς ανθρώπων με ψυχικές διαταραχές,

και ένας αυξανόμενος αριθμός χρηστών των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Κυρίως μέσω του Δικτύου, η Πρωτοβουλία της Γενεύης λειτουργεί τώρα σε πάνω από 20 χώρες, όπου διαχειρίζεται περίπου 150 προγράμματα.

Η Πρωτοβουλία της Γενεύης προσπαθεί να βελτιώσει δομές, και έτσι εσπιάζει σε προγράμματα που αφορούν την αλλαγή των πολιτικών, της ιδρυματικής φροντίδας και της εκπαίδευσης. Έχει στόχο να καταπολεμήσει την αδράνεια και προσπαθεί να επιτύχει βιώσιμότητα και σταθερή χρηματοδότηση. Τον περασμένο χρόνο, στην Πρωτοβουλία απονεμήθηκε το Βραβείο της Γενεύης για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα στην Ψυχιατρική.

Περισσότερες πληροφορίες στην ιστοσελίδα <http://www.genewa-initiative.org/genewa/index.htm>

πόλεις, είναι μια πρόκληση για όσους σχεδιάζουν να χρησιμοποιήσουν την οικογένεια για την φροντίδα των αισθενών. Δεύτερο, όταν το οικογενειακό περιβάλλον δεν προσφέρεται για καλή ποιότητα φροντίδας και υποστήριξης, και μάλιστα μπορεί να είναι και βλαπτικό, η εμπλοκή της οικογένειας μπορεί να μην αποτελεί βιώσιμη λύση.

#### ΣΥΝΕΙΣΦΟΡΑ ΆΛΛΩΝ ΤΟΜΕΩΝ

Ο πόλεμος, οι συγκρούσεις, οι καταστροφές, η άναρχη αστικοποίηση και η φτώχεια δεν καθορίζουν μόνο σε σημαντικό βαθμό την ψυχική υγεία, αλλά είναι επίσης εμπόδια στην προαγωγή της θεραπείας. Για παράδειγμα, ο πόλεμος και οι συγκρούσεις μπορούν να καταστρέψουν την εθνική οικονομία και το σύστημα υγείας και πρόνοιας, και να τραυματίσουν ολόκληρους πληθυσμούς. Την φτώχεια ακολουθεί μεγαλύτερη ανάγκη υπηρεσιών υγείας, αλλά και οικονομική αδυναμία ανάπτυξης ολοκληρωμένων υπηρεσιών ψυχικής υγείας, σε εθνικό επίπεδο, όπως και αδυναμία να πληρώσει κανείς για τέτοιες υπηρεσίες προσωπικά.

Η πολιτική για την ψυχική υγεία μπορεί να αντιμετωπίσει μερικώς τα αποτελέσματα περιθαλλοντικών παραγόντων εξυπηρετώντας τις ειδικές ανάγκες ευπαθών ομάδων και χρησιμοποιώντας στρατηγικές που προλαμβάνουν τον αποκλεισμό. Άλλα επειδή πολλοί παράγοντες που συσχετίζονται με τις ψυχικές διαταραχές διατρέχουν σχεδόν όλους τους

κυθερνητικούς τομείς, το εύρος της βελτίωσης της ψυχικής υγείας καθορίζεται εν μέρει από τις πολιτικές άλλων κυθερνητικών τομέων. Με άλλα λόγια, άλλοι κυθερνητικοί τομείς ευθύνονται για μερικούς από τους παράγοντες που επηρεάζουν τις ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές και θα πρέπει να αναλάβουν την ευθύνη για μερικές από τις λύσεις που προτείνονται.

Η διατομεακή συνεργασία είναι ουσιώδης ώστε οι πολιτικές ψυχικής υγείας να ωφεληθούν από τα μεγαλύτερα κυθερνητικά προγράμματα (δες Πίνακα 4.2). Επιπλέον, ο χώρος της ψυχικής υγείας πρέπει να εισάγει τα δεδομένα του στους άλλους κυθερνητικούς τομείς, έτσι ώστε οι δραστηριότητες τους και οι πολιτικές τους να συνεισφέρουν στην ψυχική υγεία και όχι να αφαιρούν. Οι πολιτικές πρέπει να αναλύνονται ως προς τα επακόλουθα τους στην ψυχική υγεία πριν τεθούν σε εφαρμογή, και όλες οι κυθερνητικές πολιτικές θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τους τις ειδικές ανάγκες των πασχόντων από ψυχικές διαταραχές. Μερικά παραδείγματα δίδονται πιο κάτω.

## ΕΡΓΑΣΙΑ ΚΑΙ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ

Το εργασιακό περιβάλλον πρέπει να είναι απαλλαγμένο από όλων των ειδών τις διακρίσεις και από σεξουαλικές παρενοχλήσεις. Πρέπει να καθορίζονται οι αποδεκτές συνθήκες εργασίας και να παρέχονται υπηρεσίες ψυχικής υγείας, είτε αμέσως, είτε εμμέσως, μέσω προγραμμάτων στήριξης των εργαζομένων. Οι πολιτικές θα πρέπει να μεγιστοποιούν τις ευκαιρίες απασχόλησης για τον πληθυσμό συνολικά, και να προσπαθούν να διατηρήσουν τους εργαζομένους εντός του εργατικού δυναμικού, ιδίως λόγω της σχέσης μεταξύ της απώλειας της εργασίας και του αιχνέμενου κινδύνου ψυχικών διαταραχών και αυτοκτονιών. Η εργασία θα πρέπει να χρησιμοποιείται ως μπχανισμός ενσωμάτωσης των ατόμων με ψυχικές διαταραχές στην κοινότητα. Οι άνθρωποι με σοβαρές ψυχικές διαταραχές έχουν υψηλότερα ποσοστά ανεργίας από τους ανθρώπους με σωματικές αναπηρίες. Η κυθερνητική πολιτική μπορεί να συμβάλλει αποφασιστικά στην θέση πιστοποίησης της σχέσης μεταξύ φτώχειας και ψυχικής υγείας, αναμένει κανείς ότι αυτές οι μεταρρυθμίσεις θα μειώσουν τα ψυχικά προβλήματα. Όμως, οι ψυχικές διαταραχές δεν σχετίζονται μόνο με την απόλυτη φτώχεια αλλά και με την σχετική. Οι επιταγές της ψυχικής υγείας είναι σαφείς: οι ανισότητες πρέπει να μειωθούν καθώς, βάσει των πολιτικών επιλογών, θα αυξάνονται τα απόλυτα επίπεδα εισοδήματος.

## ΕΜΠΟΡΙΟ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ

Μερικές οικονομικές πολιτικές ίσως έχουν αρνητική επίπτωση στους φτωχούς, ή ίσως οδηγήσουν σε αιχνέμενα ποσοστά ψυχικών διαταραχών και αυτοκτονιών. Πολλές από τις οικονομικές μεταρρυθμίσεις που είναι σε εξέλιξη σήμερα, έχουν ως κύριο στόχο την ελάττωση της φτώχειας. Δεδομένης της σχέσης μεταξύ φτώχειας και ψυχικής υγείας, αναμένει κανείς ότι αυτές οι μεταρρυθμίσεις θα μειώσουν τα ψυχικά προβλήματα. Όμως, οι ψυχικές διαταραχές δεν σχετίζονται μόνο με την απόλυτη φτώχεια αλλά και με την σχετική. Οι επιταγές της ψυχικής υγείας είναι σαφείς: οι ανισότητες πρέπει να μειωθούν καθώς, βάσει των πολιτικών επιλογών, θα αυξάνονται τα απόλυτα επίπεδα εισοδήματος.

Μια δεύτερη πρόκληση είναι τα δυνητικά αρνητικά επακόλουθα της οικονομικής μεταρρυθμίσης στα ποσοστά ανεργίας. Σε πολλές χώρες που υφίστανται μεγάλη οικονομική αναδόμηση, στην Ουγγαρία (Kopp et al. 2000) και στην Ταϊλάνδη (Tangchararoensathien et al. 2000) για παράδειγμα, η μεταρρύθμιση έχει οδηγήσει σε μεγάλες απώλειες θέσεων εργασίας και συνακόλουθη αύξηση στα ποσοστά ψυχικών διαταραχών και αυτοκτονιών. Η οποιαδήποτε οικονομική πολιτική αναδόμησης πρέπει να αξιολογείται και ως προς την επίδραση που θα έχει στα ποσοστά ανεργίας. Εάν είναι πιθανό να επιφέρουν αρνητικά αποτελέσματα, οι πολιτικές αυτές θα πρέπει να αναθεωρούνται, ή να υιοθετούνται στρατηγικές που θα ελαχιστοποιούν τον αρνητικό αντίκτυπο.

**Πίνακας 4.2 Διατομεακή συνεργασία για την ψυχική υγεία**

Κυβερνητικός τομέας	Ευκαιρίες για την βελτίωση της ψυχικής υγείας
Εργασία και απασχόληση	<ul style="list-style-type: none"> <li>Δημιουργία θετικού εργασιακού περιβάλλοντος, χωρίς διακρίσεις, με παραδεκτές συνθήκες εργασίας και προγράμματα στήριξης του εργαζομένου</li> <li>Ενσωμάτωση ατόμων με σοβαρές ψυχικές ασθένειες στην εργατική δύναμη</li> <li>Υιοθέτηση πολιτικών που ενθαρρύνουν υψηλά επίπεδα απασχόλησης, διατήρηση των ανθρώπων στην εργασία, Βοήθεια στους ανέργους</li> </ul>
Οικονομία	<ul style="list-style-type: none"> <li>Υιοθέτηση πολιτικών οικονομικής μεταρρύθμισης που μειώνει την σχετική, όπως και απόλυτη φτώχεια</li> <li>Ανάλυση και διόρθωση δυνητικά αρνητικών επιπτώσεων της οικονομικής μεταρρύθμισης στα ποσοστά ανεργίας</li> </ul>
Εκπαίδευση	<ul style="list-style-type: none"> <li>Εφαρμογή πολιτικών πρόληψης διακοπής του σχολείου πριν την συμπλήρωση της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης</li> <li>Εισαγωγή πολιτικών κατά των διακρίσεων στα σχολεία</li> <li>Ενσωμάτωση στη διδασκαλία δεξιοτήτων επιβίωσης, ώστε να διασφαλιστούν σχολεία φιλικά προς τα παιδιά</li> <li>Εξυπηρέτηση αναγκών των παιδιών με ειδικές ανάγκες π.χ. με μαθησιακές δυσκολίες</li> </ul>
Στέγαση	<ul style="list-style-type: none"> <li>Προτεραιότητα στους ανθρώπους με ψυχικές διαταραχές</li> <li>Ίδρυση στεγαστικών υπηρεσιών (π.χ. ενδιάμεση διαμονή, πριν δηλαδή να είναι έτοιμοι να επιστρέψουν στην κοινότητα)</li> <li>Πρόληψη διακρίσεων ως προς τον τόπο διαμονής</li> <li>Πρόληψη γεωγραφικού διαχωρισμού</li> </ul>
Υπηρεσίες κοινωνικής πρόνοιας	<ul style="list-style-type: none"> <li>Άναγνώριση ότι η ψυχική ασθένεια είναι λόγος προτεραιότητας για την απόδοση παροχών</li> <li>Παροχές που αποδίδονται στην οικογένεια εφόσον αυτή κυρίως φροντίζει τον πάσχοντα</li> <li>Εκπαίδευση του προσωπικού των υπηρεσιών κοινωνικής πρόνοιας</li> </ul>
Σωφρονιστικό Σύστημα	<ul style="list-style-type: none"> <li>Πρόληψη αδικαιολόγητης φυλάκισης ατόμων με ψυχικές διαταραχές</li> <li>Δυνατότητα θεραπείας ψυχικών και συμπεριφορικών διαταραχών μέσα στις φυλακές</li> <li>Μείωση των επιπτώσεων της φυλάκισης στην ψυχική υγεία</li> <li>Εκπαίδευση προσωπικού σε όλο το σωφρονιστικό σύστημα</li> </ul>

## ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

Ένας σημαντικός προσδιοριστικός παράγοντας της ψυχικής υγείας είναι η εκπαίδευση. Ενώ οι προσπάθειες σύμφερα εστιάζονται στο να αυξηθεί ο αριθμός των παιδιών που τελειώνουν την πρωτοβάθμια εκπαίδευση, κινδυνεύουν περισσότερο όσοι δεν έχουν τελειώσει την δευτεροβάθμια εκπαίδευση (10-12 έτη σπουδών) (Patel 2001). Επομένως, οι στρατηγικές για την παιδεία πρέπει να προλαμβάνουν την διακοπή των σπουδών πριν την συμπλήρωση της φοίτησης στην δευτεροβάθμια εκπαίδευση. Πρέπει επίσης να προσεχτεί η καταλληλότητα του ειδούς μόρφωσης που προσφέρεται, η απουσία διακρίσεων στα σχολεία, και οι ειδικές ανάγκες ορισμένων ομάδων, για παράδειγμα των παιδιών με μαθησιακές δυσκολίες.

## ΣΤΕΓΑΣΗ

Η στεγαστική πολιτική μπορεί να στηρίξει την πολιτική για την ψυχική υγεία διδούντας προτεραιότητα στους ψυχικά αισθενείς στα κρατικά στεγαστικά προγράμματα, προσφέροντας επιδοτούμενα στεγαστικά προγράμματα, όπου είναι δυνατόν, εξουσιοδοτώντας τις τοπικές αρχές να δημιουργήσουν ένα φάσμα στεγαστικών εγκαταστάσεων όπως τα σπίτια ενδιάμεσης διαμονής και τα υποστηριζόμενα σπίτια μακράς διαμονής. Και το πλέον σημαντικό, η στεγαστική νομοθεσία πρέπει να προβλέπει την αποφυγή γεωγραφικού διαχωρισμού των ψυχικά πασχόντων. Αυτό απαιτεί νομοθετικές ρυθμίσεις που αποτρέπουν τις διακρίσεις στην εγκατάσταση και απόδοσης των κατοικιών στους δικαιούχους, όπως και ύπαρξη υπηρεσιών υγείας για άτομα με ψυχικές διαταραχές.

## ΑΛΛΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

Το είδος, η έκταση και η ποικιλία των άλλων κοινωνικών υπηρεσιών διαφέρει από χώρα σε χώρα, αλλά και μέσα σε μια χώρα, και εν μέρει εξαρτάται από το εισοδηματικό επίπεδο και το πώς η κοινότητα γενικά αντιμετωπίζει την ομάδα που χρειάζεται βοήθεια. Οι πολιτικές για τα επιδόματα της κοινωνικής πρόνοιας και τις υπηρεσίες θα πρέπει να ενσωματώνουν έναν αριθμό στρατηγικών. Πρώτον, η αναπτυρία λόγω ψυχικής νόσου πρέπει να είναι ένας από τους παράγοντες που συνυπολογίζεται όταν τίθενται προτεραιότητες μεταξύ των ομάδων που λαμβάνουν τα επιδόματα και τις υπηρεσίες. Δεύτερον, υπό ορισμένες συνθήκες, τα επιδόματα θα πρέπει να διατίθενται και στις οικογένειες που φοντίζουν τα πάσχοντα μέλη τους. Τρίτον, το προσωπικό που εργάζεται στις ποικίλες κοινωνικές υπηρεσίες θα πρέπει να έχει γνώσεις και δεξιότητες, ώστε να αναγνωρίζει και να θονθά ανθρώπους με ψυχικές διαταραχές κατά την καθημερινή του εργασία. Συγκεκριμένα, θα πρέπει να μπορούν να κρίνουν πότε και πώς να παραπέμπουν τις σοβαρότερες καταστάσεις σε ειδικευμένες υπηρεσίες. Τέταρτον, οι υπηρεσίες πρέπει να κινητοποιούνται ώστε να προσφέρουν σε ομάδες που ίσως πληγούν από την εφαρμογή κάποιας οικονομικής πολιτικής.

## ΣΟΦΡΟΝΙΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Οι άνθρωποι με ψυχικές διαταραχές έρχονται συχνά σε επαφή με το σωφρονιστικό σύστημα. Γενικά, υπάρχει στην φυλακή σχετικά μεγαλύτερο ποσοστό ανθρώπων με ψυχικές διαταραχές και ανθρώπων που ανήκουν σε ευπαθείς ομάδες. Αυτό συμβαίνει διότι δεν υπάρχουν οι κατάλληλες υπηρεσίες ή διότι η συμπεριφορά τους κρίνεται παραβατική, ή λόγω άλλων παραγόντων, όπως έγκλημα που σχετίζεται με τα ναρκωτικά ή οδήγηση υπό την επήρεια οινοπνεύματος. Πρέπει να υπάρχουν πολιτικές που αποτρέπουν την άσκοπη φυλάκιση των ψυχικά πασχόντων και να διευκολύνουν την παραπομπή τους σε θεραπευτικά κέντρα. Επιπλέον, πρέπει να υπάρχει πάντα δυνατότητα προσφοράς θεραπείας και φροντίδας μέσα στις φυλακές για τους ψυχικά αισθενείς, ακόμα και όταν η φυλάκιση έχει

γίνει ορθώς. Τα διεθνή πρότυπα για την θεραπεία κρατουμένων έχουν τεθεί στο Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners, το οποίο προβλέπει ότι θα προσφέρει υπηρεσίες σε κάθε φυλακή τουλάχιστον ένας ιατρός "ο οποίος πρέπει να έχει κάποιες γνώσεις ψυχιατρικής" (υιοθετήθηκε στο Πρώτο Συνέδριο των Ηνωμένων Εθνών για την Πρόληψη του Εγκλήματος και την Μεταχείριση των Κρατουμένων το 1955 και εγκρίθηκε από το Οικονομικό και Κοινωνικό Συμβούλιο το 1957 και το 1977).

Η πολιτική που αφορά την φυλάκιση ευπαθών ομάδων χρειάζεται να εξεταστεί σε σχέση με τον αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονιών. Επίσης, πρέπει να υπάρχει μια στρατηγική εκπαίδευσης του προσωπικού στο δικαστικό σύστημα για την θελτιώση της γνώσης και των δεξιοτήτων του, ώστε να μπορεί να χειρίστε τις ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές.

## ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Αν και η γνώση για τις ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές έχει αυξηθεί με την πάροδο του χρόνου, παραμένουν ακόμα πολλές άγνωστες μεταβλητές που συμμετέχουν στην εκδήλωση και πορεία των ψυχικών νόσων και στην αποτελεσματική θεραπεία τους. Οι συμμαχίες μεταξύ υπηρεσιών δημόσιας υγείας και ερευνητικών ιδρυμάτων σε διάφορες χώρες, θα διευκολύνει την παραγωγή γνώσης, η οποία θα θελτιώσει την κατανόηση της επιδημιολογίας των ψυχικών διαταραχών, την αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα των θεραπειών, των υπηρεσιών και των πολιτικών.

## ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΡΕΥΝΕΣ

Τα επιδημιολογικά δεδομένα είναι ουσιώδη για να τεθούν προτεραιότητες στην υγεία και στην ψυχική υγεία, και να σχεδιαστούν και αξιολογηθούν παρεμβάσεις στην δημόσια υγεία. Εντούτοις, υπάρχουν σχετικά λίγα δεδομένα για τον επιπολασμό και την επιβάρυνση που προκαλείται στην υγεία από τις μείζονες ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές σε όλες τις χώρες, αλλά ιδιαίτερα στις αναπτυσσόμενες. Επίσης, λείπουν μακροχρόνιες προοπτικές μελέτες της πορείας των ψυχικών διαταραχών και της σχέσης τους με ψυχοκοινωνικούς, γενετικούς, οικονομικούς και άλλους περιβαλλοντικούς παράγοντες. Η επιδημιολογία, μεταξύ άλλων, είναι σημαντικό εργαλείο για την στήριξη πολιτικών που πρέπει να εφαρμοστούν, αλλά δυστυχώς πολλές χώρες δεν έχουν δεδομένα ώστε να στηρίζουν πολιτικές για την ψυχική υγεία.

## ΕΡΕΥΝΕΣ ΤΗΣ ΤΕΛΙΚΗΣ ΕΚΒΑΣΗΣ ΤΩΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΩΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η επιβάρυνση που προκαλείται στην υγεία από τις ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές θα ελαττωθεί μόνο εάν αναπτυχθούν και διαδοθούν αποτελεσματικές παρεμβάσεις. Χρειάζεται έρευνα για την ανάπτυξη πιο αποτελεσματικών φαρμάκων, τα οποία να έχουν ειδική δράση και λιγότερες παρενέργειες, για πιο αποτελεσματικές ψυχολογικές και συμπεριφορικές θεραπείες, και για πιο αποτελεσματικά προγράμματα πρόληψης και προαγωγής. Επίσης, χρειάζεται έρευνα ως προς την σχέση κόστους – αποτελεσματικότητας. Απαιτείται περισσότερη γνώση, ώστε να κατανοθεί ποια θεραπεία, μόνη της ή σε συνδυασμό, έχει τα καλύτερα αποτελέσματα και για ποιόν. Η συμμόρφωση σε προγράμματα θεραπείας, πρόληψης και πολιτικής επιπρέαζουν άμεσα τα αποτελέσματα, και επομένως χρειάζεται έρευνα ώστε να κατανοθούν οι παράγοντες που την επιπρέαζουν. Αυτό σημαίνει διερεύνηση των παραγόντων που σχετίζονται με: τις πεποιθήσεις, στάσεις και συμπεριφορές ασθενών και φροντιστών, την ίδια την συμπεριφορική διαταραχή, την περιπλοκή του θεραπευτικού σχήματος, το σύστημα παροχής υπηρεσιών, συμπεριλαμβανομένης της πρόσθιασης και των οικονομικών παραμέτρων της θεραπείας, και με μερικούς καθοριστικούς παράγοντες της καλής ή κακής ψυχικής υγείας, όπως είναι η φτώχεια.

Παραμένει ένα κενό γνώσεων που φορά την δραστικότητα και την αποτελεσματικότητα ενός φάσματος φαρμακολογικών, ψυχολογικών και ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων. Ενώ η έρευνα της δραστικότητας (efficacy) αφορά την διερεύνηση του αποτελέσματος μια παρέμβασης υπό αυστηρά ελεγχόμενες πειραματικές συνθήκες, η έρευνα της αποτελεσματικότητας (effectiveness) διερευνά τα αποτελέσματα παρεμβάσεων σε χώρους ή συνθήκες όπου η παρέμβαση θα εφαρμοστεί τελικά.

Όπου υπάρχει μια δεδομένη βάση γνώσεων ως προς την δραστικότητα των θεραπειών, όπως στην περίπτωση μερικών ψυχοτρόπων φαρμάκων, χρειάζεται μια μετατόπιση της έμφασης προς την έρευνα της αποτελεσματικότητας. Επιπλέον, υπάρχει επείγουσα ανάγκη διεξαγωγής έρευνών, εφαρμογής ή διάδοσης ώστε να εντοπιστούν οι παράγοντες που ενδεχομένως προάγουν και διευρύνουν την εφαρμογή παρεμβάσεων στην κοινότητα.

### ΕΡΕΥΝΑ ΓΙΑ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

Τα συστήματα ψυχικής υγείας υφίστανται μεγάλες μεταρρυθμίσεις σε πολλές χώρες, συμπεριλαμβανομένης της αποϊδρυματοποίησης, της ανάπτυξης υπηρεσιών στο κοινωνικό επίπεδο, και της ενσωμάτωσης στο γενικό σύστημα υγείας. Είναι ενδιαφέρον ότι αυτές οι μεταρρυθμίσεις ξεκίνησαν για ιδεολογικούς λόγους, λόγω της ανάπτυξης νέων φαρμακολογικών και ψυχοθεραπευτικών μοντέλων θεραπείας και λόγω της πεποίθησης ότι οι εναλλακτικές μορφές κοινωνικής θεραπείας θα ήταν πιο οικονομικές. Ευτυχώς υπάρχουν σήμερα αρκετά συσσωρευμένα στοιχεία, που πρέχονται από έναν αριθμό ελεγχόμενων μελετών, τα οποία δείχνουν την αποτελεσματικότητα αυτών των στόχων της πολιτικής. Όμως, περισσότερη έρευνα μέχρι σήμερα έχει γίνει σε ανεπιγμένες χώρες και είναι αμφισθητόσιμο εάν τα αποτελέσματα αφορούν και τις αναπτυσσόμενες χώρες. Επομένως χρειάζεται έρευνα για την καθοδήγηση της μεταρρύθμισης στις αναπτυσσόμενες χώρες.

Δεδομένης της κρίσιμης σημασίας των ανθρωπίνων πόρων στην παροχή θεραπειών και υπηρεσιών, η έρευνα πρέπει να εξετάσει τις εκπαιδευτικές ανάγκες όσων παρέχουν φροντίδα στο χώρο της ψυχικής υγείας. Ιδιαίτερα, υπάρχει ανάγκη ελεγχόμενης έρευνας σχετικά με την μακροπρόθεσμη έκβαση των εκπαιδευτικών στρατηγικών, και την διαφορετική αποτελεσματικότητα εκπαιδευτικών στρατηγικών για διαφορετικούς φροντιστές οι οποίοι εργάζονται σε διαφορετικά επίπεδα του συστήματος υγείας.

Χρειάζεται επίσης έρευνα ώστε να κατανοθεί καλύτερα ο σημαντικός ρόλος του ανεπίσημου τομέα και του εάν και πώς η εμπλοκή των παραδοσιακών θεραπευτών βοηθά ή εμποδίζει τις θεραπείες. Για παράδειγμα, πώς μπορεί το προσωπικό της πρωτοβάθμιας περίθαλψης να συνεργαστεί καλύτερα με τους παραδοσιακούς θεραπευτές, ώστε να βελτιωθεί η πρόσθαση, αναγνώριση και επιτυχημένη θεραπεία των ατόμων που πάσχουν από ψυχικές και συμπειριφορικές διαταραχές. Περισσότερη έρευνα απαιτείται ώστε να κατανοθούν καλύτερα τα αποτελέσματα διαφόρων ειδών πολιτικών αποφάσεων σχετικά με την πρόσθαση, την ισότιμη αντιμετώπιση και την θεραπευτική αποτελεσματικότητα, τόσο συνολικά όσο και ειδικότερα για τις πιο μειονεκτούσες ομάδες. Παραδείγματα ερευνητικών πεδίων είναι: το είδος των συμβολαίων μεταξύ αγοραστών και προμηθευτών που θα οδηγούσε σε καλύτερη παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας και καλύτερα αποτελέσματα, η επίπτωση διαφορετικών μεθόδων αποζημίωσης των προμηθευτών στην πρόσθαση και στην χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας, και η επίπτωση ενσωμάτωσης των προϋπολογισμών της ψυχικής υγείας στα συστήματα χρηματοδότησης της γενικής υγείας.

### ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

Οι οικονομικές αξιολογήσεις των στρατηγικών θεραπειών, πρόληψης και προαγωγής θα δώσουν χρήσιμες πληροφορίες ώστε να στηριχθεί ένας σωστός σχεδιασμός και επιλογή παρεμβάσεων. Αν και έχουν γίνει μερικές οικονομικές αξιολογήσεις παρεμβάσεων

για ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές (π.χ. στην σχιζοφρένεια, στις καταθλιπτικές διαταραχές και στην άνοια), οι οικονομικές αξιολογήσεις των παρεμβάσεων είναι σε γενικές γραμμές λιγοστές. Η συντριπτική πλειονότητά τους προέρχεται από τις ανεπιγμένες χώρες και πάλι.

Σε όλες τις χώρες υπάρχει ανάγκη περισσότερης έρευνας για το κόστος των ψυχικών νόσων και για οικονομικές αξιολογήσεις προγραμμάτων θεραπείας, πρόληψης και προσγωγής.

#### **ΕΡΕΥΝΑ ΣΤΙΣ ΑΝΑΠΤΥΞΟΜΕΝΕΣ ΧΩΡΕΣ ΚΑΙ ΔΙΑΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΕΣ ΣΥΓΚΡΙΣΕΙΣ**

Σε πολλές αναπτυσσόμενες χώρες υπάρχει αξιοσημείωτη έλλειψη έρευνας για την επιδημιολογία των ψυχικών νόσων, τις υπηρεσίες, τη θεραπεία, την πρόληψη και την πολιτική. Χωρίς τέτοια έρευνα, δεν υπάρχει θεμελιωμένη βάση για την στήριξη πολιτικών, σχεδιασμού και παρέμβασης (Sartorius 1988b, Okasha & Karam 1998).

Παρά τις πολλές ομοιότητες των ψυχικών προβλημάτων και υπηρεσιών στις διάφορες χώρες, το πολιτισμικό υπόβαθρο διαφέρει σημαντικά. Ακριβώς όπως τα προγράμματα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη το πολιτισμικό περιβάλλον, το ίδιο πρέπει να γίνεται και στην έρευνα. Τα ερευνητικά εργαλεία και μέθοδοι δεν πρέπει να εισάγονται σε μια χώρα από άλλη χωρίς προσεκτική ανάλυση της επιδρασης και του αποτελέσματος των πολιτισμικών παραγόντων στην αξιοπιστία και εγκυρότητα τους.

Ο ΠΟΥ έχει αναπτύξει έναν αριθμό εργαλείων και μεθόδων για χρήση σε διαπολιτισμικές έρευνες όπως το Present State Examination (PSE), το Schedule for Comprehensive Assessment in Neuropsychiatry (SCAN), το Composite International Diagnostic Interview (CIDI), το Self Reporting Questionnaire (SRQ), το International Personality Diagnostic Examination (IPDE), τα Diagnostic Criteria for Research (ICD-10DCR), το World Health Organization Quality of Life Instrument (WHOQOL) και το World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS). Αυτά, και άλλα επιστημονικά εργαλεία χρειάζεται να αναπτυχθούν περαιτέρω ώστε να είναι δυνατές έγκυρες διεθνείς συγκρίσεις που θα βοηθήσουν στην κατανόηση των ομοιοτήτων και των διαφορών στη φύση των ψυχικών διαταραχών και τον χειρισμό τους σε διαφορετικούς πολιτισμούς.

Ένα μάθημα των τελευταίων 50 ετών είναι ότι στην αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών δεν εμπλέκεται μόνο η δημόσια υγεία, αλλά επίσης η επιστήμη και η πολιτική. Οι που προρεί να επιτευχθεί από καλές πολιτικές στη δημόσια υγεία και από την επιστήμη, μπορεί να καταστραφεί από την πολιτική. Έστω και αν το πολιτικό περιβάλλον στηρίζει την ψυχική υγεία, η επιστήμη συνεχίζει να χρειάζεται για την προώθηση της γνώσης των σύνθετων αιτιών των ψυχικών διαταραχών και για τη βελτίωση της θεραπείας τους.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

# Μεγαντικές δράσεις

Οι κυθερνήσεις έχουν ευθύνη να δώσουν προτεραιότητα στην ψυχική υγεία. Επιπλέον, για πολλές χώρες είναι βασικής σημασίας η διεθνής υποστήριξη, ώστε να εφαρμόσουν προγράμματα ψυχικής υγείας. Οι δράσεις που θα πρέπει να αναληφθούν σε κάθε χώρα εξαρτώνται από τους διαθέσιμους πόρους και την τρέχουσα κατάσταση της ψυχιατρικής φροντίδας. Σε γενικές γραμμές, η έκθεση συστίνει: 1) η θεραπεία των ψυχικών διαταραχών να γίνεται στο επίπεδο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, 2) τα ψυχοτρόπα φάρμακα να είναι διαθέσιμα σε όλους, 3) τα μεγάλα ψυχιατρικά άσυλα να αντικατασταθούν από κατάλληλα αναπτυγμένες κοινωνικές δομές με διαθέσιμες κλίνες σε ψυχιατρικές κλινικές γενικών νοσοκομείων καθώς και υποστήριξη των ασθενών κατ' οίκον, 4) έναρξη ενημερωτικών εκστρατειών ενάντια στο στήγμα και τον αποκλεισμό, 5) οι κοινότητες, οι οικογένειες και οι χρήστες των υπηρεσιών να εμπλακούν στις διαδικασίες λήψης αποφάσεων για τις ακολουθητέες πολιτικές και τις υπηρεσίες, 6) να υπάρξουν σε εθνικό επίπεδο πολιτικές, προγράμματα και νομοθεσία, 7) να εκπαιδεύονται κατάλληλα οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας, 8) να συνδεθεί η ψυχική υγεία με άλλους κοινωνικούς τομείς, 9) έλεγχος και καταγραφή της ψυχικής υγείας, και 10) υποστήριξη της έρευνας.



## 5

# ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΕΣ ΔΡΑΣΕΙΣ

## ΠΑΡΟΧΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΩΝ ΛΥΣΕΩΝ

*Α*υτή η έκθεση έδειξε ότι υπάρχουν σημαντικές πρόοδοι στην κατανόηση της ψυχικής υγείας και την αδιαχώριστη σχέση της με την σωματική υγεία. Αυτή η νέα αντίληψη κάνει την προσέγγιση της ψυχικής υγείας από τη σκοπιά της δημόσιας υγείας όχι μόνο επιβυμπτή αλλά και εφικτή.

Αυτή η έκθεση περιέγραψε επίσης το μέγεθος και την επιβάρυνση που προκαλούν στην υγεία οι ψυχικές διαταραχές, αποδεικνύοντας πως είναι συνήθεις – επηρεάζουν τουλάχιστον ένα τέταρτο όλων των ανθρώπων κάποια στιγμή στη ζωή τους- και επικρατούν σε όλες τις κοινωνίες. Ιδιαίτερα, έδειξε ότι οι ψυχικές διαταραχές είναι ακόμα συχνότερες μεταξύ των φτωχών, των πλικιωμένων, όσων υπέστησαν συγκρούσεις και καταστροφές, και των πασχόντων από άλλες σωματικές ασθένειες. Η επιβάρυνση των ανθρώπων αυτών, και των οικογενειών τους, με όρους ανθρώπινου πόνου, αναπηρίας και οικονομικού κόστους, είναι τεράστιο.

Υπάρχουν αποτελεσματικές λύσεις για τις ψυχικές διαταραχές. Οι πρόοδοι στην ιατρική και ψυχοκοινωνική αντιμετώπιση σημαίνουν ότι τα περισσότερα άτομα και οικογένειες μπορούν να βοηθηθούν. Μερικές ψυχικές διαταραχές μπορούν να προληφθούν, και στις περισσότερες μπορεί να προσφερθεί αποτελεσματική θεραπεία. Μια φωτισμένη νομοθεσία και ενημερωμένη πολιτική για την υγεία – που υποστηρίζεται από εκπαιδευμένο προσωπικό και επαρκή και συνεχή χρηματοδότηση- μπορούν να βοηθήσουν ώστε να προσφερθούν οι κατάλληλες υπηρεσίες στους έχοντες ανάγκη, σε όλα τα επίπεδα φροντίδας για την υγεία.

Μερικές μόνο χώρες διαθέτουν επαρκείς πόρους για την ψυχική υγεία. Αρκετές δεν διαθέτουν σχεδόν καθόλου. Οι ήδη μεγάλες ανισότητες μεταξύ χωρών, αλλά και εντός αυτών, όσον αφορά την εν γένει περιθαλψη, είναι ακόμα μεγαλύτερες στην ψυχική υγεία. Οι αστικοί πληθυσμοί, και ιδιαίτερα οι πλούσιοι, έχουν την καλύτερη πρόσθαση, ενώ τεράστιοι πληθυσμοί δεν έχουν πρόσθαση ούτε σε στοιχειώδεις υπηρεσίες. Και η παρθίαση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών είναι συνηθέστατη.

Υπάρχει ξεκάθαρα η ανάγκη να ληφθούν πρωτοβουλίες σε παγκόσμιο και εθνικό επίπεδο, ώστε να αντιμετωπιστούν αυτά τα ζητήματα.

Οι συστάσεις για δράση που περιλαμβάνονται εδώ βασίζονται σε δύο επίπεδα. Το πρώτο είναι η συσσωρευμένη εμπειρία της ανάπτυξης της φροντίδας για την ψυχική υγεία σε πολλές χώρες με διάφορα επίπεδα χρηματοδότησης. Μέρος αυτής της εμπειρίας εκτεθηκε νωρίτερα στα κεφάλαια 3 και 4, και συμπεριλαμβάνει επιτυχείς και μη πρωτοβουλίες, πολλές με την υποστήριξη του ΠΟΥ, σε πολλά και διάφορα μέρη.

Το δεύτερο επίπεδο, στο οποίο βασίζονται οι συστάσεις, είναι η διαθέσιμη επιστημονική έρευνα στη διεθνή και εθνική βιβλιογραφία. Αν και η έρευνα για την προσφορά των υπό ανάπτυξη υπηρεσιών ψυχικής υγείας είναι σε νηπιακό στάδιο, υπάρχουν κάποια αρχικά στοιχεία σχετικά με τα πλεονεκτήματα ανάπτυξης προγραμμάτων ψυχικής υγείας. Οι περισσότερες από τις διαθέσιμες έρευνες είναι από χώρες υψηλού εισοδήματος, αν και μερικές μελέτες έχουν γίνει και σε χώρες χαμηλού εισοδήματος τα τελευταία χρόνια.

Οι δράσεις είναι δυνατόν να ωφελήσουν σε πολλά επίπεδα. Συμπεριλαμβάνονται τα άμεσα οφέλη από την ανακούφιση των συμπτωμάτων των ψυχικών διαταραχών, η ελάττωση της συνολικής επιβάρυνσης αυτών των νόσων με τη μείωση της θνησιμότητας ( πχ

των αυτοκτονιών) και της αναπηρίας, και η βελτίωση της λειτουργικότητας και της ποιότητας ζωής των πασχόντων και των οικογενειών τους. Υπάρχει ακόμη η δυνατότητα οικονομικού οφέλους (από τη βελτίωση της παραγωγικότητας) από την έγκαιρη παροχή υπηρεσιών, αν και τα σχετικά στοιχεία είναι ακόμα λιγοστά.

Οι χώρες έχουν ευθύνη να δώσουν προτεραιότητα στην ψυχική υγεία μέσα στο γενικότερο σχεδιασμό τους για την υγεία, και να εφαρμόσουν τις συστάσεις που γίνονται παρακάτω. Επιπλέον, πρέπει να υπάρξει διεθνής υποστήριξη σε πολλές χώρες ώστε να εφαρμόσουν προγράμματα ψυχικής υγείας. Αυτή η υποστήριξη θα πρέπει να συμπεριλαμβάνει τόσο τεχνική υποστήριξη, όσο και χρηματοδότηση.

## ΓΕΝΙΚΕΣ ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ

Οι δέκα προτάσεις για δράση έχουν ως εξής:

### 1. ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ (Π.Φ.Υ.)

Η αντιμετώπιση και η θεραπεία ψυχικών διαταραχών στην πρωτοβάθμια περίθαλψη είναι ένα βασικό θήμα, το οποίο δίνει την ευκαιρία στον μεγαλύτερο δυνατό αριθμό ατόμων να έχουν ευκολότερη και ταχύτερη πρόσθιαση στις υπηρεσίες – πρέπει να αναγνωρισθεί ότι πολλοί ήδη ζητούν θορύβεια σε αυτό το επίπεδο. Αυτό όχι μόνο προσφέρει καλύτερη φροντίδα αλλά περιορίζει τόσο την σπατάλη από περιττές εξετάσεις όσο και τις ακατάλληλες και μη εξειδικευμένες θεραπείες. Για να συμβεί αυτό όμως, οι επαγγελματίες της Π.Φ.Υ. πρέπει να εκπαιδευτούν στις βασικές δεξιότητες της φροντίδας της ψυχικής υγείας στο επίπεδο αυτό. Αυτή η εκπαίδευση διασφαλίζει την άριστη χρήση της διαθέσιμης γνώσης για το μέγιστο δυνατό αριθμό ατόμων έτσι ώστε να είναι δυνατή η άμεση εφαρμογή παρεμβάσεων. Επομένως η ψυχική υγεία θα πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στα εκπαιδευτικά προγράμματα της Π.Φ.Υ. και να υπάρχει επιμόρφωση, ώστε να βελτιώνεται η αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών από τις υπηρεσίες της πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

### 2. ΔΙΑΘΕΣΙΜΟΤΗΤΑ ΨΥΧΟΤΡΟΠΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Τα βασικά ψυχοτρόπα φάρμακα πρέπει να διατίθενται πάντα σε όλα τα επίπεδα της υγειονομικής περίθαλψης. Αυτά τα φάρμακα θα πρέπει να συμπεριλαμβάνονται στην βασική λίστα φαρμάκων κάθε χώρας και, κατά το δυνατόν, να διατίθενται τα καλύτερα φάρμακα κατά περίπτωση. Σε ορισμένες χώρες αυτό μπορεί να απαιτεί αλλαγή στη νομοθεσία τους. Αυτά τα φάρμακα αμβλύνουν τα συμπτώματα, μειώνουν την ανικανότητα, επιταχύνουν την αποθεραπεία, και προλαμβάνουν τις υποτροπές. Δίνουν τη δυνατότητα μιας αρκικής αντιμετώπισης, ιδιαίτερα σε καταστάσεις όπου δεν είναι δυνατές ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις και δεν υπάρχει εξειδικευμένο ιατρικό προσωπικό.

### 3. ΠΑΡΟΧΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΜΕΣΑ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ

Η περίθαλψη στην κοινότητα έχει καλύτερα αποτελέσματα από αυτήν που προσφέρεται στα ιδρύματα, τόσο στην έκβαση όσο και στην ποιότητα ζωής των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Η μετατόπιση του κέντρου βάρους της φροντίδας των ασθενών από τα ψυχιατρεία στην κοινότητα είναι οικονομικά συμφέρουσα και σέβεται τα ανθρώπινα δικαιώματα. Συνεπώς, οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας θα πρέπει να παρέχονται μέσα στην κοινότητα και να κάνουν χρήση όλων των διαθέσιμων πόρων. Υπηρεσίες με τέτοια βάση δίνουν τη δυνατότητα έγκαιρης παρέμβασης και περιορίζουν το στιγματισμό των ασθενών. Τα μεγάλα ψυχιατρικά άσυλα θα πρέπει να αντικατασταθούν από κατάλληλες δομές στην κοινότητα, που υποστηρίζονται από ψυχιατρικά τμήματα στα γενικά νοσοκομεία,

και από υπηρεσίες κατ' οίκον φροντίδας. Οι νέες αυτές δομές θα πρέπει να εξυπηρετούν τις ανάγκες όλων των πρών χρόνιων αισθενών που διέμεναν στα μεγάλα ψυχιατρικά νοσοκομεία. Οι αλλαγές αυτές απαιτούν και ανάλογη μετακίνηση των εργαζομένων στον τομέα της ψυχικής υγείας και των υπηρεσιών αποκατάστασης από τα ιδρύματα στην κοινότητα. Θα πρέπει επίσης να υπάρξει πρόνοια για την παρέμβαση σε κρίσεις, και την προστατευμένη στέγαση και απασχόληση.

#### 4. ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΥ

Πρέπει να αρχίσουν εκστρατείες ενημέρωσης και εκπαίδευσης για θέματα ψυχικής υγείας. Ο κύριος στόχος είναι να διευκολυνθεί η φροντίδα και η θεραπεία, αφού το κοινό θα γνωρίζει περισσότερα για τη συχνότητα των ψυχικών διαταραχών, τις θεραπευτικές δυνατότητες, την διαδικασία ανάρρωσης και τα ανθρώπινα δικαιώματα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Γιά να μπορεί ο γενικός πληθυσμός, οι επαγγελματίες του χώρου, τα ΜΜΕ και οι πολιτικοί να ανταποκρίνονται σωστά στα θέματα ψυχικής υγείας, θα πρέπει να γνωρίζουν τις εναλλακτικές λύσεις που υπάρχουν και τα πλεονεκτήματά τους. Αυτό είναι ήδη προτεραιότητα σε μερικές χώρες και οργανισμούς, διεθνείς ή εθνικούς. Η ορθά σχεδιασμένη ενημέρωση μπορεί να μειώσει το στίγμα και τις διαικρίσεις, να αυξήσει τη χρήση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και να μειώσει το χάσμα μεταξύ σωματικής και ψυχικής υγείας.

#### 5. ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΚΟΙΝΟΤΗΤΩΝ, ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΩΝ ΚΑΙ ΧΡΗΣΤΩΝ

Οι κοινότητες, οι οικογένειες και οι χρήστες των υπηρεσιών θα πρέπει να συμμετέχουν στην ανάπτυξη πολιτικών και στις αποφάσεις, στα προγράμματα και στις υπηρεσίες. Έτοιμοι οι υπηρεσίες θα είναι καλύτερα προσαρμοσμένες στις ανάγκες και πιο φιλικές. Επί πλέον, οι παρεμβάσεις θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη την ηλικία, το φύλο, την κουλτούρα και τις κοινωνικές συνθήκες κατά περίπτωση.

#### 6. ΥΠΑΡΧΗ ΕΘΝΙΚΩΝ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ, ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑΣ

Η πολιτική για την ψυχική υγεία, τα προγράμματα και η νομοθεσία είναι αναγκαία θήματα που οδηγούν σε σημαντική και με βάθος χρόνου δράση. Τα τρία αυτά στοιχεία θα πρέπει να βασίζονται στην υπάρχουσα γνώση και να λαμβάνουν υπόψη τα ανθρώπινα δικαιώματα. Οι περισσότερες χώρες πρέπει να αυξήσουν τους προϋπολογισμούς τους για την ψυχική υγεία, αφού τα σημερινά επίπεδα είναι χαμηλά. Μερικές χώρες που πρόσφατα ανάπτυξαν ή αναθεώρησαν την πολιτική και τη νομοθεσία τους, έχουν κάνει πρόοδο στην εφαρμογή προγραμμάτων για την ψυχική υγεία. Οι μεταρρυθμίσεις στην ψυχική υγεία θα πρέπει να είναι μέρος ευρύτερων μεταρρυθμίσεων στο σύστημα υγείας. Οι ασφαλιστικοί οργανισμοί δεν θα πρέπει να αποκλείουν τα άτομα με ψυχικές διαταραχές από τα ασφαλιστικά προγράμματα υγείας, ώστε περισσότεροι να έχουν πρόσθιαση στη θεραπεία και να μειωθεί το βάρος που δέχεται η κοινωνική πρόνοια.

#### 7. ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΠΟΡΩΝ

Οι περισσότερες αναπτυσσόμενες χώρες χρειάζεται να αυξήσουν και να βελτιώσουν την εκπαίδευση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, που θα παρέχουν εξειδικευμένη περίθαλψη και θα υποστηρίζουν τα προγράμματα πρωτοβάθμιας υγείας. Οι περισσότερες αναπτυσσόμενες χώρες δεν έχουν επαρκή αριθμό ειδικευμένων επαγγελματιών για να στελεχώσουν τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Άπαξ και ειδικευτεί, αυτό το προσωπικό θα πρέπει να ενθαρρυνθεί να παραμείνει στη χώρα του και σε θέσεις ανάλογες με τα προσόντα του. Αυτή η ανάπτυξη ανθρώπινων πόρων είναι ιδιαίτερα αναγκαία σε χώρες που σήμερα έχουν λίγους πόρους. Αν και η πρωτοβάθμια περίθαλψη

είναι το καλύτερο περιβάλλον όσον αφορά την αρχική φροντίδα, οι ειδικοί χρειάζονται για ένα ευρύτερο φάσμα υπηρεσιών. Το ιδανικό θα ήταν οι ομάδες ειδικών στην ψυχική υγεία να συμπεριλαμβάνουν ιατρικό και μη-ιατρικό προσωπικό, όπως ψυχιάτρους, κλινικούς ψυχολόγους νοσηλευτές, κοινωνικούς λειτουργούς και εργοθεραπευτές, που μπορούν να συνεργαστούν με στόχο την ολοκληρωμένη περίθαλψη και την ενσωμάτωση των ασθενών στην κοινότητα.

## 8. ΔΕΣΜΟΙ ΜΕ ΆΛΛΟΥΣ ΤΟΜΕΙΣ

Τομείς εκτός της υγείας, όπως της εκπαίδευσης, εργασίας, δικαιοσύνης και άλλων κοινωνικών υπηρεσιών, καθώς και μη κυβερνητικές οργανώσεις, θα πρέπει να εμπλακούν στην προσπάθεια βελτίωσης της ψυχικής υγείας του πληθυσμού. Οι μη κυβερνητικές οργανώσεις θα πρέπει να είναι πολύ πιο δραστήριες, με καλύτερα καθορισμένους ρόλους και να ενθαρρύνονται να υποστηρίζουν περισσότερο τις τοπικές πρωτοβουλίες.

## 9. ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ KOINOTIKO ΕΠΙΠΕΔΟ

Η ψυχική υγεία των κοινοτήτων θα πρέπει να ερευνάται και να καταγράφεται με την κατάλληλη εφαρμογή δεικτών ψυχικής υγείας που πρέπει να ενσωματωθούν στα υπάρχοντα πληροφοριακά συστήματα για την υγεία. Οι δείκτες θα πρέπει να εκτιμούν τόσο τον αριθμό των ατόμων με ψυχικές διαταραχές όσο και την ποιότητα της παρεχόμενης περίθαλψης, όπως επίσης και μερικά γενικότερα μέτρα της ψυχικής υγείας του γενικού πληθυσμού. Η καταγραφή αυτή είναι απαραίτητη για την εκτίμηση της αποτελεσματικότητας των θεραπευτικών και προληπτικών παρεμβάσεων στην ψυχική υγεία, ενώ μπορεί να ενισχύσει τα επιχειρήματα υπέρ της προσέλκυσης πόρων. Οι καταγραφές αυτές επίσης μπορούν να βοηθήσουν ώστε να καθοριστούν οι τάσεις και να ανιχνευθούν οι μεταβολές στην ψυχική υγεία που οφείλονται σε εξωγενείς παράγοντες, όπως οι καταστροφές. Η ανάπτυξη νέων δεικτών για την ψυχική υγεία κρίνεται ως απολύτως απαραίτητη για την καλύτερη εκτίμηση των αναγκών στην κοινότητα.

## 10. ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Περισσότερη έρευνα στις βιολογικές και ψυχοκοινωνικές πλευρές της ψυχικής υγείας είναι αναγκαία, ώστε να κατανοήσουμε καλύτερα τις ψυχικές διαταραχές και να αναπτύξουμε αποτελεσματικότερες παρεμβάσεις. Η έρευνα θα πρέπει να γίνεται σε ευρεία διεθνή βάση, ώστε να κατανοήσουμε τις διαφορές από κοινότητα σε κοινότητα και να μάθουμε περισσότερα για παράγοντες που ενέχονται στην αιτιολογία, την πορεία και την έκβαση των ψυχικών διαταραχών. Η δημιουργία ερευνητικής υποδομής στις αναπτυσσόμενες χώρες πρέπει να αποτελέσει προτεραιότητα.

## ΔΡΑΣΕΙΣ ΣΕ ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΙΑ ΜΕ ΤΟΥΣ ΔΙΑΘΕΣΙΜΟΥΣ ΠΟΡΟΥΣ

Παρότι είναι γενικά εφαρμόσιμες, οι πιο πολλές από τις παραπάνω συστάσεις πιθανόν να φαίνεται ότι υπερβαίνουν κατά πολύ τις δυνατότητες αρκετών χωρών. Όμως εδώ υπάρχει κάτι για όλους. Έχοντας αυτό υπόψη, παρέχονται τρία διαφορετικά σενάρια για να βοηθήσουν στην καθοδήγηση των αναπτυσσόμενων χωρών, ίδιαίτερα προς το τι είναι εφικτό με στους περιορισμένους πόρους τους. Τα σενάρια μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να επιλεγεί κάποια συγκεκριμένη δράση. Εκτός του ότι είναι εφαρμόσιμα σε διάφορες χώρες, σχεδιάστηκαν επίσης με στόχο να είναι εφαρμόσιμα σε διαφορετικές πληθυσμιακές ομάδες μέσα στις χώρες αυτές. Αυτό αναγνωρίζει το γεγονός πως υπάρχουν μη προνομιούχες περιοχές ή ομάδες σε όλες τις χώρες, ακόμη και σε εκείνες που έχουν τους καλύτερους πόρους και υπηρεσίες.

## ΣΕΝΑΡΙΟ Α (ΧΑΜΗΛΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΠΟΡΩΝ)

Αυτό το σενάριο αναφέρεται κυρίως σε χώρες χαμπλού εισοδήματος όπου οι πόροι της ψυχικής υγείας δεν υπάρχουν καθόλου ή είναι περιορισμένοι. Τέτοιες χώρες δεν έχουν πολιτική ψυχικής υγείας, προγράμματα ή κατάλληλη νομοθεσία, ή, εάν έχουν, είναι ξεπερασμένα και δεν εφαρμόζονται αποτελεσματικά. Η κυβερνητική χρηματοδότηση της ψυχικής υγείας είναι ελάχιστη, συχνά λιγότερο από το 0,1% του προϋπολογισμού για την υγεία. Δεν υπάρχουν ψυχίατροι ούτε ειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό, ή υπάρχουν πολύ λίγοι για μεγάλους πληθυσμούς. Ειδικευμένες εγκαταστάσεις νοσηλείας, εάν υπάρχουν, είναι κεντρικά ψυχιατρεία, που περισσότερο λειτουργούν ως κέντρα εγκλεισμού παρά ως κέντρα ψυχικής φροντίδας, και συχνά έχουν λιγότερες από μία κλίνες ανά 10.000 πληθυσμού. Δεν υπάρχουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας στην πρωτοβάθμια ή κοινοτική φροντίδα υγείας, και βασικά ψυχοτρόπια φάρμακα είναι διαθέσιμα σπανίως. Η ψυχική υγεία δεν αποτελεί κομμάτι του επιδημιολογικού και υγειονομικού συστήματος καταγραφής.

Παρά το ότι αυτό το σενάριο απευθύνεται κυρίως σε χώρες χαμπλού εισοδήματος, σε πολλές χώρες υψηλού εισοδήματος οι βασικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας παραμένουν απρόσιτες για τους αγροτικούς πληθυσμούς, τις ομάδες αυτοχθόνων και άλλους. Εν συντομίᾳ, το σενάριο Α χαρακτηρίζεται από χαμπλή συνειδητοποίηση της ανάγκης για υπηρεσίες ψυχικής υγείας και χαμπλή διαθεσιμότητα υπηρεσιών.

Τι μπορεί να γίνει υπό αυτές τις συνθήκες; Ακόμη και με πολύ περιορισμένους πόρους, οι χώρες μπορούν αμέσως να αναγνωρίσουν την ψυχική υγεία ως ένα αδιαχώριστο κομμάτι της γενικής υγείας, και να αρχίσουν να οργανώνουν τις βασικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας ως μέρος της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Αυτό δεν χρειάζεται να κοστίσει πολύ και θα υπάρξει μεγάλη βελτίωση εάν διατίθενται τα βασικά νευροψυχιατρικά φάρμακα και μετεκπαιδεύετε το προσωπικό της γενικής υγείας στην αντιμετώπιση των κοινών ψυχικών διαταραχών.

## ΣΕΝΑΡΙΟ Β (ΜΕΣΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΠΟΡΩΝ)

Σε αυτό το σενάριο, οι χώρες διαθέτουν κάποιους πόρους για την ψυχική υγεία, όπως κέντρα θεραπείας σε μεγάλες πόλεις ή πιλοτικά προγράμματα για φροντίδα στην κοινότητα. Όμως αυτοί οι πόροι δεν επαρκούν για την κάλυψη των βασικών αναγκών ολόκληρου του πληθυσμού. Αυτές οι χώρες είναι πιθανό να έχουν πολιτικές ψυχικής υγείας, προγράμματα και νομοθεσία, που όμως δεν εφαρμόζονται πλήρως. Ο κυβερνητικός προϋπολογισμός για την ψυχική υγεία είναι λιγότερο από 1% του συνολικού προϋπολογισμού για την υγεία. Υπάρχει ανεπαρκής αριθμός ειδικών, όπως ψυχίατροι και ειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό, σε σχέση με τον πληθυσμό. Οι εργαζόμενοι στην πρωτοβάθμια περιθαλψη είναι εν πολλοίς ανεκπλαδεύτοι ώστε να παρέχουν φροντίδα για την ψυχική υγεία. Τα εξειδικευμένα νοσοκομεία έχουν λιγότερες από πέντε κλίνες ανά 10.000 πληθυσμό, και οι περισσότερες από αυτές είναι σε μεγάλα κεντρικά ψυχιατρεία. Η διαθεσιμότητα ψυχοτρόπων φαρμάκων και η θεραπεία βασικών ψυχικών διαταραχών στην πρωτοβάθμια περιθαλψη είναι περιορισμένη και τα κοινοτικά προγράμματα ψυχικής υγείας είναι ελάχιστα. Τα στοιχεία με τις εισαγωγές ή τα εξιτήρια από τις ψυχιατρικές μονάδες είναι συχνά οι μόνες πληροφορίες που παρέχονται από τα συστήματα υγειονομικής καταγραφής. Περιληπτικά, το σενάριο Β χαρακτηρίζεται από μέση συνειδητοποίηση των αναγκών του πληθυσμού για την ψυχική υγεία και μέση δυνατότητα πρόσβασης στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

Για τις χώρες αυτές, το άμεσο μέτρο θα έπρεπε να είναι η διεύρυνση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας για να καλύπτουν όλο τον πληθυσμό. Αυτό μπορεί να γίνει επεκτείνοντας την εκπαίδευση που σχετίζεται με τη βασική ψυχιατρική φροντίδα σε όλο το υγειονομικό

προσωπικό, παρέχοντας νευροψυχιατρικά φάρμακα σε όλες τις υγειονομικές μονάδες και ενοποιώντας όλες αυτές τις δραστηριότητες υπό μία ενιαία πολιτική για την ψυχική υγεία. Θα πρέπει να γίνει το πρώτο βήμα για το κλείσιμο των μεγάλων ψυχιατρείων και την δημιουργία εναλλακτικών κοινωνικών δομών φροντίδας. Η προαγωγή της ψυχικής υγείας θα πρέπει να επεκταθεί στους χώρους εργασίας και στα σχολεία.

### **ΣΕΝΑΡΙΟ Γ (ΥΨΗΛΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΠΟΡΩΝ)**

Αυτό το σενάριο απευθύνεται κυρίως σε εκβιομηχανισμένες χώρες με σχετικά υψηλό επίπεδο πόρων για την ψυχική υγεία. Οι πολιτικές, τα προγράμματα και η νομοθεσία για την ψυχική υγεία εφαρμόζονται σχετικά ικανοποιητικά.

Το ποσοστό του συνολικού προϋπολογισμού για την υγεία που δίνεται στην ψυχική υγεία είναι 1% ή περισσότερο, και υπάρχει επαρκές ειδικευμένο προσωπικό. Οι περισσότεροι εργαζόμενοι στην πρωτοβάθμια περιθαλψη είναι εκπαιδευμένοι ώστε να παρέχουν φροντίδα για την ψυχική υγεία. Γίνονται προσπάθειες ώστε να εντοπίζονται και να θεραπεύονται οι κύριες ψυχικές διαταραχές στην πρωτοβάθμια περιθαλψη, παρόλο που η αποτελεσματικότητα και η κάλυψη πιθανών να είναι ανεπαρκείς. Οι ειδικευμένες εγκαταστάσεις νοσηλείας είναι πληρέστερες, αλλά πιθανών να θρίσκονται ακόμη μέσα σε ψυχιατρεία. Ψυχοτρόπα φάρμακα και υπηρεσίες στην κοινότητα είναι διαθέσιμα. Η ψυχική υγεία αποτελεί μέρος των συστημάτων πληροφοριών για την υγεία, αν και πιθανών να συμπεριλαμβάνονται λίγοι δείκτες.

Ακόμη και σε αυτές τις χώρες υπάρχουν πολλά εμπόδια στη χρήση των προσφερόμενων υπηρεσιών. Οι άνθρωποι με ψυχικές διαταραχές και οι οικογένειές τους υφίστανται το στίγμα και τις διακρίσεις. Η ασφαλιστική πολιτική δεν καλύπτει τη φροντίδα ανθρώπων με ψυχικές διαταραχές στον ίδιο βαθμό που καλύπτει όσους πάσχουν από σωματικές αρρώστιες.

Το πρώτο βασικό μέτρο είναι να αυξηθεί η ευαισθητοποίηση του κοινού, κυρίως με στόχο να μειωθεί το στίγμα και ο αποκλεισμός. Δεύτερον, τα πιο σύγχρονα φάρμακα και οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις θα πρέπει να διατίθενται ως αναπόσπαστο τμήμα της συνίθους ψυχιατρικής φροντίδας. Τρίτον, θα πρέπει να εξελιχθούν ολοκληρωμένα πληροφοριακά συστήματα για την ψυχική υγεία. Τέταρτον, η έρευνα σχετικά με την οικονομική αποδοτικότητα, τα στοιχεία για την πρόληψη των ψυχικών διαταραχών και τις βασικές αιτίες τους, θα πρέπει να αρχίσει ή να επεκταθεί.

Οι συσταθείσες στα τρία σενάρια ελάχιστες δράσεις που απαιτούνται για την ψυχιατρική φροντίδα παρουσιάζονται περιληπτικά στον πίνακα 5.1. Ο πίνακας θεωρεί δεδομένο ότι οι δράσεις που προτείνονται για χώρες στις οποίες απευθύνεται το σενάριο Α έχουν ήδη εφαρμοστεί σε χώρες που αναφέρονται στο σενάριο Β και Γ, καθώς και ότι λαμβάνονται περισσότερα και πιο ποικίλα μέτρα σε χώρες με υψηλό επίπεδο πόρων.

Αυτή η έκθεση αναγνωρίζει το γεγονός ότι, σε όλα τα σενάρια, η χρονική καθυστέρηση ανάμεσα στην έναρξη των δράσεων και τα οφέλη που θα προκύψουν μπορεί να είναι μεγάλη. Όμως αυτό αποτελεί ένα επιπρόσθετο λόγο να ενθαρρύνουμε όλες τις χώρες να κινηθούν άμεσα προς τη βελτίωση της ψυχικής υγείας των πληθυσμών τους. Για τις φτωχότερες χώρες, τα πρώτα βήματα μπορεί να είναι μικρά, όμως αξίζει να γίνουν. Για πλούσιους και φτωχούς, η ψυχική υγεία είναι το ίδιο σημαντική με τη σωματική. Για όλους όσους υποφέρουν από ψυχικές διαταραχές υπάρχει ελπίδα. Είναι ευθύνη των κυβερνήσεων να κάνουν την ελπίδα αυτή πραγματικότητα.

**Πίνακας 5.1 Οι απολύτως απαραίτητες δράσεις που απαιτούνται για την αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών με βάση τις γενικές συστάσεις της έκθεσης**

Δέκα γενικές προτάσεις	Σενάριο Α (χαμπλό επίπεδο πόρων)	Σενάριο Β (μέσο επίπεδο πόρων)	Σενάριο Γ (υψηλό επίπεδο πόρων)
1. Δυνατότητα θεραπευτικής αντιμετώπισης στην πρωτοβάθμια περίθαλψη	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να αναγνωριστεί η ψυχική υγεία ως βασικό συστατικό της πρωτοβάθμιας περίθαλψης</li> <li>• Να συμπεριληφθεί η αναγνώριση και θεραπεία των κοινών ψυχικών διαταραχών στα προγράμματα εκπαίδευσης όλων των επαγγελματιών υγείας</li> <li>• Να παρέχεται μετεκπαίδευση σε ιατρούς της πρωτοβάθμιας περίθαλψης (τουλάχιστον 50% κάλυψη κάθε 5 χρόνια)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να αναπτυχθεί σε τοπικό επίπεδο σχετικό εκπαιδευτικό υλικό</li> <li>• Να παρέχεται συνεχής εκπαίδευση σε γιατρούς της πρωτοβάθμιας περίθαλψης (100% κάλυψη σε 5 χρόνια)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να βελτιωθεί η αποτελεσματικότητα της αντιμετώπισης των ψυχικών διαταραχών στην πρωτοβάθμια περίθαλψη</li> <li>• Να βελτιωθούν οι τρόποι παραπομπής ασθενών</li> </ul>
2. Διαθεσιμότητα ψυχοτρόπων φαρμάκων	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να εξασφαλισθεί η διαθεσιμότητα 5 βασικών φαρμάκων σε όλες τις υπηρεσίες περίθαλψης</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να εξασφαλισθεί η διαθεσιμότητα όλων των βασικών ψυχοτρόπων φαρμάκων σε όλες τις υπηρεσίες περίθαλψης</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να παρέχεται ευκολότερη πρόσβαση στα πιο καινούργια ψυχοτρόπα φάρμακα στον δημόσιο ή ιδιωτικό τομέα της υγείας</li> </ul>
3. Παροχή περίθαλψης μέσα στην κοινότητα	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να απομακρυνθούν τα άτομα με ψυχικές διαταραχές από τις φιλακές</li> <li>• Να μειωθεί το μέγεθος των ψυχιατρείων και να βελτιωθεί η φροντίδα που παρέχουν</li> <li>• Να αναπτυχθούν ψυχιατρικές κλινικές σε γενικά νοσοκομεία</li> <li>• Να παρέχονται κοινοτικές δομές περίθαλψης (τουλάχιστον 20% κάλυψη)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να κλείσουν τα μεγάλα ψυχιατρεία</li> <li>• Να ξεκινήσουν πιλοτικά προγράμματα για την ενσωμάτωση της ψυχικής υγείας στην γενική περίθαλψη</li> <li>• Να παρέχονται κοινοτικές εγκαταστάσεις περίθαλψης (τουλάχιστον 50% κάλυψη)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να κλείσουν τα μεγάλα ψυχιατρεία όπου έχουν απομείνει</li> <li>• Να αναπτυχθούν εναλλακτικές λύσεις για τη στέγαση των ασθενών</li> <li>• Να παρέχονται κοινοτικές εγκαταστάσεις περίθαλψης (100% κάλυψη)</li> <li>• Να παρέχεται εξαπομικευμένη φροντίδα μέσα στην κοινότητα σε πάσχοντες από σοβαρές ψυχικές διαταραχές</li> </ul>
4. Εκπαίδευση του κοινού	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να προωθηθούν εκστρατείες εναντίον του στίγματος και των διακρίσεων</li> <li>• Να υποστηριχθούν μια κυβερνητικές οργανώσεις στο έργο τους</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να χρησιμοποιηθούν τα ΜΜΕ για να προσαρτεί τη ψυχική υγεία, να καλλιεργηθεί θετική στάση και να βοηθηθεί η πρόληψη διαταραχών</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να ξεκινήσουν εκστρατείες ενημέρωσης για την αναγνώριση και θεραπεία των κοινών ψυχικών διαταραχών</li> </ul>
5. Συνεργασία κοινοπότων, οικογενειών και χρηστών	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να υποστηριχθεί η δημιουργία ομάδων αυτοβοήθειας</li> <li>• Να χρηματοδοτηθούν σχέδια για μια κυβερνητικές οργανώσεις και πρωτοβουλίες για την ψυχική υγεία</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να αντιπροσωπεύονται οι κοινότητες οι οικογένειες και οι κρίστες των υπηρεσιών στις υπηρεσίες και στην χάραξη πολιτικής</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να ενθαρρυνθούν οι πρωτοβουλίες στηρίζοντας πολιτικών για την ψυχική υγεία</li> </ul>
6. Ύπαρξη εθνικών πολιτικών προγραμμάτων και νομοθεσίας	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να αναθεωρηθεί η νομοθεσία με βάση τις πρόσφατες γνώσεις και τα ανθρώπινα δικαιώματα</li> <li>• Να σχεδιαστούν προγράμματα ψυχικής υγείας και πολιτικές</li> <li>• Να αυξηθεί ο προϋπολογισμός για την φροντίδα της ψυχικής υγείας</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να δημιουργηθούν πολιτικές για τα ναρκωτικά και το αλκοόλ σε εθνικό και σε περιφερειακό επίπεδο</li> <li>• Να αυξηθεί ο προϋπολογισμός για την φροντίδα της ψυχικής υγείας</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να διασφαλισθεί η δίκαιη χρηματοδότηση της περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένων των ασφαλειών</li> </ul>
7. Ανάπτυξη ανθρώπινων πόρων	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να εκπαιδευτούν ψυχίατροι και ψυχιατρικό νοσηλευτικό προσωπικό</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να δημιουργηθούν εθνικά κέντρα εκπαίδευσης για τους ψυχίατρους, το ψυχιατρικό νοσηλευτικό προσωπικό, τους ψυχολόγους και τους ψυχιατρικούς κοινωνικούς λειτουργούς</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να εκπαιδευτούν ειδικοί στις εξελιγμένες θεραπείες</li> </ul>
8. Δεσμοί με άλλους τομείς	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να αρχίσουν προγράμματα ψυχικής υγείας στο σχολείο και στην εργασία</li> <li>• Να ενθαρρυνθούν οι δραστηριότητες μη κυβερνητικών οργανώσεων</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να ενισχυθούν τα προγράμματα ψυχικής υγείας στο σχολείο και στην εργασία</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να παρέχονται ειδικές εγκαταστάσεις στα σχολεία και στους χώρους εργασίας για τους ψυχικά ασθενείς</li> <li>• Να ξεκινήσουν προγράμματα αποδειγμένης αποτελεσματικότητας για την προσαρωγή της ψυχικής υγείας σε συνεργασία με άλλους τομείς</li> </ul>
9. Καταγραφή της ψυχικής υγείας σε κοινοτικό επίπεδο	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να συμπεριληφθούν οι ψυχικές διαταραχές στα βασικά συστήματα πληροφοριών για την υγεία</li> <li>• Να γίνουν έρευνες σε ομάδες πληθυσμού με μεγάλη επικινδυνότητα</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να θεσπιστεί, σε κοινοτικό επίπεδο, η έρευνα για συγκεκριμένες διαταραχές (π.χ. κατάθλιψη)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να αναπτυχθούν εξελιγμένα συστήματα παρακολούθησης της ψυχικής υγείας</li> <li>• Να παρακολουθείται η αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων πρόληψης</li> </ul>
10. Υποστήριξη περισσότερης έρευνας	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να διεξαχθούν έρευνες σε κοινοτικό επίπεδο για την επιπολασμό, την πορεία, την έκβαση και τις επιπτώσεις των ψυχικών διαταραχών στην κοινότητα</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να αρχίσουν οι μελέτες για την αποτελεσματικότητα και την ανταπόδοτικότητα της αντιμετώπισης των κοινών ψυχικών διαταραχών στην πρωτοβάθμια περίθαλψη</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να επεκταθεί η έρευνα για τις αιτίες των ψυχικών διαταραχών</li> <li>• Να διεζαχθούν έρευνες για την παροχή των υπηρεσιών</li> <li>• Να διερευνηθούν τα στοιχεία για την πρόληψη των ψυχικών διαταραχών</li> </ul>



---

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Abas MA, Broadhead JC** (1997). Depression and anxiety among women in an urban setting in Zimbabwe. *Psychological Medicine*, 27: 59–71.
- Al-Subaie AS, Marwa MKH, Hamari RA, Abdul-Rahim F-A** (1997). Psychiatric emergencies in a university hospital in Riyadh, Saudi Arabia. *International Journal of Mental Health*, 25: 59–68.
- Almeida-Filho N, Mari J de J, Coutinho E, Franca JF, Fernandes J, Andreoli SB, Busnello ED** (1997). Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity. Methodological features and prevalence estimates. *British Journal of Psychiatry*, 171: 524–529.
- American Psychiatric Association (APA)** (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edition (DSM-IV)*. Washington DC, American Psychiatric Association.
- Andrews G, Henderson S, Wayne Hall W** (2001). Prevalence, comorbidity, disability and service utilisation: overview of the Australian National Mental Health Survey. *British Journal of Psychiatry*, 178: 145–153.
- Andrews G, Peters L, Guzman A-M, Bird K** (1995). A comparison of two structured diagnostic interviews: CIDI and SCAN. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 29: 124–132.
- Artaud A** (1935). Lettre ouverte aux médecins-chefs des asiles de fous [Open letter to medical directors of madhouses]. Paris, *La Révolution Surréaliste*, No. 3.
- Awas M, Kebede D, Alem A** (1999). Major mental disorders in Butajira, southern Ethiopia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100(Suppl 397): 56–64.
- Baingana F** (1990). Personal communication.
- Batra A** (2000). Tobacco use and smoking cessation in the psychiatric patient. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 68: 80–92.
- Baxter LR, Schwartz JM, Bergman KS, Szuba MP, Guzem BH, Mazziotta JC, Alazraki A, Selin CE, Ferng HK, Munford P** (1992). Caudate glucose metabolic rate changes with both drug and behavior therapy for obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 49(9): 681–689.
- Beers C** (1908). *A mind that found itself: an autobiography*. New York, Longmans Green.
- Berke J, Hyman SE** (2000). Addiction, dopamine and the molecular mechanisms of memory. *Neuron*, 25: 515–532.
- Bijl RV, Ravelli A, van Zessen G** (1998). Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33: 587–595.
- Bodekar G** (2001). Lessons on integration from the developing world's experience. *British Medical Journal*, 322(7279): 164–167.
- Bower P, Byford S, Sibbald B, Ward E, King M, Lloyd M, Gabbay M** (2000). Randomised controlled trial of non-directive counselling cognitive behaviour therapy, and usual general practitioner care for patients with depression. II: Cost-effectiveness. *British Medical Journal*, 321: 1389–1392.
- Bowles JR** (1995). Suicide in Western Samoa: an example of a suicide prevention program in a developing country. In: Diekstra RFW, Gulbinat W, Kienhorst I, De Leo D. *Preventive strategies on suicide*. Lieden, Brill: 173–206.
- Brookmeyer R, Gray S** (2000). Methods for projecting the incidence and prevalence of chronic diseases in aging populations: application to Alzheimer's disease. *Statistics in Medicine*, 19(11–12): 1481–1493.

- Brown GW, Birley JLT, Wing JK** (1972). Influence of family life on the course of schizophrenic disorder: a replication. *British Journal of Psychiatry*, **121**: 241–258.
- Butcher J** (2000). A Nobel pursuit. *Lancet*, **356**(9328): 1331.
- Butzlaff RL, Hooley JM** (1998). Expressed emotion and psychiatric relapse: a meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*, **55**(8): 547–552.
- Caldwell CB, Gottesman II** (1990). Schizophrenics kill themselves too: a review of risk factors for suicide. *Schizophrenia Bulletin*, **16**: 571–589.
- Castellanos FX, Giedd JN, Eckburg P** (1994). Quantitative morphology of the caudate nucleus in attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*, **151**(12): 1791–1796.
- Chisholm D, Sekar K, Kumar K, Kishore K, Saeed K, James S, Mubbashar M, Murthy RS** (2000). Integration of mental health care into primary care: demonstration cost-outcome study in India and Pakistan. *British Journal of Psychiatry*, **176**: 581–588.
- Ciechanowski PS, Katon WJ, Russo JE** (2000). Depression and diabetes: impact of depressive symptoms on adherence, function, and costs. *Archives of Internal Medicine*, **160**: 3278–3285.
- Cohen S, Tyrell DAJ, Smith AP** (1991). Psychological stress and susceptibility to the common cold. *New England Journal of Medicine*, **325**(9): 606–612.
- Collins D, Lapsley G** (1996). *The social costs of drug abuse in Australia in 1988 and 1992*. Canberra, Commonwealth Department of Human Services and Health, Australian Government Printing Service (Monograph No. 30).
- Collins PY, Adler FW, Boero M, Susser E** (1999a). Using local resources in Patagonia: primary care and mental health in Neuquen, Argentina. *International Journal of Mental Health*, **28**: 3–16.
- Collins PY, Lumerman J, Conover S, Susser E** (1999b). Using local resources in Patagonia: a model of community-based rehabilitation. *International Journal of Mental Health*, **28**: 17–24.
- Conolly J** (1856). *The treatment of the insane without mechanical restraints*. London, Smith, Elder & Co.
- Cooper PJ, Murray L** (1998). Postnatal depression. *British Medical Journal*, **316**: 1884–1886.
- Costello EJ, Angold A, Burns BJ, Stangl D, Tweed D, Erkanli A, Worthman CM** (1996). The Great Smoky Mountains Study of Youth: goals, design, methods, and the prevalence of DSM-III-R disorders. *Archives of General Psychiatry*, **53**: 1129–1136.
- Cottraux J** (1993). Behaviour therapy. In: Sartorius N, De Girolamo G, Andrews G, German A, Eisenberg L, eds. *Treatment of mental disorders: a review of effectiveness*. Geneva, World Health Organization: 199–235.
- Cuajungco MP, Lees GJ** (1997). Zinc and Alzheimer's disease: is there a direct link? *Brain Research*, **23**(3): 219–236.
- Czerner TB** (2001). *What makes you tick? The brain in plain English*. New York, John Wiley & Sons.
- Delange F** (2000). The role of iodine in brain development. *Proceedings of the Nutrition Society*, **59**(1): 75–79.
- Desjarlais R, Eisenberg L, Good B, Kleinman A** (1995). World mental health: problems and priorities in low-income countries. New York, Oxford University Press.
- Dill E, Dill C** (1998). Video game violence: a review of the empirical literature. *Aggression and Violent Behavior*, **3**(4): 407–428.
- DiMatteo MR, Lepper HS, Croghan TW** (2000). Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Archives of Internal Medicine*, **160**: 2101–2107.
- Dixon L, Adams C, Lucksted A** (2000). Update on family psycho-education for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, **26**: 5–20.
- Dixon LB, Lehman AF** (1995). Family interventions for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, **21**(4): 631–643.
- Dixon LB, Lehman AF, Levine J** (1995). Conventional antipsychotic medications for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, **21**(4): 567–577.
- Drouet B, Pincon-Raymond M, Chambaz J, Pillot T** (2000). Molecular basis of Alzheimer's disease. *Cellular and Molecular Life Sciences*, **57**(5): 705–715.
- Edwards G, Marshall EJ, Cook CCH, eds** (1997). *The treatment of drinking problems: a guide to helping professions*, 3rd edition. Cambridge, Cambridge University Press.
- El-Din AS, Kamel FA, Randa M, Atta HY** (1996) Evaluation of an educational programme for the development of trainers in child mental health in Alexandria. *Eastern Mediterranean Health Journal*, **2**: 482–493.

- Ellsberg MC, Pena R, Herrera A, Winkvist A, Kullgren G** (1999). Domestic violence and emotional distress among Nicaraguan women: results from a population-based study. *American Psychologist*, **54**: 30–36.
- Erickson MF** (1989). The STEEP Programme: helping young families alone at risk. *Family Resource Coalition Report*, **3**: 14–15.
- Fadden G, Bebbington P, Kuipers L** (1987). The burden of care: the impact of functional psychiatric illness on the patient's family. *British Journal of Psychiatry*, **150**: 285–292.
- Feksi AT, Kaamugisha J, Sander JW, Gatiti S, Shorvon SD** (1991). Comprehensive primary health care antiepileptic drug treatment programme in rural and semi-urban Kenya. *Lancet*, **337**(8738): 406–409.
- Ferketich AK, Schwartzbaum JA, Frid DJ, Moeschberger ML** (2000). Depression as an antecedent to heart disease among women and men in the NHANES I study. *Archives of Internal Medicine*, **160**(9): 1261–1268.
- Fraser SFH, McGrath, St Hjoh D** (2000). Information technology and telemedicine in sub-Saharan Africa (editorial). *British Medical Journal*, **321**: 465–466.
- Gallagher SK, Mechanic D** (1996). Living with the mentally ill: effects on the health and functioning of other members. *Social Science and Medicine*, **42**(12): 1691–1701.
- Gallegos A, Montero F** (1999). Issues in community-based rehabilitation for persons with mental illness in Costa Rica. *International Journal of Mental Health*, **28**: 25–30.
- Geerlings SW, Beekman ATF, Deeg DJH, Van Tilburg W** (2000). Physical health and the onset and persistence of depression in older adults: an eight-wave prospective community-based study. *Psychological Medicine*, **30**(2): 369–380.
- Girolomo G de, Cozza M** (2000). The Italian psychiatric reform: a 20-year perspective. *International Journal of Law and Psychiatry*, **23**(3–4): 197–214.
- Gittelman M** (1998). Public and private managed care. *International Journal of Mental Health*, **27**: 3–17.
- Goff DC, Henderson DC, Amico D** (1992). Cigarette smoking in schizophrenia: relationship to psychopathology and medication side-effects. *American Journal of Psychiatry*, **149**: 1189–1194.
- Gold JH** (1998). Gender differences in psychiatric illness and treatments: a critical review. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, **186**(12): 769–775.
- Goldberg DP, Lecrubier Y** (1995). Form and frequency of mental disorders across centres. In: Üstün TB, Sartorius N, eds. *Mental illness in general health care: an international study*. Chichester, John Wiley & Sons on behalf of the World Health Organization: 323–334.
- Gomel MK, Wutzke SE, Hardcastle DM, Lapsley H, Reznik RB** (1995). Cost-effectiveness of strategies to market and train primary healthcare physicians in brief intervention techniques for hazardous alcohol use. *Social Science and Medicine*, **47**: 203–211.
- Gomez-Beneyto M, Bonet A, Catala MA, Puche E, Vila V** (1994). Prevalence of mental disorders among children in Valencia, Spain. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **89**: 352–357.
- Goodman E, Capitman J** (2000). Depressive symptoms and cigarette smoking among teens. *Pediatrics*, **106**(4): 748–755.
- Goodwin FK, Jamison KR** (1990). Suicide, in manic-depressive illness. New York, Oxford University Press: 227–244.
- Gossop M, Stewart MS, Lehman P, Edwards C, Wilson A, Segar G** (1998). Substance use, health and social problems of service users at 54 drug treatment agencies. *British Journal of Psychiatry*, **173**: 166–171.
- Graham P, Orley J** (1998). WHO and the mental health of children. *World Health Forum*, **19**: 268–272.
- Griffiths K, Christensen H** (2000). Quality of web-based information on treatment of depression: cross-sectional survey. *British Medical Journal*, **321**: 1511–1515.
- Gureje O, Odejide AO, Olatawura MO, Ikuesan BA, Acha RA, Bamidele RW, Raji OS** (1995). Results from the Ibadan centre. In: Ustun TB, Sartorius N, eds. *Mental illness in general health care: an international study*. Chichester, John Wiley & Sons on behalf of the World Health Organization: 157–173.
- Gureje O, Von Korff M, Simon GE, Gater R** (1998). Persistent pain and well-being: a World Health Organization study in primary care. *Journal of the American Medical Association*, **280**(2): 147–151.
- Hakimi M, Hayati EN, Marlinawati VU, Winkvist A, Ellsberg M** (2001). *Silence for the sake of harmony: domestic violence and women's health in Central Java*. Yogyakarta, Indonesia, Program for Appropriate Technology in Health.
- Harnois G, Gabriel P** (2000). *Mental health and work: impact, issues and good practices*. Geneva, World Health Organization and International Labour Ofóce (WHO/MSD/MPS/00.2).

- Harpham T, Blue I, eds** (1995). *Urbanization and mental health in developing countries*. Aldershot, UK, Avebury.
- Harris J, Best D, Man L, Welch S, Gossop M, Strang J** (2000). Changes in cigarette smoking among alcohol and drug misusers during inpatient detoxification. *Addiction Biology*, 5: 443–450.
- Harwood H, Fountain D, Livermore G** (1998). *The economic costs of alcohol and drug abuse in the United States, 1992. Report prepared for the National Institute on Drug Abuse and the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*. Rockville, MD, National Institute on Drug Abuse (NIH Publication No. 98-4327).
- Hauenstein EJ, Boyd MR** (1994). Depressive symptoms in young women of the Piedmont: prevalence in rural women. *Women and Health*, 21(2/3): 105–123.
- Heather N** (1995). *Treatment approaches to alcohol problems: European Alcohol Action Plan*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (WHO Regional Publications, European Series, No. 65).
- Heim C, Newport DJ, Heit S, Graham YP, Wilcox M, Bonsall R, Miller AH, Nemerooff CB** (2000). Pituitary-adrenal and autonomic responses to stress in women after sexual and physical abuse in childhood. *Journal of the American Medical Association*, 284(5): 592–597.
- Hoge MA, Davidson L, Grifóth EEH, Jacobs S** (1998). The crisis of managed care in the public sector. *International Journal of Mental Health*, 27: 52–71.
- Hughes JR, Hatsukami DK, Mitchell JE, Dahlgren LA** (1986). Prevalence of smoking among psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 143: 993–997.
- Hyman SE** (2000). Mental illness: genetically complex disorders of neural circuitry and neural communication. *Neuron*, 28: 321–323.
- ILAE/IBE/WHO** (2000). *Global campaign against epilepsy*. Geneva, World Health Organization.
- Indian Council of Medical Research (ICMR)** (2001). *Epidemiological study of child and adolescent psychiatric disorders in urban and rural areas*. New Delhi, Indian Council of Medical Research (unpublished data).
- International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (IFRC)** (2000). *World disasters report*. Geneva, International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies.
- International Network of Clinical Epidemiologists (INCLEN)** (2001). *World Studies of Abuse in Family Environments (WorldSAFE)*. Manila, International Network of Clinical Epidemiologists.
- Jablensky A, Sartorius N, Ernberg G, Anker M, Korten A, Cooper JE, Day R, Bertelsen A** (1992). Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures: a World Health Organization ten-country study. *Psychological Medicine Monograph*, 20 (Suppl).
- Jaffe JH** (1995). *Encyclopedia of drugs and alcohol, Volume 1*. New York, Simon and Schuster.
- Jernigan DH, Monteiro M, Room R, Saxena S** (2000). Towards a global alcohol policy: alcohol, public health and the role of WHO. *Bulletin of the World Health Organization*, 78: 491–499.
- Katona C, Livingston G** (2000). Impact of screening old people with physical illness for depression. *Lancet*, 356: 91.
- Kellerman AL, Rivara FP, Somes G, Reay DT, Francisco J, Benton JG, Prodziński J, Fligner C, Hackman BB** (1992). Suicide in the home in relation to gun ownership. *New England Journal of Medicine*, 327: 467–472.
- Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, Wittchen HU, Kendler KS** (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51: 8–19.
- Kielcot-Glaser JK, Page GG, Marucha PT, MacCallum RC, Glaser R** (1999). Psychological influences on surgical recovery: perspectives from psychoneuroimmunology. *American Psychologist*, 53(11): 1209–1218.
- Kilonzo GP, Simmons N** (1998). Development of mental health services in Tanzania: a reappraisal for the future. *Social Science and Medicine*, 47: 419–428.
- Klein N** (1999). *No logo: taking on the brand bullies*. New York, Picador.
- Kohn R, Dohrenwend BP, Mirotznik J** (1998). Epidemiological findings on selected psychiatric disorders in the general population. In: Dohrenwend BP, ed. *Adversity, stress, and psychopathology*. Oxford, Oxford University Press: 235–284.
- Kopp MS, Skrabski A, Szedmark S** (2000). Psychosocial risk factors, inequality and self-rated morbidity in a changing society. *Social Science and Medicine*, 51: 1351–1361.
- Kuipers L, Bebbington PE** (1990). *Working partnership: clinicians and carers in the management of longstanding mental illness*. Oxford, Heinemann Medical.

- Kulhara P, Wig NN (1978). The chronicity of schizophrenia in North-West India. Results of a follow-up study. *British Journal of Psychiatry*, **132**: 186–190.
- Lasser K, Wesley Boyd J, Woolhandler S, Himmelstein DU, McCormick D, Bor DH (2000). Smoking and mental illness: a population-based prevalence study. *Journal of the American Medical Association*, **284**: 2606–2610.
- Leavell HR, Clark HG (1965). *Preventive medicine for the doctor in his community: an epidemiological approach*, 3rd edition. New York, McGraw-Hill Book Co.
- Leff J, Gamble C (1995). Training of community psychiatric nurses in family work for schizophrenia. *International Journal of Mental Health*, **24**: 76–88.
- Leff J, Wig NN, Ghosh A, Bedi A, Menon DK, Kuipers L, Morten A, Ernberg G, Day R, Sartorius N, Jablensky A (1987). Expressed emotion and schizophrenia in north India. III: Influences of relatives' expressed emotion on the course of schizophrenia in Chandigarh. *British Journal of Psychiatry*, **151**: 166–173.
- Lehman AF, Steinwachs DM and the co-investigators of the PORT Project (1998). At issue: translating research into practice. The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) treatment recommendations. *Schizophrenia Bulletin*, **24**(1): 1–10.
- Leon DA, Shkolnikov VM (1998). Social stress and the Russian mortality crisis. *Journal of the American Medical Association*, **279**(10): 790–791.
- Leonardis M de, Mauri D, Rotelli F (1994). *L'impresa sociale*. Milan, Anabasi.
- Leshner AI (1997). Addiction is a brain disease, and it matters. *Science*, **278**(5335): 45–47.
- Lester D (1995). Preventing suicide by restricting access to methods for suicide. In: Diekstra RFW, Gulbinat W, Kienhorst I, De Leo D, eds. *Preventive strategies on suicide*. Lieden, Brill: 163–172.
- Lester D, Murrell ME (1980). The influence of gun control laws on suicidal behaviour. *American Journal of Psychiatry*, **137**: 121–122.
- Levav I, Gonzalez VR (2000). Rights of persons with mental illness in Central America. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **101**: 83–86.
- Lewinsohn PM, Hops H, Roberts RE, Seeley JR, Andrews JA (1993). Adolescent psychopathology. I: Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students. *Journal of Abnormal Psychology*, **102**: 133–144 (erratum, **102**: 517).
- Lewis DA, Lieberman JA (2000). Catching up on schizophrenia: natural history and neurobiology. *Neuron*, **28**: 325–334.
- Lindeman S, Hämäläinen J, Isometsä E, Kaprio J, Poikolainen K, Heikkilä A, Aro H (2000). The 12-month prevalence and risk factors for major depressive episode in Finland: representative sample of 5993 adults. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **102**: 178–184.
- Lustman PJ, Freedland KE, Griffith LS, Clouse RE (2000). Fluoxetine for depression in diabetes: a randomized double-blind placebo-controlled trial. *Diabetes Care*, **23**(5): 618–623.
- Lustman PJ, Griffith LS, Clause RE, Freedland KE, Eisen SA, Rubin EH, Carney RM, McGill JB (1995). Effects of alprazolam on glucose regulation in diabetes: results of a double-blind, placebo-controlled trial. *Diabetes Care*, **18**(8): 1133–1139.
- Lustman PJ, Griffith LS, Clause RE, Freedland KE, Eisen SA, Rubin EH, Carney RM, McGill JB (1997). Effects of nortriptyline on depression and glycemic control in diabetes: results of a double-blind placebo-controlled trial. *Psychosomatic Medicine*, **59**(3): 241–250.
- McGorry PD (2000). Evaluating the importance of reducing the duration of untreated psychosis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, **34** (suppl.): 145–149.
- McLellan AT, Lewis DC, O'Brien CP, Kleber HD (2000). Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *Journal of the American Medical Association*, **284**(13): 1689–1695.
- Maj M, Janssen R, Starace F, Zaudig M, Satz P, Sughondhabhirom B, Luabeya M, Riedel R, Ndetei D, Calil B, Bing EG, St Louis M, Sartorius N (1994a). WHO Neuropsychiatric AIDS Study, Cross-sectional Phase I: Study design and psychiatric findings. *Archives of General Psychiatry*, **51**(1): 39–49.
- Maj M, Satz P, Janssen R, Zaudig M, Starace F, D'Elia L, Sughondhabhirom B, Mussa M, Naber D, Ndetei D, Schulte G, Sartorius N (1994b). WHO Neuropsychiatric AIDS Study, Cross-sectional Phase II: Neuropsychological and neurological findings. *Archives of General Psychiatry*, **51**(1): 51–61.
- Management Sciences for Health (from 2001, in collaboration with WHO). *International drug price indicator guide*. Arlington, VA, Management Sciences for Health.

- Mani KS, Rangan G, Srinivas HV, Srindharan VS, Subbakrishna DK** (2001). Epilepsy control with phenobarbital or phenytoin in rural south India: the Yelandur study. *Lancet*, **357**: 1316–1320.
- Meerding WJ, Bonneux L, Polder JJ, Koopmanschap MA, Maas PJ van der** (1998). Demographic and epidemiological determinants of healthcare costs in the Netherlands: cost of illness study. *British Medical Journal*, **317**: 111–115.
- Mendlowicz MV, Stein MB** (2000). Quality of life in individuals with anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, **157**(5): 669–682.
- Merkl PE** (1993). Which are today's democracies? *International Social Science Journal*, **136**: 257–270.
- Mishara BL, Ystgaard M** (2000). Exploring the potential for primary prevention: evaluation of the Befrienders International Reaching Young People Pilot Programme in Denmark. *Crisis*, **21**(1): 4–7.
- Mittelman MS, Ferris SH, Shulman E, Steinberg G, Levin B** (1996). A family intervention to delay nursing home placement of patients with Alzheimer's disease. *Journal of the American Medical Association*, **276**(21): 1725–1731.
- Mohit A** (1999). Mental health in the Eastern Mediterranean Region of the World Health Organization with a view to future trends. *Eastern Mediterranean Health Journal*, **5**: 231–240.
- Mohit A, Saeed K, Shahmohammadi D, Bolhari J, Bina M, Gater R, Mubbashar MH** (1999). Mental health manpower development in Afghanistan: a report on a training course for primary health care physicians. *Eastern Mediterranean Health Journal*, **5**: 231–240.
- Morita H, Suzuki M, Suzuki S, Kamoshita S** (1993). Psychiatric disorders in Japanese secondary school children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, **34**: 317–332.
- Mubbashar MH** (1999). Mental health services in rural Pakistan. In: Tansella M, Thornicroft G, eds. *Common mental disorders in primary care*. London, Routledge.
- Murray CJL, Lopez AD, eds** (1996a). *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge, MA, Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank (Global Burden of Disease and Injury Series, Vol. I).
- Murray CJL, Lopez AD** (1996b). *Global health statistics*. Cambridge, MA, Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank (Global Burden of Disease and Injury Series, Vol. II).
- Murray CJL, Lopez AD** (1997). Alternative projections of mortality and disability by cause 1990–2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet*, **349**: 1498–1504.
- Murray CJL, Lopez AD** (2000). Progress and directions in refining the global burden of disease approach: a response to Williams. *Health Economics*, **9**: 69–82.
- Mynors-Wallis L** (1996). Problem-solving treatment: evidence for effectiveness and feasibility in primary care. *International Journal of Psychiatry Medicine*, **26**: 249–262.
- Narayan D, Chambers R, Shah MK, Petesch P** (2000). *Voices of the poor, crying out for change*. New York, Oxford University Press for the World Bank.
- National Human Rights Commission** (1999). *Quality assurance in mental health*. New Delhi, National Human Rights Commission of India.
- New Mexico Department of Health** (2001). *Alcohol-related hospital charges in New Mexico for 1998 estimated at \$51 million*. New Mexico Department of Health (Press Release, 16 January 2001).
- Newman SC, Bland RC, Orn HT** (1998). The prevalence of mental disorders in the elderly in Edmonton: a community survey using GMS-AGECAT. *Canadian Journal of Psychiatry*, **43**: 910–914.
- NIDA** (2000). *Principles of drug addiction treatment: a research-based guide*. Bethesda, MD, National Institute on Drug Abuse (NIH Publication No.00-4180).
- Notzon FC, Komarov YM, Ermakov SP, Sempos CT, Marks JS, Sempos EV** (1998). Causes of declining life expectancy in Russia. *Journal of the American Medical Association*, **279**(10): 793–800.
- O'Brien SJ, Menotti-Raymond M, Murphy WJ, Nash WG, Wienberg J, Stanyon R, Copeland NG, Jenkins NA, Womack JE, Marshall Graves JA** (1999). The promise of comparative genomics in mammals. *Science*, **286**: 458–481.
- Okasha A, Karam E** (1998). Mental health services and research in the Arab world. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **98**: 406–413.
- Orley J, Kuyken W** (1994). *Quality of life assessment: international perspectives*. Basel, Springer-Verlag.
- Orley J, Saxena S, Herrman H** (1998). Quality of life and mental illness: reflections from the perspective of WHOQOL. *British Journal of Psychiatry*, **172**: 291–293.

- PAHO (1991). Declaration of Caracas, 1990. *International Digest of Health Legislation*, 42(2): 336–338.
- Pai S, Kapur RL (1982). Impact on treatment intervention on the relationship between the dimensions of clinical psychopathology, social dysfunction and burden on families of schizophrenic patients. *Psychological Medicine*, 12: 651–658.
- Pal DK, Das T, Chaudhury G, Johnson AL, Neville B (1998). Randomised controlled trial to assess acceptability of phenobarbital for epilepsy in rural India. *Lancet*, 351(9095): 19–23.
- Patel A, Knapp MRJ (1998). Costs of mental illness in England. *Mental Health Research Review*, 5: 4–10.
- Patel V (2001). Poverty, inequality, and mental health in developing countries. In: Leon D, Walt G, eds. *Poverty, inequality and health: an international perspective*. Oxford, Oxford University Press: 247–261.
- Patel V, Araya R, de Lima M, Ludermir A, Todd C (1999). Women, poverty and common mental disorders in four restructuring societies. *Social Science and Medicine*, 49: 1461–1471.
- Paykel ES (1994). Life events, social support and depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 377 (Suppl): 50–58.
- Pearson V (1992). Community and culture: a Chinese model of community care for the mentally ill. *International Journal of Social Psychiatry*, 38: 163–178.
- Pearson V (1995). Goods on which one loses: women and mental health in China. *Social Science and Medicine*, 41(8): 1159–1173.
- Pharaoh FM, Marij J, Streiner D (2000). Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Collaboration database of systematic reviews*, 1: 1–36.
- Pomerleau OF, Downey KK, Stelson FW, Polerleau CS (1995). Cigarette smoking in adult patients diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Substance Abuse*, 7(3): 373–378.
- Radomsky ED, Haas GL, Mann JJ, Sweeney JA (1999). Suicidal behavior in patients with schizophrenia and other psychotic disorders. *American Journal of Psychiatry*, 156(10): 1590–1595.
- Ranrakha S, Caspi A, Dickson N, Mofott TE, Paul C (2000). Psychiatric disorders and risky sexual behaviours in young adulthood: cross sectional study in birth cohort. *British Medical Journal*, 321(7256): 263–266.
- Rashliesel J, Scott K, Dixon L (1999). Co-occurring severe mental illness and substance abuse disorders: a review of recent research. *Psychiatric Services*, 50(11): 1427–1434.
- Reed GM, Kemeny ME, Taylor SE, Wang HYJ, Visscher BR (1994). Realistic acceptance as a predictor of decreased survival time in gay men with AIDS. *Health Psychology*, 13(4): 299–307.
- Regier DA, Boyd JH, Burke JD, Rae DS, Myers JK, Kramer M, Robins LN, George LK, Karno M, Locke BZ (1988). One-month prevalence of mental disorders in the United States. Based on five Epidemiologic Catchment Area sites. *Archives of General Psychiatry* 45: 977–986.
- Rezaki MS, Ozgen G, Kaplan I, Gursoy BM, Sagduyu A, Ozturk OM (1995). Results from the Ankara centre. In: Ustun TB, Sartorius N, eds. *Mental illness in general health care: an international study*. Chichester, John Wiley & Sons on behalf of the World Health Organization: 39–55.
- Rice DP, Fox PJ, Max W, Webber PA, Lindeman DA, Hauck WW, Segura E (1993). The economic burden of Alzheimer's disease care. *Health Affairs*, 12(2): 164–176.
- Rice DP, Kelman S, Miller LS (1991). Estimates of economic costs of alcohol and drug abuse and mental illness, 1985 and 1988. *Public Health Reports*, 106(3): 280–292.
- Rice DP, Kelman S, Miller LS, Dummeyer S (1990). *The economic costs of alcohol and drug abuse and mental illness: 1985*. Rockville, MD, Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration (Publication No. (ADM) 90-1694).
- Riley L, Marshall M, eds (1999). *Alcohol and public health in eight developing countries*. Geneva, World Health Organization (unpublished document WHO/HSC/SAB/99.9).
- Rosenbaum JF, Hylan TR (1999). Costs of depressive disorders. In: Maj M, Sartorius N, eds. *Evidence and practice in psychiatry: depressive disorders*. New York, John Wiley & Sons: 401–449.
- Rosenberg ML, Mercy JA, Potter LB (1999). Firearms and suicide. *New England Journal of Medicine*, 341: 1609–1611.
- Rossov I (2000). Suicide, violence and child abuse: a review of the impact of alcohol consumption on social problems. *Contemporary Drug Problems*, 27(3): 397–334.
- Rutz W, Knorring L, Walinder, J (1995). Long-term effects of an educational program for general practitioners given by the Swedish Committee for the Prevention and Treatment of Depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85: 83–88.

- Saeed K, Rehman I, Mubbashar MH** (2000). Prevalence of psychiatric morbidity among the attendees of a native faithhealer at Rawalpindi. *Journal of College of Physicians and Surgeons of Pakistan*, **10**: 7–9.
- Sankar R, Pulger T, Rai B, Gomathi S, Gyatso TR, Pandav CS** (1998). Epidemiology of endemic cretinism in Sikkim, India. *Indian Journal of Pediatrics*, **65**(2): 303–309.
- Saraceno B, Barbui C** (1997). Poverty and mental illness. *Canadian Journal of Psychiatry*, **42**: 285–290.
- Sartorius N** (1997). Fighting schizophrenia and its stigma. A new World Psychiatric Association educational programme. *British Journal of Psychiatry*, **170**: 297.
- Sartorius N** (1998a). Stigma: what can psychiatrists do about it? *Lancet*, **352**(9133): 1058–1059.
- Sartorius N** (1998b). Scientific work in the Third World Countries. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **98**: 345–347.
- Sartorius N, Jablensky A, Korten A, Ernberg G, Anker M, Cooper JE, Day R** (1986). Early manifestations and first-contact incidence of schizophrenia in different cultures. A preliminary report on the initial evaluation phase of the WHO Collaborative Study on determinants of outcome of severe mental disorders. *Psychological Medicine*, **16**: 909–928.
- Sartorius N, Janca A** (1996). Psychiatric assessment instruments developed by the World Health Organization. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, **31**(2): 55–69.
- Schulberg HC, Block MR, Madonia MJ, Scott CP, Rodriguez E, Imber SD, Perel J, Lave J, Houck PR, Coulehan JL** (1996). Treating major depression in primary care practice: eight-month clinical outcomes. *Archives of General Psychiatry*, **53**: 913–919.
- Schulberg HC, Katon W, Simon GE, Rush J** (1998). Treating major depression in primary care practice: an update of the Agency for Health Care Policy and Research Practice Guidelines. *Archives of General Psychiatry*, **55**: 1121–1127.
- Scott RA, Lhatoo SD, Sander JWAS** (2001). The treatment of epilepsy in developing countries: where do we go from here? *Bulletin of the World Health Organization*, **79**: 344–351.
- Senanayake N, Roman GC** (1993). Epidemiology of epilepsy in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, **71**: 247–258.
- Shaffer D, Fisher P, Dulcan MK, Davies M, Piacentini J, Schwab-Stone ME, Lahey BB, Bourdon K, Jensen PS, Bird HR, Canino C, Regier DA** (1996). The NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children version 2.3 (DISC-2.3): description acceptability, prevalence rates, and performance in the MECA study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **35**: 865–877.
- Somasundaram DJ, van de Put WA, Eisenbach M, Jong JT de** (1999). Starting mental health services in Cambodia. *Social Science and Medicine*, **48**(8): 1029–1046.
- Spagna ME, Cantwell DP, Baker L** (2000). Reading disorder. In: Sadock BJ, Sadock VA, etc. *Comprehensive textbook of psychiatry*. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins: 2614–2619.
- Spiegel D, Bloom JR, Kraemer HC, Gottheil E** (1989). Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet*, **2**(8668): 888–891.
- Srinivasa Murthy R** (2000). Reaching the unreached. *The Lancet Perspective*, **356**: 39.
- Sriram TG, Chandrasekar CR, Issac MK, Srinivasa Murthy R, Shanmugam V** (1990). Training primary care medical ofcagers in mental health care: an evaluation using a multiple choice questionnaire. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **81**: 414–417.
- Starace F, Baldassarre C, Biancolilli V, Fea M, Serpelloni G, Bartoli L, Maj M** (1998). Early neuropsychological impairment in HIV-seropositive intravenous drug users: evidence from the Italian Multicentre Neuropsychological HIV Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **97**(2): 132–138.
- Steinhausen HC, Winkler C, Metzke CW, Meier M, Kannenberg R** (1998). Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders: the Zurich Epidemiological Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **98**: 262–271.
- Summeróeld D** (2001). The invention of post-traumatic stress disorder and the social usefulness of a psychiatric category. *British Medical Journal*, **322** (7278): 95–98.
- Tadesse B, Kebede D, Tegegne T, Alem A** (1999). Childhood behavioural disorders in Ambo district, Western Ethiopia: I. Prevalence estimates. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **100**(Suppl): 92–97.
- Talbott, JA** (1999). The American experience with managed care – how Europe can avoid . In: Guimon J, Sartorius N, eds. *Manage or perish? The challenges of managed mental health in Europe*. New York, Kluwer.
- Tangcharoensathien V, Harnvoravongchai P, Pitayarangsarit S, Kasemsup V** (2000). Health aspects of rapid socioeconomic changes in Thailand. *Social Science and Medicine*, **51**: 789–807.

- Tansella M, Thornicroft G, eds. (1999). *Common mental disorders in primary care*. London, Routledge.
- Thara R, Eaton WW (1996). Outcome of schizophrenia: the Madras longitudinal study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 30(4): 516–522.
- Thara R, Henrietta M, Joseph A, Rajkumar S, Eaton WW (1994). Ten-year course of schizophrenia: the Madras longitudinal study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90: 344–351.
- Thornicroft G, Sartorius N (1993). The course and outcome of depression in different cultures: 10-year follow-up of the WHO Collaborative Study on the Assessment of Depressive Disorders. *Psychological Medicine*, 23: 1023–1032.
- Thornicroft G, Tansella M (2000). *Balancing community-based and hospital-based mental health care: the new agenda*. Geneva, World Health Organization (unpublished document).
- Tomov T (1999). Central and Eastern European countries. In: Thornicroft G, Tansella G, eds. *The mental health matrix: a manual to improve services*. Cambridge, Cambridge University Press: 216–227.
- True WR, Xian H, Scherrer JF, Madden PAF, Kathleen K, Health AC, Andrew C, Eisen SA, Lyons MJ, Goldberg J, Tsuang M (1999). Common genetic vulnerability for nicotine and alcohol dependence in men. *Archives of General Psychiatry*, 56: 655–661.
- UK700 Group (1999). Predictors of quality of life in people with severe mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 175: 426–432.
- UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS) (2000). *Report on the global HIV/AIDS epidemic*. Geneva, UNAIDS.
- United Nations (1957; 1977). *Standard minimum rules for the treatment of prisoners*. New York, United Nations (ECOSOC resolution 663C (XXIV); ECOSOC resolution 2076 (LXII)).
- United Nations (1989). *Convention on the Rights of the Child*. New York, United Nations (UNGA document A/RES/44/25) .
- United Nations (1991). *The protection of persons with mental illness and the improvement of mental health care*. UN General Assembly resolution A/RES/46.119 (available at: <http://www.un.org/ga/documents/gadocs.htm>).
- Upanne M, Hakanen J, Rautava M (1999). *Can suicide be prevented? The suicide project in Finland 1992–1996: goals, implementation and evaluation*. Saarijävi, Stakes.
- US Department of Health and Human Services (DHHS) (1999). *Mental health: a report of the Surgeon General – Executive summary*. Rockville, MD, Department of Health and Human Services, US Public Health Service.
- US Department of Health and Human Services (DHHS) (2001). *Report of the Surgeon General's Conference on Children's Mental Health: a national action agenda*. Rockville, MD, US Department of Health and Human Services.
- Üstün TB, Rehm J, Chatterji S, Saxena S, Trotter R, Room R, Bickenbach J, and the WHO/NIH Joint Project CAR Study Group (1999). Multiple-informant ranking of the disabling effects of different health conditions in 14 countries. *Lancet*, 354(9173): 111–115.
- Üstün TB, Sartorius N (1995). *Mental illness in general health care: an international study*. Chichester, John Wiley & Sons on behalf of the World Health Organization.
- Vijayakumar L (2001). Personal communication.
- Von Korff M, Moore JE, Lorig K, Cherkin DC, Saunders K, Gonzalez VM, Laurent D, Rutter C, Comite F (1998). A randomized trial of a lay person-led self-management group intervention for back pain patients in primary care. *Spine*, 23(23): 2608–2615.
- Vos T, Mathers CD (2000). Burden of mental disorders: Australia and Global Burden of Disease studies. *Bulletin of the World Health Organization*, 78: 427–438.
- Vroublevsky A, Harwin J (1998). Russia. In: Grant M, ed. *Alcohol and emerging markets: patterns, problems and responses*. Philadelphia, Brunner Mazel: 203–223.
- Wang X, Gao L, Zhang H, Zhao C, Shen Y, Shinfuku N (2000). Post-earthquake quality of life and psychological well being: longitudinal evaluation in a rural community sample in Northern China. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 54: 427–433.
- Ward E, King M, Lloyd M, Bower P, Sibbald B, Farely S, Gabbay M, Tarrier N, Addington-Hall J (2000). Randomised controlled trial of non-directive counselling, cognitive behaviour therapy and usual general practitioner care for patients with depression. I: clinical effectiveness. *British Medical Journal*, 321: 1381–1388.

- Wells JE, Bushnell JA, Hornblow AR, Joyce PR, Oakley-Browne MA (1989). Christchurch Psychiatric Epidemiology Study, part I: methodology and lifetime prevalence for specific psychiatric disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 23: 315–326.
- Weyerer S, Castell R, Biener A, Artner K, Dilling H (1988). Prevalence and treatment of psychiatric disorders in 3–14-year-old children: results of a representative field study in the small rural town region of Traunstein, Upper Bavaria. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 77: 290–296.
- Whiteford H, Thompson I, Casey D (2000). The Australian mental health system. *International Journal of Law and Psychiatry*, 23(3–4): 403–417.
- WHO International Consortium of Psychiatric Epidemiology (2000). Cross-national comparisons of mental disorders. *Bulletin of the World Health Organization*, 78: 413–426.
- WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence (2001). Preliminary results. Geneva, World Health Organization.
- Wilk AI, Jensen NM, Havighurst TC (1997). Meta-analysis of randomized control trials addressing brief interventions in heavy alcohol drinkers. *Journal of General Internal Medicine*, 12: 274–283.
- Williams DR, Williams-Morris, R (2000). Racism and mental health: the African American experience. *Ethnicity and Health*, 5(3/4): 243–268.
- Wineöeld HR, Harvey EJ (1994). Needs of family care-givers in chronic schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 20(3): 557–566.
- Wing JK, Cooper JE, Sartorius N (1974). *The measurement and classification of psychiatric symptoms*. London, Cambridge University Press.
- Wintemute GJ, Parham CA, Beaumont JJ, Wright M, Drake C (1999). Mortality among recent purchasers of handguns. *New England Journal of Medicine*, 341: 1583–1589.
- Wittchen HU, Nelson CB, Lachner G (1998). Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psychological Medicine*, 28: 109–126.
- Wittchen HU, Robins LN, Cottler LB, Sartorius N, Burke JD, Reger D and Participants in the Multicentre WHO/ADAMHA Field Trials (1991). *British Journal of Psychiatry*, 159: 645–653.
- World Bank (1993). *World development report 1993: investing in health*. New York, Oxford University Press for the World Bank.
- World Bank (1999). *Development in practice – Curbing the epidemic: governments and the economics of tobacco control*. Washington DC, World Bank.
- World Health Organization (1975). *Organization of mental health services in developing countries. Sixteenth report of the WHO Expert Committee on Mental Health, December 1974*. Geneva, World Health Organization (WHO Technical Report Series, No. 564).
- World Health Organization (1988). *Benzodiazepines and therapeutic counselling. Report from a WHO Collaborative Study*. Berlin, Springer-Verlag.
- World Health Organization (1989). *Consumer involvement in mental health and rehabilitation services*. Geneva, World Health Organization (unpublished document WHO/MNH/MEP/89.7).
- World Health Organization (1990). *WHO child care facility schedule*. Geneva, World Health Organization (unpublished document WHO/MNH/PSF/90.3).
- World Health Organization (1992a). *International statistical classification of diseases and related health problems, Tenth revision 1992 (ICD-10). Vol. 1: Tabular list. Vol. 2: Instruction manual. Vol. 3: Alphabetical index*. Geneva, World Health Organization.
- World Health Organization (1992b). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva, World Health Organization.
- World Health Organization (1993a). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research*. Geneva, World Health Organization.
- World Health Organization (1993b). *Essential treatments in psychiatry*. Geneva, World Health Organization (unpublished document WHO/MNH/MND/93.26).
- World Health Organization (1994). Cause-of-death statistics and vital rates, civil registration systems and alternative sources of information. *World Health Statistics Annual 1993*, Section A/B: China 11–17.
- World Health Organization (1995). *Psychosocial rehabilitation: a consensus statement*. Geneva, World Health Organization (unpublished document WHO/MNH/MND/96.2).
- World Health Organization (1996). WHO Brief Intervention Study Group: a cross-national trial of brief interventions with heavy drinkers. *American Journal of Public Health*, 86: 948–955.

- World Health Organization** (1997a). *Violence against women*. Geneva, World Health Organization (unpublished document WHO/FRH/WHD/97.8).
- World Health Organization** (1997b). *An overview of a strategy to improve the mental health of underserved populations: Nations for Mental Health*. Geneva, World Health Organization (unpublished document WHO/MSA/NAM/97.3).
- World Health Organization** (1998). *WHO Expert Committee on Drug Dependence, thirtieth report*. Geneva, World Health Organization (WHO Technical Report Series, No. 873).
- World Health Organization** (1999). *Global status report on alcohol*. Geneva, World Health Organization (unpublished document WHO/HSC/SAB/99.11).
- World Health Organization** (2000a). *Gender and the use of medications: a systematic review*. Geneva, World Health Organization (unpublished working document WHO/GHW).
- World Health Organization** (2000b). *Women's mental health: an evidence-based review*. Geneva, World Health Organization (unpublished document WHO/MSD/MHP/00.1).
- World Health Organization** (2000c). *The World Health Report 2000 – Health systems: improving performance*. Geneva, World Health Organization.
- World Health Organization** (2001). *Mental health resources in the world. Initial results of Project Atlas*. Geneva, World Health Organization (Fact Sheet No. 260, April 2001).
- Xu Huilan, Xiao Shuiyuan, Chen Jiping, Lui Lianzhong** (2000). Epidemiological study on committed suicide among the elderly in some urban and rural areas of Hunan province, China. *Chinese Mental Health Journal*, 14(2): 121–124.
- Ziegelstein RC, Fauerbach JA, Stevens SS, Romanelli J, Richter DP, Bush DE** (2000). Patients with depression are less likely to follow recommendations to reduce cardiac risk during recovery from a myocardial infarction. *Archives of Internal Medicine*, 160: 1818–1823.
- Zimmerman M, McDermut W, Mattia JI** (2000). Frequency of anxiety disorders in psychiatric outpatients with major depressive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 157: 1337–1340.



# Παράρτημα στατιστικών δεδομένων

Οι πίνακες σε αυτό το εξειδικευμένο παράρτημα παρουσιάζουν τις πλέον πρόσφατες πληροφορίες που αφορούν την επιβάρυνση που προκαλείται στην δημόσια υγεία από νόσους και συγκεντρωτικές εκτιμήσεις της υγείας του πληθυσμού σε Κράτη μέλη και Περιφέρειες του ΠΟΥ για το έτος 2000. Το υλικό αυτών των πινάκων παρουσιάζεται κάθε χρόνο στις εκδόσεις για την Παγκόσμια Υγεία.

Οπως συμβαίνει με κάθε νεωτεριστική προσέγγιση, οι μέθοδοι και οι πηγές των δεδομένων επιδέχονται βελτίωσης. Η προσεκτική εξέταση και χρήση των αποτελεσμάτων αναμένεται να οδηγήσει σε βελτίωση των μετρήσεων στις μελλοντικές εκθέσεις για την Παγκόσμια Υγεία. Όλα τα κύρια αποτελέσματα αναφέρονται με διαστήματα αεθεαιρόπτας ώστε ο χρήστης να αντιλαμβάνεται την πιθανή διακύμανση των μετρήσεων για κάθε χώρα. Εκεί όπου τα δεδομένα παρουσιάζονται ανά χώρα, οι αρχικές εκτιμήσεις και οι τεχνικές εξηγήσεις του ΠΟΥ εστάλησαν στα Κράτη Μέλη για σχολιασμό. Τα σχόλια και τα δεδομένα που λάβαμε κατόπιν αυτού, συζητήθηκαν και, όπου ήταν δυνατόν, συμπεριελήφθησαν. Οι εκτιμήσεις που δημοσιεύονται εδώ θα πρέπει να εκληφθούν ως οι καλύτερες που μπόρεσε να κάνει ο ΠΟΥ, και όχι ως η επίσημη άποψη των Κρατών Μελών.



# ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

## ΕΡΜΗΝΕΥΤΙΚΕΣ ΣΗΜΕΙΟΣΕΙΣ

### ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΠΙΝΑΚΑΣ 1

Για να εκτιμηθεί το γενικό επίπεδο υγείας, είναι σημαντική η ανάπτυξη των καλύτερων δυνατών πινάκων επιβίωσης για κάθε χώρα. Νέοι πίνακες επιβίωσης αναπτύχθηκαν και για τα 191 Κράτη Μέλη, αρχής γενομένης με μια συστηματική ανασκόπηση όλων των διαθέσιμων στοιχείων από έρευνες, απογραφές, αρχεία δειγματοληπτικής καταγραφής, πληθυσμιακές αναλύσεις και καταγραφές επιπέδων και τάσεων της παιδικής θνητιμότητας, όπως και αυτής των ενηλίκων<sup>1</sup>. Η δουλειά της UNICEF<sup>2</sup> σχετικά με την παιδική θνητιμότητα, του γραφείου απογραφής των ΗΠΑ<sup>3</sup> για τη γενική θνητιμότητα, και του τμήματος πληθυσμών 2000 του ΟΗΕ για τα δημογραφικά στοιχεία<sup>4</sup>, προσέφεραν πολλά. Σε στοιχεία του ΟΗΕ στριζούνται όλες οι εκτιμήσεις για το μέγεθος του πληθυσμού και τη δομή του. Τα στοιχεία αναφέρονται στον de facto πληθυσμό των χωρών, και όχι στον de jure. Για να αναλυθούν καλύτερα τα δημογραφικά στοιχεία, οι αιτίες θανάτου και η επιβάρυνση που προκαλείται από τα διάφορα νοσήματα, τα 191 Κράτη Μέλη διαιρέθηκαν σε 5 επίπεδα θνητιμότητας, βάσει του επιπέδου της παιδικής θνητιμότητας και της θνητιμότητας των ενηλίκων ανδρών. Ο πίνακας, που ορίζεται από τις έξι περιφέρειες του ΠΟΥ και τα 5 επίπεδα θνητιμότητας, οδηγεί σε 14 υπο-περιφέρειες, αφού δεν υπάρχουν όλα τα επίπεδα θνητιμότητας σε κάθε περιοχή. Αυτές οι υπο-περιφέρειες χρησιμοποιούνται στους πίνακες 2 και 3 για την παρουσίαση των αποτελεσμάτων.

Λόγω της αυξημένης ανομοιογένειας της θνητιμότητας ενηλίκων και παιδιών, ο ΠΟΥ έχει αναπτύξει ένα σύστημα δύο παραμέτρων γι' αυτούς τους πίνακες, με πρόσθετες παραμέτρους που διορθώνουν τα συστηματικά σφάλματα της εφαρμογής των δύο παραμέτρων<sup>5</sup>. Το σύστημα αυτό χρησιμοποιήθηκε για τα Κράτη Μέλη χωρίς επαρκή ηλικιακά δεδομένα, καθώς και στην πρόβλεψη για το 2000, όπου τα δεδομένα ήταν παρελθόντων ετών. Λεπτομέρειες παρατίθενται στη βιβλιογραφία. Ο ΠΟΥ χρησιμοποιεί μια δεδομένη μέθοδο στις εκτιμήσεις και προβλέψεις για όλα τα Κράτη Μέλη με παρόμοια δεδομένα. Αυτό δίνει κάποιες μικρές διαφορές, σε σχέση με τα επίσημα στοιχεία των Κρατών Μελών.

Για να αποκαλυφθεί ο βαθμός αβεβαιότητας λόγω της δειγματοληψίας, τεχνικών εμφέσου υπολογισμού ή λόγω προβλέψεων για το 2000, για κάθε Κράτος Μέλος δημιουργήθηκαν 1000 πίνακες. Τα διαστήματα αβεβαιότητας αναφέρονται στον Πίνακα 1, δίνοντας το δέκατο και ενεντυκοστό εκατοστημόριο. Αυτή η ανάλυση διευκολύνθηκε από νέες μεθόδους και προγράμματα H/Y<sup>6</sup>. Πρόσφατοι υπολογισμοί του μεγέθους και του περιθωρίου σφάλματος της επιδημίας του HIV έχουν ενσωματωθεί στην ανάλυση, και αφορά χώρες όπου η επιδημία HIV έχει λάβει σοβαρές διαστάσεις<sup>7</sup>.

### ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΠΙΝΑΚΕΣ 2 ΚΑΙ 3

Οι αιτίες θανάτου για τις 14 υπο-περιφέρειες και όλη την υφήλιο έχουν υπολογιστεί με βάση τα ηλικιακά δεδομένα κρατών, τα οποία καταγράφουν 17 εκατομμύρια θανάτους εποίως. Έχουν επίσης χρησιμοποιηθεί πληροφορίες από αρχεία δειγματοληπτικής καταγραφής και πληθυσμιακών και επιδημιολογικών αναλύσεων, ώστε να λαμβάνονται ακριβή δεδομένα από τα Κράτη Μέλη ως προς τις αιτίες θανάτου<sup>6-8</sup>.

Τα δεδομένα για τις αιτίες θανάτου έχουν αναλυθεί προσεκτικά, ώστε να λαμβάνουν υπόψη τα ελλιπή συνήθως δεδομένα χωρών και ομάδων πληθυσμού που βρίσκονται στο

περιθώριο. Σχετικές τεχνικές αναπτύχθηκαν με βάση την μελέτη "Global Burden of Disease" <sup>9</sup> και στην συνέχεια θελτιώθηκαν διευρύνοντας πολύ περισσότερο τη βάση δεδομένων και χρησιμοποιώντας καλύτερες τεχνικές κατηγοριοποίησης <sup>10</sup>.

Έχει δοθεί ιδιαίτερη προσοχή στα προβλήματα λανθασμένης απόδοσης ή καταγραφής των αιτιών θανάτου σε καρδιαγγειακές παθήσεις, καρκίνο, τραύματα και άλλες γενικές κατηγορίες. Έχει αναπτυχθεί ένας διορθωτικός αλγόριθμος για την εκ νέου ταξινόμηση μερικών καρδιαγγειακών καθαριών που ήταν ασαφείς ως προς τον ορισμό τους. <sup>11</sup> Η θνησιμότητα από καρκίνο κατά περιοχές έχει εκτιμηθεί τόσο από τα στοιχεία φυσικής κίνησης του πληθυσμού όσο και από αρχεία καταγραφής νέων περιστατικών καρκίνου, όπου αυτά τηρούνται. Για την επεξεργασία αυτών των αρχείων έχουν χρησιμοποιηθεί κατάλληλες μέθοδοι που παίρνουν υπόψη τους την ηλικία γέννησης των περιστατικών που καταγράφονται ώστε να γίνονται σωστές επισημάνσεις και προβλέψεις <sup>8</sup>.

Το Παράρτημα Πίνακας 3 υπολογίζει την επιβάρυνση που προκαλείται στην δημόσια υγεία από τα διάφορα νοσήματα, χρησιμοποιώντας τα έπιν ζωής σταθμισμένα ως προς την ανικανότητα (DALYs) ως μέτρο του χάσματος υγείας στον κόσμο για το 2000. Τα DALYs, όπως και το «προσδόκιμο υγιούς επιβίωσης» (healthy life expectancy) αποτελούν συνοπτικές εκτιμήσεις της υγείας του πληθυσμού <sup>12,13</sup>. Ένα DALY μπορεί να θεωρηθεί ως ένα χαμένο έτος «υγιούς» ζωής, και η επιβάρυνση που προκαλείται από τα νοσήματα ως μία μέτρηση του χάσματος μεταξύ της τωρινής υγείας του πληθυσμού και εκείνης της ιδιαίτερης κατάστασης, όπου το σύνολο του πληθυσμού φθάνει στο γήρας απόλυτα υγιές. Τα DALYs λόγω μίας ασθένειας ή κατάστασης της υγείας υπολογίζονται ως το άθροισμα των χαμένων ετών-ζωής λόγω πρόωρης θνησιμότητας του πληθυσμού και των χαμένων ετών-ζωής λόγω ανικανότητας κατά περίπτωση. Περισσότερα παρατίθενται στη θιβλιογραφία <sup>14</sup>.

Τα DALYs για το 2000 έχουν υπολογιστεί με βάση την πληροφόρηση για τις αιτίες θανάτου και τις επιδημιολογικές εκτιμήσεις σε κάθε περιφέρεια. Σε αυτή την έκθεση, οι εκτιμήσεις της επιβάρυνσης της υγείας από νόσους έχουν εμπλουτιστεί όσον αφορά πολλές κατηγορίες, που περιλαμβάνονται στη μελέτη Global Burden of Disease 2000. Αυτό έγινε με βάση τα άφθονα δεδομένα που διατίθενται στα τεχνικά προγράμματα του ΠΟΥ, και με την συνεργασία επιστημόνων παγκοσμίως <sup>15</sup>. Παράδειγμα αποτελούν τα δεδομένα για την φυματίωση, τον διαβήτη, τον καρκίνο κλπ. Όλα αυτά, μαζί με νέες εκτιμήσεις των θανάτων κατά ηλικία, φύλο και αιτία για όλα τα Κράτη Μέλη, έχουν χρησιμοποιηθεί ώστε να υπολογιστούν με συνέπεια η επίπτωση, ο επιπολασμός, η διάρκεια και τα DALYs για πάνω από 130 κύριες αιτίες, σε 14 υπο-περιφέρειες του κόσμου.

#### ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΠΙΝΑΚΑΣ 4

Ο πίνακας 4 του παραρτήματος αναφέρει το μέσο επίπεδο υγείας των πληθυσμών των κρατών Μελών του ΠΟΥ, χρησιμοποιώντας ως μέτρο το προσδόκιμο υγιούς επιβίωσης. Μετά από 15 και πλέον χρόνια έρευνας, ο ΠΟΥ εισήγαγε το σταθμισμένο ως προς την ανικανότητα προσδόκιμο επιβίωσης (DALE) στην Πλαγκόσμια Έκθεση για την Υγεία 2000 <sup>6,17</sup>, ως μέτρο της υγείας των πληθυσμών. Για να φαίνεται καλύτερα ότι συμπεριλαμβάνονται όλες οι καταστάσεις της υγείας στον υπολογισμό του προσδόκιμου υγιούς επιβίωσης, το όνομα του δείκτη άλλαξε από DALE (σταθμισμένο ως προς την ανικανότητα προσδόκιμο επιβίωσης - disability adjusted life expectancy) σε HALE (health-adjusted life expectancy - προσδόκιμο υγιούς επιβίωσης). Το HALE βασίζεται στο προσδόκιμο επιβίωσης κατά τη γέννηση (δες Παράρτημα Πίνακας 1), αλλά περιλαμβάνει κατάλληλη στάθμιση για τα έπιν που ζει κανείς με κακή υγεία. Πρέπει να γίνει αντιληπτό ως ο αριθμός των ετών που ένα νεογέννητο αναμένεται να ζήσει εντελώς υγιές, βάσει των τωρινών εκτιμήσεων για τον επιπολασμό των νόσων και της θνησιμότητας.

Η μέτρηση του χρόνου κατά τον οποίο κάποιος έχει κακή υγεία βασίζεται στον συν-

δυασμό εκτιμήσεων για συγκεκριμένα νοσήματα, που υπαρχουν στη μελέτη Global Burden of Disease 2000, καθώς και σε υπολογισμούς του επιπολασμού διαφόρων καταστάσεων της υγείας κατά ηλικία και φύλο, που υπάρχουν σε μελέτες του ΠΟΥ<sup>18</sup>. Αντι-προσωπευτικές μελέτες νοικοκυριών γίνονται σε περίου 70 χώρες, με ένα νέο εργαλείο που βασίζεται στη Διεθνή Ταξινόμηση της Λειτουργικότητας, Ανικανότητας και Υγείας (International Classification of Functioning, Disability and Health)<sup>19</sup> και το οποίο κάνει 7 βασικές κατηγοριοποίσεις<sup>20</sup>. Αυτές κρίθηκαν ως οι πλέον σκόπιμες.

Οι αναλύσεις 50 και πλέον εθνικών ερευνών για την υγεία, ώστε να υπολογιστεί το προσδόκιμο υγιούς επιβίωσης στην Έκθεση για την Παγκόσμια Υγεία 2000, θρήκαν σοβαρούς περιορισμούς στη συμβατότητα των δεδομένων, ακόμα και όταν οι μέθοδοι και τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν ήταν τα ίδια<sup>17-21</sup>. Ο ΠΟΥ αναπτύσσει στατιστικές μεθόδους ώστε να ξεπεραστεί αυτό το πρόβλημα<sup>22</sup>.

Τα διαστήματα αιθεραιότητας του προσδόκιμου υγιούς επιβίωσης στον πίνακα 4 βασίζονται στο δέκατο και ενεντοκοστό εκατοστημόριο της σχετικής κατανομής<sup>23</sup>. Το σφάλμα του HALE είναι η συνάρτηση του σφάλματος στον υπολογισμό της θνησιμότητας σε κάθε χώρα, του σφάλματος στην εκτίμηση του επιπολασμού της ανικανότητας σε κάθε χώρα, όπως αυτή εκτιμάται από τη μελέτη της επιβάρυνσης που προκαλείται στην υγεία από τα διάφορα νοσήματα, και της κατάστασης της υγείας, όπως αποτυπώνεται στις σχετικές έρευνες.

Οι υπολογισμοί για το προσδόκιμο υγιούς επιβίωσης για τότε 2000 στα Κράτη Μέλη δεν συγκρίνονται ευθέως με αυτούς του 1999, της τότε Έκθεσης για την Παγκόσμια Υγεία, αφού έχουν περιληφθεί νέες επιδημιολογικές πληροφορίες, νέα δεδομένα ερευνών και θνησιμότητας, και νέες θελτιωμένες μέθοδοι.

Τα αποτέλεσματα από την έρευνα του ΠΟΥ στα νοικοκυριά πολλών κρατών έδειξαν γενική αύξηση της επιβάρυνσης των νοσημάτων, σχετική αύξηση για τις γυναίκες έναντι των ανδρών, και επομένως μείωση του προσδόκιμου υγιούς επιβίωσης. Αυτό επηρέασε όλα τα Κράτη Μέλη παγκοσμίως και μείωσε το προσδόκιμο υγιούς επιβίωσης κατά τη γέννηση από 56,8 έτη το 1999, στα 56,0 το 2000. Μερικά Κράτη Μέλη έχουν αλλαγές στο προσδόκιμο υγιούς επιβίωσης λόγω νέων εκτιμήσεων για την θνησιμότητα.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΠΙΝΑΚΑΣ 5

Οι εθνικοί λογαριασμοί για την υγεία είναι σχεδιασμένοι ώστε να αποτελούν ένα αντικειμενικό εργαλείο που να αναδεικνύει τις πολιτικές, να έχει εύρος, συνέπεια και επικαιρότητα, και έτσι να εντοπίζει τα επίπεδα και τις τάσεις κατανάλωσης των αγαθών και υπηρεσιών υγείας (η προσέγγιση που βασίζεται στη μέτρηση δαπανών), την προστιθέμενη αξία που δημιουργείται από τις βιομηχανίες υπηρεσιών και παραγωγής αυτών των αγαθών (η προσέγγιση που βασίζεται στη μέτρηση του παραχθέντος προϊόντος), και τα εισοδήματα που δημιουργούνται από αυτή τη διεργασία, όπως και τους φόρους, υποχρεωτικές εισφορές, πρόσθετες αμοιβές και άμεσες πληρωμές που χρηματοδοτούν το σύστημα (η προσέγγιση που βασίζεται στη μέτρηση εισοδημάτων). Η τωρινή θέση της προσωρινής σύνοψης των Εθνικών Λογαριασμών για την Υγεία του ΠΟΥ κλίνει μάλλον προς την μέτρηση των χρηματικών ροών.

Οι υπολογισμοί που παρουσιάζονται είναι μόνο μετρηθείσες δαπάνες και τάξεις μεγέθους. Όλοι οι υπολογισμοί είναι προκαταρκτικοί.

Οιως συμβαίνει με τη δομή κάθε λογιστικού συστήματος, τα πρώτα δεδομένα στη συνέχεια είναι πιθανό να διαφοροποιούνται. Οι πρώτες εκτιμήσεις για το 1997 έχουν αναθεωρηθεί εις βάθος, υπό το φώς στατιστικών και δεδομένων που προσκομίστηκαν μετά την συμπλήρωση της Έκθεσης για την Παγκόσμια Υγεία του 2000.

Οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία αποτελούν τις τρέχουσες δαπάνες και επενδύσεις των κυβερνήσεων (από το ομοσπονδιακό έως το κοινοτικό επίπεδο), συν τις κοινωνικές ασφαλίσεις, που έχουν υποχρεωτικό χαρακτήρα για σημαντικό μέρος του πληθυσμού, και

πόρους εκτός προϋπολογισμού, που προορίζονται να διοχετευτούν σε υπηρεσίες υγείας, ή σχετικές χρηματοδοτήσεις. Συμπεριλαμβάνουν χορηγήσεις και δάνεια από διεθνείς οργανισμούς, άλλα εθνικά ιδρύματα ή και εμπορικές τράπεζες.

Οι *ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία* είναι η *ιδιωτική ασφάλιση* και *προπληρωμένα συμβόλαια ιατρικής περίθαλψης*, υπηρεσίες που προσφέρονται από εργοδότες υποχρεωτικά ή όχι, πληρωμές από μη κυβερνητικές οργανώσεις και μη κερδοσκοπικά ιδρύματα, που προσφέρουν υπηρεσίες κυρίως σε νοικοκοιρά, αμεσες πληρωμές και άλλες ιδιωτικές χρηματοδοτήσεις, που δεν ταξινομούνται αλλού, συμπεριλαμβανομένων των δαπανών για επενδύσεις.

Η *χρηματοδότηση των δαπανών για την υγεία από την κοινωνική ασφάλιση* περιλαμβάνει τις εισφορές εργαζομένων και εργοδοτών και αποκλείει μεταβιβαστικές πληρωμές της κυβέρνησης και επιχορηγήσεις σε ιδρύματα κοινωνικών υπηρεσιών, πράγματα που είναι χρηματοδοτήσεις από φόρους. Αυτός ο διαχωρισμός έχει εν μέρει επιτευχθεί στην παρούσα λογική απεικόνιση.

Οι εισφορές από *εξωτερικές πηγές στη χρηματοδότηση συστημάτων υγείας* κατευθύνονται κυρίως προς δημόσια προγράμματα, αλλά περιλαμβάνουν μεταβιβάσεις προς ιδιωτικά προγράμματα, το μέγεθος των οποίων δεν έγινε δυνατόν να καθοριστεί. Τα ποσοστά από ανιχνεύσιμες εξωτερικές πηγές κάτω του 0,05% στην δημόσια δαπάνη για την υγεία, όπως και μερικές καταχωρίσεις που είναι θετικές, αλλά χωρίς ποσοτικά τεκμήρια, παρουσιάζονται με «...».

Σε μερικές χώρες, ένα τμήμα πληρωμών χρηματοδοτούμενων από φόρους κατευθύνονται στην προπληρωμή δανείων που συνάπτονται για την υγεία, πράγμα που δε μπορούσε πάντα να διαχωριστεί από τις άμεσα έξοδα για τις υπηρεσίες υγείας και την διοίκηση.

Για την καλύτερη παρουσίαση του πίνακα 5, προπληρωμένα ιδιωτικά ασφαλιστήρια που δεν εμπεριέχουν αναγκαστικά κίνδυνο, έχουν προστεθεί στην *ιδιωτική ασφάλιση*, ως μία άλλη μορφή διαμοιρασμού του κινδύνου. Τα μπδενικά σε αυτή τη στήλη δεν δείχνουν κατ' ανάγκην απουσία τέτοιων οικονομικών προγραμμάτων και μπορεί να σημαίνει ότι, ελλείψη δεδομένων, αυτή η μορφή χρηματοδότησης συμπεριλαμβάνεται στις άμεσες πληρωμές. Στις περιπτώσεις που υπάρχει υπόνοια θετικών καταχωρίσεων χωρίς ποσοτικά τεκμήρια έχει γίνει χρήση του «...».

Οι *άμεσες πληρωμές περιλαμβάνουν*, κατά το δυνατόν, εκπιπτόμενα και συνεισφορές για την κοινωνική ασφάλιση και άλλες προπληρωμές του ειδούς αυτού, άλλες δαπάνες των νοικοκυριών προ επιστροφών ιδιωτικού ή δημοσίου χαρακτήρα, και άλλα ιδιωτικά προπληρωμένα ασφάλιστρα.

Όταν δεν υπάρχει πληροφόρηση για την *ιδιωτική ασφάλιση*, τις *μη κυβερνητικές οργανώσεις* και/ή τα *έξοδα επιχειρήσεων για παροχές υγείας*, τα κενά επιδεινώνουν τις άμεσες πληρωμές. Η *ιδιωτική ασφάλιση* και οι *άμεσες πληρωμές* δεν ισούνται κατ' ανάγκην με τις *ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία*.

Οι *συναλλαγματικές ισοτιμίες* είναι οι μέσες παραπτούμενες στο τραπεζικό σύστημα, και εκφράζονται σε US\$. Οι εκτιμήσεις για το διεθνές δολάριο εξάγονται διαιρώντας τα κατά τόπο νομίσματα με την κατ' εκτίμησην αγοραστική τους αξία ως προς το US\$. Οι ισοτιμίες αγοραστικής αξίας είναι τα ποσοστά μετατροπής, ώστε να εξισώνεται η αγοραστική δύναμη των διαφόρων νομισμάτων, καταργώντας τις διαφορές στα επίπεδα των τιμών μεταξύ των χωρών.

Τα επίπεδα του ΑΕΠ για τις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. ακολουθούν τους νέους Πρότυπους Εθνικούς Λογαρισμούς (SNA93) και τον ΟΗΕ. Για τις χώρες εκτός Ο.Ο.Σ.Α., και όπου υπήρχαν διαφορές στις πηγές πληροφόρησης, ο αριθμός που αναφέρεται απεικονίζει την πιθανότερη τάση.

Για στατιστικούς λόγους, τα δεδομένα για την Κίνα δεν συμπεριλαμβάνουν το Χονγκ Κονγκ και το Μακάο. Για την Ιορδανία, οι περιοχές υπό κατοχή από το 1967 παραλείπονται.

## ΠΗΓΕΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Δαπάνες για την Υγεία (Δημόσια, Ιδιωτική, Κοινωνική Ασφάλιση, Φορολογία, Εξωτερική, Ιδιωτική Ασφάλιση, Άμεσες Πληρωμές): WHO NHA φάκελοι δεδομένων βασισμένοι στο *OECD Health Data 2001*, Κρατικές Δαπάνες για την Υγεία, λογαριασμοί από αρκετά Κράτη Μέλη; *IMF Government Financial Statistics*; United Nations National Accounts, πίνακες 2.1 και 2.5 που φθάνουν έως και το 1998, World Bank *Development Indicators*, Εθνικά Στατιστικά Επίσημα Εγχειρίδια και άλλες αναφορές με υπολογισμούς που συμφωνούν με τις αρχές συλλογής δεδομένων που αναφέρονται, έρευνες νοικοκυριών, εκτιμήσεις της διεύθυνσης του ΠΟΥ και αλληλογραφία με υπευθύνους Κρατών Μελών.

ΑΕΠ: United Nations *National Accounts*; IMF *International Financial Statistics*; World Bank *World Developments Indicators*; OECD *National Accounts*.

Γενικές Δημόσιες Δαπάνες: United Nations National Accounts, πίνακας 1.4 έως το 1998, OECD *National Accounts*, vol. II, πίνακες 5 και 6; IMF *International Financial Statistics*, πληρωμές των κεντρικών κυβερνήσεων, συμπεριλαμβανομένων περιφερειών και τοπικών αρχών, όπου δυνατόν.

Συναλλαγματικές ισοτιμίες: IMF *International Financial Statistics*. Οι ισοτιμίες αγοραστικής αξίας υπολογίστηκαν με μεθόδους παρόμοιες με της Παγκόσμιας Τράπεζας, και βασίστηκαν σε μελέτες σύγκρισης τιμών για το 1996, όπου υπήρχαν.

Για τις άλλες χώρες, υπολογίστηκαν με τη χρήση του ΑΕΠ κατά κεφαλή σε US\$, πολλαπλασιαστές επαναπροσαρμογής του ΟΗΕ, και άλλες γεωγραφικές ψευδομεταβλητές. Οι προβλέψεις έγιναν το 1998, χρησιμοποιώντας τον πραγματικό ρυθμό ανάπτυξης του ΑΕΠ με αποπληθωριστική προσαρμογή σε US\$.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- <sup>1</sup> Lopez AD, Ahmad O, Guillot M, Inoue M, Ferguson B (2001). *Life tables for 191 countries for 2000: data, methods, results*. Geneva, World Health Organisation (GPE Discussion Paper No. 40).
- <sup>2</sup> Hill K, Rohini PO, Mahy M, Jones G (1999). *Trends in child mortality in the developing world: 1960 to 1996*. New York, UNICEF.
- <sup>3</sup> United States Bureau of the Census: International database available at <http://www.census.gov/ipc/www/idbnew.html>
- <sup>4</sup> *World population prospects: the 2000 revision* (2001). New York, United Nations.
- <sup>5</sup> Murray CJL, Ferguson B, Lopez AD, Guillot M, Salomon JA, Ahmad O (2001). *Modified-logit life table system: principles, empirical validation and application*. Geneva, World Health Organisation (GPE Discussion Paper No. 39).
- <sup>6</sup> Murray CJL, Salomon JA (1998). Modeling the impact of global tuberculosis control strategies. *Proceedings of the National Academy of Science of the USA*, 95(23): 13881-13886.
- <sup>7</sup> Salomon JA, Murray CJL (2001). Modelling HIV/AIDS epidemics in sub-Saharan Africa using seroprevalence data from antenatal clinics. *Bulletin of the World Health Organisation* 79(7): 596-607.
- <sup>8</sup> Mathers CD, Murray CJL, Lopez AD, Boschi-Pinto C (2001). *Cancer incidence, mortality and survival by site for 14 regions of the world*. Geneva, World Health Organisation (GPE Discussion Paper No. 13)
- <sup>9</sup> Murray CJL, Lopez AD, eds (1996). *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge, MA, Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organisation and the World Bank (Global Burden of Disease and Injury Series, Vol. 1).
- <sup>10</sup> Salomon JA, Murray CJL, (2000). *The epidemiological transition revisited: new compositional models for mortality by age, sex and cause*. Geneva, World Health Organisation (GPE Discussion Paper No. 11, revised edition).
- <sup>11</sup> Lozano R, Murray CJL, Lopez AD, Satoh T (2001). *Miscoding and misclassification of ischaemic heart disease mortality*. Geneva, World Health Organisation (GPE Discussion Paper No. 12).
- <sup>12</sup> Murray CJL, Salomon JA, Mathers CD (2000). A critical examination of summary measures of population health. *Bulletin of the World Health Organisation*, 78: 981-994.
- <sup>13</sup> Murray CJL, Salomon JA, Mathers CD, Lopez AD, eds (forthcoming in 2002). *Summary measures of population health: concepts, ethics, measurement and applications*. Geneva, World Health Organisation.
- <sup>14</sup> Murray CJL, Lopez AD (2000) Progress and directions in refining the global burden of disease approach: response to Williams. *Health Economics*, 9: 69-82.
- <sup>15</sup> Murray CJL, Lopez AD, Mathers CD, Stein C (2001). *The Global Burden of Disease 2000 project: aims, methods and data sources*. Geneva, World Health Organisation (GPE Discussion Paper No. 36).

- <sup>16</sup> World Health Organisation (2000). *The World Health Report 2000 - Health systems: improving performance*. Geneva, World Health Organisation.
- <sup>17</sup> Mathers CD, Sadana R, Salomon JA, Murray CJL, Lopez AD (2001). Healthy life expectancy in 191 countries, 1999. *Lancet*, 357 (9269): 1685-1691.
- <sup>18</sup> Mathers CD, Murray CJL, Lopez AD, Salomon JA, Sadana R, Tandon A, Üstün TB, Chatterji S. (2001). *Estimates of healthy life expectancy for 191 countries in the year 2000: methods and results*. Geneva, World Health Organisation (GPE discussion paper No. 38).
- <sup>19</sup> World Health Organisation (2001). *International classification of functioning, disability and health (ICF)*. Geneva, World Health Organisation.
- <sup>20</sup> Üstün TB, Chatterji S, Villanueva M, Bendib L, Sadana R, Valentine N, Mathers CD, Ortiz J, Tandon A, Salomon J, Yang C, Xie Wan J, Murray CJL. *WHO Multi-country Household Survey Study on Health and Responsiveness, 2000-2001* (2001). Geneva, World Health Organisation (GPE discussion paper No. 37).
- <sup>21</sup> Sadana R, Mathers CD, Lopez AD, Murray CJL (2000). *Comparative analysis of more than 50 household surveys on health status*. Geneva, World Health Organisation (GPE discussion paper No. 37).
- <sup>22</sup> Murray CJL, Tandon A, Salomon JA, Mathers CD (2000). *Enhancing cross-population comparability of survey results*. Geneva, World Health Organisation (GPE Discussion Paper No. 35)
- <sup>23</sup> Salomon JA, Murray CJL, Mathers CD (2000). *Methods for life expectancy and healthy life expectancy uncertainty analysis*. Geneva, World Health Organisation (GPE Discussion Paper No. 10)

## Παράρτημα Πίνακας 1: Βασικοί δείκτες όλων των Κρατών Μελών

Κράτος Μέλος	ΕΚΤΙΜΗΣΕΙΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ							
	Σύνολο πληθυσμού (000) 2000	Μέσος ετήσιος ρυθμός αύξησης (%) 1999-2000	Αναλογία εξαρτώμενων ατόμων (ανά 100)		Ποσοστό % πληθυσμού πλικίας 60+ ετών		Δείκτης γονιμότητας	
			1990	2000	1990	2000	1990	2000
1 Αφγανιστάν	21 765	4.8	88	86	4.7	4.7	7.1	6.9
2 Αλβανία	3 134	-0.5	62	56	7.8	9.0	3.0	2.4
3 Αλγερία	30 291	2.0	84	64	5.7	6.0	4.5	3.0
4 Ανδόρα	86	5.0	35	37	14.4	15.6	1.4	1.2
5 Ανγκόλα	13 134	3.2	100	104	4.7	4.5	7.2	7.2
6 Αντίγκουα και Μπαρμπούντα	65	0.3	64	57	9.1	9.9	1.9	1.6
7 Αργεντινή	37 032	1.3	65	60	12.9	13.3	2.9	2.5
8 Αρμενία	3 787	0.7	56	48	10.0	13.2	2.3	1.2
9 Αυστραλία	19 138	1.3	49	49	15.5	16.3	1.9	1.8
10 Αυστρία	8 080	0.4	48	47	20.1	20.7	1.5	1.3
11 Αζερμπαϊτζάν	8 041	1.1	61	56	8.0	10.5	2.7	1.7
12 Μπαχάμες	304	1.8	59	54	6.7	8.0	2.6	2.4
13 Μπαχρέιν	640	2.7	51	45	3.8	4.7	3.7	2.5
14 Μπανγκλαντές	137 439	2.2	82	72	4.8	4.9	4.6	3.7
15 Μπαρμπάντος	267	0.4	57	45	15.3	13.4	1.7	1.5
16 Λευκωρασία	10 187	-0.1	51	47	16.5	18.9	1.8	1.2
17 Βέλγιο	10 249	0.3	49	52	20.5	22.1	1.6	1.5
18 Μπελίζ	226	2.0	94	74	6.1	6.0	4.4	3.2
19 Μπενίν	6 272	3.0	106	96	4.8	4.2	6.7	5.9
20 Μπουτάν	2 085	2.1	85	89	6.0	6.5	5.8	5.3
21 Βολιβία	8 329	2.4	81	77	5.8	6.2	4.9	4.1
22 Βοσνία και Ερζεγοβίνη	3 977	-0.8	43	41	10.4	14.9	1.7	1.3
23 Μποτσουάνα	1 541	2.2	95	82	3.6	4.5	5.1	4.1
24 Βραζιλία	170 406	1.4	64	51	6.7	7.8	2.7	2.2
25 Μπρουνέι Νταρουσαλάμ	328	2.5	59	54	4.1	5.1	3.2	2.7
26 Βουλγαρία	7 949	-0.9	50	47	19.1	21.7	1.7	1.1
27 Μπουρκίνα Φάσο	11 535	2.5	108	108	5.2	4.8	7.3	6.8
28 Μπουρούντι	6 356	1.2	93	102	4.7	4.3	6.8	6.8
29 Καμπότζη	13 104	3.1	90	88	4.4	4.4	5.6	5.0
30 Καμερούν	14 876	2.5	95	88	5.6	5.6	5.9	4.9
31 Καναδάς	30 757	1.1	47	46	15.5	16.7	1.7	1.6
32 Πράσινο Ακρωτήρι	427	2.3	93	78	7.0	6.5	4.3	3.4
33 Κεντρική Αφρικανική Δημοκρατία	3 717	2.4	90	89	6.3	6.1	5.6	5.1
34 Τσαντ	7 885	3.1	95	98	5.3	4.9	6.7	6.7
35 Χιλή	15 211	1.5	57	55	9.0	10.2	2.6	2.4
36 Κίνα	1 282 437	1.0	50	46	8.6	10.0	2.2	1.8
37 Κολομβία	42 105	1.9	68	60	6.3	6.9	3.1	2.7
38 Κομόρες	706	3.0	98	84	4.1	4.2	6.2	5.2
39 Κονγκό	3 018	3.1	95	98	5.3	5.1	6.3	6.3
40 Νήσοι Κουκ	20	0.7	70	65	5.7	6.8	4.2	3.3
41 Κοσταρίκα	4 024	2.8	69	60	6.4	7.5	3.2	2.7
42 Ακτί Ελεφαντοστού	16 013	2.4	96	83	4.2	5.0	6.3	4.9
43 Κροατία	4 654	0.3	47	47	17.1	20.2	1.7	1.7
44 Κούβα	11 199	0.5	46	44	11.7	13.7	1.7	1.6
45 Κύπρος	784	1.4	58	53	14.8	15.7	2.4	2.0
46 Τσεχία	10 272	0.0	51	43	17.7	18.4	1.8	1.2
47 Κορέα, Λαϊκή Δημοκρατία	22 268	1.1	47	48	7.6	10.0	2.4	2.1
48 Δημοκρατία του Κονγκό	50 948	3.3	100	107	4.6	4.5	6.7	6.7
49 Δανία	5 320	0.3	48	50	20.4	20.0	1.6	1.7
50 Τζιμπούτι	632	2.3	82	87	4.1	5.5	6.3	5.9
51 Ντομινίκα	71	-0.1	64	57	9.1	9.9	2.2	1.8
52 Δομινικανή Δημοκρατία	8 373	1.7	72	61	5.4	6.6	3.4	2.8
53 Ισημερινός	12 646	2.1	76	63	6.1	6.9	3.8	2.9
54 Αίγυπτος	67 884	1.9	78	65	6.0	6.3	4.2	3.1
55 Έλ Σαλβαδόρ	6 278	2.1	82	68	6.4	7.2	3.7	3.0

	ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΑ ΘΑΝΑΤΟΥ (Άνά 1000)						ΠΡΟΣΔΟΚΙΜΟ ΕΠΙΒΙΩΣΗΣ ΣΤΗ ΓΕΝΝΗΣΗ (έτη)					
	Κάτω των 5 ετών			Μεταξύ 15 και 59 ετών			Άνδρες			Γυναίκες		
	Άνδρες	Γυναίκες	Άνδρες	Γυναίκες	Άνδρες	Γυναίκες	Άνδρες	Γυναίκες	Άνδρες	Γυναίκες	Άνδρες	Γυναίκες
	2000	Διάστημα αβεβαιότητας	2000	Διάστημα αβεβαιότητας	2000	Διάστημα αβεβαιότητας	2000	Διάστημα αβεβαιότητας	2000	Διάστημα αβεβαιότητας	2000	Διάστημα αβεβαιότητας
1	252	202 – 301	249	199 – 299	437	341 – 529	376	280 – 473	44.2	38.5 – 50.1	45.1	39.2 – 51.7
2	47	37 – 57	40	31 – 50	209	191 – 227	95	85 – 107	64.3	62.8 – 65.7	72.9	71.6 – 74.1
3	54	44 – 63	47	38 – 56	155	141 – 168	119	106 – 132	68.1	66.9 – 69.4	71.2	69.9 – 72.4
4	5	3 – 7	4	2 – 6	105	71 – 137	41	21 – 61	77.2	74.4 – 81.7	83.8	80.2 – 89.5
5	217	192 – 242	198	175 – 220	492	412 – 565	386	317 – 452	44.3	40.8 – 47.9	48.3	44.9 – 52.0
6	25	20 – 30	22	17 – 27	183	165 – 200	133	118 – 147	71.8	70.5 – 73.1	76.6	75.4 – 77.9
7	24	22 – 27	20	19 – 23	184	178 – 190	92	88 – 96	70.2	69.8 – 70.6	77.8	77.3 – 78.3
8	56	50 – 62	38	32 – 44	223	213 – 233	106	96 – 118	64.4	63.8 – 65.0	71.2	70.2 – 72.2
9	7	6 – 8	5	4 – 6	100	95 – 103	54	51 – 58	76.6	76.3 – 77.1	82.1	81.7 – 82.5
10	6	5 – 7	5	4 – 5	125	118 – 133	60	57 – 63	74.9	74.4 – 75.4	81.4	81.0 – 81.8
11	101	82 – 121	88	71 – 106	261	231 – 290	153	134 – 172	61.7	59.2 – 64.2	68.9	66.6 – 71.3
12	14	10 – 20	12	9 – 18	267	252 – 281	161	149 – 173	68.0	67.1 – 68.9	74.8	73.9 – 75.6
13	11	7 – 15	8	5 – 12	120	110 – 130	93	83 – 103	72.7	71.9 – 73.9	74.7	73.7 – 75.8
14	91	81 – 101	93	83 – 103	262	235 – 290	252	227 – 276	60.4	58.6 – 62.3	60.8	59.1 – 62.6
15	13	9 – 16	13	10 – 16	180	161 – 200	122	110 – 134	71.6	70.4 – 72.8	77.7	76.6 – 78.9
16	17	13 – 21	12	9 – 15	381	362 – 401	133	123 – 143	62.0	61.0 – 62.9	74.0	73.2 – 74.9
17	8	7 – 9	6	5 – 7	128	124 – 132	67	62 – 70	74.6	74.2 – 75.0	80.9	80.5 – 81.3
18	37	30 – 40	32	28 – 35	200	185 – 216	124	120 – 132	69.1	68.0 – 70.3	74.7	74.0 – 75.2
19	162	153 – 168	151	143 – 158	384	356 – 408	328	297 – 350	51.7	50.4 – 53.0	53.8	52.5 – 55.8
20	93	72 – 112	92	73 – 113	268	213 – 325	222	173 – 271	60.4	57.0 – 64.4	62.5	58.9 – 66.3
21	88	81 – 96	80	66 – 80	264	239 – 292	219	189 – 236	60.9	59.1 – 62.4	63.6	62.7 – 65.9
22	21	17 – 26	16	13 – 22	200	166 – 224	93	80 – 108	68.7	67.4 – 70.7	74.7	73.3 – 76.0
23	85	70 – 100	83	73 – 102	703	660 – 738	669	637 – 696	44.6	42.4 – 47.1	44.4	42.3 – 46.5
24	49	41 – 58	42	35 – 49	259	240 – 282	136	120 – 155	64.5	63.0 – 65.7	71.9	70.2 – 73.5
25	12	10 – 15	7	6 – 10	144	128 – 163	97	85 – 110	73.4	72.1 – 74.8	78.7	77.3 – 80.3
26	22	20 – 24	17	16 – 19	239	235 – 249	103	98 – 106	67.4	66.8 – 67.6	74.9	74.6 – 75.4
27	217	212 – 222	206	201 – 211	559	544 – 573	507	493 – 520	42.6	42.0 – 43.4	43.6	42.9 – 44.4
28	196	172 – 221	183	158 – 208	648	586 – 700	603	538 – 657	40.6	37.7 – 43.7	41.3	38.2 – 45.5
29	136	131 – 141	120	114 – 124	373	361 – 384	264	252 – 273	53.4	52.7 – 54.2	58.5	57.9 – 59.5
30	149	142 – 157	140	133 – 148	488	460 – 513	440	413 – 464	49.0	47.6 – 50.4	50.4	48.9 – 51.9
31	6	5 – 6	5	4 – 5	101	96 – 105	57	53 – 60	76.0	75.6 – 76.5	81.5	81.1 – 81.9
32	56	45 – 70	40	30 – 54	210	191 – 239	121	111 – 133	66.5	64.4 – 67.9	72.3	71.1 – 73.3
33	199	192 – 206	185	177 – 192	620	588 – 652	573	536 – 605	41.6	40.3 – 43.1	42.5	41.1 – 44.4
34	192	182 – 202	171	161 – 181	449	429 – 471	361	340 – 381	47.4	46.1 – 48.7	51.1	49.7 – 52.6
35	12	10 – 14	10	8 – 11	151	132 – 157	67	60 – 71	72.5	72.0 – 73.8	79.5	78.8 – 80.4
36	38	31 – 41	44	38 – 49	161	150 – 170	110	100 – 120	68.9	68.2 – 69.7	73.0	72.0 – 74.2
37	29	25 – 34	21	17 – 24	238	225 – 250	115	108 – 122	67.2	66.3 – 68.1	75.1	74.3 – 75.8
38	107	99 – 114	95	88 – 102	381	345 – 415	325	294 – 356	55.3	53.6 – 57.1	58.1	56.3 – 59.8
39	134	124 – 154	122	103 – 142	475	413 – 537	406	344 – 465	50.1	46.8 – 52.7	52.9	49.5 – 56.4
40	23	16 – 28	20	14 – 24	175	163 – 190	152	140 – 164	68.7	67.8 – 69.4	72.1	71.2 – 73.0
41	18	15 – 20	15	12 – 17	131	118 – 139	78	71 – 82	73.4	72.7 – 74.5	78.8	78.1 – 79.8
42	152	142 – 162	138	130 – 146	553	507 – 588	494	451 – 527	46.4	44.9 – 48.5	48.4	46.8 – 50.6
43	10	9 – 12	7	7 – 9	178	173 – 183	74	70 – 79	69.8	69.5 – 70.1	77.7	77.3 – 78.1
44	9	9 – 10	8	7 – 9	143	139 – 147	94	91 – 99	73.7	73.3 – 74.0	77.5	77.1 – 77.8
45	9	8 – 9	7	6 – 8	116	107 – 122	59	52 – 64	74.8	74.3 – 75.6	79.0	78.3 – 79.8
46	6	6 – 7	6	5 – 6	174	171 – 177	75	72 – 76	71.5	71.3 – 71.7	78.2	78.0 – 78.6
47	54	31 – 80	52	30 – 79	238	215 – 264	192	167 – 217	64.5	62.0 – 66.3	67.2	64.6 – 69.2
48	218	170 – 247	205	169 – 229	571	512 – 631	493	451 – 535	41.6	38.6 – 45.8	44.0	41.2 – 47.5
49	7	6 – 7	5	5 – 6	129	126 – 133	82	76 – 85	74.2	73.8 – 74.5	78.5	78.2 – 79.0
50	184	153 – 212	168	139 – 195	590	497 – 667	541	461 – 618	43.5	39.9 – 48.2	44.7	40.1 – 49.3
51	14	10 – 18	13	9 – 16	183	173 – 197	105	95 – 115	72.6	71.5 – 73.6	78.3	77.0 – 79.7
52	55	50 – 60	45	41 – 50	234	222 – 246	146	136 – 158	65.5	64.5 – 66.4	71.6	70.5 – 72.6
53	41	36 – 44	33	30 – 36	199	189 – 208	120	114 – 127	68.2	67.5 – 68.9	74.2	73.6 – 74.8
54	51	46 – 54	49	45 – 53	210	201 – 219	147	140 – 153	65.4	64.8 – 66.0	69.1	68.5 – 69.7
55	40	36 – 44	33	28 – 36	250	238 – 262	148	135 – 158	66.3	65.4 – 67.1	73.3	72.4 – 74.4

## Παράρτημα Πίνακας 1: Βασικοί δείκτες όλων των Κρατών Μελών

Κράτος Μέλος	ΕΚΤΙΜΗΣΕΙΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ							
	Σύνολο πληθυσμού (000)	Μέσος ετήσιος ρυθμός αύξησης (%)	Αναλογία εξαρτώμενων ατόμων (ανά 100)		Ποσοστό % πληθυσμού πλικίας 60+ ετών		Δείκτης γονιμότητας	
			1990	2000	1990	2000	1990	2000
56 Ισημερινή Γουινέα	457	2.6	87	91	6.4	6.0	5.9	5.9
57 Ερυθραία	3 659	1.7	88	88	4.4	4.7	6.2	5.5
58 Εαθονία	1 393	-1.2	51	47	17.2	20.2	1.9	1.2
59 Αιθιοπία	62 908	2.8	90	93	4.5	4.7	6.9	6.8
60 Φίτζι	814	1.2	69	58	4.9	5.7	3.4	3.1
61 Φιλανδία	5 172	0.4	49	49	18.5	19.9	1.7	1.6
62 Γαλλία	59 238	0.4	52	53	19.1	20.5	1.8	1.8
63 Γκαμπόν	1 230	2.8	75	85	9.2	8.7	5.1	5.4
64 Γκάμπια	1 303	3.4	81	77	4.8	5.2	5.9	5.0
65 Γεωργία	5 262	-0.4	51	50	15.0	18.7	2.1	1.5
66 Γερμανία	82 017	0.3	45	47	20.4	23.2	1.4	1.3
67 Γκάνα	19 306	2.5	93	79	4.6	5.1	5.7	4.4
68 Ελλάδα	10 610	0.4	49	48	20.0	23.4	1.5	1.3
69 Γρενάδα	94	0.3	64	57	9.1	9.9	4.2	3.5
70 Γουατεμάλα	11 385	2.7	97	89	5.1	5.3	5.6	4.7
71 Γουινέα	8 154	2.9	94	88	4.4	4.4	6.6	6.1
72 Γουινέα-Μπισάσου	1 199	2.4	86	89	5.9	5.6	6.0	6.0
73 Γουάνα	761	0.4	70	55	6.7	6.9	2.6	2.4
74 Αϊτή	8 142	1.7	93	80	5.8	5.6	5.4	4.2
75 Ονδούρα	6 417	2.8	93	82	4.5	5.1	5.1	4.0
76 Ουγγαρία	9 968	-0.4	51	46	19.0	19.7	1.8	1.3
77 Ισλανδία	279	0.9	55	54	14.6	15.1	2.2	2.0
78 Ινδία	1 008 937	1.8	69	62	6.8	7.6	3.9	3.1
79 Ινδονησία	212 092	1.5	66	55	6.2	7.6	3.3	2.4
80 Ιράν, Ισλαμική Δημοκρατία	70 330	1.9	89	69	4.7	5.2	5.0	3.0
81 Ιράκ	22 946	2.9	89	80	4.5	4.6	5.9	5.0
82 Ιρλανδία	3 803	0.8	63	49	15.1	15.2	2.1	2.0
83 Ισραήλ	6 040	3.0	68	62	12.4	13.2	3.0	2.8
84 Ιταλία	57 530	0.1	45	48	21.1	24.1	1.3	1.2
85 Τζαμαϊκά	2 576	0.8	74	63	10.0	9.6	2.8	2.4
86 Ιαπωνία	127 096	0.3	44	47	17.4	23.2	1.6	1.4
87 Ιορδανία	4 913	4.2	100	75	4.8	4.5	5.8	4.5
88 Καζακστάν	16 172	-0.3	60	51	9.6	11.2	2.7	2.0
89 Κένυα	30 669	2.7	109	86	4.1	4.2	6.1	4.4
90 Κριμπάτι	83	1.5	69	76	6.0	6.8	4.4	4.6
91 Κουβέιτ	1 914	-1.1	61	50	2.1	4.4	3.6	2.8
92 Κιργισία	4 921	1.1	74	67	8.3	9.0	3.7	2.6
93 Λάσι, Λαϊκή Δημοκρατία	5 279	2.5	91	86	6.1	5.6	6.1	5.1
94 Λετονία	2 421	-1.0	50	47	17.7	20.9	1.9	1.1
95 Λιβανός	3 496	2.6	67	59	8.1	8.5	3.2	2.2
96 Λεσότο	2 035	1.9	81	77	6.0	6.5	5.2	4.6
97 Λιβερία	2 913	3.1	118	84	5.1	4.5	6.8	6.8
98 Λιβύη, Αραβική Τζαμαχιρία	5 290	2.1	86	60	4.2	5.5	4.9	3.6
99 Λιθουανία	3 696	-0.1	50	49	16.1	18.6	1.9	1.3
100 Λουξεμβούργο	437	1.4	44	49	18.9	19.4	1.6	1.7
101 Μαδαγασκάρη	15 970	2.9	92	91	4.8	4.7	6.3	5.9
102 Μαλάουι	11 308	1.8	99	97	4.3	4.6	7.3	6.5
103 Μαλαισία	22 218	2.2	67	62	5.8	6.6	3.8	3.1
104 Μαλδίβες	291	3.0	99	89	5.4	5.3	6.4	5.6
105 Μάλι	11 351	2.6	97	100	5.2	5.7	7.0	7.0
106 Μάλτα	390	0.8	51	48	14.7	17.0	2.0	1.8
107 Νήσοι Μάροσαλ	51	1.4	69	76	6.0	6.8	5.6	5.9
108 Μαυρίτανία	2 665	2.9	93	90	4.9	4.7	6.2	6.0
109 Μαυρίκιος	1 161	0.9	54	47	8.3	9.0	2.2	2.0
110 Μεξικό	98 872	1.7	74	61	5.9	6.9	3.4	2.6

ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΑ ΘΑΝΑΤΟΥ (Ανά 1000)										ΠΡΟΣΔΟΚΙΜΟ ΕΠΙΒΙΩΣΗΣ ΣΤΗ ΓΕΝΝΗΣΗ (έτη)			
Κάτω των 5 ετών				Μεταξύ 15 και 59 ετών									
2000	Άνδρες		Γυναίκες	2000	Άνδρες		Γυναίκες	2000	Άνδρες		Γυναίκες	2000	Διάστημα αβεβαιότητας
	Διάστημα αβεβαιότητας	2000		Διάστημα αβεβαιότητας	2000	Διάστημα αβεβαιότητας		2000	Διάστημα αβεβαιότητας	2000		Διάστημα αβεβαιότητας	2000
56	156	137 – 185	143	127 – 167	339	270 – 414	280	224 – 338	53.5	49.0 – 57.0	56.2	52.4 – 59.6	
57	142	129 – 153	130	119 – 142	493	422 – 554	441	375 – 499	49.1	46.6 – 52.6	51.0	48.3 – 54.6	
58	14	12 – 16	9	8 – 12	316	302 – 328	114	100 – 122	65.4	64.8 – 66.1	76.5	75.6 – 77.8	
59	187	155 – 215	171	142 – 197	594	485 – 684	535	431 – 624	42.8	39.0 – 48.3	44.7	40.5 – 50.5	
60	27	20 – 34	24	18 – 30	240	221 – 262	180	160 – 199	66.9	65.7 – 68.1	71.2	69.9 – 72.3	
61	6	5 – 6	5	4 – 5	144	141 – 147	61	58 – 64	73.7	73.5 – 74.0	80.9	80.5 – 81.3	
62	8	8 – 9	6	5 – 6	144	139 – 148	61	56 – 64	75.2	74.8 – 75.5	83.1	82.5 – 83.8	
63	118	105 – 145	109	99 – 134	380	299 – 460	330	268 – 408	54.6	50.3 – 59.0	56.9	51.9 – 60.2	
64	101	85 – 115	90	77 – 102	373	305 – 440	320	261 – 381	55.9	52.4 – 59.4	58.7	55.2 – 62.2	
65	30	22 – 38	19	15 – 25	250	213 – 282	133	107 – 155	65.7	64.0 – 67.7	71.8	70.3 – 74.2	
66	6	6 – 7	5	4 – 6	127	122 – 131	60	58 – 63	74.3	74.0 – 74.8	80.6	80.3 – 80.9	
67	112	104 – 119	98	89 – 104	379	344 – 410	326	295 – 357	55.0	53.7 – 56.8	57.9	56.0 – 59.8	
68	7	6 – 8	6	5 – 7	114	110 – 118	47	44 – 52	75.4	75.0 – 75.7	80.8	80.1 – 81.5	
69	25	18 – 30	22	15 – 27	202	187 – 222	159	146 – 171	70.9	69.5 – 72.1	73.2	72.1 – 74.6	
70	54	50 – 59	52	47 – 56	286	260 – 308	182	157 – 200	63.5	62.2 – 65.2	68.6	67.2 – 70.6	
71	174	163 – 183	156	144 – 164	432	392 – 468	366	331 – 398	49.0	47.4 – 51.1	52.0	50.4 – 54.1	
72	215	205 – 220	197	188 – 203	495	467 – 521	427	401 – 451	44.5	43.4 – 46.0	46.9	45.7 – 48.5	
73	77	62 – 91	66	50 – 80	299	275 – 335	209	176 – 235	61.5	59.2 – 63.2	67.0	64.9 – 69.8	
74	111	84 – 134	96	70 – 119	524	387 – 563	373	278 – 430	49.7	47.0 – 56.9	56.1	52.4 – 62.2	
75	45	40 – 50	42	38 – 48	221	200 – 249	157	140 – 178	66.3	64.5 – 67.9	71.0	69.2 – 72.5	
76	11	10 – 12	8	8 – 9	295	291 – 299	123	120 – 126	66.3	66.1 – 66.5	75.2	74.9 – 75.5	
77	5	3 – 8	5	3 – 6	85	75 – 95	51	43 – 59	77.1	75.7 – 78.6	81.8	80.5 – 83.9	
78	90	83 – 97	99	90 – 108	287	251 – 310	213	179 – 236	59.8	58.5 – 62.0	62.7	60.8 – 65.6	
79	61	54 – 68	49	43 – 55	250	232 – 266	191	177 – 205	63.4	62.4 – 64.6	67.4	66.4 – 68.5	
80	44	35 – 50	47	38 – 53	170	159 – 179	139	128 – 147	68.1	67.4 – 69.0	69.9	69.2 – 70.8	
81	80	64 – 94	73	60 – 90	258	229 – 289	208	178 – 236	61.7	59.7 – 64.0	64.7	62.2 – 67.0	
82	6	6 – 7	5	5 – 6	108	103 – 114	62	60 – 65	74.1	73.6 – 74.5	79.7	79.3 – 80.0	
83	8	7 – 8	6	5 – 7	99	96 – 102	56	53 – 58	76.6	76.3 – 76.9	80.6	80.3 – 81.0	
84	7	6 – 8	6	6 – 7	110	107 – 113	53	52 – 56	76.0	75.6 – 76.3	82.4	82.0 – 82.7	
85	17	14 – 20	14	11 – 17	169	147 – 180	127	110 – 140	72.8	72.0 – 74.7	76.6	75.3 – 78.3	
86	5	5 – 6	4	4 – 5	98	96 – 99	44	42 – 45	77.5	77.4 – 77.7	84.7	84.4 – 85.1	
87	25	21 – 29	22	17 – 25	199	178 – 217	144	128 – 148	68.5	67.4 – 70.0	72.5	72.1 – 73.8	
88	80	75 – 80	60	56 – 64	366	350 – 375	201	182 – 215	58.0	57.6 – 58.9	68.4	67.2 – 70.0	
89	107	99 – 114	98	90 – 105	578	533 – 617	529	486 – 568	48.2	46.2 – 50.3	49.6	47.5 – 51.8	
90	93	79 – 104	74	61 – 85	269	210 – 319	208	172 – 259	60.4	57.8 – 64.0	64.5	61.2 – 67.3	
91	13	11 – 17	12	9 – 15	100	93 – 107	68	62 – 74	74.2	73.5 – 75.0	76.8	76.0 – 77.6	
92	70	62 – 78	58	50 – 67	335	306 – 364	175	152 – 200	60.0	58.5 – 61.7	68.8	66.8 – 70.8	
93	152	130 – 189	134	120 – 169	355	323 – 422	299	271 – 339	52.2	47.4 – 54.9	56.1	52.0 – 58.3	
94	20	12 – 25	14	11 – 16	328	315 – 355	122	112 – 134	64.2	62.8 – 64.9	75.5	74.5 – 76.5	
95	22	17 – 27	18	14 – 22	192	168 – 215	136	121 – 151	69.1	67.7 – 70.7	73.3	72.2 – 74.7	
96	159	143 – 172	150	134 – 164	667	572 – 742	630	536 – 706	42.0	38.8 – 45.7	42.2	38.6 – 47.3	
97	205	173 – 233	187	161 – 211	448	367 – 521	385	312 – 452	46.6	43.3 – 51.3	49.1	45.7 – 53.9	
98	31	25 – 37	29	23 – 34	210	192 – 228	157	143 – 171	67.5	66.4 – 68.7	71.0	70.0 – 72.2	
99	15	11 – 17	12	9 – 14	286	270 – 300	106	98 – 110	66.9	66.1 – 67.8	77.2	76.7 – 78.2	
100	5	4 – 7	5	4 – 6	135	122 – 148	64	57 – 72	73.9	73.0 – 74.8	80.8	79.8 – 82.1	
101	156	147 – 162	142	134 – 149	385	348 – 417	322	290 – 350	51.7	50.3 – 53.7	54.6	53.2 – 56.6	
102	229	206 – 251	211	190 – 234	701	604 – 779	653	557 – 733	37.1	33.6 – 41.1	37.8	34.0 – 42.2	
103	15	13 – 18	12	10 – 15	202	186 – 218	113	100 – 125	68.3	67.4 – 69.4	74.1	73.1 – 75.3	
104	62	45 – 80	66	45 – 85	228	209 – 248	226	199 – 248	64.6	62.9 – 66.2	64.4	62.4 – 66.7	
105	231	216 – 241	220	206 – 230	518	452 – 578	446	387 – 501	42.7	40.3 – 45.2	44.6	42.2 – 47.3	
106	10	8 – 11	6	4 – 7	111	103 – 119	46	41 – 55	75.4	74.7 – 76.2	80.7	79.3 – 82.0	
107	48	41 – 56	39	32 – 47	302	275 – 324	230	213 – 248	62.8	61.4 – 64.3	67.8	66.6 – 69.0	
108	175	161 – 186	168	154 – 179	357	304 – 410	302	256 – 347	51.7	49.2 – 54.2	53.5	51.1 – 56.2	
109	21	20 – 25	16	16 – 20	228	220 – 240	109	106 – 116	67.6	67.0 – 68.1	74.6	74.1 – 75.0	
110	31	27 – 35	25	22 – 28	180	167 – 187	101	96 – 106	71.0	70.4 – 72.0	76.2	75.7 – 76.8	

## Παράρτημα Πίνακας 1: Βασικοί δείκτες όλων των Κρατών Μελών

Κράτος Μέλος	ΕΚΤΙΜΗΣΕΙΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ							
	Σύνολο πληθυσμού (000)	Μέσος επή-σιος ρυθμός αύξησης (%)	Αναλογία εξαρτημένων ατόμων (ανά 100)		Ποσοστό % πληθυσμού πλικίας 60+ ετών		Δείκτης γονιμότητας	
			1990	2000	1990	2000	1990	2000
111 Μικρονησία, Ομόσπονδες Πολιτείες	123	2.6	69	76	6.0	6.8	4.8	5.1
112 Μονακό	33	1.1	52	53	19.1	20.5	1.8	1.7
113 Μογγολία	2 533	1.3	84	64	5.8	5.6	4.1	2.5
114 Μαρόκο	29 878	2.0	77	63	6.0	6.4	4.3	3.2
115 Μοζαμβίκη	18 292	3.0	89	89	5.1	5.1	6.5	6.1
116 Μυανμάρ	47 749	1.7	71	61	6.8	6.8	4.0	3.1
117 Ναμίμπια	1 757	2.5	88	90	5.5	5.6	6.0	5.1
118 Ναούρου	12	2.6	69	76	6.0	6.8	4.3	4.6
119 Νεπάλ	23 043	2.4	81	81	5.8	5.9	5.2	4.7
120 Ολλανδία	15 864	0.6	45	47	17.3	18.3	1.6	1.5
121 Νέα Ζηλανδία	3 778	1.2	53	53	15.3	15.6	2.1	2.0
122 Νικαράγουα	5 071	2.9	97	84	4.4	4.6	4.9	4.1
123 Νίγηρας	10 832	3.5	109	108	3.5	3.3	8.1	8.0
124 Νιγηρία	113 862	2.9	97	93	4.7	4.8	6.5	5.7
125 Νιούε	2	-1.4	70	65	5.7	6.8	3.3	2.6
126 Νορβηγία	4 469	0.5	54	54	21.0	19.6	1.8	1.8
127 Ομάν	2 538	3.6	95	87	3.8	4.2	7.0	5.7
128 Πακιστάν	141 256	2.6	83	83	5.5	5.8	6.0	5.3
129 Παλάου	19	2.3	69	76	6.0	6.8	2.6	2.8
130 Παναμάς	2 856	1.8	67	58	7.3	8.1	3.0	2.5
131 Παπούα Νέα Γουινέα	4 809	2.5	79	74	4.2	4.1	5.1	4.5
132 Παραγουάν	5 496	2.7	84	75	5.4	5.3	4.7	4.0
133 Περού	25 662	1.8	73	62	6.1	7.2	3.7	2.8
134 Φιλιππίνες	75 653	2.2	79	70	4.9	5.5	4.3	3.4
135 Πολωνία	38 605	0.1	54	46	14.9	16.6	2.0	1.4
136 Πορτογαλία	10 016	0.1	51	48	19.0	20.8	1.6	1.5
137 Κατάρ	565	2.2	42	39	2.1	3.1	4.4	3.5
138 Κορέα	46 740	0.9	45	39	7.7	11.0	1.6	1.5
139 Μολδαβία	4 295	-0.2	57	48	12.8	13.7	2.4	1.5
140 Ρουμανία	22 438	-0.3	51	46	15.7	18.8	1.9	1.3
141 Ρωσική Ομοσπονδία	145 491	-0.2	49	44	16.0	18.5	1.8	1.2
142 Ρουάντα	7 609	1.2	99	88	4.1	4.2	6.9	6.0
143 Σεντ Κίτς και Νέβις	38	-0.8	64	57	9.1	9.9	2.8	2.4
144 Αγία Λουκία	148	1.2	78	61	8.8	7.8	3.4	2.6
145 Αγίος Βικέντιος και Γρεναδίνες	113	0.7	64	57	9.1	9.9	2.3	1.9
146 Σαμάρα	159	-0.1	80	84	6.1	6.8	4.8	4.4
147 Άγιος Μαρίνος	27	1.4	45	48	21.1	24.1	1.7	1.5
148 Σάσι Τόμε και Πρινσίπε	138	1.9	93	78	7.0	6.5	6.3	6.1
149 Σαουδική Αραβία	20 346	2.8	84	85	4.1	4.8	6.9	5.8
150 Σενεγάλη	9 421	2.5	94	88	4.7	4.2	6.3	5.3
151 Σεϋχέλλες	80	1.5	54	47	8.3	9.0	2.2	1.9
152 Σιέρα Λεόνε	4 405	0.8	87	89	5.0	4.8	6.5	6.5
153 Σινκαπούρη	4 018	2.9	37	41	8.4	10.6	1.7	1.5
154 Σλοβακία	5 399	0.3	55	45	14.8	15.4	2.0	1.3
155 Σλοβενία	1 988	0.4	45	42	17.1	19.2	1.5	1.2
156 Νήσοι του Σολομώντος	447	3.5	95	90	4.6	4.2	5.9	5.4
157 Σομαλία	8 778	2.1	102	101	4.3	3.9	7.3	7.3
158 Νότια Αφρική	43 309	1.8	71	60	5.0	5.7	3.6	3.0
159 Ισπανία	39 910	0.2	50	46	19.2	21.8	1.4	1.1
160 Σρι Λάνκα	18 924	1.1	59	48	8.0	9.3	2.6	2.1
161 Σουδάν	31 095	2.3	83	77	5.0	5.5	5.5	4.7
162 Σουρινάμ	417	0.4	68	56	6.8	8.1	2.7	2.1
163 Σουαζιλάνδη	925	1.9	90	82	4.9	5.3	5.6	4.6
164 Σουηδία	8 842	0.3	56	55	22.8	22.4	2.0	1.4
165 Ελβετία	7 170	0.5	45	48	19.1	21.3	1.5	1.4

ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΑ ΘΑΝΑΤΟΥ (Ανά 1000)										ΠΡΟΣΔΟΚΙΜΟ ΕΠΙΒΙΩΣΗΣ ΣΤΗ ΓΕΝΝΗΣΗ (έτη)				
Κάτω των 5 ετών				Μεταξύ 15 και 59 ετών										
Άνδρες		Γυναίκες		Άνδρες		Γυναίκες		Άνδρες		Γυναίκες				
2000	Διάστημα αβεβαιότητας	2000	Διάστημα αβεβαιότητας	2000	Διάστημα αβεβαιότητας	2000	Διάστημα αβεβαιότητας	2000	Διάστημα αβεβαιότητας	2000	Διάστημα αβεβαιότητας	2000	Διάστημα αβεβαιότητας	
111	61	45 – 79	48	35 – 64	243	211 – 270	188	160 – 209	63.7	61.6 – 66.1	67.7	65.8 – 69.9		
112	7	3 – 10	5	3 – 10	123	93 – 140	54	45 – 75	76.8	75.2 – 79.8	84.4	81.6 – 86.4		
113	92	75 – 109	76	60 – 90	280	265 – 305	199	184 – 214	61.2	59.1 – 62.6	66.9	65.4 – 68.4		
114	68	60 – 75	59	52 – 66	174	159 – 183	113	105 – 130	66.1	65.2 – 67.4	70.4	68.7 – 71.4		
115	227	217 – 232	208	199 – 214	674	634 – 712	612	573 – 646	37.9	36.7 – 39.5	39.5	38.2 – 41.2		
116	111	96 – 136	97	84 – 122	343	320 – 380	245	225 – 285	56.2	53.5 – 58.0	61.1	57.6 – 62.8		
117	125	109 – 139	119	106 – 131	695	585 – 777	661	568 – 735	42.8	39.2 – 48.1	42.6	39.2 – 47.6		
118	16	14 – 21	11	9 – 15	480	374 – 567	310	225 – 399	58.8	55.3 – 62.9	66.6	62.5 – 71.3		
119	101	90 – 110	116	108 – 124	314	288 – 337	314	292 – 337	58.5	56.8 – 60.5	58.0	56.5 – 59.7		
120	7	6 – 8	5	5 – 6	95	92 – 100	64	61 – 67	75.4	74.9 – 76.0	81.0	80.4 – 81.5		
121	7	6 – 8	6	4 – 6	108	100 – 114	69	63 – 78	75.9	75.2 – 76.7	80.9	79.8 – 81.9		
122	49	44 – 52	39	35 – 44	225	211 – 241	161	151 – 171	66.4	65.4 – 67.5	71.1	70.2 – 72.0		
123	257	231 – 264	252	234 – 259	473	402 – 537	408	351 – 461	42.7	40.5 – 46.1	43.9	42.1 – 46.7		
124	158	149 – 164	151	142 – 157	443	402 – 478	393	356 – 426	49.8	48.3 – 51.9	51.4	49.8 – 53.6		
125	34	24 – 46	28	18 – 39	181	151 – 219	144	100 – 159	69.5	66.7 – 71.9	72.8	71.4 – 77.3		
126	5	5 – 6	4	4 – 5	105	100 – 108	60	56 – 62	75.7	75.5 – 76.0	81.4	80.9 – 82.0		
127	20	15 – 25	17	14 – 22	187	171 – 204	135	123 – 147	69.5	68.4 – 70.6	73.5	72.6 – 74.5		
128	120	104 – 134	132	109 – 139	221	192 – 237	198	179 – 227	60.1	58.6 – 62.5	60.7	58.6 – 63.1		
129	26	18 – 32	22	16 – 30	264	255 – 285	183	163 – 200	64.7	63.6 – 65.2	69.3	68.4 – 70.3		
130	28	24 – 31	22	21 – 27	145	136 – 155	93	90 – 98	71.5	70.7 – 72.2	76.3	75.8 – 76.7		
131	118	85 – 134	109	74 – 124	359	336 – 395	329	310 – 370	55.1	52.8 – 57.7	57.5	54.8 – 60.0		
132	35	28 – 38	31	25 – 35	173	157 – 189	129	115 – 147	70.2	69.0 – 71.5	74.2	72.4 – 75.7		
133	53	48 – 56	48	44 – 52	190	178 – 201	139	128 – 151	66.7	65.9 – 67.6	71.6	70.4 – 72.7		
134	44	40 – 47	37	33 – 40	249	235 – 267	142	126 – 155	64.6	63.6 – 65.5	71.1	70.0 – 72.7		
135	12	11 – 13	11	9 – 12	226	222 – 232	88	84 – 92	69.2	68.9 – 69.5	77.7	77.2 – 78.2		
136	10	9 – 11	7	6 – 8	164	161 – 169	66	64 – 70	71.7	71.4 – 72.0	79.3	78.8 – 79.8		
137	20	17 – 23	13	11 – 15	173	170 – 177	121	117 – 124	70.4	70.1 – 70.7	75.0	74.6 – 75.4		
138	10	7 – 14	9	7 – 13	186	160 – 210	71	60 – 85	70.5	69.1 – 72.2	78.3	76.8 – 79.8		
139	26	23 – 29	21	18 – 24	325	310 – 340	165	152 – 178	63.1	62.4 – 63.8	70.5	69.6 – 71.4		
140	25	22 – 27	21	18 – 23	260	245 – 275	117	105 – 125	66.2	65.5 – 67.0	73.5	72.7 – 74.6		
141	23	22 – 25	17	16 – 19	428	394 – 453	156	143 – 161	59.4	58.4 – 60.8	72.0	71.6 – 73.0		
142	219	202 – 227	199	182 – 207	667	604 – 722	599	537 – 653	38.5	36.8 – 41.1	40.5	38.6 – 43.3		
143	25	22 – 28	22	18 – 25	243	219 – 258	148	133 – 162	66.1	65.3 – 67.3	72.0	70.8 – 73.3		
144	20	17 – 24	14	13 – 19	210	200 – 225	135	125 – 150	69.2	68.2 – 69.9	74.2	73.1 – 75.2		
145	20	17 – 25	17	15 – 22	246	230 – 269	165	149 – 181	67.7	66.5 – 68.7	73.3	72.2 – 74.8		
146	37	32 – 44	30	22 – 36	242	226 – 261	151	140 – 164	66.7	65.5 – 67.7	72.9	71.8 – 74.0		
147	8	7 – 11	9	7 – 10	81	75 – 89	38	35 – 43	76.1	75.1 – 77.2	83.8	82.8 – 84.7		
148	94	66 – 110	97	65 – 114	269	250 – 308	226	211 – 246	60.3	57.8 – 62.5	61.9	60.0 – 64.2		
149	40	35 – 45	26	22 – 30	181	166 – 195	116	105 – 126	68.1	67.1 – 69.1	73.5	72.7 – 74.5		
150	141	133 – 148	133	125 – 140	355	321 – 384	303	272 – 328	54.0	52.6 – 56.0	56.1	54.7 – 58.1		
151	16	14 – 18	12	10 – 14	268	240 – 296	122	105 – 145	66.5	65.2 – 67.9	74.2	72.4 – 76.2		
152	292	237 – 324	265	213 – 286	587	482 – 683	531	436 – 625	37.0	32.9 – 43.3	38.8	35.3 – 44.7		
153	5	4 – 6	4	4 – 5	114	110 – 120	61	57 – 66	75.4	74.7 – 76.0	80.2	79.5 – 81.1		
154	11	9 – 12	8	8 – 10	216	211 – 222	83	81 – 87	69.2	68.8 – 69.6	77.5	77.2 – 77.9		
155	6	6 – 8	5	4 – 6	170	164 – 174	76	72 – 81	71.9	71.5 – 72.3	79.4	78.9 – 80.2		
156	37	31 – 43	27	21 – 33	221	176 – 259	154	112 – 193	66.6	64.4 – 69.6	71.4	68.5 – 75.3		
157	221	211 – 225	199	191 – 205	516	480 – 548	452	420 – 482	43.8	42.6 – 45.4	45.9	44.7 – 47.6		
158	90	86 – 92	78	74 – 82	567	545 – 585	502	487 – 521	49.6	48.8 – 50.6	52.1	51.0 – 53.0		
159	6	6 – 7	5	5 – 6	122	118 – 128	49	47 – 51	75.4	74.7 – 75.8	82.3	82.0 – 82.6		
160	24	21 – 28	17	14 – 20	244	224 – 284	124	119 – 140	67.6	65.1 – 68.9	75.3	73.8 – 76.0		
161	124	108 – 138	117	102 – 131	341	277 – 399	291	235 – 340	55.4	52.9 – 59.1	57.8	55.1 – 61.5		
162	29	25 – 35	21	18 – 26	230	204 – 255	138	118 – 160	68.0	66.6 – 69.6	73.5	71.8 – 75.3		
163	135	99 – 169	123	93 – 153	627	513 – 718	587	473 – 678	44.7	39.4 – 50.7	45.6	40.8 – 52.0		
164	5	4 – 5	3	3 – 4	87	85 – 91	56	52 – 57	77.3	77.0 – 77.6	82.0	81.7 – 82.4		
165	6	6 – 7	6	5 – 6	99	97 – 104	58	56 – 61	76.7	76.3 – 77.0	82.5	82.1 – 82.9		

## Παράρτημα Πίνακας 1: Βασικοί δείκτες όλων των Κρατών Μελών

Κράτος Μέλος	ΕΚΤΙΜΗΣΕΙΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ							
	Σύνολο πληθυσμού (000) 2000	Μέσος επί- σιος ρυθμός αύξησης (%) 1999-2000	Αναλογία εξαρτημένων ατόμων (ανά 100)		Ποσοστό % πληθυσμού πλικίας 60+ ετών		Δείκτης γονιμότητας	
			1990	2000	1990	2000	1990	2000
166 Συρία, Αραβική Δημοκρατία	16 189	2.7	102	78	4.4	4.7	5.7	3.8
167 Τατζικιστάν	6 087	1.4	89	78	6.2	6.8	4.9	3.3
168 Ταϊλάνδη	62 806	1.4	56	47	6.2	8.1	2.3	2.1
169 ΠΓΔ της Μακεδονίας	2 034	0.6	51	48	11.5	14.4	2.0	1.7
170 Τόγκο	4 527	2.7	95	90	4.8	4.9	6.3	5.6
171 Τόνγκα	99	0.3	70	65	5.7	6.8	4.8	3.8
172 Τρινιντάτ και Τομπάγκο	1 294	0.6	66	46	8.7	9.6	2.4	1.6
173 Τυνησία	9 459	1.5	72	55	6.6	8.4	3.6	2.2
174 Τουρκία	66 668	1.7	65	56	7.1	8.4	3.4	2.5
175 Τουρκμενιστάν	4 737	2.6	79	72	6.2	6.5	4.3	3.4
176 Τουβαλού	10	1.5	70	65	5.7	6.8	3.5	2.8
177 Ουγκάντα	23 300	3.1	103	107	4.1	3.8	7.1	7.1
178 Ουκρανία	49 568	-0.5	51	46	18.5	20.5	1.8	1.2
179 Ενωμένα Αραβικά Εμιράτα	2 606	2.6	45	40	2.5	5.1	4.2	3.0
180 Ενωμένο Βασίλειο	59 415	0.3	54	53	20.9	20.6	1.8	1.7
181 Τανζανία, Ενωμένη Δημοκρατία	35 119	3.0	96	90	3.7	4.0	6.1	5.3
182 ΗΠΑ	283 230	1.1	52	52	16.6	16.1	2.0	2.0
183 Ουρουγουάν	3 337	0.7	60	60	16.4	17.2	2.5	2.3
184 Ουζμπεκιστάν	24 881	1.9	82	69	6.5	7.1	4.0	2.6
185 Βανουάτου	197	2.8	91	83	5.3	5.0	4.9	4.4
186 Βενεζουέλα, Μπολιβαρική Δημοκρατία	24 170	2.2	72	63	5.7	6.6	3.5	2.9
187 Βιετνάμ	78 137	1.7	78	63	7.3	7.5	3.7	2.4
188 Υεμένη	18 349	4.7	106	110	4.1	3.6	7.6	7.6
189 Γιουγκοσλαβία	10 552	0.4	49	50	15.2	18.3	2.1	1.7
190 Ζάμπια	10 421	2.6	95	98	4.4	4.5	6.3	5.9
191 Ζιμπάμπουε	12 627	2.1	95	94	4.6	4.7	5.8	4.8

ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΑ ΘΑΝΑΤΟΥ (Ανά 1000)										ΠΡΟΣΔΟΚΙΜΟ ΕΠΙΒΙΩΣΗΣ ΣΤΗ ΓΕΝΝΗΣΗ (έτη)			
Κάτω των 5 ετών					Μεταξύ 15 και 59 ετών								
	Άνδρες		Γυναίκες		Άνδρες		Γυναίκες		Άνδρες		Γυναίκες		
	2000	Διάστημα αβεβαιότητας	2000	Διάστημα αβεβαιότητας	2000	Διάστημα αβεβαιότητας	2000	Διάστημα αβεβαιότητας	2000	Διάστημα αβεβαιότητας	2000	Διάστημα αβεβαιότητας	
166	32	30 – 38	28	25 – 32	170	160 – 184	132	125 – 144	69.3	68.4 – 69.9	72.4	71.6 – 73.0	
167	85	76 – 96	82	75 – 97	293	264 – 313	204	176 – 224	60.4	59.0 – 62.3	64.7	63.0 – 66.9	
168	35	31 – 38	32	28 – 35	245	230 – 260	150	130 – 164	66.0	65.0 – 67.1	72.4	71.1 – 74.2	
169	16	14 – 20	15	13 – 18	160	153 – 167	89	85 – 92	70.2	69.8 – 70.8	74.8	74.5 – 75.3	
170	138	124 – 149	121	108 – 133	460	392 – 519	406	344 – 460	50.5	48.1 – 54.0	53.0	50.5 – 56.6	
171	29	24 – 33	19	15 – 23	226	211 – 236	159	145 – 160	67.4	66.8 – 68.3	72.9	72.6 – 73.9	
172	16	13 – 22	13	10 – 18	209	176 – 229	133	124 – 144	68.5	67.4 – 70.5	73.8	72.8 – 74.7	
173	29	24 – 32	34	31 – 40	169	158 – 182	99	91 – 113	69.2	68.3 – 70.0	73.4	71.9 – 74.3	
174	49	45 – 52	45	41 – 48	218	201 – 220	120	107 – 126	66.8	66.6 – 68.0	72.5	71.9 – 74.0	
175	59	54 – 66	52	49 – 60	343	328 – 353	217	201 – 224	60.0	59.3 – 60.8	64.9	64.3 – 66.0	
176	43	30 – 55	40	30 – 50	262	242 – 287	198	182 – 227	63.6	62.0 – 64.8	67.6	65.7 – 68.7	
177	165	148 – 178	151	138 – 165	617	531 – 686	567	486 – 637	43.5	40.8 – 47.3	44.6	41.7 – 48.7	
178	18	17 – 19	13	12 – 14	365	353 – 378	135	129 – 140	62.6	62.0 – 63.1	73.3	72.9 – 73.8	
179	16	13 – 19	14	11 – 16	143	128 – 157	93	84 – 102	72.3	71.2 – 73.5	76.4	75.4 – 77.7	
180	7	7 – 8	6	5 – 6	109	108 – 112	67	65 – 68	74.8	74.6 – 75.0	79.9	79.7 – 80.2	
181	150	143 – 153	140	135 – 145	569	554 – 583	520	508 – 531	45.8	45.1 – 46.7	47.2	46.4 – 47.9	
182	9	9 – 10	8	7 – 8	147	143 – 149	84	83 – 85	73.9	73.7 – 74.2	79.5	79.3 – 79.6	
183	19	18 – 21	14	13 – 16	185	182 – 188	89	86 – 92	70.0	69.8 – 70.3	77.9	77.5 – 78.2	
184	69	64 – 72	57	52 – 60	282	270 – 290	176	165 – 185	62.1	61.6 – 62.9	68.0	67.3 – 68.9	
185	57	42 – 72	45	32 – 57	240	169 – 303	185	134 – 243	64.2	60.5 – 69.1	68.1	64.2 – 72.3	
186	26	22 – 30	21	18 – 26	178	170 – 185	99	96 – 105	70.6	70.0 – 71.2	76.5	75.8 – 77.0	
187	38	35 – 41	30	27 – 33	203	188 – 217	139	128 – 151	66.7	65.7 – 67.8	71.0	69.9 – 72.0	
188	104	96 – 111	96	89 – 101	278	251 – 305	226	205 – 242	59.3	57.6 – 60.9	62.0	60.9 – 63.5	
189	18	16 – 20	15	14 – 17	180	175 – 181	100	98 – 102	69.8	69.6 – 70.1	74.7	74.5 – 75.0	
190	170	150 – 185	156	143 – 170	725	630 – 798	687	600 – 754	39.2	36.1 – 43.8	39.5	36.5 – 43.7	
191	108	101 – 111	98	91 – 101	650	628 – 662	612	596 – 631	45.4	44.7 – 46.5	46.0	44.9 – 47.1	

## Παράρτημα Πίνακας 2: Θάνατοι κατά αιτία, φύλο και επίπεδο θνησιμότητας στις περιφέρειες του ΠΟΥ, εκτιμήσεις για το 2000

Αιτία <sup>8</sup>	ΦΥΛΟ			ΑΦΡΙΚΗ			ΑΜΕΡΙΚΗ				
	Σύνολο		Άνδρες		Γυναίκες		Επίπεδο θνησιμότητας		Επίπεδο θνησιμότητας		
	ψηφλό παιδικό	ψηφλό παιδικό	ψηφλό ενηλίκων	ψηφλό ενηλίκων	ψηφλό παιδικό	ψηφλό ενηλίκων	πολύ χαμηλό παιδικό	χαμηλό παιδικό	χαμηλό ενηλίκων	ψηφλό παιδικό	
Πληθυσμός (000)	6 045 172		3 045 372		2 999 800		294 099	345 533	325 186	430 951	71 235
	(000)	% συνόλου	(000)	% συνόλου	(000)	% συνόλου	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)
ΣΥΝΟΛΙΚΟΙ ΘΑΝΑΤΟΙ	55 694	100	29 696	100	25 998	100	4 245	6 327	2 778	2 587	510
I. Μεταδοτικές ασθένειες, κύνοπ/ τοκετός και περιγεννητικές καταστάσεις, πλημμελής θρέψην	17 777	31.9	9 282	31.3	8 495	32.7	2 893	4 597	203	475	185
Λοιμώδην και παρασιτικά νοσήματα	10 457	18.8	5 637	19.0	4 819	18.5	1 969	3 467	60	213	93
Φυματίωση	1 660	3.0	1 048	3.5	613	2.4	146	235	2	33	22
Σεξουαλικώς μεταδιδόμενα εκτός HIV	217	0.4	119	0.4	97	0.4	43	58	0	1	0
Σύφιλη	197	0.4	118	0.4	79	0.3	42	56	0	0	0
Χλαμύδια	7	0.0	0	0.0	7	0.0	1	1	0	0	0
Γονόρροια	4	0.0	0	0.0	4	0.0	1	1	0	0	0
HIV/AIDS	2 943	5.3	1 500	5.0	1 443	5.6	517	1 875	15	34	23
Διάρροιες	2 124	3.8	1 178	4.0	946	3.6	272	433	2	49	27
Παιδικές ασθένειες	1 385	2.5	693	2.3	692	2.7	432	308	0	2	6
Κοκκύτης	296	0.5	148	0.5	148	0.6	92	74	0	1	6
Πολιομυελίτιδα	1	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0	0	0	0
Διφθερίτιδα	3	0.0	2	0.0	2	0.0	1	1	0	0	0
Ιλαρά	777	1.4	388	1.3	388	1.5	264	188	0	0	0
Τέτανος	309	0.6	154	0.5	154	0.6	75	45	0	1	1
Μπνιγγίτιδα	156	0.3	87	0.3	69	0.3	19	23	1	9	1
Ηπατίτιδα <sup>γ</sup>	128	0.2	70	0.2	57	0.2	15	18	5	3	1
Ελονοσία	1 080	1.9	522	1.8	558	2.1	489	477	0	1	1
Τροπικές ασθένειες	124	0.2	76	0.3	48	0.2	33	30	0	20	3
Τρυπανοσωμία	50	0.1	32	0.1	18	0.1	25	24	0	0	0
Νόσος του Chaga	21	0.0	12	0.0	9	0.0	0	0	0	18	3
Σχιστοσωμίαση	11	0.0	8	0.0	3	0.0	3	2	0	1	0
Λεϊσμανίαση	41	0.1	23	0.1	18	0.1	5	4	0	0	0
Φιλαρίαση Λεμφικού	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0	0	0	0
Ονκοκερκίαση	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0	0	0	0
Λέπρα	2	0.0	2	0.0	1	0.0	0	0	0	0	0
Dengue	12	0.0	8	0.0	4	0.0	0	0	0	0	0
Ιαπωνική εγκεφαλίτιδα	4	0.0	1	0.0	2	0.0	0	0	0	0	0
Τράχωμα	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0	0	0	0
Εντερικές Λοιμώξεις και νηματώδην	17	0.0	9	0.0	8	0.0	1	2	0	2	1
Ασκαρίδηση	6	0.0	3	0.0	3	0.0	0	1	0	1	0
Τριχιούριδηση	2	0.0	1	0.0	1	0.0	0	0	0	0	0
Hookworm	6	0.0	4	0.0	2	0.0	1	1	0	0	0
Λοιμώξεις αναπνευστικού	3 941	7.1	2 121	7.1	1 821	7.0	460	622	115	104	43
Λοιμώξεις κατώτερου αναπνευστικού	3 866	6.9	2 084	7.0	1 782	6.9	454	614	115	102	42
Λοιμώξεις ανώτερου αναπνευστικού	69	0.1	34	0.1	35	0.1	4	5	0	1	1
Μέσον ωτίτιδα	6	0.0	3	0.0	3	0.0	1	2	0	0	0
Κύνοπ/ τοκετός	495	0.9	0	0.0	495	1.9	97	146	0	13	7
Περιγεννητικές καταστάσεις	2 439	4.4	1 307	4.4	1 133	4.4	296	281	17	106	28
Πλημμελής θρέψην	445	0.8	218	0.7	227	0.9	70	81	10	39	13
Υποθρεψία	271	0.5	137	0.5	134	0.5	49	52	5	28	8
Έλλειψη ιωδίου	9	0.0	5	0.0	5	0.0	1	2	0	0	0
Έλλειψη βιταμίνης A	41	0.1	17	0.1	24	0.1	11	13	0	0	0
Σιδηροπενική αναιμία	103	0.2	49	0.2	53	0.2	8	13	6	11	2

Αιτία <sup>8</sup>	ΑΝΑΤΟΛΙΚΗ ΜΕΣΟΓΕΙΟΣ		ΕΥΡΩΠΗ		ΝΟΤΙΟΑΝΑΤΟΛΙΚΗ ΑΣΙΑ		ΔΥΤΙΚΟΣ ΕΙΡΗΝΙΚΟΣ		
	Επίπεδο 8νησιμότπτας		Επίπεδο 8νησιμότπτας		Επίπεδο 8νησιμότπτας		Επίπεδο 8νησιμότπτας		
	χαμπλό παιδικό χαμπλό ενηλίκων	υψηλό παιδικό υψηλό ενηλίκων	πολύ χαμπλό παιδικό πολύ χαμπλό ενηλίκων	χαμπλό παιδικό χαμπλό ενηλίκων	χαμπλό παιδικό χαμπλό ενηλίκων	υψηλό παιδικό υψηλό ενηλίκων	πολύ χαμπλό παιδικό πολύ χαμπλό ενηλίκων	χαμπλό παιδικό χαμπλό ενηλίκων	
Πληθυσμός (000)	139 071	342 584	411 910	218 473	243 192	293 821	1 241 813	154 358	1 532 946
	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)
ΣΥΝΟΛΙΚΟΙ ΘΑΝΑΤΟΙ	690	3 346	4 076	1 952	3 636	2 142	12 015	1 152	10 238
I. Μεταδοτικές ασθένειες κύπηση/ τοκετός και περιγεννητικές καταστάσεις, πλημμελής θρέψη	153	1 556	240	221	152	604	4 913	131	1 454
Λοιμώδην και παρασιτικά νοσήματα	84	836	49	85	86	332	2 540	25	618
Φυματίωση	7	129	6	19	49	157	517	6	336
Σεξουαλικώς μεταδιδόμενα εκτός HIV	0	12	0	2	1	1	95	0	3
Σύφιλην	0	10	0	1	0	1	85	0	2
Χλαμύδια	0	0	0	0	0	0	4	0	0
Γονόρροια	0	0	0	0	0	0	2	0	0
HIV/AIDS	0	54	10	1	10	37	334	0	32
Διάρροιες	24	262	2	27	4	30	921	1	71
Παιδικές ασθένειες	1	196	0	8	0	43	337	0	52
Κοκκύτης	0	57	0	0	0	1	62	0	2
Πολιομυελίτιδα	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Διφθερίτιδα	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Ιλαρά	0	81	0	7	0	34	168	0	34
Τέτανος	0	57	0	0	0	8	105	0	17
Μηνιγγίτιδα	2	22	2	7	5	12	42	1	11
Ηηπατίτιδα γ	3	7	4	5	2	5	32	5	22
Ελονοσία	0	47	0	0	0	8	43	0	13
Τροπικές ασθένειες	1	5	0	0	0	0	30	0	2
Τρυπανοσωμία	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Νόσος του Chaga	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Σχιστοσωμίασην	1	2	0	0	0	0	0	0	2
Λεϊσμανίασην	0	2	0	0	0	0	30	0	0
Φιλαρίσαση Λεμφικού	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ονκοκερκίασην	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Λέπρα	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Dengue	0	1	0	0	0	1	10	0	1
Ιαπωνική εγκεφαλίτιδα	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Τράχωμα	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Εντερικές Λοιμώξεις και νηματώδην	0	2	0	0	0	1	5	0	3
Ασκαρίσην	0	1	0	0	0	0	1	0	1
Τρικιουρίσην	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Hookworm	0	0	0	0	0	0	3	0	0
Λοιμώξεις αναπνευστικού	40	330	168	86	44	142	1 221	102	463
Λοιμώξεις κατώτερου αναπνευστικού	39	327	165	85	42	141	1 199	101	439
Λοιμώξεις ανάτερου αναπνευστικού	1	3	3	1	1	1	22	1	24
Μέσην ωτίτιδα	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Κύπηση/ τοκετός	3	62	0	2	1	21	122	0	19
Περιγεννητικές καταστάσεις	20	284	11	42	19	90	919	2	321
Πλημμελής θρέψη	5	43	11	6	2	19	110	1	32
Υποθρεψία	2	23	3	2	1	8	66	1	22
Έλλειψη ιαδίου	0	2	0	0	0	0	3	0	0
Έλλειψη βιταμίνης A	0	6	0	0	0	0	10	0	0
Σιδηροπενική αναιμία	1	8	8	3	2	6	27	0	7

## Παράρτημα Πίνακας 2: Θάνατοι κατά αιτία, φύλο και επίπεδο θνησιμότητας στις περιφέρειες του ΠΟΥ, εκτιμήσεις για το 2000

Αιτία <sup>b</sup>	ΦΥΛΟ						ΑΦΡΙΚΗ			ΑΜΕΡΙΚΗ		
	Σύνολο		Άνδρες		Γυναίκες		Επίπεδο θνησιμότητας		Επίπεδο θνησιμότητας			
	(000)	% συνόλου	(000)	% συνόλου	(000)	% συνόλου	υψηλό παιδικό <sup>c</sup> υψηλό <sup>c</sup> ενηλίκων	υψηλό παιδικό <sup>c</sup> πολύ υψηλό <sup>c</sup> ενηλίκων	πολύ χαμηλό παιδικό <sup>c</sup> πολύ χαμηλό <sup>c</sup> ενηλίκων	χαμηλό <sup>c</sup> παιδικό <sup>c</sup> χαμηλό <sup>c</sup> ενηλίκων	χαμηλό <sup>c</sup> παιδικό <sup>c</sup> υψηλό <sup>c</sup> ενηλίκων	
Πληθυσμός (000)	6 045 172		3 045 372		2 999 800		294 099	345 533	325 186	430 951	71 235	
	(000)	% συνόλου	(000)	% συνόλου	(000)	% συνόλου	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	
II. Μη μεταδοτικές ασθένειες	32 855	59.0	16 998	57.2	15 856	61.0	1 043	1 286	2 397	1 779	276	
Κακοίθινη νεοπλάσματα	6 930	12.4	3 918	13.2	3 011	11.6	228	305	652	371	50	
Καρκίνος στόματος και στοματοφάρυγγα	340	0.6	242	0.8	98	0.4	11	22	11	10	2	
Καρκίνος οισοφάγου	413	0.7	274	0.9	139	0.5	5	21	16	14	1	
Καρκίνος στομάχου	744	1.3	464	1.6	280	1.1	18	18	19	42	10	
Καρκίνος εντέρου/ορθού	579	1.0	303	1.0	276	1.1	11	15	77	26	3	
Καρκίνος ήπατος	626	1.1	433	1.5	193	0.7	28	35	15	14	3	
Καρκίνος παγκρέατος	214	0.4	114	0.4	100	0.4	3	5	34	13	1	
Καρκίνος τραχείας/βρόγχων/πνεύμονος	1 213	2.2	895	3.0	318	1.2	9	14	182	47	3	
Μελάνωμα και άλλοι καρκίνοι δέρματος	65	0.1	35	0.1	30	0.1	4	5	13	5	0	
Καρκίνος μαστού	459	0.8	0	0.0	458	1.8	14	24	56	28	3	
Καρκίνος τραχιλού της μήτρας	288	0.5	0	0.0	288	1.1	21	38	6	17	6	
Καρκίνος μήτρας	76	0.1	0	0.0	76	0.3	1	2	9	10	1	
Καρκίνος ωοθηκών	128	0.2	0	0.0	128	0.5	3	7	16	6	1	
Καρκίνος προστάτη	258	0.5	258	0.9	0	0.0	24	19	45	26	3	
Καρκίνος κύστης	157	0.3	117	0.4	40	0.2	8	6	16	6	1	
Λέμφωμα, πολλαπλούν μυέλωμα	291	0.5	173	0.6	118	0.5	18	19	47	16	3	
Λευχαιμία	265	0.5	145	0.5	119	0.5	8	12	27	18	3	
Άλλα νεοπλάσματα	115	0.2	59	0.2	56	0.2	1	2	10	9	2	
Διαβήτης	810	1.5	345	1.2	465	1.8	19	35	76	120	23	
Διαταραχές θρέψης/ενδοκρινικές	224	0.4	103	0.3	121	0.5	17	20	29	24	6	
Νευροψυχιατρικές διαταραχές	948	1.7	477	1.6	472	1.8	31	44	135	51	13	
Μονοπολικές καταθλιπτικές διαταραχές	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0	0	0	0	
Διπολικές συναισθηματικές διαταραχές	4	0.0	1	0.0	3	0.0	0	0	0	0	0	
Σχιζοφρένεια	17	0.0	8	0.0	9	0.0	0	0	1	0	0	
Επιληψία	98	0.2	59	0.2	38	0.1	9	15	2	6	2	
Διαταραχές από κατάχρηση αλκοόλ	84	0.2	73	0.2	12	0.0	2	5	8	13	4	
Alzheimer και άλλες άνοιξης	276	0.5	93	0.3	183	0.7	2	3	61	7	1	
Πάρκινσον	90	0.2	44	0.1	45	0.2	2	2	16	2	0	
Πολλαπλή σκλήρυνση	17	0.0	6	0.0	10	0.0	0	0	3	1	0	
Διαταραχές από χρήση φαρμακευτικών ουσιών	15	0.0	14	0.0	2	0.0	0	0	2	1	0	
Διαταραχή μετά από ψυχοτραυματική εμπειρία	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0	0	0	0	
Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0	0	0	0	
Διαταραχή πανικού	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0	0	0	0	
Αϋνία (πρωτοπαθής)	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0	0	0	0	
Ημικρανία	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0	0	0	0	
Διαταραχές των αισθητηριακών οργάνων	7	0.0	3	0.0	4	0.0	0	0	0	0	0	
Γλαύκωμα	1	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0	0	0	0	
Καταράκτης	1	0.0	0	0.0	1	0.0	0	0	0	0	0	
Απόλεια ακοής με έναρξη στην ενήλικο ζωάν	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0	0	0	0	
Καρδιαγγειακές νόσοι	16 701	30.0	8 195	27.6	8 506	32.7	460	514	1 138	786	98	
Ρευματική καρδιοπάθεια	332	0.6	137	0.5	195	0.7	13	16	6	6	3	
Στεφανιάτικη νόσος	6 894	12.4	3 625	12.2	3 269	12.6	162	167	581	306	29	
Αγγειοεγκεφαλική νόσος	5 101	9.2	2 406	8.1	2 695	10.4	137	166	197	229	24	
Φλεγμονώδεις νόσοι της καρδιάς	395	0.7	216	0.7	180	0.7	15	19	34	27	3	

Αιτία <sup>8</sup>	ΑΝΑΤΟΛΙΚΗ ΜΕΣΟΓΕΙΟΣ		ΕΥΡΩΠΗ			ΝΟΤΙΟΑΝΑΤΟΛΙΚΗ ΑΣΙΑ		ΔΥΤΙΚΟΣ ΕΙΡΗΝΙΚΟΣ	
	Επίπεδο θνησιμότητας		Επίπεδο θνησιμότητας			Επίπεδο θνησιμότητας		Επίπεδο θνησιμότητας	
	χαμπλό παιδικό υψηλό παιδικό	χαμπλό παιδικό υψηλό ενηλίκων	πολύ χαρηλό παιδικό πολύ χαρηλό ενηλίκων	χαρηλό παιδικό χαρηλό ενηλίκων	χαμπλό παιδικό υψηλό ενηλίκων	χαμπλό ενηλίκων υψηλό ενηλίκων	χαμπλό παιδικό πολύ χαρηλό ενηλίκων	χαμπλό παιδικό πολύ χαρηλό ενηλίκων	χαμπλό παιδικό πολύ χαρηλό ενηλίκων
Πληθυσμός (000)	139 071	342 584	411 910	218 473	243 192	293 821	1 241 813	154 358	1 532 946
	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)
II. Μη μεταδοτικές ασθένειες	459	1 530	3 637	1 588	3 009	1 307	5 961	942	7 640
Κακοήθη νεοπλάσματα	78	164	1 056	290	536	226	877	341	1 756
Καρκίνος στόματος και στοματοφάρυγγα	2	20	25	9	18	18	152	6	34
Καρκίνος οισοφάγου	4	10	28	11	15	3	68	12	205
Καρκίνος στομάχου	10	7	70	33	83	9	55	56	313
Καρκίνος ενέρου/ορθού	5	7	141	29	67	23	32	44	100
Καρκίνος ήπατος	4	7	38	9	20	26	26	35	365
Καρκίνος παγκρέατος	2	1	52	12	30	4	11	20	26
Καρκίνος τραχείας/βρόγχων/πνεύμονος	11	20	206	59	109	35	118	62	339
Μελάνωμα και άλλοι καρκίνοι δέρματος	1	1	15	4	9	1	2	3	2
Καρκίνος μαστού	5	12	91	21	43	26	78	12	46
Καρκίνος τραχιλού της μύτρας	5	14	8	8	13	15	102	3	33
Καρκίνος μύτρας	1	1	16	6	13	2	2	3	9
Καρκίνος ωσθηκών	1	3	26	5	17	7	17	5	15
Καρκίνος προστάτη	3	4	71	9	14	6	15	11	9
Καρκίνος κύστης	3	9	37	9	18	5	15	6	18
Λέμφωμα, πολλαπλούν μυέλωμα	5	12	54	9	14	14	40	14	27
Λευχαιμία	7	9	37	9	15	12	38	9	62
Άλλα νεοπλάσματα	1	4	27	3	5	26	5	10	10
Διαβήτης	11	52	86	26	25	50	146	17	123
Διαταραχές θρέψης/ενδοκρινικές	3	25	24	2	2	15	16	8	33
Νευροψυχιατρικές διαταραχές	11	73	158	27	33	51	169	20	131
Μονοπολικές καταθλιπτικές διαταραχές	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Διπολικές συναισθηματικές διαταραχές	0	0	0	0	0	0	3	0	0
Σχιζοφρένεια	1	1	1	0	0	2	6	0	5
Επιληψία	2	5	6	5	4	5	19	1	18
Διαταραχές από κατάχρηση αλκοόλ	0	2	13	5	9	5	7	1	11
Alzheimer και άλλες άνοιξης	1	5	76	4	7	20	37	7	48
Πάρκινσον	1	4	21	1	1	2	10	4	24
Πολλαπλή σκλήρυνση	0	0	4	1	2	0	3	0	1
Διαταραχές από χρήση φαρμακευτικών ουσιών	0	0	4	0	0	1	3	1	3
Διαταραχή μετά από ψυχοτραυματική εμπειρία	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Διαταραχή πανικού	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Αϋπνία (πρωτοπαθής)	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ημικρανία	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Διαταραχές των αισθητηριακών οργάνων	0	0	0	0	0	0	1	0	3
Γλαύκωμα	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Καταράκτης	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Απώλεια ακοής με έναρξη στην ενήλικο ζωή	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Καρδιαγγειακές νόσοι	276	811	1 797	1 051	2 125	598	3 493	406	3 147
Ρευματική καρδιοπάθεια	4	17	12	10	16	11	106	3	110
Στεφανιαία νόσος	136	288	762	472	1 115	237	1 706	140	792
Αγγειογκεφαλική νόσος	58	158	470	276	741	181	625	173	1 667
Φλεγμονώδεις νόσοι της καρδιάς	4	12	28	23	26	13	111	8	74

## Παράρτημα Πίνακας 2: Θάνατοι κατά αιτία, φύλο και επίπεδο θνησιμότητας στις περιφέρειες του ΠΟΥ, εκτιμήσεις για το 2000

Αιτία <sup>b</sup>	ΦΥΛΟ						ΑΦΡΙΚΗ		ΑΜΕΡΙΚΗ		
	Σύνολο		Άνδρες		Γυναίκες		Επίπεδο θνησιμότητας		Επίπεδο θνησιμότητας		
	(000)	% συνόλου	(000)	% συνόλου	(000)	% συνόλου	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)
Πληθυσμός (000)	6 045 172		3 045 372		2 999 800		294 099	345 533	325 186	430 951	71 235
	(000)	% συνόλου	(000)	% συνόλου	(000)	% συνόλου	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)
Αναπνευστικές παθήσεις	3 542	6.4	1 891	6.4	1 651	6.3	101	131	172	170	16
Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια	2 523	4.5	1 367	4.6	1 156	4.4	51	63	124	76	6
Άσθμα	218	0.4	107	0.4	111	0.4	8	16	7	11	3
Παθήσεις του πεπτικού	1 923	3.5	1 151	3.9	772	3.0	87	112	97	144	32
Έλκος στομάχου	237	0.4	140	0.5	96	0.4	6	10	6	11	4
Κίρρωση ήπατος	797	1.4	531	1.8	266	1.0	31	38	30	58	17
Σκωληκοειδίτιδα	33	0.1	19	0.1	13	0.1	1	1	1	2	1
Παθήσεις ουρογεννητικού συστήματος	825	1.5	447	1.5	378	1.5	54	67	57	49	14
Νεφρίτιδα/Νεφρωσικό σύνδρομο	620	1.1	327	1.1	293	1.1	35	44	31	38	12
Καλούθης υπερτροφία του προστάτη	35	0.1	35	0.1	0	0.0	3	4	1	2	1
Δερματικές παθήσεις	68	0.1	30	0.1	38	0.1	10	12	4	5	2
Μυοσκελετικές παθήσεις	104	0.2	36	0.1	68	0.3	6	7	12	9	3
Ρευματοειδής αθρίτιδα	20	0.0	6	0.0	14	0.1	1	1	2	2	1
Οστεοαρθρίτιδα	4	0.0	1	0.0	3	0.0	0	0	1	1	0
Συγγενείς ανωμαλίες	657	1.2	341	1.1	315	1.2	30	36	15	40	16
Στοματικές παθήσεις	2	0.0	1	0.0	1	0.0	0	0	0	0	0
Τερπδόνα	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0	0	0	0
Περιοδοντική νόσος	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0	0	0	0
Ανοδοντία	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0	0	0	0
III. Τραυματισμοί	5 062	9.1	3 415	11.5	1 647	6.3	308	445	178	333	50
Ακούσιοι	3 403	6.1	2 262	7.6	1 141	4.4	196	245	119	185	29
Τροχαία ατυχήματα	1 260	2.3	931	3.1	329	1.3	69	99	49	82	10
Δηλητηριάσεις	315	0.6	204	0.7	112	0.4	15	20	12	3	2
Πτώσεις	283	0.5	170	0.6	113	0.4	8	10	23	15	2
Φωτιές	238	0.4	104	0.3	135	0.5	18	17	4	5	1
Πνιγμοί	450	0.8	301	1.0	148	0.6	44	40	5	20	2
Άλλοι ακούσιοι τραυματισμοί	857	1.5	553	1.9	304	1.2	42	60	26	60	12
Εκούσιοι	1 659	3.0	1 153	3.9	506	1.9	112	199	59	148	21
Αυτοτραυματισμοί	815	1.5	509	1.7	305	1.2	10	17	39	23	4
Βία	520	0.9	401	1.4	119	0.5	40	76	20	123	17
Πόλεμος	310	0.6	233	0.8	77	0.3	62	106	0	2	0

<sup>a</sup> Δες κατάλογο των κρατών μελών κατά περιφέρεια του ΠΟΥ και επίπεδο θνησιμότητας (σελ. 178)<sup>b</sup> Το άθροισμα των επί μέρους αιτιών μπορεί να διαφέρει από τον συνολικό αριθμό της ευρύτερης κατηγορίας λόγω παραλήψεως υπολειμματικών κατηγοριών.<sup>c</sup> Δεν περιλαμβάνει θανάτους από καρκίνο ήπατος και κίρρωση ήπατος που οφείλονται σε χρόνια ηπατίτιδα.

Αιτία <sup>8</sup>	ΑΝΑΤΟΛΙΚΗ ΜΕΣΟΓΕΙΟΣ		ΕΥΡΩΠΗ			ΝΟΤΙΟΑΝΑΤΟΛΙΚΗ ΑΣΙΑ		ΔΥΤΙΚΟΣ ΕΙΡΗΝΙΚΟΣ	
	Επίπεδο θνησιμότητας		Επίπεδο θνησιμότητας			Επίπεδο θνησιμότητας		Επίπεδο θνησιμότητας	
	χαμπλό παιδικό υψηλό παιδικό	χαμπλό ενηλίκων υψηλό ενηλίκων	πολύ χαρηλό παιδικό πολύ χαρηλό ενηλίκων	χαμπλό παιδικό υψηλό ενηλίκων	χαμπλό ενηλίκων υψηλό ενηλίκων	χαμπλό παιδικό υψηλό ενηλίκων			
Πληθυσμός (000)	139 071	342 584	411 910	218 473	243 192	293 821	1 241 813	154 358	1 532 946
	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)
Αναπνευστικές παθήσεις	26	126	205	65	127	135	482	57	1 728
Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια	13	43	136	42	93	52	255	23	1 545
Άσθμα	5	17	14	9	11	22	35	7	55
Παθήσεις του πεπτικού	23	123	185	81	112	115	367	46	399
Έλκος στομάχου	3	6	18	7	14	21	53	5	74
Κίρρωση ήπατος	7	28	68	47	55	42	181	15	180
Σκωληκοειδίτιδα	0	1	1	1	1	1	18	0	6
Παθήσεις ουρογεννητικού συστήματος	17	69	60	26	28	56	140	27	162
Νεφρίτιδα/Νεφρωσικό σύνδρομο	11	58	40	18	11	45	122	24	131
Καλογίθης υπερτροφία του προστάτη	1	1	1	2	3	1	8	0	8
Δερματικές παθήσεις	0	5	8	1	2	5	6	1	8
Μυοσκελετικές παθήσεις	1	3	18	2	4	10	3	5	20
Ρευματοειδής αθρίτιδα	0	0	4	1	1	2	1	2	2
Οστεοαρθρίτιδα	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Συγγενείς ανωμαλίες	12	76	13	12	10	20	254	4	119
Στοματικές παθήσεις	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Τερπδόνα	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Περιοδοντική νόσος	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ανοδοντία	0	0	0	0	0	0	0	0	0
III. Τραυματισμοί	79	259	199	143	475	231	1 141	78	1 144
Ακούσιοι	61	181	140	88	285	155	900	49	769
Τροχαία στυχήματα	40	51	46	20	55	115	320	16	288
Δηλητηριάσεις	2	16	6	14	89	4	78	1	53
Πτώσεις	4	17	48	11	17	8	31	8	81
Φωτιές	4	20	3	4	15	7	121	2	19
Πνιγμοί	3	16	4	10	33	12	85	6	169
Άλλοι ακούσιοι τραυματισμοί	8	61	34	29	76	8	266	16	158
Εκούσιοι	17	78	59	55	190	76	241	30	376
Αυτοτραυματισμοί	7	16	54	25	107	19	150	28	315
Βία	7	24	4	11	62	11	66	1	58
Πόλεμος	3	36	0	17	20	45	18	0	2

**Παράρτημα Πίνακας 3: Επιβάρυνση της Δημόσιας Υγείας από νόσους σε έπι ζωής σταθμισμένα ως προς την ανικανότητα (DALYs) κατά αιτία, φύλο και επίπεδο θνησιμότητας στις περιφέρειες του ΠΟΥ<sup>e</sup>, εκτιμήσεις για το 2000**

Αιτία <sup>b</sup>	ΦΥΛΟ				ΑΦΡΙΚΗ				ΑΜΕΡΙΚΗ			
	Σύνολο		Άνδρες		Γυναίκες		Επίπεδο 8νησιμότητας		Επίπεδο 8νησιμότητας		Επίπεδο 8νησιμότητας	
	υπηλό ενηλίκων	πολύ υψηλό ενηλίκων	υπηλό ενηλίκων	πολύ υψηλό ενηλίκων	υπηλό ενηλίκων	πολύ υψηλό ενηλίκων	υπηλό ενηλίκων	πολύ υψηλό ενηλίκων	υπηλό ενηλίκων	πολύ υψηλό ενηλίκων	υπηλό ενηλίκων	υπηλό ενηλίκων
Πληθυσμός (000)	6 045 172		3 045 372		2 999 800		294 099	345 533	325 186	430 951	71 235	
	(000)	% συνόλου	(000)	% συνόλου	(000)	% συνόλου	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	
Σύνολο DALYs	1 472 392	100	765 774	100	706 619	100	143 671	209 616	45 991	79 562	16 803	
I. Μεταδοτικές ασθένειες, κύπηση/τοκετός και περιγεννητικές καταστάσεις, πλημμελής θρέψην	610 353	41.5	294 708	38.5	315 645	44.7	102 806	155 682	3 181	17 565	6 213	
Λοιμώδην και παρασιτικά νοσήματα	340 176	23.1	173 704	22.7	166 473	23.6	68 459	114 085	1 478	7 820	3 058	
Φυματίωση	35 792	2.4	21 829	2.9	13 962	2.0	3 754	6 034	20	633	482	
Σεξουαλικώς μεταδιδόμενα εκτός HIV	15 839	1.1	5 808	0.8	10 031	1.4	2 837	3 351	110	601	98	
Σύφιλην	5 574	0.4	3 095	0.4	2 479	0.4	1 353	1 817	1	23	4	
Χλαμύδια	6 128	0.4	902	0.1	5 226	0.7	829	837	91	389	63	
Γονόρροια	3 919	0.3	1 758	0.2	2 161	0.3	655	693	16	186	31	
HIV/AIDS	90 392	6.1	44 366	5.8	46 026	6.5	15 605	57 046	504	1 145	714	
Διάρροιες	62 227	4.2	32 399	4.2	29 828	4.2	8 070	13 424	108	1 838	882	
Παιδικές ασθένειες	50 380	3.4	25 151	3.3	25 229	3.6	15 396	11 043	50	202	256	
Κοκκύτης	12 768	0.9	6 369	0.8	6 398	0.9	3 612	2 922	50	178	236	
Πολιομυελίτιδα	184	0.0	95	0.0	89	0.0	16	7	0	6	1	
Διφθερίτιδα	114	0.0	61	0.0	53	0.0	24	23	0	2	0	
Ιλαρά	27 549	1.9	13 755	1.8	13 793	2.0	9 344	6 646	0	2	3	
Τέτανος	9 766	0.7	4 870	0.6	4 895	0.7	2 400	1 446	0	14	17	
Μηνιγγίτιδα	5 751	0.4	3 011	0.4	2 740	0.4	698	817	47	437	46	
Ηπατίτιδα γ	2 739	0.2	1 400	0.2	1 339	0.2	334	444	82	59	35	
Ελονοσία	40 213	2.7	19 237	2.5	20 976	3.0	17 916	17 832	1	83	27	
Τροπικές ασθένειες	12 289	0.8	8 271	1.1	4 018	0.6	3 051	3 012	9	701	109	
Τρυπανοσωμία	1 585	0.1	1 013	0.1	572	0.1	804	754	0	0	0	
Νόσος του Chaga	680	0.0	360	0.0	320	0.0	0	0	7	582	91	
Σχιστοσωμίασην	1 713	0.1	1 037	0.1	676	0.1	648	724	1	70	9	
Λεϊσμανίαση	1 810	0.1	1 067	0.1	744	0.1	222	173	1	41	5	
Φιλαρίαση Λεμφικού	5 549	0.4	4 245	0.6	1 304	0.2	894	966	0	8	1	
Ονκοκερκίαση	951	0.1	549	0.1	402	0.1	484	395	0	1	2	
Λέπρα	141	0.0	76	0.0	65	0.0	8	8	0	15	0	
Dengue	433	0.0	286	0.0	147	0.0	2	4	0	3	7	
Ιαπωνική εγκεφαλίτιδα	426	0.0	207	0.0	219	0.0	0	0	0	0	0	
Τράχωμα	1 181	0.1	319	0.0	862	0.1	212	232	0	0	0	
Εντερικές λοιμώξεις και νηματώδην	4 811	0.3	2 461	0.3	2 350	0.3	289	364	11	549	123	
Ασκαρίαση	1 252	0.1	636	0.1	616	0.1	48	70	3	168	27	
Τριχιουρίαση	1 640	0.1	836	0.1	803	0.1	50	70	5	239	46	
Hookworm	1 829	0.1	939	0.1	890	0.1	191	222	3	125	20	
Λοιμώξεις αναπνευστικού	97 658	6.6	50 452	6.6	47 206	6.7	13 210	17 823	561	2 400	1 144	
Λοιμώξεις κατώτερου αναπνευστικού	94 222	6.4	48 786	6.4	45 436	6.4	12 933	17 467	509	2 233	1 095	
Λοιμώξεις ανώτερου αναπνευστικού	1 963	0.1	916	0.1	1 047	0.1	149	188	15	56	27	
Μέσην ωτίτιδα	1 472	0.1	750	0.1	722	0.1	128	168	37	110	22	
Κύπηση/τοκετός	34 480	2.3	0	0.0	34 480	4.9	5 166	7 710	182	1 321	431	
Περιγεννητικές καταστάσεις	91 797	6.2	49 072	6.4	42 726	6.0	11 390	10 845	613	3 905	1 034	
Πλημμελής θρέψην	46 242	3.1	21 480	2.8	24 761	3.5	4 580	5 219	347	2 119	547	
Υποθρεψία	16 483	1.1	8 298	1.1	8 185	1.2	2 578	2 904	34	763	239	
Έλλειψη ιαδίου	1 218	0.1	572	0.1	646	0.1	140	193	3	7	2	
Έλλειψη βιταμίνης Α	1 392	0.1	587	0.1	805	0.1	382	440	0	3	1	
Σιδηροπενική αναιμία	26 650	1.8	11 807	1.5	14 843	2.1	1 468	1 680	306	1 341	237	

Αιτία <sup>8</sup>	ΑΝΑΤΟΛΙΚΗ ΜΕΣΟΓΕΙΟΣ		ΕΥΡΩΠΗ			ΝΟΤΙΟΑΝΑΤΟΛΙΚΗ ΑΣΙΑ		ΔΥΤΙΚΟΣ ΕΙΡΗΝΙΚΟΣ	
	Επίπεδο θνησιμότητας		Επίπεδο θνησιμότητας			Επίπεδο θνησιμότητας		Επίπεδο θνησιμότητας	
	χαμπλό παιδικό υψηλό παιδικό	χαμπλό ενηλίκων υψηλό ενηλίκων	πολύ χαμπλό παιδικό πολύ χαμπλό ενηλίκων	χαμπλό παιδικό χαμπλό ενηλίκων	χαμπλό παιδικό υψηλό ενηλίκων	χαμπλό ενηλίκων υψηλό ενηλίκων	πολύ χαμπλό παιδικό πολύ χαμπλό ενηλίκων	χαμπλό παιδικό χαμπλό ενηλίκων	πολύ χαμπλό παιδικό πολύ χαμπλό ενηλίκων
Πληθυσμός (000)	139 071	342 584	411 910	218 473	243 192	293 821	1 241 813	154 358	1 532 946
(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)
Σύνολο DALYs	22 400	110 959	52 862	40 278	59 972	60 423	364 581	16 393	248 883
I. Μεταδοτικές ασθένειες κύπον/τοκετός και περιγεννητικές καταστάσεις, πλημμελής θρέψη	6 592	56 529	2 800	8 608	5 164	20 700	163 137	1 110	60 266
Λοιμώδην και παρασιτικά νοσήματα	2 965	28 474	1 097	3 118	2 608	9 745	76 637	397	20 234
Φυματίωση	176	2 775	63	444	1 096	3 063	11 929	53	5 272
Σεξουαλικάς μεταδιδόμενα εκτός HIV	79	1 150	122	201	194	541	5 981	51	521
Σύφιλην	3	316	1	24	4	33	1 932	1	62
Χλαμύδια	51	463	105	120	140	291	2 442	41	266
Γονόρροια	20	313	15	35	38	215	1 505	8	189
HIV/AIDS	2	1 784	307	36	421	1 198	10 279	11	1 340
Διάρροιες	815	8 358	109	963	166	976	22 387	45	4 084
Παιδικές ασθένειες	63	6 934	66	332	34	1 599	12 128	37	2 240
Κοκκύτης	42	2 204	63	63	29	133	2 737	36	462
Πολιομυελίτιδα	5	16	1	5	1	11	62	0	52
Διφθερίτιδα	0	16	0	6	1	4	35	0	4
Ιλαρά	10	2 882	1	252	2	1 212	5 989	1	1 206
Τέτανος	7	1 816	1	6	1	239	3 306	0	516
Μνηγγίτιδα	71	800	66	206	125	442	1 429	14	555
Ηησαΐτιδα <sup>γ</sup>	73	181	45	142	46	98	756	56	389
Ελονοσία	47	1 898	2	19	0	292	1 582	2	514
Τροπικές ασθένειες	62	846	0	7	0	242	3 772	4	472
Τρυπανοσωμία	0	26	0	0	0	0	0	0	0
Νόσος του Chaga	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Σχιστοσωμίαση	43	154	0	0	0	3	1	0	60
Λεϊσμανίαση	16	124	0	6	0	6	1 210	0	9
Φιλαρίαση Λεμφικού	4	473	0	1	0	233	2 562	4	403
Ονκοκερκίαση	0	69	0	0	0	0	0	0	0
Λέπρα	0	12	0	0	0	7	83	0	6
Dengue	0	19	0	0	0	25	346	0	26
Ιαπωνική εγκεφαλίτιδα	0	6	0	0	0	22	61	0	336
Τράχωμα	71	108	0	0	0	24	50	0	484
Εντερικές λοιμώξεις και νηματώδην	47	248	0	8	1	469	1 044	6	1 651
Ασκαρίαση	20	83	0	7	0	114	123	1	588
Τριχιούριαση	1	31	0	0	0	194	202	2	799
Hookworm	26	134	0	0	0	160	703	2	242
Λοιμώξεις αναπνευστικού	1 279	10 120	676	2 264	951	3 456	29 005	381	14 387
Λοιμώξεις κατώτερου αναπνευστικού	1 212	9 929	612	2 182	894	3 350	28 134	358	13 316
Λοιμώξεις ανώτερου αναπνευστικού	28	77	28	48	31	38	528	10	741
Μέσην ατίτιδα	40	115	37	34	27	69	343	13	330
Κύπηση/τοκετός	693	3 502	206	908	448	1 992	9 132	76	2 713
Περιγεννητικές καταστάσεις	819	10 424	435	1 669	771	3 224	34 473	94	12 101
Πλημμελής θρέψη	836	4 009	386	649	385	2 283	13 890	161	10 830
Υποθρεψία	176	1 647	25	151	61	567	4 907	21	2 409
Έλλειψη ιωδίου	31	173	5	27	32	32	486	2	85
Έλλειψη Βιταμίνης A	3	161	0	1	0	6	373	0	23
Σιδηροπενική αναιμία	588	1 890	352	445	266	1 624	8 053	137	8 264

**Παράρτημα Πίνακας 3: Επιβάρυνση της Δημόσιας Υγείας από νόσους σε έπειτα ζωής σταθμισμένα ως προς την ανικανότητα (DALYs) κατά αιτία, φύλο και επίπεδο θνησιμότητας στις περιφέρειες του ΠΟΥ<sup>c</sup>, εκτιμήσεις για το 2000**

Αιτία <sup>b</sup>	ΦΥΛΟ				ΑΦΡΙΚΗ				ΑΜΕΡΙΚΗ			
	Σύνολο		Άνδρες		Γυναίκες		Επίπεδο θνησιμότητας		Επίπεδο θνησιμότητας			
	υψηλό παιδικό	πολύ χαμηλό παιδικό	υψηλό παιδικό	πολύ χαμηλό ενηλίκων	πολύ χαμηλό παιδικό ενηλίκων	χαμηλό υψηλό ενηλίκων	πολύ χαμηλό παιδικό	πολύ χαμηλό ενηλίκων	πολύ χαμηλό παιδικό ενηλίκων	χαμηλό υψηλό ενηλίκων	πολύ χαμηλό παιδικό	υψηλό ενηλίκων
Πληθυσμός (000)	6 045 172		3 045 372		2 999 800		294 099	345 533	325 186	430 951	71 235	
	(000)	% συνόλου	(000)	% συνόλου	(000)	% συνόλου	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	
II. Μη μεταδοτικές ασθένειες	679 484	46.1	352 434	46.0	327 050	46.3	28 701	36 552	38 260	49 550	8 658	
Κακοήθη νεοπλάσματα	78 508	5.3	42 208	5.5	36 300	5.1	2 741	3 942	5 624	4 320	628	
Καρκίνος στόματος και στοματοφάρυγγα	4 379	0.3	3 152	0.4	1 227	0.2	124	297	110	119	16	
Καρκίνος οισοφάγου	4 096	0.3	2 721	0.4	1 375	0.2	56	237	133	127	7	
Καρκίνος στομάχου	7 326	0.5	4 565	0.6	2 761	0.4	198	211	143	386	96	
Καρκίνος εντέρου	5 659	0.4	3 074	0.4	2 585	0.4	132	171	617	260	26	
Καρκίνος ψτώχου	7 948	0.5	5 600	0.7	2 348	0.3	402	519	126	140	35	
Καρκίνος παγκρέατος	1 867	0.1	1 064	0.1	803	0.1	31	53	242	114	11	
Καρκίνος τραχείας/θρόγχων/πνεύμονος	11 418	0.8	8 303	1.1	3 115	0.4	98	157	1 443	481	27	
Μελάνωμα και άλλοι καρκίνοι δέρματος	690	0.0	387	0.1	303	0.0	35	60	133	54	5	
Καρκίνος μαστού	6 386	0.4	4	0.0	6 382	0.9	182	315	686	392	41	
Καρκίνος τραχάλιου της μήτρας	4 649	0.3	0	0.0	4 649	0.7	273	515	98	273	83	
Καρκίνος μήτρας	993	0.1	0	0.0	993	0.1	13	21	93	174	27	
Καρκίνος ωοθηκών	1 651	0.1	0	0.0	1 651	0.2	44	95	149	85	13	
Καρκίνος προστάτη	1 526	0.1	1 526	0.2	0	0.0	144	124	255	147	19	
Καρκίνος κύστης	1 329	0.1	998	0.1	331	0.0	69	64	116	50	5	
Λέμφωμα, πολλαπλούν μυέλωμα	3 994	0.3	2 569	0.3	1 424	0.2	317	366	396	224	41	
Λευχαιμία	5 147	0.3	2 835	0.4	2 312	0.3	131	234	254	382	87	
Άλλα νεοπλάσματα	1 394	0.1	728	0.1	666	0.1	28	46	81	130	31	
Διαβήτης	14 943	1.0	7 002	0.9	7 941	1.1	289	433	1 290	1 901	292	
Διαταραχές θρέψης/ενδοκρινικές	8 061	0.5	3 728	0.5	4 332	0.6	751	867	768	1 205	307	
Νευροψυχιατρικές διαταραχές	181 755	12.3	88 423	11.5	93 332	13.2	6 920	8 539	14 076	16 711	2 841	
Μονοπολικές καταθλιπτικές διαταραχές	64 963	4.4	25 901	3.4	39 063	5.5	1 906	2 154	5 031	5 589	867	
Διπολικές συναισθηματικές διαταραχές	13 645	0.9	6 897	0.9	6 747	1.0	743	852	504	1 026	172	
Σχιζοφρένεια	15 686	1.1	8 013	1.0	7 672	1.1	732	827	509	1 221	204	
Επιληψία	7 067	0.5	3 832	0.5	3 235	0.5	423	690	262	848	190	
Διαταραχές από κατάχρωση αλκοόλ	18 469	1.3	15 844	2.1	2 624	0.4	368	858	3 032	2 848	446	
Alzheimer και άλλες ανοίξεις	12 464	0.8	5 381	0.7	7 083	1.0	280	300	1 415	750	64	
Πάρκινσον	1 473	0.1	723	0.1	750	0.1	30	37	227	43	6	
Πολλαπλή σκλήρυνση	1 475	0.1	630	0.1	845	0.1	51	40	110	100	15	
Διαταραχές από χρήση φαρμακευτικών ουσιών	5 830	0.4	4 535	0.6	1 295	0.2	526	601	697	788	227	
Διαταραχή μετά από ψυχοτραυματική εμπειρία	3 230	0.2	896	0.1	2 335	0.3	141	158	176	200	31	
Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή	4 761	0.3	2 048	0.3	2 713	0.4	370	428	218	535	85	
Διαταραχή πανικού	6 591	0.4	2 239	0.3	4 352	0.6	336	386	262	494	83	
Αϋπνία (πρωτοπαθής)	3 361	0.2	1 447	0.2	1 914	0.3	134	150	258	310	47	
Ημικρανία	7 539	0.5	2 045	0.3	5 494	0.8	182	236	490	729	146	
Διαταραχές των αισθητηριακών οργάνων	37 673	2.6	19 253	2.5	18 420	2.6	2 537	3 187	1 278	2 676	483	
Γλαύκωμα	1 744	0.1	628	0.1	1 115	0.2	220	369	21	122	8	
Καταράκτης	10 585	0.7	4 981	0.7	5 604	0.8	1 190	1 114	45	363	141	
Απόλεια ακοής με έναρξη στην ενήλικο ζωή	25 276	1.7	13 610	1.8	11 665	1.7	1 122	1 698	1 212	2 188	332	
Καρδιαγγειακές νόσοι	150 975	10.3	80 325	10.5	70 651	10.0	5 049	6 445	7 240	7 753	1 064	
Ρευματική καρδιοπάθεια	6 528	0.4	2 773	0.4	3 755	0.5	320	446	53	113	78	
Στεφανιαία νόσος	55 682	3.8	31 997	4.2	23 685	3.4	1 526	1 721	3 288	2 673	255	
Αγγειοεγκεφαλική νόσος	45 677	3.1	23 072	3.0	22 606	3.2	1 439	2 058	1 594	2 735	317	
Φλεγμονώδεις νόσοι καρδιάς	6 631	0.5	3 860	0.5	2 771	0.4	334	435	390	409	48	

Αττία <sup>8</sup>	ΑΝΑΤΟΛΙΚΗ ΜΕΣΟΓΕΙΟΣ		ΕΥΡΩΠΗ			ΝΟΤΙΟΑΝΑΤΟΛΙΚΗ ΑΣΙΑ		ΔΥΤΙΚΟΣ ΕΙΡΗΝΙΚΟΣ	
	Επίπεδο 8νησιμότητας		Επίπεδο 8νησιμότητας			Επίπεδο 8νησιμότητας		Επίπεδο 8νησιμότητας	
	χαμπλό παιδικό χαμπλό ενηλίκων	υψηλό παιδικό υψηλό ενηλίκων	πολύ χαμπλό παιδικό πολύ χαμπλό ενηλίκων	χαμπλό παιδικό χαμπλό ενηλίκων	χαμπλό παιδικό υψηλό ενηλίκων	χαμπλό παιδικό χαμπλό ενηλίκων	πολύ χαμπλό παιδικό πολύ χαμπλό ενηλίκων	χαμπλό παιδικό χαμπλό ενηλίκων	χαμπλό παιδικό χαμπλό ενηλίκων
Πληθυσμός (000)	139 071	342 584	411 910	218 473	243 192	293 821	1 241 813	154 358	1 532 946
	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)
II. Μη μεταδοτικές ασθένειες	12 654	43 155	45 608	26 860	41 365	31 624	155 306	13 643	147 547
Κακοήθη νεοπλάσματα	1 086	2 514	8 659	3 278	5 706	3 160	12 398	2 820	21 633
Καρκίνος στόματος και στοματοφάρυγγα	30	277	291	107	217	259	1 978	59	495
Καρκίνος οισοφάγου	36	114	233	107	150	34	804	96	1 960
Καρκίνος στομάχου	108	103	475	323	800	99	669	452	3 264
Καρκίνος ενιέρου	60	115	1 082	283	606	287	442	397	1 181
Καρκίνος πίπατος	48	91	272	87	187	333	369	291	5 048
Καρκίνος παγκρέατος	16	19	365	113	289	53	134	143	282
Καρκίνος τραχείας/βρόγχων/πνεύμονος	121	211	1 665	604	1 093	369	1 223	430	3 495
Μελάνωμα και άλλοι καρκίνοι δέρματος	10	19	146	43	92	11	29	27	27
Καρκίνος μαστού	80	191	1 013	297	558	454	1 220	194	763
Καρκίνος τραχιλού της μήτρας	70	235	106	124	169	262	1 888	34	519
Καρκίνος μήτρας	14	12	144	89	160	29	35	33	149
Καρκίνος ωμοθηκών	9	61	234	70	200	118	281	58	233
Καρκίνος προστάτη	15	28	376	61	106	40	94	63	54
Καρκίνος κύστης	22	100	273	87	166	48	134	41	152
Λέμφωμα, πολλαπλούν μυέλωμα	94	271	445	136	186	230	720	115	454
Λευχαιμία	154	246	334	163	197	265	1 004	97	1 600
Άλλα νεοπλάσματα	25	72	175	37	66	387	98	68	151
Διαβήτης	366	963	1 008	667	841	764	3 294	457	2 378
Διαταραχές θρέψης/ενδοκρινικές	178	912	618	183	162	381	498	220	1 008
Νευροψυχιατρικές διαταραχές	3 812	10 497	15 285	6 599	9 196	7 669	39 250	3 878	36 482
Μονοπολικές καταθλιπτικές διαταραχές	1 184	3 507	4 074	2 548	2 634	2 832	17 123	1 000	14 515
Διπολικές συναυισθηματικές διαταραχές	354	809	621	466	450	702	2 990	243	3 713
Σχιζοφρένεια	453	956	595	559	437	1 055	3 538	235	4 365
Επιληψία	131	400	358	256	219	371	1 528	99	1 291
Διαταραχές από κατάχρηση αλκοόλ	18	303	2 691	297	2 253	304	1 910	595	2 546
Alzheimer και άλλες ανοίες	170	458	3 101	450	994	428	1 873	505	1 678
Πάρκινσον	20	58	281	62	77	49	231	105	248
Πολλαπλή σκλήρυνση	34	72	155	63	81	63	318	29	346
Διαταραχές από χρήση φαρμακευτικών ουσιών	391	214	717	156	295	120	511	250	335
Διαταραχή μετά από ψυχοτραυματική εμπειρία	78	180	207	123	131	179	706	81	841
Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή	184	326	257	267	284	170	823	63	752
Διαταραχή πανικού	174	397	323	241	237	361	1 479	128	1 691
Αϋπνία (πρωτοαθήνης)	33	151	345	116	159	114	839	129	576
Ημικρανία	144	394	747	250	240	334	1 686	155	1 805
Διαταραχές των αισθητηριακών οργάνων	1 032	2 644	1 348	1 158	1 644	2 425	10 795	474	5 991
Γλαύκωμα	92	194	61	52	146	47	98	11	303
Καταράκτης	212	885	21	101	279	760	3 788	21	1 665
Απόλεια ακοής με έναρξη στην ενίλικο ζωή	728	1 557	1 265	1 005	1 219	1 616	6 890	442	4 001
Καρδιαγγειακές νόσοι	2 852	10 287	9 533	8 262	15 586	6 771	39 658	2 584	27 892
Ρευματική καρδιοπάθεια	85	501	81	177	232	279	2 384	22	1 757
Στεφανιαία νόσος	1 321	2 795	4 066	3 536	7 887	2 327	16 435	797	7 055
Αγγειοεγγεφαλική νόσος	600	2 101	2 732	2 415	5 284	1 936	6 950	1 268	14 248
Φλεγμονώδεις νόσοι της καρδιάς	58	248	280	381	503	272	2 322	82	869

**Παράρτημα Πίνακας 3: Επιβάρυνση της Δημόσιας Υγείας από νόσους σε έτον ζωής σταθμισμένα ως προς την ανικανότητα (DALYs) κατά αιτία, φύλο και επίπεδο θνητιμότητας στις περιφέρειες του ΠΟΥ<sup>a</sup>, εκτιμήσεις για το 2000**

Αιτία <sup>b</sup>	ΦΥΛΟ				ΑΦΡΙΚΗ				ΑΜΕΡΙΚΗ			
	Σύνολο		Άνδρες		Γυναίκες		Επίπεδο θνητιμότητας		Επίπεδο θνητιμότητας		Επίπεδο θνητιμότητας	
	υψηλό παιδικό	υψηλό ενηλίκων	πολύ χαμηλό παιδικό υψηλό ενηλίκων	πολύ χαμηλό ενηλίκων	πολύ χαμηλό παιδικό υψηλό ενηλίκων	πολύ χαμηλό ενηλίκων	πολύ χαμηλό παιδικό υψηλό ενηλίκων	πολύ χαμηλό ενηλίκων	πολύ χαμηλό παιδικό υψηλό ενηλίκων	πολύ χαμηλό ενηλίκων	πολύ χαμηλό παιδικό υψηλό ενηλίκων	πολύ χαμηλό ενηλίκων
Πληθυσμός (000)	6 045 172	3 045 372	2 999 800	294 099	345 533	325 186	430 951	71 235	(000)	% συνόλου	(000)	(000)
Αναπνευστικές παθήσεις	68 737	4.7	37 408	4.9	31 329	4.4	3 270	4 397	2 667	4 718	719	
Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια	33 748	2.3	18 677	2.4	15 071	2.1	717	961	1 262	1 032	88	
Άσθμα	13 858	0.9	7 509	1.0	6 350	0.9	892	1 278	769	1 574	301	
Παθήσεις του πεπτικού	48 874	3.3	29 367	3.8	19 507	2.8	2 764	3 501	1 677	3 676	779	
Έλκος στομάχου	4 113	0.3	2 651	0.3	1 462	0.2	132	201	53	144	44	
Κίρρωση ήπατος	14 856	1.0	10 358	1.4	4 497	0.6	492	648	492	1 121	306	
Σκοληκοειδίτιδα	887	0.1	542	0.1	345	0.0	22	33	14	40	17	
Παθήσεις ουρογεννητικού συστήματος	15 875	1.1	9 099	1.2	6 777	1.0	1 194	1 559	564	1 037	268	
Νεφρίτιδα/Νεφρωσικό σύνδρομο	9 150	0.6	4 921	0.6	4 229	0.6	597	818	172	479	170	
Καλορίθις υπερτροφία του προστάτη	2 304	0.2	2 304	0.3	0	0.0	122	134	84	193	28	
Δερματικές παθήσεις	1 859	0.1	1 033	0.1	827	0.1	272	376	51	124	36	
Μυοσκελετικές παθήσεις	29 938	2.0	12 919	1.7	17 019	2.4	903	952	1 883	2 194	314	
Ρευματοειδής αρθρίτιδα	5 099	0.3	1 434	0.2	3 665	0.5	55	45	331	604	92	
Οστεοαρθρίτιδα	16 446	1.1	6 650	0.9	9 796	1.4	574	598	1 024	941	113	
Συγγενείς ανωμαλίες	32 871	2.2	17 053	2.2	15 819	2.2	1 749	2 041	719	2 291	749	
Στοματικές παθήσεις	8 021	0.5	3 890	0.5	4 131	0.6	235	268	343	813	146	
Τερπδόνα	4 626	0.3	2 344	0.3	2 282	0.3	174	202	176	693	128	
Περιοδοντική νόσος	293	0.0	148	0.0	144	0.0	14	16	13	20	3	
Ανοδοντία	2 979	0.2	1 359	0.2	1 620	0.2	42	44	152	92	12	
III. Τραυματισμοί	182 555	12.4	118 631	15.5	63 924	9.0	12 164	17 382	4 550	12 447	1 931	
Ακούσιοι	136 485	9.3	87 309	11.4	49 176	7.0	8 605	11 122	3 099	7 565	1 285	
Τροχαία ατυχήματα	41 234	2.8	30 333	4.0	10 902	1.5	2 289	3 473	1 512	2 781	326	
Δηλητηριάσεις	8 235	0.6	5 057	0.7	3 178	0.4	493	705	283	97	44	
Πτώσεις	19 518	1.3	11 760	1.5	7 758	1.1	802	990	414	994	193	
Φωτιές	9 989	0.7	3 929	0.5	6 060	0.9	851	839	139	175	25	
Πνιγμοί	13 263	0.9	8 874	1.2	4 389	0.6	1 428	1 260	124	588	59	
Άλλοι ακούσιοι τραυματισμοί	44 246	3.0	27 356	3.6	16 890	2.4	2 741	3 854	627	2 929	639	
Εκούσιοι	46 070	3.1	31 323	4.1	14 748	2.1	3 559	6 260	1 451	4 882	646	
Αυτοτραυματισμοί	19 257	1.3	11 145	1.5	8 112	1.1	245	432	799	604	117	
Βία	16 122	1.1	12 438	1.6	3 683	0.5	1 246	2 420	641	4 208	515	
Πόλεμος	10 324	0.7	7 486	1.0	2 838	0.4	2 068	3 408	0	55	14	

<sup>a</sup> Δες κατάλογο των κρατών μελών κατά περιφέρεια του ΠΟΥ και επίπεδο θνητιμότητας (σελ. 178).

<sup>b</sup> Το άθροισμα των επί μέρους αιτιών μπορεί να διαφέρει από τον συνολικό αριθμό της ευρύτερης κατηγορίας λόγω παραλήψεως υπολειμματικών κατηγοριών.

<sup>c</sup> Δεν περιλαμβάνει θανάτους από καρκίνο ήπατος και κίρρωση ήπατος που οφείλονται σε χρόνια παπατίδα.

Αιτία <sup>8</sup>	ΑΝΑΤΟΛΙΚΗ ΜΕΣΟΓΕΙΟΣ		ΕΥΡΩΠΗ			ΝΟΤΙΟΑΝΑΤΟΛΙΚΗ ΑΣΙΑ		ΔΥΤΙΚΟΣ ΕΙΡΗΝΙΚΟΣ	
	Επίπεδο 8 θνησιμότητας		Επίπεδο 8 θνησιμότητας			Επίπεδο 8 θνησιμότητας		Επίπεδο 8 θνησιμότητας	
	χαμηλό παιδικό υψηλό παιδικό	χαμηλό ενηλίκων υψηλό ενηλίκων	πολύ χαμηλό παιδικό πολύ χαμηλό ενηλίκων	χαμηλό παιδικό υψηλό ενηλίκων	χαμηλό παιδικό υψηλό ενηλίκων	χαμηλή ενηλίκων υψηλή ενηλίκων	χαμηλή παιδική πολύ χαμηλή ενηλίκων	χαμηλή παιδική υψηλή ενηλίκων	χαμηλή παιδική υψηλή ενηλίκων
Πληθυσμός (000)	139 071	342 584	411 910	218 473	243 192	293 821	1 241 813	154 358	1 532 946
	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)	(000)
Αναπνευστικές παθήσεις	701	4 036	2 648	1 597	2 170	2 784	13 917	856	24 256
Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια	178	827	1 239	731	1 241	959	5 206	179	19 127
Ασθμα	308	918	717	346	237	678	2 718	380	2 743
Παθήσεις του πεπτικού	577	3 996	2 457	2 086	2 544	2 964	12 057	733	9 063
Έλκος στομάχου	34	178	133	118	227	289	1 310	37	1 213
Κίρρωση πάπατος	136	628	931	765	932	857	4 116	215	3 216
Σκωληκοειδίτιδα	6	19	16	14	19	33	538	5	111
Παθήσεις ουρογεννηπικού συστήματος	387	1 431	547	579	727	981	3 117	227	3 258
Νεφρίτιδα/Νεφρωσικό σύνδρομο	174	1 022	196	271	184	649	2 351	103	1 965
Καλορίθης υπερτροφία του προστάτη	62	120	120	66	80	107	459	49	679
Δερματικές παθήσεις	11	156	68	33	89	164	296	14	167
Μυοσκελετικές παθήσεις	480	1 395	2 289	1 328	1 688	1 465	6 542	936	7 571
Ρευματοειδής αρθρίτιδα	79	300	283	295	367	133	1 507	113	894
Οστεοαρθρίτιδα	244	704	1 474	759	996	848	3 415	634	4 121
Συγγενείς ανωμαλίες	743	3 606	621	669	595	1 071	11 699	238	6 082
Στοματικές παθήσεις	405	645	352	384	350	638	1 687	140	1 615
Τερπόντα	197	356	200	189	167	241	1 053	76	775
Περισδοντική νόσος	5	18	16	11	13	15	97	6	46
Ανοδοντία	201	255	133	182	169	377	503	58	759
III. Τραυματισμοί	3 153	11 275	4 454	0	13 443	8 098	46 138	1 639	41 070
Ακούσιοι	2 586	8 719	3 308	3 404	8 890	5 720	38 960	1 113	32 110
Τροχαία ατυχήματα	1 400	1 935	1 407	635	1 721	3 913	10 120	359	9 363
Δηλητηριάσεις	52	524	128	348	1 799	106	2 293	20	1 342
Πτώσεις	467	1 474	742	577	956	697	4 388	198	6 624
Φωτιές	118	1 010	58	134	334	233	5 397	30	646
Πνιγμοί	100	498	78	274	823	376	2 376	69	5 210
Άλλοι ακούσιοι τραυματισμοί	449	3 277	895	1 435	3 258	394	14 386	436	8 925
Έκούσιοι	567	2 556	1 147	1 406	4 553	2 379	7 178	526	8 960
Αυτοτραυματισμοί	221	506	1 015	574	2 315	509	4 396	485	7 042
Βία	234	735	129	322	1 643	450	1 791	40	1 751
Πόλεμος	112	1 254	1	472	570	1 388	822	0	154

## Παράρτημα Πίνακας 4: Προσδόκιμο υγιούς επιβίωσης σε όλα τα κράτη μέλη, εκτιμήσεις για το 2000

Κράτος μέλος	Προσδόκιμο υγιούς επιβίωσης <sup>a</sup> (έτη)								Προσδοκώμενη ηλικία απώλειας ετών υ- ας του συνόλου γιούς ζωής κατά του προσδόκι- τη γέννησης <sup>b</sup> (έτη) μου επιβίωσης				
	Σύνολο πληθυσμού		Άνδρες				Γυναίκες				Άνδρες	Γυναίκες	
	κατά τη γέννηση	κατά τη γέννηση αθεβαιότητας	Σε πλικία 60 ετών	διάστημα αθεβαιότητας	κατά τη γέννηση	διάστημα αθεβαιότητας	Σε πλικία 60 ετών	διάστημα αθεβαιότητας	Άνδρες	Γυναίκες	Άνδρες	Γυναίκες	
1 Αφγανιστάν	33.8	35.1	30.3 – 40.4	7.1	5.5 – 8.8	32.5	26.2 – 39.5	5.8	2.6 – 9.0	9.1	12.5	20.5	27.8
2 Αλβανία	59.4	56.5	54.4 – 59.3	11.4	10.3 – 12.6	62.3	59.9 – 64.8	14.4	13.0 – 16.0	7.9	10.6	12.2	14.5
3 Αλγερία	58.4	58.4	55.8 – 61.9	11.1	9.4 – 13.1	58.3	54.5 – 62.2	11.0	8.9 – 12.9	9.7	12.9	14.3	18.1
4 Ανδόρρα	71.8	69.8	67.4 – 73.0	17.0	15.4 – 18.7	73.7	70.7 – 77.9	19.4	17.3 – 22.5	7.3	10.1	9.5	12.1
5 Ανγκόλα	36.9	36.2	33.7 – 42.0	7.4	5.3 – 10.1	37.6	33.3 – 42.8	7.3	4.6 – 10.3	8.1	10.8	18.2	22.3
6 Αντίγκουα και Μπαρμπούντα	61.9	61.7	58.4 – 64.8	14.8	13.5 – 16.3	62.1	59.0 – 65.2	15.4	14.1 – 16.9	10.1	14.5	14.1	18.9
7 Αργεντινή	63.9	61.8	59.6 – 64.0	13.2	12.0 – 14.6	65.9	63.0 – 68.6	16.0	14.8 – 17.5	8.4	11.9	12.0	15.2
8 Αρμενία	59.0	56.9	55.0 – 58.6	9.7	8.8 – 10.6	61.1	58.1 – 64.1	12.0	10.9 – 13.1	7.5	10.1	11.7	14.2
9 Αυστραλία	71.5	69.6	67.8 – 71.5	17.0	16.1 – 18.1	73.3	69.8 – 75.4	19.5	18.7 – 20.6	6.9	8.8	9.1	10.7
10 Αυστρία	70.3	68.1	66.9 – 69.4	15.2	14.5 – 16.0	72.5	70.3 – 74.3	18.4	17.8 – 19.2	6.8	8.9	9.0	10.9
11 Αζερμπαϊτζάν	55.4	53.3	50.6 – 56.3	12.2	10.8 – 14.0	57.5	54.3 – 60.8	14.6	12.9 – 16.5	8.4	11.4	13.6	16.5
12 Μημαχάμες	58.1	57.2	54.0 – 60.5	12.4	10.2 – 14.7	59.1	54.2 – 64.0	12.6	10.1 – 15.2	10.8	15.7	15.9	21.0
13 Μπαχρέιν	62.7	63.0	61.0 – 65.2	11.3	9.8 – 12.8	62.3	59.1 – 65.1	11.4	10.2 – 12.6	9.7	12.4	13.3	16.6
14 Μπαγκλαντές	49.3	50.6	47.4 – 54.1	8.8	7.5 – 10.4	47.9	43.6 – 52.6	8.0	6.4 – 9.9	9.8	12.9	16.2	21.2
15 Μπαρμπάντος	63.3	62.3	59.7 – 65.0	13.4	12.1 – 14.9	64.3	60.9 – 67.7	16.1	14.1 – 18.4	9.3	13.4	13.0	17.2
16 Λευκορωσία	60.1	55.4	53.4 – 57.5	9.9	9.2 – 10.8	64.8	62.7 – 66.9	14.4	13.2 – 15.9	6.6	9.2	10.7	12.4
17 Βέλγιο	69.4	67.7	66.2 – 69.2	15.3	14.5 – 16.2	71.0	69.0 – 73.0	18.0	17.2 – 18.7	6.9	9.9	9.2	12.2
18 Μπελίζ	59.2	58.0	55.2 – 61.0	12.7	11.2 – 14.1	60.4	55.6 – 64.9	13.6	11.0 – 16.4	11.1	14.3	16.1	19.2
19 Μπενίν	42.5	43.1	39.8 – 46.5	8.4	6.7 – 10.1	41.9	37.5 – 46.5	7.4	3.9 – 10.5	8.5	11.9	16.5	22.0
20 Μπουτάν	49.2	50.1	44.8 – 55.1	9.3	7.5 – 11.1	48.2	43.5 – 53.7	8.8	6.1 – 11.7	10.3	14.3	17.0	22.9
21 Βαλιζία	51.4	51.4	47.4 – 55.5	9.8	8.3 – 11.5	51.4	47.1 – 55.9	10.0	8.0 – 11.8	9.5	12.1	15.6	19.1
22 Βοσνία και Ερζεγοβίνη	63.7	62.1	60.3 – 64.3	12.4	11.3 – 13.5	65.3	62.8 – 67.9	14.3	13.0 – 15.7	6.6	9.4	9.5	12.5
23 Μποτσουάνα	37.3	38.1	34.3 – 42.0	8.3	6.4 – 10.1	36.5	33.2 – 40.0	8.9	6.3 – 11.5	6.5	7.9	14.6	17.7
24 Βραζιλία <sup>b</sup>	57.1	54.9	51.4 – 58.1	10.7	9.2 – 12.0	59.2	54.8 – 64.1	12.6	9.8 – 15.2	9.5	12.7	14.8	17.6
25 Μπρουνέι Νταρουσαλάμ	64.9	63.8	61.5 – 66.0	13.3	12.0 – 14.6	65.9	62.4 – 69.6	15.1	13.8 – 16.5	9.6	12.7	13.1	16.2
26 Βουλγαρία	63.4	61.0	59.4 – 62.6	12.4	11.8 – 13.1	65.8	63.8 – 67.7	15.2	14.0 – 16.4	6.3	9.2	9.4	12.2
27 Μπουρκίνια Φάσο	34.8	35.4	32.5 – 38.3	8.0	6.2 – 9.7	34.1	30.5 – 37.9	7.4	4.9 – 10.0	7.2	9.5	16.8	21.7
28 Μπουρούντι	33.4	33.9	30.4 – 37.5	7.6	6.0 – 9.1	32.9	29.3 – 36.9	7.7	5.4 – 10.3	6.7	8.5	16.5	20.5
29 Καμπότζη	47.1	45.6	43.1 – 48.0	9.0	7.8 – 10.3	48.7	45.4 – 52.4	10.1	8.0 – 12.2	7.8	9.8	14.7	16.8
30 Καμερούν	40.4	40.9	37.6 – 44.0	8.4	6.2 – 10.6	39.9	36.7 – 43.2	8.0	5.7 – 10.5	8.1	10.5	16.5	20.8
31 Καναδάς	70.0	68.3	66.9 – 69.7	15.4	14.6 – 16.3	71.7	70.0 – 73.5	17.8	17.0 – 18.6	7.7	9.8	10.2	12.0
32 Πράσινο Ακρωτήρι	58.4	56.9	53.7 – 60.2	11.3	9.8 – 12.8	60.0	56.3 – 63.8	12.0	10.0 – 14.1	9.6	12.3	14.4	17.0
33 Κεντρική Αφρικανική Δημοκρατία	34.1	34.7	31.6 – 38.2	8.2	6.6 – 9.8	33.6	30.3 – 37.3	7.9	5.9 – 9.8	6.9	8.9	16.7	20.9
34 Τσαντ	39.3	38.6	35.3 – 43.7	7.4	5.5 – 9.4	39.9	36.1 – 44.5	7.5	4.6 – 10.5	8.7	11.2	18.4	22.0
35 Χιλή	65.5	63.5	61.5 – 66.0	13.1	11.8 – 14.5	67.4	64.5 – 70.3	15.7	14.4 – 17.1	9.0	12.1	12.4	15.2
36 Κίνα	62.1	60.9	59.5 – 62.5	11.8	11.0 – 12.8	63.3	59.1 – 65.8	14.3	13.6 – 15.1	8.0	9.7	11.6	13.2
37 Κολομβία	60.9	58.6	56.2 – 61.0	12.9	11.6 – 14.2	63.3	59.8 – 66.2	14.0	12.8 – 15.1	8.6	11.8	12.8	15.7
38 Κομόρες	46.0	46.2	42.8 – 49.6	8.0	6.6 – 9.5	45.8	41.4 – 50.3	7.7	5.4 – 9.9	9.1	12.3	16.4	21.1
39 Κονγκό	42.6	42.5	39.3 – 47.0	8.7	7.0 – 11.0	42.8	39.1 – 47.2	8.9	6.1 – 11.7	7.7	10.1	15.3	19.1
40 Νήσοι Κουκ	60.7	60.4	58.1 – 62.8	11.4	10.4 – 12.3	61.1	57.7 – 64.9	13.0	11.6 – 14.6	8.3	11.0	12.0	15.3
41 Κόστα Ρίκα	65.3	64.2	61.9 – 66.9	14.0	12.4 – 15.6	66.4	63.1 – 69.2	15.6	14.2 – 17.1	9.2	12.4	12.6	15.7
42 Ακτή Ελεφαντοστού	39.0	39.1	36.7 – 42.6	8.6	7.3 – 10.1	38.9	35.9 – 42.1	8.5	5.9 – 11.2	7.2	9.5	15.6	19.7
43 Κροατία	64.0	60.8	59.5 – 62.0	11.4	10.8 – 12.1	67.1	64.7 – 69.2	15.2	14.6 – 15.8	9.0	10.6	12.9	13.6
44 Κούβα	65.9	65.1	63.0 – 67.2	14.5	13.4 – 15.6	66.7	64.4 – 68.8	15.5	14.1 – 16.9	8.6	10.9	11.6	14.0
45 Κύπρος	66.3	66.4	64.6 – 68.7	14.5	12.9 – 16.3	66.2	63.4 – 68.8	14.1	12.8 – 15.7	8.4	12.7	11.2	16.1
46 Τσεχία	65.6	62.9	61.3 – 64.4	13.0	12.2 – 13.8	68.3	65.7 – 70.5	15.8	15.2 – 16.4	8.6	9.9	12.0	12.6
47 Κορέα, Λαϊκή Δημοκρατία	55.4	54.9	51.5 – 58.4	11.1	10.0 – 12.4	56.0	52.2 – 59.8	12.1	10.6 – 13.8	9.6	11.2	14.8	16.7
48 Δημοκρατία του Κονγκό	34.4	34.4	31.6 – 39.4	7.2	5.9 – 8.8	34.4	30.5 – 39.3	7.4	5.1 – 9.6	7.2	9.6	17.4	21.9
49 Δανία	69.5	68.9	67.5 – 70.3	15.7	14.9 – 16.6	70.1	68.2 – 72.0	16.5	15.8 – 17.3	5.3	8.4	7.2	10.7
50 Τζιμπούτι	35.1	35.6	31.3 – 40.4	7.4	5.5 – 9.5	34.6	30.1 – 39.6	7.0	4.6 – 9.6	7.8	10.1	18.0	22.5
51 Ντομινίκα	64.6	63.2	59.7 – 66.1	14.4	13.1 – 15.9	66.1	63.3 – 69.3	16.4	14.8 – 18.1	9.4	12.2	13.0	15.6
52 Δομινικανή Δημοκρατία	56.2	54.7	50.9 – 58.2	12.3	11.0 – 13.5	57.7	53.4 – 61.9	13.0	11.0 – 15.0	10.8	14.0	16.4	19.5
53 Ισημερινός	60.3	58.4	55.4 – 61.3	12.7	11.3 – 14.0	62.2	58.6 – 66.0	14.4	12.4 – 16.5	9.9	12.0	14.5	16.2
54 Αίγυπτος	57.1	57.1	55.4 – 58.8	9.9	8.6 – 1.2	57.0	54.1 – 59.3	10.0	8.9 – 11.2	8.3	12.0	12.6	17.4
55 Έλ Σαλβαδόρ	57.3	55.3	52.0 – 58.7	11.9	10.5 – 13.5	59.4	55.3 – 63.3	13.3	10.7 – 15.9	11.0	13.9	16.6	19.0

Κράτος μέλος	Προσδόκιμο ομοιός επιβίωσης <sup>a</sup> (έτη)								Προσδοκώμενη Ποσοστό απώλειας επών u- ας του συνόλου γιούς ζωής κατά του προσδόκιμη γέννηση (έτη) μου επιβίωσης				
	Σύνολο πληθυσμού		Άνδρες				Γυναίκες				Άνδρες		
	κατά τη γέννηση	κατά τη γέννηση	διάστημα αβεβαιότητας	Σε πλικία 60 ετών	διάστημα αβεβαιότητας	κατά τη γένηση	διάστημα αβεβαιότητας	Σε πλικία 60 ετών	διάστημα αβεβαιότητας	Άνδρες	Γυναίκες	Άνδρες	Γυναίκες
56 Ισημερινή Γουινέα	44.8	44.9	40.6 - 48.7	8.7	7.1 - 10.3	44.8	40.2 - 49.4	8.3	5.8 - 10.9	8.7	11.4	16.2	20.2
57 Ερυθραία	41.0	41.4	38.1 - 45.0	8.3	6.5 - 10.0	40.5	36.5 - 45.0	8.1	5.6 - 10.7	7.7	10.4	15.7	20.4
58 Εσθονία	60.8	56.2	54.7 - 57.6	10.0	9.1 - 10.9	65.4	62.5 - 67.7	14.8	14.0 - 15.8	9.3	11.0	14.2	14.4
59 Αιθιονία	35.4	35.7	32.2 - 40.9	7.7	5.8 - 9.7	35.1	30.4 - 40.9	7.5	4.9 - 10.3	7.1	9.6	16.6	21.4
60 Φίτζι	59.6	58.7	55.9 - 61.3	11.2	9.6 - 12.7	60.5	56.9 - 64.3	12.7	10.8 - 14.4	8.3	10.7	12.3	15.1
61 Φινλανδία	68.8	66.1	64.9 - 67.2	14.8	14.0 - 15.4	71.5	69.9 - 73.0	17.9	17.4 - 18.5	7.6	9.5	10.3	11.7
62 Γαλλία	70.7	68.5	67.4 - 69.5	16.6	15.9 - 17.2	72.9	71.4 - 74.5	19.4	18.9 - 20.0	6.7	10.2	8.9	12.2
63 Γκαμπόν	46.6	46.8	42.9 - 50.0	9.2	7.7 - 10.8	46.5	42.6 - 49.9	9.3	7.6 - 11.2	7.8	10.4	14.2	18.4
64 Γκάμπια	46.9	47.3	44.1 - 50.6	8.5	6.8 - 10.3	46.6	42.4 - 50.8	8.1	6.0 - 10.5	8.6	12.1	15.4	20.6
65 Γεωργία	58.2	56.1	54.1 - 58.3	9.5	8.5 - 10.5	60.2	57.3 - 62.8	11.1	10.3 - 11.9	9.6	11.6	14.6	16.1
66 Γερμανία	69.4	67.4	66.0 - 68.7	14.8	14.0 - 15.6	71.5	69.4 - 73.3	17.6	16.9 - 18.2	6.9	9.2	9.3	11.4
67 Γκάνα	46.7	46.5	43.4 - 49.7	8.9	6.9 - 10.8	46.9	43.5 - 51.1	9.0	6.5 - 11.3	8.5	11.0	15.5	18.9
68 Ελλάδα	71.0	69.7	68.5 - 70.8	16.0	15.2 - 16.6	72.3	69.9 - 74.0	17.6	17.1 - 18.3	5.7	8.5	7.6	10.5
69 Γρεναδά	61.9	62.1	59.5 - 65.1	14.0	12.6 - 15.4	61.8	57.8 - 65.7	14.1	12.0 - 16.4	8.8	11.5	12.4	15.7
70 Γουατεμάλα	54.7	53.5	49.9 - 57.2	11.3	9.1 - 13.6	56.0	52.3 - 59.7	11.7	10.0 - 13.5	10.1	12.6	15.8	18.3
71 Γουινέα	40.3	40.4	36.7 - 44.0	7.3	5.6 - 9.1	40.1	35.9 - 45.5	7.0	3.9 - 10.3	8.6	11.9	17.5	22.8
72 Γουινέα - Μπισσάου	36.6	36.7	33.6 - 39.8	7.2	5.1 - 9.1	36.4	33.0 - 40.3	7.1	4.1 - 10.1	7.7	10.5	17.4	22.3
73 Γουιάνα	52.1	51.4	48.3 - 54.6	10.3	9.1 - 11.6	52.8	47.7 - 58.4	11.1	8.9 - 13.6	10.1	14.2	16.4	21.2
74 Αϊτή	43.1	41.3	37.0 - 46.2	7.8	6.1 - 9.5	44.9	38.8 - 51.1	8.5	5.7 - 11.4	8.4	11.2	16.9	20.0
75 Ονδούρα	56.8	55.8	52.5 - 59.6	11.7	10.0 - 13.3	57.8	53.6 - 62.0	12.7	10.9 - 14.7	10.6	13.2	16.0	18.6
76 Ουγγαρία	59.9	55.3	53.7 - 56.9	9.4	8.3 - 10.3	64.5	61.8 - 66.7	13.8	13.0 - 14.6	11.0	10.7	16.5	14.2
77 Ισλανδία	71.2	69.8	68.1 - 71.5	16.2	15.1 - 17.4	72.6	70.3 - 74.9	18.6	17.6 - 19.6	7.3	9.3	9.5	11.3
78 Ινδία	52.0	52.2	50.2 - 54.2	9.9	8.7 - 11.0	51.7	48.5 - 54.8	10.9	9.6 - 12.1	7.6	11.0	12.7	17.5
79 Ινδονησία	57.4	56.5	55.7 - 58.2	11.6	10.8 - 12.5	58.4	55.8 - 61.0	12.5	11.8 - 13.3	6.9	9.1	10.9	13.5
80 Ιράν, Ισλαμική Δημοκρατία	58.8	59.0	56.4 - 61.6	11.3	9.7 - 12.9	58.6	55.3 - 61.9	11.4	10.0 - 12.7	9.1	11.4	13.3	16.2
81 Ιράκ	52.6	52.6	48.6 - 57.0	9.3	6.7 - 12.0	52.5	48.6 - 57.3	9.5	7.5 - 11.9	9.2	12.1	14.8	18.7
82 Ιρλανδία	69.3	67.8	66.3 - 69.1	14.3	13.5 - 15.1	70.9	68.6 - 72.7	16.9	16.2 - 17.6	6.3	8.8	8.5	11.0
83 Ισραήλ	69.9	69.3	67.7 - 71.0	16.2	15.2 - 17.3	70.6	68.3 - 72.9	17.1	15.8 - 18.4	7.3	10.0	9.6	12.4
84 Ιταλία	71.2	69.5	68.4 - 70.8	16.3	15.6 - 17.2	72.8	70.5 - 74.5	18.8	18.1 - 19.4	6.4	9.6	8.5	11.6
85 Τζαμάικα	64.0	62.9	59.8 - 65.8	14.6	13.5 - 15.9	65.0	62.1 - 68.1	15.7	13.7 - 17.7	10.0	11.5	13.7	15.1
86 Ισπανία	73.8	71.2	69.9 - 72.5	17.6	16.8 - 18.4	76.3	74.6 - 77.8	21.4	20.3 - 22.5	6.3	8.4	8.1	9.9
87 Ιορδανία	58.5	58.2	56.4 - 60.3	10.3	9.0 - 11.7	58.8	56.0 - 61.4	11.3	10.1 - 12.6	10.3	13.6	15.0	18.8
88 Καζακστάν	54.3	50.5	48.0 - 53.1	10.9	9.9 - 11.9	58.1	55.6 - 60.6	14.6	13.1 - 16.0	7.5	10.3	13.0	15.0
89 Κένυα	40.7	41.2	38.7 - 44.4	9.3	8.0 - 10.7	40.1	36.7 - 43.8	9.1	7.0 - 11.0	7.0	9.4	14.5	19.1
90 Κιριμπάτι	53.6	52.8	49.6 - 56.1	10.7	9.2 - 12.2	54.4	50.7 - 57.9	11.4	9.3 - 13.3	7.6	10.1	12.6	15.7
91 Κουβέιτ	64.7	64.6	62.1 - 66.8	12.4	10.8 - 13.8	64.8	61.4 - 68.0	13.0	10.7 - 15.0	9.6	12.0	13.0	15.6
92 Κινεία	52.6	49.6	46.5 - 53.1	8.5	6.2 - 10.9	55.6	51.2 - 60.1	11.8	9.7 - 13.9	10.4	13.2	17.4	19.2
93 Λάσος, Λαϊκή Δημοκρατία	44.7	43.7	39.1 - 47.5	9.6	8.1 - 11.2	45.7	40.6 - 49.6	10.6	8.4 - 12.7	8.6	10.4	16.4	18.5
94 Λετονία	57.7	51.4	49.0 - 53.5	9.1	7.9 - 10.0	63.9	60.9 - 66.5	14.4	13.5 - 15.4	12.8	11.6	19.9	15.3
95 Λίβανος	60.7	60.3	57.6 - 63.1	11.3	9.6 - 12.8	61.1	57.4 - 65.1	12.2	10.3 - 14.3	8.9	12.2	12.8	16.7
96 Λεσότο	35.3	36.1	33.1 - 39.7	8.7	6.8 - 10.6	34.5	31.2 - 38.7	8.8	6.4 - 11.3	5.9	7.7	14.1	18.2
97 Λιβερία	37.8	38.2	34.0 - 42.4	7.3	6.1 - 8.5	37.4	33.5 - 41.5	6.9	4.3 - 9.5	8.4	11.7	18.1	23.9
98 Λιβύη, Αραβική Τζαμαχίρια	58.5	58.4	55.7 - 61.4	10.6	9.0 - 12.4	58.6	55.2 - 62.5	11.3	9.2 - 13.4	9.2	12.4	13.6	17.4
99 Λιθουανία	58.4	53.6	51.6 - 55.5	10.1	9.0 - 11.0	63.2	60.2 - 65.9	14.2	13.2 - 15.2	13.3	14.0	19.8	18.2
100 Λουζεμβούργο	69.8	67.6	66.2 - 69.2	14.9	14.1 - 15.8	72.0	69.5 - 74.0	18.4	17.6 - 19.1	6.3	8.7	8.5	10.8
101 Μαδαγασκάρη	42.9	43.2	40.6 - 46.1	8.0	6.4 - 9.5	42.6	38.0 - 47.3	7.5	4.6 - 10.9	8.5	12.0	16.5	22.1
102 Μαλάουι	30.9	31.4	28.2 - 34.6	7.6	5.8 - 9.4	30.5	26.8 - 34.4	7.8	5.1 - 11.0	5.8	7.4	15.5	19.5
103 Μαλαισία	61.6	59.7	57.3 - 62.1	10.6	8.9 - 12.3	63.4	60.3 - 66.6	12.7	11.3 - 14.1	8.6	10.7	12.6	14.5
104 Μαλδίβες	52.4	54.2	50.3 - 58.2	10.1	8.4 - 11.9	50.6	46.4 - 55.9	8.6	6.1 - 10.8	10.4	13.8	16.1	21.5
105 Μάλι	34.5	34.8	31.5 - 39.3	7.1	5.9 - 8.9	34.1	29.5 - 38.9	7.2	4.3 - 10.1	7.9	10.5	18.5	23.5
106 Μάλτα	70.4	68.7	67.3 - 70.2	15.6	14.7 - 16.5	72.1	69.7 - 74.1	17.7	16.9 - 18.5	6.7	8.6	8.9	10.7
107 Νίσιοι Μάρσαλ	56.1	54.8	51.9 - 57.9	10.4	8.8 - 12.2	57.4	54.3 - 60.3	12.3	10.6 - 14.2	7.9	10.4	12.7	15.3
108 Μαυριτανία	41.5	42.1	37.7 - 46.3	7.8	5.7 - 10.0	40.8	35.5 - 46.0	7.1	3.7 - 10.3	9.6	12.7	18.5	23.8
109 Μαυρίκιος	60.5	58.6	55.6 - 61.3	10.1	8.6 - 11.5	62.5	58.4 - 66.3	12.3	10.1 - 14.6	9.1	12.2	13.4	16.3
110 Μεξικό	64.2	63.1	60.8 - 65.2	14.5	13.1 - 16.0	65.3	61.5 - 68.1	15.0	13.8 - 16.4	7.9	10.9	11.2	14.3

## Παράρτημα Πίνακας 4: Προσδόκιμο υγιούς επιβίωσης σε όλα τα κράτη μέλη, εκτιμήσεις για το 2000

Κράτος μέλος	Σύνολο πληθυσμού	Προσδόκιμο υγιούς επιβίωσης <sup>a</sup> (έτη)						Προσδοκώμενη Ποσοστό απόλειτης ζωής κατά του προσδόκιμη γέννησης <sup>a</sup> (έτη) μου επιβίωσης		
		Άνδρες				Γυναίκες				Άνδρες Γυναίκες
		κατά τη γέννηση	κατά τη γέννηση αθεβαιότητας	Σε πλικία 60 ετών	διάστημα αθεβαιότητας	κατά τη γέννηση	διάστημα αθεβαιότητας	Σε πλικία 60 ετών	διάστημα αθεβαιότητας	
111 Μικρονησία, Ομόσπονδες Πόλιτείες	56.6	55.8	52.8 -58.8	11.0	9.5 -12.5	57.5	54.0 -61.0	12.0	10.6 -13.4	8.0 10.3 12.5 15.2
112 Μονακό	71.7	69.4	67.5 -72.1	17.2	16.0 -18.8	73.9	71.1 -76.7	20.2	18.4 -22.4	7.4 10.5 9.6 12.4
113 Μογγολία	52.4	50.3	46.3 -54.3	10.8	9.0 -12.6	54.5	50.8 -58.2	12.7	10.4 -15.1	10.9 12.4 17.8 18.5
114 Μαρόκο	54.9	55.3	53.4 -57.3	9.9	8.4 -11.4	54.5	51.3 -57.2	10.0	8.7 -11.2	10.8 16.0 16.3 22.7
115 Μοζαμβίκη	31.3	31.5	28.9 -34.9	7.3	5.4 - 9.6	31.1	28.1 -34.7	7.3	5.4 - 9.7	6.4 8.4 17.0 21.3
116 Μυανμάρ	49.1	47.7	43.8 -51.6	9.2	7.6 -10.9	50.5	45.7 -54.3	10.1	7.8 -12.1	8.5 10.7 15.1 17.4
117 Ναμίμπια	35.6	36.5	32.5 -41.2	9.2	7.4 -11.0	34.7	31.4 -38.8	9.1	6.6 -11.7	6.3 7.9 14.8 18.6
118 Ναούρου	52.9	50.4	47.0 -54.4	7.9	6.6 - 9.5	55.4	51.0 -60.2	10.5	8.2 -13.2	8.3 11.1 14.1 16.7
119 Νεπάλ	45.8	47.5	44.4 -51.1	10.2	8.3 -12.0	44.2	39.1 -49.8	9.6	6.3 -12.7	11.0 13.8 18.8 23.9
120 Ολλανδία <sup>b</sup>	69.7	68.2	67.1 -69.3	15.2	14.6 -15.9	71.2	69.7 -72.7	17.8	17.2 -18.4	7.3 9.7 9.6 12.0
121 Νέα Ζηλανδία	70.8	69.5	68.0 -71.0	16.7	15.8 -17.7	72.1	69.8 -74.0	18.8	17.9 -19.6	6.4 8.9 8.5 11.0
122 Νικαράγουα	56.9	55.8	51.8 -60.3	11.3	9.6 -13.4	58.0	54.3 -62.4	12.5	10.6 -14.7	10.6 13.0 16.0 18.3
123 Νίγηρας	33.1	33.9	30.9 -37.7	6.6	3.8 - 9.3	32.4	27.1 -37.6	5.8	3.2 - 8.4	8.8 11.5 20.7 26.2
124 Νίγηρια	41.6	42.1	39.2 -45.0	8.4	6.8 -10.0	41.1	37.7 -45.0	8.2	6.4 -10.1	7.7 10.3 15.5 20.1
125 Νιούε	61.1	60.8	57.1 -64.2	13.0	11.4 -14.7	61.4	58.6 -65.2	13.8	11.9 -16.2	8.7 11.4 12.6 15.6
126 Νορβηγία	70.5	68.8	67.0 -70.5	15.8	14.8 -16.8	72.3	70.2 -74.6	18.2	16.9 -19.5	6.9 9.1 9.2 11.2
127 Ομάν	59.7	59.2	57.2 -61.4	10.3	8.8 -11.9	60.3	56.6 -63.1	12.0	10.5 -13.5	10.3 13.2 14.8 17.9
128 Πλακιστάν <sup>b</sup>	48.1	50.2	46.6 -54.2	9.8	8.7 -11.2	46.1	41.5 -51.1	8.7	5.6 -11.8	10.0 14.7 16.6 24.1
129 Παλάου	57.7	56.5	54.3 -58.6	9.5	8.4 -10.3	58.9	55.7 -62.4	10.7	9.2 -12.2	8.2 10.4 12.6 15.0
130 Παναμάς	63.9	62.6	60.1 -65.1	13.7	12.4 -14.9	65.3	62.6 -68.0	15.3	13.8 -16.8	8.9 11.0 12.5 14.4
131 Παπούα Νέα Γουινέα	46.8	46.6	42.8 -50.5	9.2	7.7 -10.6	47.1	43.6 -50.9	10.5	8.7 -12.1	8.5 10.4 15.4 18.1
132 Παραγουάν	60.9	59.9	56.7 -63.4	12.3	10.4 -14.3	61.9	58.8 -65.5	14.0	12.4 -15.6	10.3 12.3 14.7 16.6
133 Περού	58.8	57.8	55.2 -60.6	12.0	10.5 -13.6	59.8	56.2 -63.6	13.6	11.6 -15.8	8.9 11.8 13.4 16.4
134 Φιλιππίνες	59.0	57.0	54.3 -59.4	11.5	10.3 -12.6	60.9	57.7 -64.3	13.6	11.9 -15.5	7.7 10.2 11.9 14.3
135 Πολωνία	61.8	59.3	57.9 -60.5	10.9	10.1 -11.7	64.3	61.2 -66.7	13.8	12.9 -14.6	10.0 13.4 14.4 17.2
136 Πορτογαλία	66.3	63.9	62.5 -65.4	13.6	12.7 -14.4	68.6	66.2 -70.5	16.0	15.3 -16.7	7.8 10.7 10.9 13.5
137 Κατάρ	60.6	59.3	56.5 -62.6	9.2	7.0 -11.4	61.8	58.4 -65.4	11.6	9.8 -13.6	11.1 13.2 15.7 17.6
138 Κορέα	66.0	63.2	60.8 -65.3	12.3	11.1 -13.4	68.8	64.0 -71.4	16.0	15.1 -17.0	7.3 9.5 10.3 12.1
139 Μολδαβία	58.4	55.4	52.4 -57.9	10.2	8.8 -11.4	61.5	59.1 -64.3	12.5	11.1 -13.9	7.7 8.9 12.3 12.7
140 Ρουμανία	61.7	59.5	57.4 -61.4	12.1	11.0 -12.9	64.0	61.6 -66.8	14.4	13.1 -15.7	6.8 9.5 10.2 12.9
141 Ρωσική Ομοσπονδία	55.5	50.3	48.6 -52.4	8.2	7.3 - 8.9	60.6	57.0 -63.3	12.2	11.5 -13.0	9.1 11.4 15.3 15.8
142 Ρουάντα	31.9	32.0	29.6 -36.5	7.0	4.8 - 9.4	31.8	28.3 -36.2	7.2	5.3 - 9.2	6.5 8.7 17.0 21.5
143 Σεντ Κίτς και Νέβις	59.6	57.6	54.7 -60.7	10.3	9.4 -11.3	61.5	57.8 -65.6	12.6	10.8 -14.5	8.4 10.5 12.8 14.5
144 Αγία Λουκία	62.0	60.7	58.1 -63.0	12.5	11.3 -13.8	63.3	60.0 -66.5	13.9	12.1 -15.6	8.5 10.9 12.2 14.7
145 Αγ. Βικέντιος και Γρεναδίνες	60.9	59.7	57.1 -62.2	12.1	11.0 -13.3	62.1	59.1 -65.0	14.1	12.5 -15.7	8.0 11.3 11.9 15.4
146 Σαμόρα	59.9	58.2	55.6 -60.6	12.3	10.9 -13.7	61.6	59.0 -64.4	14.3	12.7 -16.0	8.5 11.3 12.7 15.6
147 Άγιος Μαρίνος	72.0	69.7	68.0 -71.8	15.9	14.8 -17.0	74.3	72.2 -76.4	19.9	18.4 -21.5	6.5 9.5 8.5 11.4
148 Σάο Τόμε και Πρινσίπες	50.0	50.3	46.8 -53.6	9.6	8.0 -11.0	49.7	44.8 -54.7	9.2	7.5 -10.6	10.0 12.2 16.6 19.8
149 Σαουδική Αραβία	59.5	58.3	55.0 -61.1	10.5	8.4 -12.3	60.7	56.5 -64.9	12.1	9.8 -14.2	9.7 12.8 14.3 17.4
150 Σενεγάλη	44.9	45.2	42.1 -48.0	8.4	6.8 - 9.8	44.5	40.9 -48.4	8.0	5.0 -11.1	8.8 11.6 16.3 20.7
151 Σεϋχέλλες	58.7	57.0	54.1 -59.7	9.4	7.2 -11.5	60.4	57.1 -64.0	10.7	8.8 -13.1	9.5 13.8 14.3 18.6
152 Σιέρα Λεόνε	29.5	29.7	26.4 -36.0	6.5	4.7 - 8.8	29.3	25.2 -35.1	6.0	2.9 - 9.5	7.3 9.6 19.6 24.6
153 Σινγκαπούρη	67.8	66.8	64.3 -69.0	14.5	13.1 -15.8	68.9	65.8 -71.7	16.2	14.6 -18.0	8.6 11.3 11.4 14.1
154 Σλοβακία	62.4	59.6	58.1 -60.9	10.7	9.9 -11.6	65.2	62.3 -67.5	14.0	13.2 -14.9	9.7 12.3 14.0 15.9
155 Σλοβενία	66.9	64.5	62.1 -66.7	13.6	12.8 -14.3	69.3	66.5 -71.9	16.7	15.4 -18.0	7.4 10.2 10.3 12.8
156 Νίσσοι του Σολομώντος	59.0	58.0	55.1 -61.5	11.2	9.4 -13.3	60.1	56.6 -63.8	12.4	10.7 -14.1	8.6 11.3 12.9 15.9
157 Σομαλία	35.1	35.5	32.5 -38.9	7.3	5.2 - 9.5	34.7	30.6 -38.8	6.4	2.6 - 9.7	8.3 11.2 18.9 24.4
158 Νότια Αφρική	43.2	43.0	41.1 -45.0	9.1	7.9 -10.5	43.5	40.5 -46.4	10.4	8.7 -12.1	6.6 8.6 13.3 16.5
159 Ισπανία	70.6	68.7	67.3 -70.3	15.8	14.9 -16.8	72.5	70.3 -74.2	18.3	17.5 -19.1	6.6 9.8 8.8 11.9
160 Σρι Λάνκα	61.1	58.6	55.7 -61.5	12.5	10.9 -14.1	63.6	61.0 -67.0	14.6	12.8 -16.6	9.0 11.7 13.4 15.6
161 Σουδάν	45.1	45.7	42.2 -49.3	8.3	6.5 -10.1	44.4	39.2 -50.2	7.8	5.8 - 9.6	9.8 13.4 17.6 23.1
162 Σουρινάμ	60.6	59.5	57.0 -61.9	12.2	11.0 -13.6	61.7	58.5 -64.6	13.3	11.5 -15.1	8.5 11.9 12.5 16.1
163 Σουαζιλάνδη	38.2	38.8	34.1 -44.2	9.3	7.0 -11.5	37.6	32.6 -42.7	9.6	7.5 -12.0	6.0 8.0 13.3 17.4
164 Σουηδία	71.4	70.1	68.7 -71.6	16.8	15.9 -17.7	72.7	70.6 -74.6	18.7	18.0 -19.4	7.2 9.2 9.3 11.3
165 Ελβετία	72.1	70.4	68.7 -72.1	17.0	16.1 -17.9	73.7	71.3 -75.7	19.7	19.0 -20.4	6.2 8.8 8.1 10.7

Κράτος μέλος	Σύνολο πληθυσμού	Προσδόκιμο ογιούς επιβίωσης <sup>a</sup> (έτη)						Προσδοκώμενη Ποσοστό απώλειας επάνω σε του συνόλου γιούς ζωής κατά του προσδόκιμη γέννησης (έτη) μου επιβίωσης			
		Άνδρες			Γυναίκες						
		κατά τη γέννηση	διάστημα αβεβαιότητας	Σε πλικία 60 ετών	διάστημα αβεβαιότητας	κατά τη γέννηση	διάστημα αβεβαιότητας	Σε πλικία 60 ετών	διάστημα αβεβαιότητας	Άνδρες	Γυναίκες
166	Συρία, Αραβική Δημοκρατία	59.6	59.6 56.6 – 62.3	11.2	9.1 – 13.2	59.5	55.7 – 63.0	11.6	9.3 – 13.7	9.7	12.9 14.0 17.9
167	Τατζικιστάν	50.8	49.6 46.2 – 53.2	9.0	7.1 – 11.0	52.0	47.8 – 56.1	10.3	7.7 – 12.8	10.8	12.7 17.9 19.7
168	Ταϊλάνδη	59.7	57.7 55.7 – 59.7	13.2	12.1 – 14.3	61.8	57.9 – 64.9	14.4	13.4 – 15.5	8.4	10.5 12.6 14.6
169	Π.Γ.Δ. της Μακεδονίας	64.9	63.9 62.0 – 65.6	12.5	11.7 – 13.4	65.9	64.1 – 67.6	14.3	13.3 – 15.2	6.3	8.9 9.0 12.0
170	Τόγκο	42.7	42.7 39.3 – 46.5	8.6	6.7 – 10.7	42.7	39.3 – 46.8	8.6	6.5 – 10.9	7.9	10.3 15.5 19.4
171	Τόνγκα	60.7	59.3 57.0 – 61.9	11.6	10.3 – 13.0	62.0	58.4 – 65.2	13.6	12.3 – 15.0	8.1	10.8 12.0 14.9
172	Τρινιντάτ και Τομπάγκο	61.7	60.3 57.9 – 63.1	11.6	10.2 – 13.1	63.0	59.0 – 65.8	13.3	12.1 – 14.5	8.2	10.7 12.0 14.5
173	Τυνησία	61.4	61.0 59.2 – 62.9	11.4	10.6 – 12.2	61.7	58.0 – 65.4	12.6	10.6 – 14.7	8.2	11.7 11.8 15.9
174	Τουρκία	58.7	56.8 55.4 – 58.2	11.2	10.3 – 12.1	60.5	57.4 – 63.2	13.4	12.7 – 14.2	10.0	12.0 14.9 16.5
175	Τουρκμενιστάν	52.1	51.2 48.3 – 54.3	8.8	7.5 – 10.3	53.0	50.1 – 56.7	9.5	7.9 – 11.1	8.8	11.9 14.7 18.3
176	Τουμπαλού	57.0	56.4 54.0 – 58.9	9.9	8.8 – 11.0	57.6	54.0 – 61.0	11.5	8.8 – 13.7	7.2	10.0 11.3 14.8
177	Ουγκάντια	35.7	36.2 33.4 – 39.8	7.7	6.2 – 9.3	35.2	31.1 – 39.6	7.4	4.9 – 10.0	7.2	9.4 16.7 21.1
178	Ουκρανία	56.8	52.3 51.0 – 53.7	8.1	7.3 – 8.9	61.3	58.0 – 63.5	11.8	11.3 – 12.5	10.3	12.0 16.4 16.4
179	Ενωμένα Αραβικά Εμιράτα	63.1	62.3 60.0 – 64.5	11.5	9.8 – 13.2	63.9	59.9 – 66.9	13.3	11.8 – 14.7	10.0	12.5 13.8 16.4
180	Ενωμένο Βασίλειο	69.9	68.3 66.8 – 69.7	15.3	14.4 – 16.1	71.4	69.2 – 73.1	17.4	16.7 – 18.1	6.5	8.5 8.7 10.6
181	Τανζανία, Ενωμένη Δημοκρατία	38.1	38.6 35.4 – 42.7	7.8	5.9 – 9.8	37.5	34.0 – 41.1	7.7	5.2 – 10.2	7.2	9.6 15.7 20.4
182	ΗΠΑ <sup>b</sup>	67.2	65.7 63.8 – 67.5	15.0	14.0 – 16.0	68.8	66.5 – 71.0	16.8	15.8 – 17.9	8.2	10.7 11.1 13.4
183	Ουρουγουάνη	64.1	61.7 59.0 – 64.6	12.6	11.6 – 13.6	66.5	63.5 – 69.4	15.8	14.0 – 17.7	8.4	11.4 11.9 14.6
184	Ουζμπεκιστάν	54.3	52.7 49.2 – 56.3	9.9	7.9 – 11.9	55.8	51.5 – 60.2	11.6	9.6 – 13.7	9.4	12.2 15.1 17.9
185	Βανουάτου	56.7	56.0 52.6 – 59.7	10.9	9.4 – 12.6	57.4	53.6 – 61.8	11.7	9.9 – 13.8	8.2	10.8 12.8 15.8
186	Βενεζουέλα, Μπολιβαρική Δημοκρατία	62.3	60.4 57.7 – 63.2	13.0	11.1 – 14.7	64.2	59.9 – 67.2	14.7	13.2 – 16.1	10.1	12.3 14.4 16.1
187	Βιετνάμ	58.9	58.2 55.6 – 60.7	11.4	10.3 – 12.6	59.7	56.5 – 62.8	12.3	10.3 – 14.2	8.5	11.3 12.7 15.9
188	Υεμένη	49.1	48.9 45.7 – 51.9	8.5	6.8 – 10.4	49.3	44.4 – 53.9	8.8	6.7 – 10.8	10.4	12.7 17.5 20.5
189	Γιουγκοσλαβία	64.3	63.3 62.1 – 64.7	13.0	12.2 – 13.7	65.4	63.2 – 67.3	14.6	13.4 – 15.7	6.5	9.3 9.3 12.5
190	Ζάμπια	33.0	33.7 30.6 – 37.0	8.2	6.8 – 9.6	32.3	28.9 – 36.1	8.5	5.5 – 11.5	5.5	7.2 14.1 18.3
191	Ζιμπανόπουλε	38.8	39.6 37.4 – 41.9	9.3	7.7 – 10.8	38.1	34.7 – 41.3	9.7	8.0 – 11.4	5.8	7.9 12.8 17.1

<sup>a</sup> Οι εκτιμήσεις για το προσδόκιμο ογιούς επιβίωσης που δημοσιεύονται στην παρούσα έκδοση, δεν είναι άμεσα συγκρίσιμες με αυτές που δημοσιεύθηκαν στην Έκθεση για την Πλαγκόσμια Υγεία 2000, λόγω θελτιώσεων στη μεθοδολογία και των νέων επιδημιολογικών δεδομένων για μερικές ασθέτευσης. Βλέπε σχετικά τις επεξηγηματικές σημειώσεις του Παραρτήματος Στατιστικών Δεδομένων (σελ. 139). Τα δεδομένα που καταγράφονται στον Πίνακα, καθώς και η συλλογή τους και η οι μέθοδοι εκτίμησης, έχουν αναπτυχθεί κυρίως από τον ΠΟΥ και δεν συμβαδίζουν απαραίτητα με τις επισήμες στατιστικές των Κρατών Μελών. Η θελτιώση της συλλογής δεδομένων και των μεθόδων εκτίμησης είναι σε εξέλιξη και γίνεται σε συνεργασία με τα Κράτη Μέλη.

<sup>b</sup> Τα στοιχεία δεν έχουν επιβεβαιωθεί από τα Κράτη Μέλη.

**Παράρτημα Πίνακας 5: Επιλεγμένοι δείκτες Εθνικών Λογαριασμών για την Υγεία όλων των κρατών Μελών, εκτιμήσεις για το 1997 και 1998**

Κράτος Μέλο	Δημόσια δαπάνη		Ιθιωτική δαπάνη		Δημόσια δαπάνη		Δαπάνη των κοινωνικών ασφαλίσεων		Δαπάνες από φορολογικά έσοδα για την υγεία ως % της δημόσιας δαπάνης		Εξωτερικοί πόροι για την υγεία ως % της δημόσιας δαπάνης		Ιθιωτική σασφάλιση για την υγεία ως % της δημόσιας δαπάνης		Άμεσες πληρωμές για την υγεία ως % της δημόσιας δαπάνης				
	Συνολική δαπάνη για την υγεία ως % του ΑΕΠ		για την υγεία ως % της συνολικής δαπάνης		για την υγεία ως % της συνολικής δαπάνης		για την υγεία ως % των δημόσιων δαπανών		για την υγεία ως % της δημόσιας δαπάνης		για την υγεία ως % της δημόσιας δαπάνης		για την υγεία ως % της δημόσιας δαπάνης		για την υγεία ως % της δημόσιας δαπάνης				
	1997	1998		1997	1998		1997	1998		1997	1998		1997	1998		1997	1998		
1	Αφγανιστάν	1.4	1.6	52.6	57.7	47.4	42.3	3.6	4.2	0.0	0.0	92.5	96.2	7.5	3.8	0.0	0.0	100	100
2	Αλβανία	3.8	3.7	71.5	70.2	28.5	29.8	9.5	8.7	17.5	19.8	81.6	77.9	0.9	2.3	45.9	45.1	54.1	54.9
3	Αλγερία	4.0	4.1	79.8	80.2	20.2	19.8	11.3	12.4	66.7	66.7	33.3	33.3	...	...	0.0	0.0	100	100
4	Ανδόρρα	9.3	10.6	86.6	89.0	13.4	11.0	22.1	24.8	84.8	66.6	15.3	33.4	0.0	0.0	...	...	100	100
5	Ανγκόλα	4.1	4.6	47.9	53.8	52.1	46.2	6.1	6.4	0.0	0.0	89.1	87.5	10.9	12.5	0.0	0.0	100	100
6	Αντίγκουα και Μπαρμπούντα	5.5	5.3	62.9	63.3	37.1	36.7	15.0	15.0	0.0	0.0	91.7	91.1	8.3	8.9	...	...	100	100
7	Αργεντινή	8.0	8.1	55.2	55.0	44.8	45.0	20.1	20.0	60.2	59.5	39.7	40.4	0.2	0.2	24.8	24.8	75.2	75.2
8	Αρμενία	7.8	7.4	41.5	42.9	58.5	57.1	12.2	13.0	0.0	0.0	92.1	88.8	7.9	11.2	0.0	0.0	100	100
9	Αυστραλία	8.4	8.6	69.3	69.9	30.7	30.1	16.6	16.8	0.0	0.0	100	100	0.0	0.0	29.2	24.8	49.5	53.5
10	Αυστρία	7.9	8.0	71.4	71.8	28.6	28.2	11.1	11.2	59.5	59.6	40.5	40.4	0.0	0.0	27.0	25.9	58.8	58.8
11	Αζερμπαϊτζάν	2.3	2.5	73.4	73.1	26.6	26.9	7.6	6.5	0.0	0.0	92.2	92.1	7.8	7.9	0.0	0.0	100	100
12	Μπαχάμες	6.5	6.8	53.7	55.7	46.3	44.3	13.7	15.9	0.0	0.0	100	100	0.0	0.0	...	...	92.6	92.6
13	Μπαχρέιν	5.0	4.7	71.3	70.6	28.7	29.4	10.7	10.0	0.0	0.0	100	100	...	0.0	8.2	8.3	91.8	91.7
14	Μπαγκλαντές	3.8	3.8	34.7	36.5	65.3	63.5	5.8	6.9	0.0	0.0	87.4	89.0	12.6	11.0	0.0	0.0	95.0	93.9
15	Μπαρμπάντος	6.4	6.4	60.2	61.1	39.8	38.9	11.6	11.8	0.0	0.0	100	100	0.0	0.0	19.6	19.5	80.4	80.5
16	Λευκορωσία	6.2	6.1	87.2	86.1	12.8	13.9	11.6	11.9	0.0	0.0	99.9	99.1	0.1	0.9	0.0	0.0	100	100
17	Βέλγιο	8.6	8.6	71.0	71.2	29.0	28.8	11.9	12.0	88.0	88.0	12.0	12.0	0.0	0.0	6.8	7.0	46.7	48.0
18	Μπελίζ	4.9	5.8	52.9	59.9	47.1	40.1	8.1	10.4	0.0	0.0	95.8	97.0	4.2	3.0	0.0	0.0	100	100
19	Μπενίν	3.1	3.2	48.5	49.4	51.5	50.6	6.0	6.3	0.0	0.0	85.8	83.4	14.2	16.6	0.0	0.0	100	100
20	Μπουτάν	3.7	3.8	90.4	90.3	9.6	9.7	10.1	12.2	0.0	0.0	70.3	72.5	29.7	27.5	0.0	0.0	100	100
21	Βολιβία	4.7	5.0	63.9	65.6	36.1	34.4	9.1	10.0	65.3	64.8	24.9	25.8	9.8	9.4	7.8	7.8	85.7	85.7
22	Βοσνία και Ερζεγοβίνη	4.0	3.9	55.4	57.1	44.6	42.9	6.2	6.4	0.0	0.0	69.1	71.3	30.9	28.7	0.0	0.0	100	100
23	Μποτσουάνα	3.4	3.5	70.5	70.7	29.5	29.3	5.9	5.5	0.0	0.0	98.5	98.9	1.5	1.1	52.9	48.1	37.1	41.3
24	Βραζιλία	6.5	6.9	40.3	48.2	59.7	51.8	9.7	9.0	0.0	0.0	100	100	0.0	0.0	48.0	53.2	52.0	46.8
25	Μπρουνέι Ντερουσαλάμ	5.4	5.7	40.6	43.5	59.4	56.5	4.5	5.0	0.0	0.0	100	100	0.0	0.0	0.0	0.0	100	100
26	Βουλγαρία	4.4	4.1	80.0	78.3	20.0	21.7	8.9	8.1	10.5	14.3	89.5	85.7	...	0.0	0.0	0.0	93.5	93.5
27	Μπουρκίνα Φάσο	4.0	4.0	67.6	67.7	32.4	32.3	10.6	10.6	0.0	0.0	60.0	68.1	40	31.9	0.0	0.0	100	100
28	Μπουρούντι	2.1	2.3	42.2	41.2	57.8	58.8	4.0	3.9	0.0	0.0	69.4	66.3	30.6	33.7	0.0	0.0	100	100
29	Καμποτζή	7.2	7.2	9.4	8.4	90.6	91.6	7.0	6.1	0.0	0.0	49.0	34.1	51.0	65.9	0.0	0.0	100	100
30	Καμερούν	2.8	2.7	29.4	30.9	70.6	69.1	5.7	5.6	0.0	0.0	63.8	57.4	36.2	42.6	...	...	81.6	80.8
31	Καναδάς	9.0	9.3	69.9	70.1	30.1	29.9	14.2	14.7	1.6	1.7	98.4	98.3	0.0	0.0	36.1	37.5	56.9	55.6
32	Πράσινο Ακρωτήριο	2.6	2.6	71.8	69.0	28.2	31.0	4.7	4.3	0.0	0.0	75.8	67.3	24.2	32.7	...	...	100	100
33	Κεντρική Αφρικανική Δημοκρατία	2.4	2.4	51.4	48.9	48.6	51.1	4.0	3.8	0.0	0.0	75.7	72.9	24.3	27.1	0.0	0.0	77.3	78.0
34	Τσαντ	3.1	2.9	79.3	78.6	20.7	21.4	13.2	12.6	0.0	0.0	78.0	65.7	22.0	34.3	0.0	0.0	100	100
35	Χιλή	7.2	7.5	37.9	39.6	62.1	60.4	12.1	12.4	83.6	75.7	16.0	23.9	0.4	0.4	33.7	33.8	66.3	66.2
36	Κίνα	4.2	4.5	39.4	38.8	60.6	61.2	13.6	12.8	87.0	80.1	12.6	19.3	0.4	0.6	0.0	0.0	78.9	80.2
37	Κολομβία	9.3	9.3	57.6	54.8	42.4	45.2	18.2	17.4	40.3	38.4	59.5	61.3	0.2	0.2	38.9	38.6	61.1	61.4
38	Κομόρες	4.5	4.9	68.2	71.8	31.8	28.2	8.7	9.4	0.0	0.0	75.8	76.0	24.2	24.0	0.0	0.0	100	100
39	Κονγκό	2.8	3.0	64.6	67.2	35.4	32.8	4.8	4.3	0.0	0.0	84.5	80.3	15.5	19.7	0.0	0.0	100	100
40	Νήσοι Κουκ	5.3	5.3	67.1	68.3	32.9	31.7	10.3	10.6	0.0	0.0	99.8	99.8	0.2	0.2	0.0	0.0	100	100
41	Κοσταρίκα	7.0	6.8	78.3	77.4	21.7	22.6	21.6	20.7	84.9	89.5	14.5	9.9	0.6	0.6	3.0	3.0	97.0	97.0
42	Ακτή Ελεφαντοστού	3.0	2.9	46.0	46.7	54.0	53.3	5.7	6.0	0.0	0.0	81.6	82.3	18.4	17.7	14.9	14.0	85.1	86.0
43	Κροατία	8.2	8.8	80.5	81.7	19.5	18.3	13.2	13.7	92.6	86.1	7.4	13.9	...	0.0	0.0	0.0	100	100
44	Κούβα	6.3	6.4	87.5	87.6	12.5	12.4	10.0	10.3	20.9	19.4	79.0	80.5	0.1	0.1	0.0	0.0	100	100
45	Κύπρος	6.4	6.3	36.3	37.9	63.7	62.1	6.3	6.4	80.9	80.0	19.1	20.0	0.0	0.0	...	...	97.9	96.9
46	Τσεχία	7.1	7.1	91.7	91.9	8.3	8.1	14.2	15.0	89.5	90.2	10.5	9.8	...	0.0	...	...	100	100
47	Κορέα, Λαϊκή Δημοκρατία	3.0	3.0	83.5	83.5	16.5	16.5	5.5	5.5	0.0	0.0	99.0	99.0	1.0	1.0	0.0	0.0	100	100
48	Δημοκρατία του Κονγκό	1.6	1.7	74.1	74.1	25.9	25.9	12.3	13.5	0.0	0.0	90.5	92.2	9.5	7.8	0.0	0.0	100	100
49	Δανία	8.2	8.3	82.3	81.9	17.7	18.1	12.1	12.5	0.0	0.0	100	100	0.0	0.0	7.9	8.2	92.1	91.8
50	Τζιμπούτι	4.6	4.9	44.4	46.3	55.6	53.7	5.7	5.9	0.0	0.0	96.7	95.7	3.3	4.3	0.0	0.0	29.8	29.7

	Κατά κεφαλή συνολική δαπάνη για την υγεία στην επίσημη συναλλαγματική ισοτιμία (US \$)		Κατά κεφαλή δημόσια δαπάνη για την υγεία στην επίσημη συναλλαγματική ισοτιμία (US \$)		Κατά κεφαλή συνολική δαπάνη για την υγεία σε διεθνή δολάρια		Κατά κεφαλή δημόσια δαπάνη για την υγεία σε διεθνή δολάρια	
	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998
1	6	8	3	5	9	11	5	6
2	28	36	20	25	104	128	74	90
3	67	71	54	57	140	148	112	118
4	1 307	1 566	1 132	1 394	1 912	2 226	1 655	1 982
5	26	24	13	13	58	60	28	32
6	480	498	302	315	517	527	326	333
7	657	667	363	366	995	1 019	549	560
8	34	37	14	16	165	174	69	75
9	1 680	1 672	1 164	1 172	1 950	2 080	1 351	1 457
10	2 024	2 097	1 445	1 506	1 723	1 919	1 231	1 377
11	11	13	8	9	42	49	31	36
12	726	778	390	434	859	910	461	507
13	469	441	334	312	672	611	479	431
14	10	12	4	4	40	42	14	16
15	532	571	320	349	843	873	507	533
16	83	79	73	68	293	477	256	411
17	2 063	2 110	1 465	1 502	1 944	2 122	1 380	1 510
18	143	170	76	102	246	293	130	176
19	11	12	6	6	23	24	11	12
20	23	23	21	21	68	71	62	64
21	48	53	31	35	109	119	70	78
22	13	15	7	9	178	205	99	117
23	119	120	84	85	196	207	138	147
24	316	320	127	154	454	470	183	227
25	956	872	389	379	992	985	403	428
26	54	61	43	48	156	161	125	126
27	9	9	6	6	30	32	20	21
28	3	3	1	1	10	11	4	5
29	18	16	2	1	54	54	5	5
30	17	17	5	5	32	33	9	10
31	6	1 847	1 311	1 296	2 183	2 363	1 525	1 657
32	34	35	24	24	76	83	54	57
33	7	7	3	3	19	21	10	10
34	7	7	5	5	19	19	15	15
35	371	369	141	146	642	664	243	263
36	31	34	12	13	127	143	50	55
37	247	226	142	124	433	413	249	227
38	13	15	9	11	36	40	25	28
39	24	20	15	14	45	48	29	33
40	276	241	185	165	423	419	284	286
41	239	245	187	189	448	460	351	356
42	21	22	10	10	47	50	22	23
43	354	408	285	334	549	623	442	509
44	131	138	114	121	282	303	247	266
45	714	728	259	276	904	966	328	367
46	363	392	333	360	870	946	798	869
47	14	14	12	11	30	30	25	25
48	26	27	19	20	35	46	26	34
49	2 637	2 737	2 170	2 241	1 953	2 138	1 607	1 751
50	39	41	18	19	84	88	37	41

**Παράρτημα Πίνακας 5: Επιλεγμένοι δείκτες Εθνικών Λογαριασμών για την Υγεία όλων των κρατών Μελών, εκτιμήσεις για το 1997 και 1998**

Κράτος Μέλον	Δημόσια δαπάνη		Ιθιωτική δαπάνη		Δημόσια δαπάνη		Δαπάνη των κοινωνικών ασφαλίσεων		Δαπάνες από φορολογικά έσοδα για την υγεία ως % της δημόσιας δαπάνης		Εξωτερικοί πόροι για την υγεία ως % της δημόσιας δαπάνης		Ιθιωτική ασφαλίση για την υγεία ως % της δημόσιας δαπάνης		Άμεσες πληρωμές για την υγεία ως % της δημόσιας δαπάνης				
	Συνολικά δαπάνη για την υγεία ως % του ΑΕΠ		για την υγεία ως % της συνολικής δαπάνης		για την υγεία ως % της συνολικής δαπάνης		για την υγεία ως % των δημόσιων δαπανών		για την υγεία ως % της δημόσιας δαπάνης		για την υγεία ως % της δημόσιας δαπάνης		για την υγεία ως % της δημόσιας δαπάνης		για την υγεία ως % της δημόσιας δαπάνης				
	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	
51	Νησιώνικα	5.9	5.8	69.6	68.4	30.4	31.6	10.9	10.9	0.0	0.0	97.5	97.5	2.5	2.5	17.6	17.0	82.4	83.0
52	Δομινικανή Δημοκρατία	6.4	6.5	29.1	28.3	70.9	71.7	10.5	10.2	22.3	21.9	75.4	74.3	2.3	3.7	13.1	14.2	77.1	76.2
53	Ισπανία	3.7	3.6	50.8	45.9	49.2	54.1	7.0	6.8	48.8	44.1	49.1	53.5	2.1	2.4	10.5	10.3	65.4	63.8
54	Αίγαυπτος	4.3	4.6	31.8	30.8	68.2	69.2	4.5	4.4	39.6	39.5	56.1	55.2	4.3	5.3	0.4	0.4	93.2	93.8
55	ΕΛ Σαλβαδόρ	8.1	8.3	38.7	42.5	61.3	57.5	21.1	22.0	43.3	41.7	47.8	51.5	8.9	6.8	2.7	3.3	97.1	96.7
56	Ισπανία	3.6	4.2	56.0	59.4	44.0	40.6	7.9	8.3	0.0	0.0	85.9	81.3	14.1	18.7	0.0	0.0	100	100
57	Ερυθραία	4.4	5.4	65.8	66.1	34.2	33.9	5.3	4.5	0.0	0.0	83.1	82.6	16.9	17.4	0.0	0.0	100	100
58	Εσθονία	6.3	6.0	88.5	86.3	11.5	13.7	15.2	13.3	72.2	77.2	26.7	21.2	1.1	1.7	...	...	97.9	96.6
59	Αιθιονία	4.7	5.2	41.4	46.6	58.6	53.4	8.1	9.5	0.0	0.0	85.9	85.9	14.1	14.1	0.0	0.0	87.6	86.1
60	Φίτζι	4.0	4.1	66.7	65.4	33.3	34.6	7.4	6.9	0.0	0.0	99.2	86.9	0.8	13.1	0.0	0.0	100	100
61	Φινλανδία	7.3	6.9	76.1	76.3	23.9	23.7	10.3	10.5	19.6	19.8	80.4	80.2	0.0	0.0	10.4	10.5	83.0	82.4
62	Γαλλία	9.4	9.3	76.1	76.1	23.9	23.9	13.5	13.6	96.8	96.8	3.2	3.2	0.0	0.0	51.7	52.7	44.0	43.0
63	Γκαμπόν	3.1	3.0	66.5	66.7	33.5	33.3	6.2	6.4	0.0	0.0	92.6	92.9	7.4	7.1	0.0	0.0	100	100
64	Γκάμπια	3.0	3.2	78.7	78.2	21.3	21.8	11.5	11.9	0.0	0.0	86.2	82.9	13.8	17.1	0.0	0.0	100	100
65	Γεωργία	4.4	4.8	8.6	7.1	91.4	92.9	2.6	2.3	0.0	0.0	91.6	81.8	8.4	18.2	...	...	100	100
66	Γερμανία	10.5	10.3	76.6	75.8	23.4	24.2	16.7	16.4	90.7	91.6	9.3	8.3	0.0	0.0	29.5	29.5	52.2	52.8
67	Γκάνα	3.6	4.3	55.1	54.0	44.9	46	9.6	9.0	0.0	0.0	72.1	77.3	27.9	22.7	0.0	0.0	100	100
68	Ελλάδα	8.7	8.4	55.2	56.3	44.8	43.7	9.4	9.3	28.0	39.0	72.0	61.0	0.0	0.0	4.9	5.2	82.5	87.8
69	Γρεναδίνα	4.6	4.5	65.7	64.0	34.3	36.0	10.4	10.4	0.0	0.0	98.2	98.8	1.8	1.2	...	...	100	100
70	Γουατεμάλα	4.3	4.4	44.9	47.5	55.1	52.5	15.5	14.0	57.7	55.3	36.3	37.9	6.1	6.9	3.8	4.5	92.3	93.2
71	Γουινέα	3.6	3.6	57.2	60.4	42.8	39.6	9.7	12.9	0.0	0.0	73.9	73.2	26.1	26.8	0.0	0.0	100	100
72	Γουινέα-Μπισσάου	3.9	4.0	64.0	65.1	36.0	34.9	2.2	1.9	0.0	0.0	79.2	76.9	20.8	23.1	0.0	0.0	100	100
73	Γουιάνα	4.6	4.5	81.5	82.4	18.5	17.6	8.6	8.6	0.0	0.0	99.4	99.4	0.6	0.6	...	...	93.9	100
74	Αϊτή	3.6	3.6	33.5	28.5	66.5	71.5	10.8	9.7	0.0	0.0	63.4	66.7	36.6	33.3	...	...	43.2	40.2
75	Ονδούρα	6.4	6.4	55.4	60.8	44.6	39.2	17.0	18.9	9.7	9.8	84.9	84.6	5.3	5.6	0.1	0.1	91.4	91.4
76	Ουγγαρία	6.8	6.8	75.3	76.5	24.7	23.5	10.4	9.7	35.5	38.0	64.5	62.0	...	0.0	...	...	46.9	50.1
77	Ισλανδία	8.0	8.4	83.7	83.9	16.3	16.1	18.9	21.0	31.5	29.8	68.5	70.2	0.0	0.0	0.0	0.0	100	100
78	Ινδία	5.5	5.1	15.3	18.0	84.7	82.0	4.7	5.6	0.0	0.0	96.0	96.4	4.0	3.6	0.0	0.0	97.3	97.3
79	Ινδονησία	2.4	2.7	23.8	25.5	76.2	74.5	2.8	3.3	14.1	20.8	70.9	60.3	15.0	18.9	4.4	3.9	95.6	96.1
80	Ιράν, Ισλαμική Δημοκρατία	5.9	5.7	46.4	48.6	53.6	51.4	10.4	9.9	36.5	37.9	63.4	62.1	0.0	0.0	0.0	0.0	100	100
81	Ιράκ	4.2	4.2	58.9	59.1	41.1	40.9	12.5	13.5	0.0	0.0	100	100	0.0	0.0	0.0	0.0	100	100
82	Ιρλανδία	6.9	6.8	75.6	76.8	24.4	23.2	14.8	15.7	8.3	9.0	91.7	91.0	0.0	0.0	32.9	35.7	54.6	49.2
83	Ιραπάλ	8.8	8.8	68.1	66.8	31.9	33.2	12.5	12.0	0.0	0.0	100	100	...	...	0.0	0.0	81.7	84.1
84	Ιταλία	7.7	7.7	72.2	71.9	27.8	28.1	11.2	11.4	0.4	0.1	99.6	99.9	0.0	0.0	4.8	4.7	90.4	87.2
85	Τζαμαϊκά	5.4	5.5	53.5	53.0	46.5	47.0	8.7	8.1	0.0	0.0	97.3	96.4	2.7	3.6	7.6	7.3	50.6	48.6
86	Ισπανία <sup>a</sup>	7.4	7.5	79.5	78.1	20.5	21.9	16.5	13.6	89.0	89.2	11.0	10.8	0.0	0.0	...	1.3	78.9	77.8
87	Ισραηλία	8.8	8.5	62.6	62.1	37.4	37.9	14.7	14.4	0.0	0.0	98.0	97.2	2.0	2.8	0.0	0.0	83.1	82.7
88	Καζακστάν	4.9	5.7	76.4	70.6	23.6	29.4	17.6	13.4	26.9	28.3	72.8	70.7	0.3	1.1	...	...	100	100
89	Κένυα	7.6	7.6	28.2	28.1	71.8	71.9	7.9	7.8	13.5	13.6	60.1	59.9	26.3	26.5	4.7	4.5	73.9	74.3
90	Κηφιμπάτι	8.9	8.4	99.1	99.2	0.9	0.8	12.9	11.8	0.0	0.0	98.5	98.3	1.5	1.7	0.0	0.0	100	100
91	Κουβέντη	3.3	4.0	87.4	87.1	12.6	12.9	8.4	8.0	0.0	0.0	100	100	0.0	0.0	0.0	0.0	100	100
92	Κριγισία	3.9	4.5	69.4	63.9	30.6	36.1	10.4	10.1	0.8	4.6	94.0	85.8	5.2	9.6	...	...	100	100
93	Λάος, Λαϊκή Δημοκρατία	4.3	4.1	36.8	37.1	63.2	62.9	6.0	5.7	0.6	0.6	86.3	87.2	13.1	12.1	0.0	0.0	100	100
94	Λετονία	6.0	6.7	60.6	61.8	39.4	38.2	9.6	9.6	52.5	49.0	47.4	50.3	0.1	0.7	...	...	100	100
95	Λίβανος	11.3	11.6	20.6	18.0	79.4	82.0	5.4	6.4	5.9	14.7	84.9	76.9	9.2	8.4	1.5	13.6	95.2	85.0
96	Λεσότο	5.3	6.0	76.0	78.3	24.0	21.7	12.4	10.8	0.0	0.0	79.5	82.0	20.5	18.0	0.0	0.0	100	100
97	Λίβερπολι	2.5	2.4	66.7	66.0	33.3	34.0	6.7	7.7	0.0	0.0	88.8	83.1	11.2	16.9	0.0	0.0	100	100
98	Λιβύη, Αραβική Τζαμική	3.7	3.9	47.6	47.6	52.4	52.4	2.6	2.7	0.0	0.0	100	100	...	...	0.0	0.0	90.9	90.9
99	Λιθουανία	6.6	6.6	73.9	73.0	26.1	27.0	14.4	14.8	68.6	89.9	31.4	10.1	...	...	...	...	90.9	90.9
100	Λουζεμβούργο	5.9	6.0	92.5	92.4	7.5	7.6	12.5	12.7	86.0	82.7	14.0	17.3	0.0	0.0	19.5	21.5	59.2	58.0
101	Μαδαγασκάρη	2.3	2.3	57.2	57.8	42.8	42.2	7.6	7.7	0.0	0.0	87.1	83.2	12.9	16.8	...	...	100	100
102	Μαλάουι	7.3	7.2	50.6	50.3	49.4	49.7	14.6	14.5	0.0	0.0	61.3	67.5	38.7	32.5				

	Κατά κεφαλή συνολική δαπάνη για την υγεία στην επίσημη συναλλαγματική ιατρική (US \$)		Κατά κεφαλή δημόσια δαπάνη για την υγεία στην επίσημη συναλλαγματική ιατρική (US \$)		Κατά κεφαλή συνολική δαπάνη για την υγεία σε διεθνή δολάρια		Κατά κεφαλή δημόσια δαπάνη για την υγεία σε διεθνή δολάρια	
	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998
51	204	212	142	145	293	303	204	208
52	122	126	35	36	229	240	66	68
53	62	59	31	27	124	119	63	55
54	51	56	16	17	132	144	42	44
55	153	164	59	70	328	343	127	146
56	42	44	24	26	101	121	57	72
57	9	10	6	7	37	47	25	31
58	203	217	179	188	503	516	445	445
59	5	6	2	3	25	28	11	13
60	106	82	70	54	184	170	123	111
61	1 739	1 735	1 323	1 323	1 495	1 570	1 137	1 198
62	2 251	2 297	1 712	1 747	1 905	2 074	1 449	1 578
63	138	122	92	81	182	181	121	121
64	11	11	8	9	44	48	35	38
65	43	47	4	3	163	173	14	12
66	2 708	2 697	2 074	2 044	2 225	2 382	1 703	1 806
67	14	18	8	10	77	96	42	52
68	1 002	960	553	541	1 211	1 220	668	687
69	157	172	103	110	264	286	174	183
70	73	78	33	37	160	168	72	80
71	18	17	10	11	53	55	30	33
72	9	10	6	6	27	27	17	18
73	45	45	37	37	113	115	92	94
74	14	16	5	5	37	38	12	11
75	50	56	28	34	132	133	73	81
76	309	320	233	244	696	742	525	568
77	2 162	2 476	1 810	2 078	1 998	2 277	1 673	1 911
78	24	22	4	4	111	110	17	20
79	25	12	6	3	78	54	18	14
80	139	155	64	75	406	397	188	193
81	125	149	74	88	195	209	115	124
82	1 512	1 567	1 144	1 203	1 498	1 583	1 133	1 216
83	1 561	1 501	1 064	1 003	1 630	1 607	1 111	1 074
84	1 568	1 603	1 132	1 153	1 603	1 712	1 157	1 231
85	154	159	83	84	269	265	144	141
86	2 467	2 244	1 961	1 752	1 783	1 763	1 417	1 377
87	147	147	92	91	355	348	222	216
88	81	66	62	47	231	214	176	151
89	28	30	8	8	104	104	29	29
90	54	47	54	47	140	138	138	137
91	580	565	507	492	554	536	485	467
92	15	15	10	10	92	105	64	67
93	15	11	6	4	55	50	20	19
94	138	167	84	103	359	419	218	259
95	503	534	104	96	608	594	125	107
96	28	27	21	21	77	77	58	60
97	1	1	1	1	25	24	17	16
98	345	344	164	164	286	290	136	138
99	171	192	126	140	448	462	331	337
100	2 461	2 574	2 276	2 379	1 998	2 214	1 848	2 046
101	6	6	3	3	19	20	11	12
102	18	12	9	6	35	33	18	17

**Παράρτημα Πίνακας 5: Επιλεγμένοι δείκτες Εθνικών Λογαριασμών για την Υγεία όλων των κρατών Μελών, εκτιμήσεις για το 1997 και 1998**

Κράτος Μέλον	Δημόσια δαπάνη		Ιθιωτική δαπάνη		Δημόσια δαπάνη κοινωνικών συφαλίσεων		Δαπάνη των κυβερνητικών δαπανών		Δαπάνες από φορολογικά εσόδα για την υγεία ως % της δημόσιας δαπάνης		Εξωτερικοί πόροι για την υγεία ως % της δημόσιας δαπάνης		Ιθιωτική σαφάλιση για την υγεία ως % της δημόσιας δαπάνης		Άμεσες πληρωμές για την υγεία ως % της δημόσιας δαπάνης			
	Συνολική δαπάνη για την υγεία ως % του ΑΕΠ		για την υγεία ως % της συνολικής δαπάνης		για την υγεία ως % των συνολικής δαπάνης		για την υγεία ως % των γενικών δαπανών		για την υγεία ως % των δημόσιων δαπανών		για την υγεία ως % της δημόσιας δαπάνης		για την υγεία ως % της δημόσιας δαπάνης		για την υγεία ως % της δημόσιας δαπάνης			
	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998		
103 Μαλαισία	2.3	2.5	57.6	57.7	42.4	42.3	5.6	6.0	0.0	0.0	98.8	98.5	1.2	1.5	0.0	0.0	100	100
104 Μαλδίβες	7.1	7.2	74.5	72.3	25.5	27.7	10.9	10.0	0.0	0.0	91.6	91.9	8.4	8.1	0.0	0.0	100	100
105 Μάλι	4.2	4.4	45.8	46.5	54.2	53.5	7.8	8.3	0.0	0.0	74.9	75.6	25.1	24.4	...	...	89.8	87.2
106 Μάλτα	8.2	8.4	70.9	69.3	29.1	30.7	14.0	14.1	62.7	62.4	37.3	37.6	0.0	0.0	...	...	100	100
107 Νίσσι Μάρσαλ	9.2	9.5	61.9	61.6	38.1	38.4	14.1	13.9	0.0	0.0	61.5	62.3	38.5	37.7	0.0	0.0	100	100
108 Μαυριτανία	2.9	3.3	69.7	69.1	30.3	30.9	7.7	10.5	0.0	0.0	84.8	79.4	15.2	20.6	0.0	0.0	100	100
109 Μαυρίκιος	3.4	3.4	51.1	51.8	48.9	48.2	7.1	7.1	0.0	0.0	79.1	80.2	20.9	19.8	...	...	100	100
110 Μεζικό	5.4	5.3	43.6	48.0	56.4	52.0	6.0	7.2	72.7	70.4	27.3	29.5	0.0	0.0	2.7	4.0	93.7	92.1
111 Μικρονησία	10.7	10.5	56.7	55.3	43.3	44.7	11.3	11.2	0.0	0.0	63.0	61.5	37.0	38.5	0.0	0.0	33.3	33.3
112 Μονακό	7.0	7.2	50.0	49.3	50.0	50.7	17.8	17.9	93.8	94.1	6.3	5.9	0.0	0.0	...	...	100	100
113 Μογγολία	5.0	6.2	62.7	65.4	37.3	34.6	13.4	14.7	36.8	39.9	51.8	55.3	11.4	4.8	0.0	0.0	73.3	74.5
114 Μαρόκο	4.6	4.4	28.6	30.0	71.4	70.0	3.9	3.9	8.4	8.5	89.8	89.8	1.8	1.7	23.1	23.2	76.8	76.7
115 Μοζαμβίκη	3.9	3.8	56.2	57.7	43.8	42.3	11.2	11.1	0.0	0.0	39.8	38.7	60.2	61.3	0.0	0.0	41.2	41.7
116 Μυανμάρ	1.6	1.5	20.3	15.1	79.7	84.9	3.6	3.9	3.4	2.8	93.1	93.7	3.4	3.5	...	...	100	100
117 Ναρίμπια	7.9	8.2	54.3	54.3	45.7	45.7	11.1	12.0	0.0	0.0	91.6	93.2	8.4	6.8	91.3	91.3	3.0	2.9
118 Ναούρου	4.9	4.9	97.4	97.4	2.6	2.6	9.6	9.7	0.0	0.0	100	100	...	...	0.0	0.0	100	100
119 Νεπάλ	4.7	5.4	20.6	23.5	79.4	76.5	5.3	6.2	0.0	0.0	67.1	66.2	32.9	33.8	0.0	0.0	73.5	72.4
120 Ολλανδία	8.7	8.7	68.9	68.6	31.1	31.4	12.7	12.9	93.8	94.0	6.2	6.0	0.0	0.0	57.5	55.7	23.2	25.5
121 Νέα Ζηλανδία	7.6	8.1	77.3	77.0	22.7	23.0	12.7	13.5	0.0	0.0	100	100	0.0	0.0	29.8	27.7	70.2	72.3
122 Νικαράγουα	5.9	5.7	61.3	62.8	38.7	37.2	22.1	22.3	18.7	17.6	61.2	66.5	20.1	15.9	...	...	100	100
123 Νίγηρας	3.0	3.0	51.1	48.6	48.9	51.4	6.0	5.5	0.0	0.0	61.0	63.8	39.0	36.2	0.0	0.0	81.4	80.2
124 Νίγηρία	1.9	2.1	27.0	39.4	73.0	60.6	3.5	5.1	0.0	0.0	53.8	60.5	46.2	39.5	...	...	100	100
125 Νιούε	7.6	6.7	97.3	96.7	2.7	3.3	13.0	12.6	0.0	0.0	100	100	...	...	0.0	0.0	100	100
126 Νορβηγία	8.0	8.6	83.0	82.8	17.0	17.2	14.7	14.8	0.0	0.0	100	100	0.0	0.0	...	...	88.9	90.8
127 Ομάν	3.2	3.6	82.1	81.6	17.9	18.4	6.9	7.3	0.0	0.0	100	100	0.0	0.0	0.0	0.0	49.9	51.1
128 Πακιστάν	4.0	4.0	22.9	23.6	77.1	76.4	2.9	3.1	55.1	55.2	42.0	41.4	2.9	3.4	0.0	0.0	100	100
129 Παλάου	6.1	6.4	87.5	88.0	12.5	12.0	8.9	9.1	0.0	0.0	78.6	83.6	21.4	16.4	0.0	0.0	100	100
130 Παναμάς	7.6	7.5	66.7	68.9	33.3	31.1	18.7	18.5	60.6	61.8	38.8	37.5	0.6	0.6	16.8	16.9	76.8	76.8
131 Παπούα Νέα Γουινέα	3.3	3.9	89.4	91.4	10.6	8.6	9.6	12.3	0.0	0.0	83.5	77.8	16.5	22.2	2.1	5.1	88.2	91.8
132 Παραγουάν	7.5	7.3	33.1	37.7	66.9	62.3	13.6	14.9	47.8	44.9	48.7	38.1	3.5	17.0	20.8	12.0	69.2	77.2
133 Περού	4.0	4.4	55.5	57.2	44.5	42.8	10.2	11.0	43.7	43.8	53.7	52.7	2.6	3.4	6.6	6.9	80.4	80.0
134 Φιλιππίνες	3.6	3.6	43.4	42.4	56.6	57.6	6.7	6.6	11.8	8.8	83.5	84.7	4.7	6.4	3.4	3.4	82.9	83.2
135 Πολωνία	6.1	6.4	72.0	65.4	28.0	34.6	9.5	9.4	0.0	0.0	100	100	...	0.0	0.0	0.0	100	100
136 Πορτογαλία	7.5	7.7	67.1	66.9	32.9	33.1	12.0	12.2	7.4	8.5	91.8	92.0	0.0	0.0	5.2	5.3	67.8	68.0
137 Κατάρ	4.0	4.4	76.3	76.6	23.7	23.4	7.6	7.8	0.0	0.0	100	100	0.0	0.0	0.0	0.0	24.7	24.4
138 Κορέα	5.0	5.1	41.0	46.2	59.0	53.8	9.4	9.6	71.9	74.5	28.1	25.5	0.0	0.0	11.3	12.9	78.2	77.4
139 Μολδαβία	8.0	6.5	75.4	68.1	24.6	31.9	11.9	11.9	0.0	0.0	97.6	96.2	2.4	3.8	0.0	0.0	100	100
140 Ρουμανία	4.1	3.8	62.9	56.9	37.1	43.1	7.5	7.9	18.7	21.6	80.3	77.4	1.0	0.9	...	...	100	100
141 Ρωσική Ομοσπονδία	5.7	5.6	70.5	70.7	29.5	29.3	10.6	12.3	83.8	81.8	15.7	16.5	0.5	1.7	...	...	72.4	73.6
142 Ρουάντα	5.2	5.0	34.1	37.2	65.9	62.8	8.7	9.8	0.9	0.9	28.5	24.3	70.6	74.9	0.2	0.2	62.4	52.0
143 Σεντ Κίτς και Νέβις	4.7	4.7	68.4	67.6	31.6	32.4	10.9	10.9	0.0	0.0	92.5	92.6	7.5	7.4	...	...	100	100
144 Αγία Λουκία	4.1	4.4	62.3	65.6	37.7	34.4	9.0	8.8	...	...	97.0	97.4	3.0	2.6	...	...	100	100
145 Άγιος Βικέντιος και Γρεναδίνες	6.3	5.9	63.8	62.5	36.2	37.5	9.8	9.7	0.0	0.0	99.9	99.8	0.1	0.2	...	...	100	100
146 Σαμόα	3.5	3.5	71.4	68.9	28.6	31.1	12.5	12.4	0.0	0.0	97.8	93.0	2.2	7.0	0.0	0.0	100	100
147 Άγιος Μαρίνος	7.6	7.7	85.2	85.7	14.8	14.3	9.9	10.1	93.6	94.6	6.4	5.4	0.0	0.0	...	...	100	100
148 Σάο Τόμε και Πρινσίπε	3.0	2.9	66.7	67.9	33.3	32.1	2.9	3.6	0.0	0.0	78.8	80.9	21.3	19.1	0.0	0.0	100	100
149 Σαουδική Αραβία	4.0	4.1	80.2	77.5	19.8	22.5	9.4	10.9	0.0	0.0	100	100	...	0.0	10.5	9.5	31.9	38.1
150 Σενεγάλη	4.5	4.5	55.7	58.4	44.3	41.6	13.1	13.1	0.0	0.0	83.6	86.9	16.4	13.1	0.0	0.0	100	100
151 Σεϋχέλες	6.8	6.9	72.3	69.4	27.7	30.6	8.8	7.9	0.0	0.0	78.0	73.1	22.0	26.9	0.0	0.0	77.8	75.3
152 Σέρερα Λεόνε	3.0	2.8	41.4	40.4	58.6	59.6	7.2	7.3	0.0	0.0	73.2	78.6	26.8	21.4	0.0	0.0	100	100
153 Σινγκαπούρη	3.3	3.6	34.4	35.4	65.6	64.6	2.6	2.6	23.2	20.7	76.8	79.3	0.0	0.0	...	...	100	100

	Κατά κεφαλή συνολική δαπάνη για την υγεία στην επίσημη συναλλαγματική ισοτιμία (US \$)		Κατά κεφαλή δημόσια δαπάνη για την υγεία στην επίσημη συναλλαγματική ισοτιμία (US \$)		Κατά κεφαλή συνολική δαπάνη για την υγεία σε διεθνή δολάρια		Κατά κεφαλή δημόσια δαπάνη για την υγεία σε διεθνή δολάρια			
	1997		1998		1997		1998		1997	
103	110	84	63	48	194	168	112	97		
104	91	96	68	69	198	211	147	152		
105	10	11	5	5	23	26	11	12		
106	715	761	507	527	1 011	1 135	717	786		
107	144	143	89	88	187	184	116	113		
108	13	13	9	9	32	38	22	26		
109	122	117	62	61	264	280	135	145		
110	228	234	99	112	443	443	193	212		
111	213	206	121	114	383	364	217	202		
112	1 661	1 772	831	873	1 435	1 628	718	802		
113	22	24	14	16	79	88	49	58		
114	54	54	16	16	137	145	39	43		
115	8	8	4	5	23	25	13	14		
116	65	86	13	13	24	32	5	5		
117	155	145	84	79	330	337	179	183		
118	168	141	164	138	523	507	510	493		
119	11	11	2	3	51	58	11	14		
120	2 086	2 166	1 436	1 487	1 856	2 056	1 278	1 411		
121	1 339	1 159	1 035	893	1 374	1 469	1 062	1 132		
122	51	53	31	33	132	139	81	87		
123	5	5	3	3	16	17	8	8		
124	20	24	5	10	17	18	5	7		
125	411	328	399	317	411	328	400	317		
126	2 831	2 848	2 348	2 359	2 148	2 246	1 782	1 860		
127	303	294	249	240	327	353	268	288		
128	18	18	4	4	66	67	15	16		
129	442	449	387	395	444	437	388	384		
130	241	255	161	175	412	427	275	294		
131	35	32	31	29	67	79	60	73		
132	142	120	47	45	307	282	102	106		
133	98	100	54	57	188	197	104	112		
134	41	32	18	14	162	144	70	61		
135	228	264	164	173	465	535	334	350		
136	801	859	537	575	1 081	1 217	725	814		
137	836	842	638	645	919	919	701	705		
138	523	354	215	164	716	580	294	268		
139	36	25	27	17	181	125	137	85		
140	63	65	40	37	258	238	162	135		
141	173	109	122	77	418	317	295	225		
142	17	16	6	6	41	39	14	14		
143	320	349	219	236	501	530	343	358		
144	169	186	105	122	231	255	144	167		
145	163	170	104	106	313	319	200	199		
146	52	48	37	33	107	106	77	73		
147	2 288	2 404	1 949	2 060	1 606	1 674	1 369	1 435		
148	10	8	6	6	26	25	17	17		
149	310	316	248	245	461	459	370	356		
150	23	23	13	14	47	50	26	29		
151	500	509	362	353	765	806	553	559		
152	6	5	3	2	23	22	10	9		
153	846	792	291	280	679	744	233	263		

**Παράρτημα Πίνακας 5: Επιλεγμένοι δείκτες Εθνικών Λογαριασμών για την Υγεία όλων των κρατών Μελών, εκτιμήσεις για το 1997 και 1998**

Κράτος Μέλον	Δημόσια δαπάνη		Ιθιωτική δαπάνη		Δημόσια δαπάνη		Δαπάνη των κοινωνικών σφαλίσεων		Δαπάνες από φορολογικά έσοδα για την υγεία		Εξωτερικοί πόροι για την υγεία		Ιθιωτική σαφάλιση για την υγεία		Άμεσες πληρωμές για την υγεία			
	Συνολική δαπάνη για την υγεία ως % του ΑΕΠ		για την υγεία ως % της συνολικής δαπάνης		για την υγεία ως % της συνολικής δαπάνης		για την υγεία γενικών κυβερνητικών δαπανών		για την υγεία ως % των δημόσιων δαπανών		για την υγεία		για την υγεία ως % της δημόσιας δαπάνης		για την υγεία			
	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998
154 Σλοβακία	7.1	6.3	91.4	90.7	8.6	9.3	13.7	12.5	66.2	73.4	33.8	26.6	...	0.1	...	...	83.3	85.2
155 Σλοβενία	8.9	8.7	79.3	78.7	20.7	21.3	16.3	15.6	96.3	98.6	3.7	1.4	0.0	0.0	48.1	49.1	51.9	50.9
156 Νίσοι του Σαλομώντος	3.5	4.4	95.3	95.8	4.7	4.2	11.4	11.4	0.0	0.0	85.2	82.2	14.8	17.8	0.0	0.0	6.7	6.3
157 Σομαλία	2.4	2.0	62.5	62.4	37.5	37.6	5.6	4.5	0.0	0.0	92.6	81.5	7.4	18.5	0.0	0.0	100	100
158 Νότια Αφρική	10.3	8.7	47.3	43.6	52.7	56.4	12.7	11.6	0.0	0.0	99.8	99.7	0.2	0.3	77.8	75.8	20.2	22.4
159 Ισπανία	7.1	7.0	76.6	76.8	23.4	23.2	13.5	14.3	13.6	11.7	86.4	88.3	0.0	0.0	23.4	23.6	76.6	76.4
160 Σρι Λάνκα	3.2	3.4	49.5	51.3	50.5	48.7	6.0	5.8	0.0	0.0	95.8	96.0	4.2	4.0	1.0	1.0	99.0	99.0
161 Σουδάν	4.4	4.2	20.9	24.1	79.1	75.9	3.4	4.4	0.0	0.0	99.7	99.2	0.3	0.8	0.0	0.0	100	100
162 Σουρινάμ	6.7	7.1	60.2	62.2	39.8	37.8	19.9	14.1	44.7	42.1	22.8	22.7	32.4	35.2	...	...	100	100
163 Σουαζιάνδη	3.4	3.7	72.3	72.0	27.7	28.0	8.2	8.0	0.0	0.0	79.3	76.7	20.7	23.3	0.0	0.0	100	100
164 Σουηδία	8.1	7.9	84.3	83.8	15.7	16.2	11.3	11.4	0.0	0.0	100	100	0.0	0.0	...	...	100	100
165 Ελβετία	10.4	10.6	55.2	54.9	44.8	45.1	10.9	10.4	71.6	72.3	28.4	27.7	0.0	0.0	25.7	23.8	72.0	72.6
166 Σύρια, Αραβική Δημοκρατία	4.0	4.0	51.7	51.5	48.3	48.5	7.1	7.1	0.0	0.0	99.8	99.9	0.2	0.1	0.0	0.0	100	100
167 Τατζικιστάν	3.0	2.3	66.0	61.5	34.0	38.5	9.4	8.2	0.0	0.0	96.5	97.5	3.5	2.5	0.0	0.0	100	100
168 Ταϊλάνδη	3.7	3.9	57.2	61.4	42.8	38.6	10.9	13.3	8.3	8.3	91.5	91.6	0.1	0.1	13.6	15	86.1	84.8
169 ΠΓΔ της Μακεδονίας	6.5	8.0	84.8	87.6	15.2	12.4	15.6	19.9	89.6	92.5	9.9	7.2	0.5	0.4	0.0	0.0	100	100
170 Τόγκο	2.8	2.4	42.8	50.0	57.2	50.0	4.3	4.3	0.0	0.0	84.7	83.2	15.3	16.8	0.0	0.0	100	100
171 Τόγκα	7.9	7.7	46.8	46.1	53.2	53.9	13.1	14.2	0.0	0.0	90.7	90.8	9.3	9.2	0.0	0.0	100	100
172 Τρινιτάτ και Τομπάγκο	5.0	5.2	43.4	44.2	56.6	55.8	7.6	6.9	0.0	0.0	100	100	0.0	0.0	5.8	5.6	87.5	87.8
173 Τυνησία	5.3	5.3	40.4	41.3	59.6	58.7	6.7	7.0	42.7	40.0	57.2	59.9	0.1	0.1	0.0	0.0	90.9	91.5
174 Τουρκία	4.2	4.9	71.5	71.9	28.5	28.1	10.7	11.5	39.0	43.8	61.0	56.2	0.0	0.0	0.2	0.2	99.6	99.6
175 Τουρκμενιστάν	3.9	5.5	74.5	79.2	25.5	20.8	11.7	16.7	9.9	5.3	87.7	93.2	2.4	1.6	0.0	0.0	100	100
176 Τουθαλού	8.9	9.0	71.4	72.2	28.6	27.8	7.6	7.1	0.0	0.0	94.2	94.6	5.8	5.4	0.0	0.0	100	100
177 Ουγκάντα	3.7	3.5	50.7	38.2	49.3	61.8	11.5	9.3	0.0	0.0	38.2	51.2	61.8	48.8	0.6	0.5	59.1	54.2
178 Ουκρανία	5.4	5.0	75.0	71.1	25.0	28.9	9.3	8.0	0.0	0.0	99.2	99.5	0.8	0.5	0.0	0.0	100	100
179 Ενωμένη Αραβικά Εμιράτα	3.7	4.1	79.3	79.7	20.7	20.3	7.9	7.4	0.0	0.0	100	100	0.0	0.0	19	19.9	65.9	64.7
180 Ενωμένο Βασίλειο	6.7	6.8	83.7	83.3	16.3	16.7	13.7	14.3	11.6	11.8	88.4	88.2	0.0	0.0	21.3	20.8	67.1	66.8
181 Τσιλή, Ενωμένη Δημοκρατία	5.1	4.9	47.1	48.5	52.9	51.5	14.8	14.9	0.0	0.0	63.3	56.1	36.7	43.9	0.0	0.0	85.9	86.5
182 ΗΠΑ	13.0	12.9	45.5	44.8	54.5	55.2	17.3	16.9	31.9	33.2	68.1	66.8	0.0	0.0	60.6	60.7	28.2	28.3
183 Ουρουγουάν	10.0	10.2	45.9	46.4	54.1	53.6	13.7	14.2	51.7	53.0	47.7	46.4	0.6	0.6	63.3	63.7	36.7	36.3
184 Ουζμπεκιστάν	4.6	4.1	82.9	82.9	17.1	17.1	11.6	10.3	0.0	0.0	99.4	99.2	0.6	0.8	0.0	0.0	100	100
185 Βανουάτου	3.3	3.3	64.2	63.6	35.8	36.4	9.6	9.6	0.0	0.0	51.6	51.7	48.4	48.3	0.0	0.0	100	100
186 Βενεζουέλα, Μπολι-Βαρική Δημοκρατία	4.6	4.9	50.6	53.1	49.4	46.9	9.4	10.9	27.7	28.6	72.3	71.4	0.0	0.0	4.7	5.2	86.8	94.8
187 Βιετνάμ	4.5	5.2	20.3	23.9	79.7	76.1	4.0	6.3	0.0	0.0	93.3	94.7	6.7	5.3	0.0	0.0	100	100
188 Υεμένη	2.9	3.9	37.9	39.1	62.1	60.9	3.3	3.9	0.0	0.0	90.1	89.2	9.9	10.8	0.0	0.0	100	100
189 Γουγκοσλαβία	6.7	5.6	58.6	50.9	41.4	49.1	13.8	10.5	0.0	0.0	100	99.9	...	0.1	0.0	0.0	100	100
190 Ζάμπια	6.0	5.6	56.5	57.3	43.5	42.7	13.4	12.6	0.0	0.0	60.7	57.0	39.3	43.0	0.0	0.0	73.3	74.7
191 Ζιμπάμπουε	9.2	10.8	59.1	55.9	40.9	44.1	15.4	17.0	0.0	0.0	61.9	69.2	38.1	30.8	21.0	16.4	67.0	75.2

<sup>a</sup> Τα δεδομένα για το 1998 που αφορούν την Ισπανία είναι προκαταρκτικά. Βασίζονται σε νέα μέθοδο υπολογιστού των λογαριασμών υγείας κατά εφαρμογή σχετικού εγχειριδίου του Ο.Ο.Σ.Α.. Συνεπώς, παρατηρούνται πολλές ελλείψεις και η συγκρισιμότητα των μεγεθών στον χρόνο είναι περιορισμένης εγκυρότητας.

...Δεδομένα όχι διαθέσιμα ή εφαρμόσιμα.

	Κατά κεφαλή συνολική δαπάνη για την υγεία στην επίσημη συναλλαγματική ιστομία (US \$)		Κατά κεφαλή δημόσια δαπάνη για την υγεία στην επίσημη συναλλαγματική ιστομία (US \$)		Κατά κεφαλή συνολική δαπάνη για την υγεία σε διεθνή δολάρια		Κατά κεφαλή δημόσια δαπάνη για την υγεία σε διεθνή δολάρια		
	1997		1998		1997		1998		1997
154	270	251	247	228	695	652	635	592	
155	811	852	643	671	1 240	1 340	984	1 055	
156	43	38	41	36	100	92	95	88	
157	5	4	3	3	13	11	8	7	
158	321	275	152	120	628	530	297	231	
159	995	1 026	762	788	1 104	1 215	846	933	
160	26	29	13	15	89	99	44	51	
161	120	121	25	29	60	60	13	14	
162	148	140	89	87	276	225	166	140	
163	52	51	37	37	160	167	116	120	
164	2 272	2 144	1 914	1 797	1 709	1 731	1 440	1 450	
165	3 720	3 877	2 052	2 127	2 532	2 861	1 396	1 570	
166	42	46	22	24	106	109	55	56	
167	5	5	3	3	40	37	26	23	
168	93	71	53	44	221	197	126	121	
169	121	140	103	123	268	355	227	311	
170	10	9	4	4	34	31	15	16	
171	143	123	67	57	276	266	129	123	
172	228	248	99	109	358	398	155	176	
173	109	115	44	47	282	310	114	128	
174	125	150	90	108	273	326	195	234	
175	23	32	17	25	117	172	87	136	
176	125	110	90	79	300	293	214	212	
177	12	11	6	4	32	30	16	11	
178	53	42	40	30	189	158	142	112	
179	729	752	578	600	743	739	589	589	
180	1 499	1 628	1 254	1 357	1 457	1 512	1 220	1 260	
181	10	10	5	5	21	20	10	10	
182	3 915	4 055	1 780	1 817	3 915	4 055	1 780	1 817	
183	662	697	304	324	884	943	406	438	
184	26	26	22	21	98	97	81	80	
185	46	41	29	26	96	95	62	61	
186	179	200	91	106	289	286	146	152	
187	15	19	3	4	90	112	18	27	
188	12	13	5	5	37	49	14	19	
189	125	87	73	45	284	233	167	119	
190	24	20	14	12	51	45	29	26	
191	67	60	40	33	222	242	131	135	

# ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΚΡΑΤΩΝ-ΜΕΛΩΝ ΚΑΤΑ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΤΟΥ ΠΟΥ ΚΑΙ ΕΠΙΠΕΔΟ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ

## **Αφρική**

**Αλγερία**-Υψηλό παιδικό, υψηλό ενηλίκων  
**Αγκόλα**-Υψηλό παιδικό, υψηλό ενηλίκων  
**Μπενίν**-Υψηλό παιδικό, υψηλό ενηλίκων  
**Μποτσουάνα**-Υψηλό παιδικό, πολύ υψηλό ενηλίκων  
**Μπουρκίνια Φάσο**-Υψηλό παιδικό, υψηλό ενηλίκων  
**Μπουρούντι**-Υψηλό παιδικό, πολύ υψηλό ενηλίκων  
**Καμερούν**-Υψηλό παιδικό, υψηλό ενηλίκων  
**Πράσινο Ακρωτήρι**-Υψηλό παιδικό, υψηλό ενηλίκων  
**Δημοκρατία Κεντρικής Αφρικής**-Υψηλό παιδικό, πολύ υψηλό ενηλίκων  
**Τσαντ-**Υψηλό παιδικό, υψηλό ενηλίκων  
**Κομόρες**-Υψηλό παιδικό, υψηλό ενηλίκων  
**Κονγκό**-Υψηλό παιδικό, πολύ υψηλό ενηλίκων  
**Ακτή Ελεφαντοστού**-Υψηλό παιδικό, πολύ υψηλό ενηλίκων  
**Δημοκρατία του Κονγκό**-Υψηλό παιδικό, πολύ υψηλό ενηλίκων  
**Ισημερινή Γουινέα**-Υψηλό παιδικό, υψηλό ενηλίκων  
**Ερυθραία**-Υψηλό παιδικό, πολύ υψηλό ενηλίκων  
**Αιθιοπία**-Υψηλό παιδικό, πολύ υψηλό ενηλίκων  
**Γκαμπόν**-Υψηλό παιδικό, υψηλό ενηλίκων  
**Γκάμπια**-Υψηλό παιδικό, υψηλό ενηλίκων  
**Γκανά**-Υψηλό παιδικό, υψηλό ενηλίκων  
**Γουινέα**-Υψηλό παιδικό, υψηλό ενηλίκων  
**Γουινέα Μπισάσου**-Υψηλό παιδικό, υψηλό ενηλίκων  
**Κένυα**-Υψηλό παιδικό, πολύ υψηλό ενηλίκων  
**Λεσότο**-Υψηλό παιδικό, πολύ υψηλό ενηλίκων  
**Λιβερία**-Υψηλό παιδικό, υψηλό ενηλίκων  
**Μαδαγασκάρη**-Υψηλό παιδικό, υψηλό ενηλίκων  
**Μαλάουι**-Υψηλό παιδικό, πολύ υψηλό ενηλίκων  
**Μάλι**-Υψηλό παιδικό, υψηλό ενηλίκων  
**Μαυριτανία**-Υψηλό παιδικό, υψηλό ενηλίκων  
**Μαυρίκιος**-Υψηλό παιδικό, υψηλό ενηλίκων  
**Μοζαρβίκη**-Υψηλό παιδικό, πολύ υψηλό ενηλίκων  
**Ναμίμπια**-Υψηλό παιδικό, πολύ υψηλό ενηλίκων  
**Νίγηρας**-Υψηλό παιδικό, υψηλό ενηλίκων  
**Νιγηρία**-Υψηλό παιδικό, υψηλό ενηλίκων

## **Ρουάντα**-Υψηλό παιδικό, πολύ υψηλό ενηλίκων

**Σάο Τόμε και Πρινσίπε**-Υψηλό παιδικό, υψηλό ενηλίκων

**Σενεγάλη**-Υψηλό παιδικό, υψηλό ενηλίκων

**Σεϋχέλλες**-Υψηλό παιδικό, υψηλό ενηλίκων

**Σιέρα Λεόνε**-Υψηλό παιδικό, υψηλό ενηλίκων

**Νότια Αφρική**-Υψηλό παιδικό, πολύ υψηλό ενηλίκων

**Σουαζιλάνδη**-Υψηλό παιδικό, πολύ υψηλό ενηλίκων

**Τόγκο**-Υψηλό παιδικό, υψηλό ενηλίκων

**Ουγκάντα**-Υψηλό παιδικό, πολύ υψηλό ενηλίκων

**Τανζανία, Ενωμένη Δημοκρατία**-Υψηλό παιδικό, πολύ υψηλό ενηλίκων

**Ζάμπια**-Υψηλό παιδικό, πολύ υψηλό ενηλίκων

**Ζιμπάπουε**-Υψηλό παιδικό, πολύ υψηλό ενηλίκων

## **Αμερική**

**Αντίγκουα και Μπαρμπούντα**-Χαμηλό παιδικό, χαμηλό ενηλίκων

**Αργεντινή**-Χαμηλό παιδικό, χαμηλό ενηλίκων

**Μπαχάμες**-Χαμηλό παιδικό, χαμηλό ενηλίκων

**Μπαρμπάντος**-Χαμηλό παιδικό, χαμηλό ενηλίκων

**Μπελίζ**-Χαμηλό παιδικό, χαμηλό ενηλίκων

**Βολιβία**-Υψηλό παιδικό, υψηλό ενηλίκων

**Βραζιλία**-Χαμηλό παιδικό, χαμηλό ενηλίκων

**Καναδάς**-Πολύ χαμηλό παιδικό, πολύ χαμηλό ενηλίκων

**Χιλή**-Χαμηλό παιδικό, χαμηλό ενηλίκων

**Κολομβία**-Χαμηλό παιδικό, χαμηλό ενηλίκων

**Κόστα Ρίκα**-Χαμηλό παιδικό, χαμηλό ενηλίκων

**Κούβα**-Πολύ χαμηλό παιδικό, πολύ χαμηλό ενηλίκων

**Ντομινίκα**-Χαμηλό παιδικό, χαμηλό ενηλίκων

**Δομινικανή Δημοκρατία**-Χαμηλό παιδικό, χαμηλό ενηλίκων

**Εκουαδόρ**-Υψηλό παιδικό, υψηλό ενηλίκων

**Ελ Σαλβαδόρ**-Χαμηλό παιδικό, χαμηλό ενηλίκων

**Γρεναδάς**-Χαμηλό παιδικό, χαμηλό ενηλίκων

**Γουατεμάλα**-Υψηλό παιδικό, υψηλό ενηλίκων

**Γουάνα**-Χαμηλό παιδικό, χαμηλό ενηλίκων

**Αϊτή**-Υψηλό παιδικό, υψηλό ενηλίκων

**Ονδούρα**-Χαμηλό παιδικό, χαμηλό ενηλίκων

**Τζαμάικα**-Χαμηλό παιδικό, χαμηλό ενηλίκων

**Μεξικό**-Χαμηλό παιδικό, χαμηλό ενηλίκων

**Νικαράγουα**-Υψηλό παιδικό, υψηλό ενηλίκων

**Πλαναμάς**-Χαμηλό παιδικό, χαμηλό ενηλίκων

**Παραγουάν**-Χαμηλό παιδικό, χαμηλό ενηλίκων

**Περού**-Υψηλό παιδικό, υψηλό ενηλίκων

**Σεντ Κίτς και Νέβις**-Χαμηλό παιδικό, χαμηλό ενηλίκων

κων

**Αγία Λουκία**-Χαμηλό παιδικό, χαμηλό ενηλίκων

**Άγιος Βικέντιος και Γρεναδίνες**-Χαμηλό παιδικό, χαμηλό ενηλίκων

**Σουρίναμ**-Χαμηλό παιδικό, χαμηλό ενηλίκων

**Τρινιδάτ και Τομπάγκο**-Χαμηλό παιδικό, χαμηλό ενηλίκων

**Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής**-Πολύ χαμηλό παιδικό, πολύ υψηλό ενηλίκων

**Ουρουγουάν**-Χαμηλό παιδικό, χαμηλό ενηλίκων

**Βενεζουέλα, Μπολιβαρική Δημοκρατία**-Χαμηλό παιδικό, χαμηλό ενηλίκων

## **Ανατολική Μεσόγειος**

**Αργανιστάν**-Υψηλό παιδικό, υψηλό ενηλίκων

**Μπαχρέιν**-Χαμηλό παιδικό, χαμηλό ενηλίκων

**Κύπρος**-Χαμηλό παιδικό, χαμηλό ενηλίκων

**Τσιμπουτή**-Υψηλό παιδικό, υψηλό ενηλίκων

**Αίγαυπτος**-Υψηλό παιδικό, υψηλό ενηλίκων

**Ιράν, Ισλαμική Δημοκρατία**-Χαμηλό παιδικό, χαμηλό ενηλίκων

**Ιράκ**-Υψηλό παιδικό, υψηλό ενηλίκων

**Ιορδανία**-Χαμηλό παιδικό, χαμηλό ενηλίκων

**Κουβέιτ**-Χαμηλό παιδικό, χαμηλό ενηλίκων

**Λίβανος**-Χαμηλό παιδικό, χαμηλό ενηλίκων

**Λίβυη, Αραβική Τζαμαχίρια**-Χαμηλό παιδικό, χαμηλό ενηλίκων

**Μαρόκο**-Υψηλό παιδικό, υψηλό ενηλίκων

**Ομάν**-Χαμηλό παιδικό, χαμηλό ενηλίκων

**Πακιστάν**-Υψηλό παιδικό, υψηλό ενηλίκων

**Κατάρ**-Υψηλό παιδικό, υψηλό ενηλίκων

**Σαουδινή Αραβία**-Υψηλό παιδικό, υψηλό ενηλίκων

**Σομαλία**-Υψηλό παιδικό, υψηλό ενηλίκων

**Σουδάν**-Υψηλό παιδικό, υψηλό ενηλίκων

**Σύρια, Αραβική Δημοκρατία**-Υψηλό παιδικό, υψηλό ενηλίκων

**Τυνησία**-Υψηλό παιδικό, υψηλό ενηλίκων

**Ηνωμένα Αραβικά Εμιράτα**-Υψηλό παιδικό, υψηλό ενηλίκων

**Υεμένη**-Υψηλό παιδικό, υψηλό ενηλίκων

## Ευρώπη

**Αλβανία**-Χαμηλό παιδικό, χαμηλό ενηλίκων

**Ανδόρρα**-Πολύ χαμηλό παιδικό, πολύ χαμηλό ενηλίκων

**Αρμενία**-Χαμηλό παιδικό, χαμηλό ενηλίκων

**Αυστρρία**-Πολύ χαμηλό παιδικό, πολύ χαμηλό ενηλίκων

**Αζερμπαϊτζάν**-Χαμηλό παιδικό, χαμηλό ενηλίκων

**Λευκορωσία**-Χαμηλό παιδικό, υψηλό ενηλίκων

**Βέλγιο**-Πολύ χαμηλό παιδικό, πολύ χαμηλό ενηλίκων

**Βοσνία και Ερζεγοβίνη**-Χαμηλό παιδικό, χαμηλό ενηλίκων

**Βουλγαρία**-Χαμηλό παιδικό, χαμηλό ενηλίκων

**Κροατία**-Πολύ χαμηλό παιδικό, πολύ χαμηλό ενηλίκων

**Τσεχία**-Πολύ χαμηλό παιδικό, πολύ χαμηλό ενηλίκων

**Δανία**-Πολύ χαμηλό παιδικό, πολύ χαμηλό ενηλίκων

**Εσθονία**-Χαμηλό παιδικό, υψηλό ενηλίκων

**Φινλανδία**-Πολύ χαμηλό παιδικό, χαμηλό ενηλίκων

**Γαλλία**-Πολύ χαμηλό παιδικό, πολύ χαμηλό ενηλίκων

**Γεωργία**-Χαμηλό παιδικό, χαμηλό ενηλίκων

**Γερμανία**-Πολύ χαμηλό παιδικό, πολύ χαμηλό ενηλίκων

**Ελλάδα**-Πολύ χαμηλό παιδικό, πολύ χαμηλό ενηλίκων

**Ουγγαρία**-Χαμηλό παιδικό, υψηλό ενηλίκων

**Ισλανδία**-Πολύ χαμηλό παιδικό, πολύ χαμηλό ενηλίκων

**Ιρλανδία**-Πολύ χαμηλό παιδικό, πολύ χαμηλό ενηλίκων

**Ισραήλ**-Πολύ χαμηλό παιδικό, πολύ χαμηλό ενηλίκων

**Ιταλία**-Πολύ χαμηλό παιδικό, πολύ χαμηλό ενηλίκων

**Καζακστάν**-Χαμηλό παιδικό, υψηλό ενηλίκων

**Κίργιστάν**-Χαμηλό παιδικό, χαμηλό ενηλίκων

**Λετονία**-Χαμηλό παιδικό, υψηλό ενηλίκων

**Λιθουανία**-Χαμηλό παιδικό, υψηλό ενηλίκων

**Λουξεμβούργο**-Πολύ χαμηλό παιδικό, πολύ χαμηλό ενηλίκων

**Μάλτα**-Πολύ χαμηλό παιδικό, πολύ χαμηλό ενηλίκων

**Μονακό**-Πολύ χαμηλό παιδικό, πολύ χαμηλό ενηλίκων

**Ολλανδία**-Πολύ χαμηλό παιδικό, πολύ χαμηλό ενηλίκων

**Νορβηγία**-Πολύ χαμηλό παιδικό, πολύ χαμηλό ενηλίκων

**Πολωνία**-Χαμηλό παιδικό, χαμηλό ενηλίκων

**Πορτογαλία**-Πολύ χαμηλό παιδικό, πολύ χαμηλό ενηλίκων

**Μολδαβία**-Χαμηλό παιδικό, υψηλό ενηλίκων

**Ρουμανία**-Χαμηλό παιδικό, χαμηλό ενηλίκων

**Ρωσική Ομοσπονδία**-Χαμηλό παιδικό, υψηλό ενηλίκων

**Σαν Μαρίνο**-Πολύ χαμηλό παιδικό, πολύ χαμηλό ενηλίκων

**Σλαβακία**-Χαμηλό παιδικό, χαμηλό ενηλίκων

**Σλοβενία**-Πολύ χαμηλό παιδικό, πολύ χαμηλό ενηλίκων

**Ισπανία**-Πολύ χαμηλό παιδικό, πολύ χαμηλό ενηλίκων

**Σουηδία**-Πολύ χαμηλό παιδικό, πολύ χαμηλό ενηλίκων

**Ελβετία**-Πολύ χαμηλό παιδικό, πολύ χαμηλό ενηλίκων

**Τατζικιστάν**-Χαμηλό παιδικό, χαμηλό ενηλίκων

**Πρώτη Γουγκοσλαβική Δημοκρατία της Μακεδονίας**-Χαμηλό παιδικό, χαμηλό ενηλίκων

**Τουρκία**-Χαμηλό παιδικό, χαμηλό ενηλίκων

**Τουρκμενιστάν**-Χαμηλό παιδικό, χαμηλό ενηλίκων

**Ουκρανία**-Χαμηλό παιδικό, υψηλό ενηλίκων

**Ηνωμένο Βασίλειο**-Πολύ χαμηλό παιδικό, πολύ χαμηλό ενηλίκων

**Ουζμπεκιστάν**-Χαμηλό παιδικό, χαμηλό ενηλίκων

**Γιουγκοσλαβία**-Χαμηλό παιδικό, χαμηλό ενηλίκων

## Νοτιο-Ανατολική Ασία

**Μπαγκλαντές**-Υψηλό παιδικό, υψηλό ενηλίκων

**Μπουτάν**-Υψηλό παιδικό, υψηλό ενηλίκων

**Κορέα, Λαϊκή Δημοκρατία**-Υψηλό παιδικό, υψηλό ενηλίκων

**Ινδία**-Υψηλό παιδικό, υψηλό ενηλίκων

**Ινδονησία**-Χαμηλό παιδικό, χαμηλό ενηλίκων

**Μαλδίβες**-Υψηλό παιδικό, υψηλό ενηλίκων

**Μιανμάρ**-Υψηλό παιδικό, υψηλό ενηλίκων

**Νεπάλ**-Υψηλό παιδικό, υψηλό ενηλίκων

**Σρι Λάνκα**-Χαμηλό παιδικό, χαμηλό ενηλίκων

**Ταϊλάνδη**-Χαμηλό παιδικό, χαμηλό ενηλίκων

## Δυτικός Ειρηνικός

**Αυστραλία**-Πολύ χαμηλό παιδικό, πολύ χαμηλό ενηλίκων

**Μπρωνένη Νταρουσαλάμ**-Πολύ χαμηλό παιδικό, πολύ χαμηλό ενηλίκων

**Καμπότζη**-Χαμηλό παιδικό, χαμηλό ενηλίκων

**Κίνα**-Χαμηλό παιδικό, χαμηλό ενηλίκων

**Νησοί Κουκ**-Χαμηλό παιδικό, χαμηλό ενηλίκων

**Φίνλανδη**-Χαμηλό παιδικό, χαμηλό ενηλίκων

**Ιανωνία**-Πολύ χαμηλό παιδικό, πολύ χαμηλό ενηλίκων

**Κιριμπάτη**-Χαμηλό παιδικό, χαμηλό ενηλίκων

**Λαός, Λαϊκή Δημοκρατία**-Χαμηλό παιδικό, χαμηλό ενηλίκων

**Μαλαισία**-Χαμηλό παιδικό, χαμηλό ενηλίκων

**Νήσοι Μάρσαλ**-Χαμηλό παιδικό, χαμηλό ενηλίκων

**Μικρονησία, Ομόσπονδες Πολιτείες**-Χαμηλό παιδικό, χαμηλό ενηλίκων

**Μογγολία**-Χαμηλό παιδικό, χαμηλό ενηλίκων

**Ναούρου**-Χαμηλό παιδικό, χαμηλό ενηλίκων

**Νέα Ζηλανδία**-Πολύ χαμηλό παιδικό, πολύ χαμηλό ενηλίκων

**Νιούε**-Χαμηλό παιδικό, χαμηλό ενηλίκων

**Παλάου**-Χαμηλό παιδικό, χαμηλό ενηλίκων

**Παπούα Νέα Γουινέα**-Χαμηλό παιδικό, χαμηλό ενηλίκων

**Φιλιππίνες**-Χαμηλό παιδικό, χαμηλό ενηλίκων

**Δημοκρατία της Κορέας**-Χαμηλό παιδικό, χαμηλό ενηλίκων

**Σαμόρα**-Χαμηλό παιδικό, χαμηλό ενηλίκων

**Σιγκαπούρη**-Πολύ χαμηλό παιδικό, πολύ χαμηλό ενηλίκων

**Τόνγκα**-Χαμηλό παιδικό, χαμηλό ενηλίκων

**Τουβαλού**-Χαμηλό παιδικό, χαμηλό ενηλίκων

**Βανουάτου**-Χαμηλό παιδικό, χαμηλό ενηλίκων

**Βιετνάμ**-Χαμηλό παιδικό, χαμηλό ενηλίκων

## ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ

Οι κύριοι συγγραφείς αυτής της έκθεσης ήταν οι: Rangaswamy Srinivasa Murthy (Διευθυντής Σύνταξης), Jose Manoel Bertolote, JoAnne Epping-Jordan, Michelle Funk, Thomson Prentice, Benedetto Saraceno, Shekhar Saxena. Στην επιτροπή καθοδήγησης ήταν οι Susan Holk, Christopher Murray (πρόεδρος), Rangaswamy Srinivasa Murthy, Thomson Prentice, Benedetto Saraceno, Derek Yach.

Συνεργασίες έγιναν δεκτές με ευχαριστίες από τους: Gavin Andrews, Sarah Assamagan, Myron Belfer, Tom Bornemann, Meena Cabral de Mello, Somnath Chatterji, Daniel Chrisholm, Alex Cohen, Leon Eisenberg, David Goldberg, Steve Hyman, Arthur Kleinmann, Alan Lopez, Doris Ma Fat, Colin Mathers, Maristela Monteiro, Philip Musgrove, Norman Sartorius, Chitra Subramaniam, Naren Wig, Derek Yach.

Δεκτήκαμε πολύτιμη συνεισφορά από μια εσωτερική συμβουλευτική ομάδα και μια περιφερειακή ομάδα τα μέλη των οποίων αναφέρονται στις Ευχαριστίες. Πρόσθετη βοήθεια και συμβουλές προσφέρθηκαν από περιφερειακούς Διευθυντές, στελέχη στα κεντρικά γραφεία του ΠΟΥ και Συμβούλους της Γενικής Διευθύντριας.

Την έκθεση επιμελήθηκαν οι Angela Haden και Barbara Campanini. Την σύνταξη πινάκων και σχεδίων συντόνισε ο Michel Beusenberg. Τον συντονισμό για τη μετάφραση και την υπόλοιπη διοικητική υποστήριξη για την ομάδα της έκθεσης παρείχε η Shelagh Probst, με την βοήθεια της Pearl Harlley. Το ευρετήριο έγινε από τη Liza Furnival.

# ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

## **Συμβουλευτική Ομάδα Κεντρικής Διοίκησης**

Anarfi Asamoa-Baah  
Ruth Bonita  
Jane Ferguson  
Bill Kean  
Lorenzo Savioli  
Mark Szczeniowski  
Bedirhan Üstün  
Eva Wallstam

## **Περιφερειακές Συμβουλευτικές Ομάδες**

**AFRO**  
Jo Asare (Ghana)  
Florence Baingana (World Bank)  
Mariamo Barry (Guinea)  
Mohammed Belhocine (AFRO)  
Tecla Butau (AFRO)  
Fidelis Chikara (Zimbabwe)  
Joseph Delafosse (Côte d'Ivoire)  
Fatoumata Diallo (AFRO)  
Melvin Freeman (South Africa)  
Geeneswar Gaya (Mauritius)  
Eric Grunitzky (Togo)  
Monar Gueye (Senegal)  
Mohammed Hacen (AFRO)  
Dia Houssenou (Mauritania)  
Baba Koumare (Mali)  
Itzack Levav (Israel)  
Mapunza-ma-Mamiezi (Democratic Republic of the Congo)  
Custodia Mandlhate (AFRO)  
Elisabeth Matare (WFMH)  
Ana Paula Mogne (Mozambique)  
Patrick Msoni (Zambia)  
Mercy Ngoweha (Zimbabwe)  
Felicien N'tone Enime (Cameroon)  
Olabisi Odejide (Nigeria)  
David Okello (AFRO)  
Michel Olatuwara (Nigeria)  
Brian Robertson (South Africa)  
Bokar Toure (AFRO)

**AMRO**  
Jose Miguel Caldas De Almeida (AMRO-PAHO)  
Rene Gonzales (Costa Rica)  
Matilde Maddaleno (AMRO-PAHO)  
Maria Elena Medina-Mora (Mexico)  
Claudio Miranda (AMRO-PAHO)  
Winnifred Mitchel-Frable (USA)  
Grayson Norquist (USA)  
Juan Ramos (USA)  
Darrel Regier (USA)  
Jorge Rodriguez (Guatemala)  
Heather Stuart (Canada)  
Charles Thesiger (Jamaica)  
Benjamin Vincente (Chile)

## **EMRO** Youssef Abdulghani (Saudi Arabia)

Ahmed Abdullatif (EMRO)  
Fouad Antoun (Lebanon)  
Ahmed Abou El Azayem (Egypt)  
Mahmoud Abou Dannoun (Jordan)  
Abdullah El Eryani (Yemen)  
Zohier Hallaj (EMRO)  
Ramez Mahaini (EMRO)  
Abdel Masih Khalaf (Syria)  
Abdelhay Mechbal (EMRO)  
Ahmed Mohit (EMRO)  
Driss Moussaoui (Morocco)  
Malik Mubbashar (Pakistan)  
Mounira Nabli (Tunisia)  
Ayad Nouri (Iraq)  
Ahmad Okasha (Egypt)  
Omar Shaheen (Egypt)  
Davoud Shahmohammadi (Iran, Islamic Republic of)  
Gihan Tawile (EMRO)

## **EURO**

Fritz Henn (Germany)  
Clemens Hosman (Netherlands)  
Maria Kopp (Hungary)  
Valery Krasnov (Russia)  
Ulrik Malt (Norway)  
Wolfgang Rutz (EURO)  
Danuta Wasserman (Sweden)

## **SEARO**

Nazmul Ahsan (Bangladesh)  
Somchai Chakrabhand (Thailand)  
Vijay Chandra (SEARO)  
Chencho Dorji (Bhutan)  
Kim Farley (WR-India)  
Mohan Issac (India)  
Nyoman Kumara Rai (SEARO)  
Sao Sai Lon (Myanmar)  
Rusdi Maslim (Indonesia)  
Nalaka Mendis (Sri Lanka)  
Imam Mochny (SEARO)  
Davinder Mohan (India)  
Satwat Ramaboot (SEARO)  
Diyanath Samarasinghe (Sri Lanka)  
Omaj Sutisnaputra (SEARO)  
Than Sein (SEARO)  
Kapil Dev Upadhyaya (Nepal)

## **WPRO**

Abdul Aziz Abdullah (Malaysia)  
Iokapeta Enoka (Samoa)  
Gauden Galea (WPRO)  
Helen Herrman (Australia)  
Lourdes Ignacio (Philippines)  
Linda Milan (WPRO)  
Masato Nakuchi (WPRO)  
Masahisa Nishizono (Japan)  
Bou-Yong Rhi (Republic of Korea)  
Shen Yucun (China)  
Nguyen Viet (Viet Nam)

## **Πρόσθετες συνεισφορές από τους:**

Sarah Assamagan (USA)  
José Ayuso-Mateos (WHO)  
Meena Cabral de Mello (WHO)  
Judy Chamberlain (USA)  
Carlos Climent (Colombia)  
John Cooper (UK)  
Bhargavi Davar (India)  
Vincent Dubois (Belgium)  
Alexandra Fleischmann (WHO)  
Alan Flisher (South Africa)  
Hamid Godhse (INCB)  
Zora Cazi Gotovac (Croatia)  
Gopalakrishna Gururaj (India)  
Rosanna de Guzman (Philippines)  
Nick Hether (UK)  
Rachel Jenkins (UK)  
Sylvia Kaaya (Tanzania)  
Martin Knapp (UK)  
Robert Kohn (USA)  
Julian Leff (UK)  
Margaret Leggot (Canada)  
Itzhak Levav (Israel)  
Felice Lieh Mak (Hong Kong)  
Ian Locjkhart (South Africa)  
Jana Lojanova (Slovakia)  
Crick Lund (UK)  
Pallav Maulik (WHO)  
Pat Mc Gorry (Australia)  
Maria Elena Medina Mora (Mexico)  
Brian Mishara (Denmark)  
Protima Murthy (India)  
Helen Nygren-Krugs (WHO)  
Kathryn O'Connell (WHO)  
Inge Peterson (South Africa)  
Leonid Prilipko (WHO)  
Lakshmi Ratnayake (Sri Lanka)  
Morton Silverman (USA)  
Tirupathi Srinivasan (India)  
Avdesh Sharma (India)  
Michele Tansella (Italy)  
Rangaswamy Thara (India)  
Graham Thornicroft (UK)  
Lakshmi Vijayakumar (India)  
Frank Voci (USA)  
Erica Wheeler (WHO)  
Harvey Whiteford (Australia)  
Sik Jun Young (Korea, Republic of)



Ο εκτιμόμενος αριθμός, παγκοσμίως, των ανθρώπων που πάσχουν από ψυχικές ή συμπεριφορικές διαταραχές, ή από ψυχοκοινωνικά προβλήματα όπως η εξάρτηση από το αλκοόλ και η ουσιοεξάρτηση, είναι 450 εκατομμύρια. Πολλοί από αυτούς υποφέρουν σιωπηλά. Πολλοί υποφέρουν μόνοι. Πολλοί δεν λαμβάνουν καμιά θεραπεία. Μεταξύ του πονού και της προσδοκίας για φρον πά, ορθώνονται τα φράγματα του σπίγματος, της προκατάληψης, της ντροπής και του αποκλεισμού.

Αφιερώνοντας την *Έκθεση για την Παγκόσμια Υγεία 2001* στην ψυχική υγεία, ο Π.Ο.Υ. δηλώνει ρητά και εμφατικά ότι -παραμελημένη επί μακρόν- είναι καθοριστική για την ευεξία των ατόμων, κοινωνιών και χωρών και ότι πρέπει να εκπιμπεί, παγκοσμίως, υπό αυτό το πρίσμα.

Η έκθεση είναι μια δημοσίευση ορόσημο που αποσκοπεί στην αξέσπιτη συνειδητοποίηση των επαγγελματιών και του κοινού, για την πραγματική επιβάρυνση των ψυχικών και συμπεριφορικών διαταραχών και του κόστους τους σε όρους ανθρώπινους, κοινωνικούς και οικονομικούς. Συγχρόνως αποσκοπεί στο γκρέμισμα πολλών από τα φράγματα που εμποδίζουν εκατομμύρια πασχόντων να λάβουν τη θεραπεία που χρειάζονται και δικαιούνται.

Ερχεται σε μια κρίσιμη περίοδο για την ψυχική υγεία παγκοσμίως. Ενας στους τέσσερις θα προσθληθεί από κάποια ψυχική διαταραχή, σε κάποια περίοδο της ζωής του. Η μείζων κατάθλιψη είναι η κύρια αιτία ανικανότητας και καταλαμβάνει την τέταρτη θέση στις δέκα νόσους με τη μεγαλύτερη επιβάρυνση στη δημόσια υγεία διεθνώς. Εάν οι προβολές επιβεβαιωθούν, στα επόμενα 20 χρόνια θα καταλαβεί τη δεύτερη θέση. Παγκοσμίως 70 εκατομμύρια άνθρωποι υποφέρουν από εξάρτηση από το αλκοόλ. Περίπου 50 εκατομμύρια παρουσιάζουν επιληψία και 24 εκατομμύρια σχιζοφρένεια. Εποικικά, 10 με 20 εκατομμύρια αποτελούνται να αιτιοτοπίζονται. Ενα εκατομμύριο από αυτούς αιτιοτοπίζονται, ανάμεσά τους και πολλοί νέοι.

Ευτυχώς η *Έκθεση για την Παγκόσμια Υγεία 2001* παρέχει μια νέα αντίληψη, που προσφέρει νέα ελπίδα στους πασχόντες, και προέρχεται από τον πλούτο της γνώσης που έχει συστηρευτεί, κυρίως τα τελευταία 50 χρόνια, για τον άνθρωπον εγκέφαλο και την αιτιολογία της ψυχικής διαταραχής. Η έκθεση αναφέρεται στην κατανόηση της αλληλεπίδρασης των γενετικών, βιολογικών, κοινωνικών και περιβαλλοντικών παραγόντων που συντελούν στην πράξη της ψυχικών και νευρολογικών διαταραχών καθώς και σφραγικών νόσων.

Αναφέρεται στην κατανόηση της σημαντικής αλληλεξάρτησης της ψυχικής και σωματικής υγείας και στην σύνθετη και καθοριστική επιρροή που αισκείται μεταξύ τους, και στην κατανόηση του γεγονότος ότι οι ψυχικές διαταραχές εμφανίζονται σε όλες τις χώρες και σε όλες τις κοινωνίες και τις περισσότερες φορές αντιμετωπίζονται αποτελεσματικά. Τέλος αναφέρεται στην καταλυτική επίδραση που έχει για τους πάσχοντες η προαναφέρομενη νέα αντίληψη.

Η έκθεση αποτελεί μια συνεκτική ανασκόπηση όσων γνωρίζουμε για την παρούσα και τη μελλοντική επιβάρυνση αυτών των διαταραχών, καθώς και των κύριων παραγόντων που συμβάλλουν στην εμφάνισή τους. Εξετάζει την αποτελεσματικότητα της πρόληψης, την διαθεσιμότητα της θεραπείας και τα εμπόδια προς αυτήν. Πραγματεύεται λεπτομερειακά τον σχεδιασμό και την παροχή υπηρεσιών και τέλος περιγράφει τις πολιτικές που πρέπει να αναληφθούν επειγόντως, για την αποτελεσματική και οριστική αντιμετώπιση του σπίγματος και των διακρίσεων, καθώς και για την θεσμοθέτηση και επαρκή χρηματοδότηση αποτελεσματικών μέτρων πρόληψης και θεραπείας.

Η έκθεση αποστέλλει ένα μήνυμα κυρίως σε αυτούς που έχουν την εξουσία της τρόπους, να κάνουν τη προαναφέρομενη πράξη. Πρωτίστως απειδύνεται στις κυβερνήσεις που αφείδουν να αναγνωρίσουν την ευθύνη τους για την ψυχική υγεία των πολιτών τους, στον ίδιο βαθμό με την ευθύνη που έχουν για τη σωματική τους υγεία. Το μήνυμα δεν απειδύνεται μόνο στους Υπουργούς Υγείας. Και άλλοι τομείς -μεταξύ των οποίων και η εκπαίδευση, η απασχόληση και η νομοθεσία- έχουν κύρια ευθύνη για την προσωρινή της ψυχικής υγείας. Είναι ένα μήνυμα που υπερβαίνει τις κυβερνήσεις απειδύνομενο και σε όλους εκείνους -στο δημόσιο και ιδιωτικό τομέα- που μπορούν να ασκήσουν μια θετική επιρροή. Τέλος είναι ένα μήνυμα που απειδύνεται σε όλους όσους παρουσιάζουν μια ψυχική ή συμπεριφορική διαταραχή και στις οικογένειες τους. Αυτό το μήνυμα εμπειρίζεται στον τίτλο της έκθεσης έχοντας στη διάθεσή μας τη νέα αντίληψη για την ψυχική υγεία, υπάρχει πράγματι νέα ελπίδα.



ΠΑΓΚΟΣΜΙΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΥΓΕΙΑΣ  
ΓΕΝΕΥΗ