

Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: Διάγνωση,
θεραπεία, πρόληψη ψυχιατρικών
διαταραχών

Κόλλιας Κωνσταντίνος
Αναπληρωτής Καθηγητής Ψυχιατρικής

Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

- Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αφορά στην αντιμετώπιση τριών ειδών περιστατικών: Τη διάγνωση-θεραπεία αρρώστων, την αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών και την άσκηση προληπτικής ιατρικής. Ουσιαστικά δηλαδή αφορά στην άσκηση ιατρικής πράξης, όχι μόνο πριν ο ασθενής οδηγηθεί στην εισαγωγή σε νοσοκομειακή μονάδα, αλλά και για να μην χρειαστεί να νοσηλευτεί. Σε παγκόσμιο επίπεδο τέθηκε ως προτεραιότητα με τη συνθήκη της Άλμα Άτα το 1978.
- Η πρωτοβάθμια φροντίδα καλύπτει τον κύριο όγκο πράξεων ιατροασφαλιστικής διαχείρισης του ασθενούς και της νόσου, ενώ η νοσοκομειακή έχει επεισοδιακό και ευκαιριακό χαρακτήρα.
- Η χώρα διαθέτει ένα από τα πυκνότερα δίκτυα υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (200 κέντρα υγείας, 350 σημεία των ασφαλιστικών οργανισμών και 100 περίπου της τοπικής αυτοδιοίκησης και άλλων φορέων) με δυνητικά πολλαπλές επιλογές στο επίπεδο του χρήστη.
- Η ΠΦΥ στην Ελλάδα παρέχεται από τα Κέντρα Υγείας, τα Περιφερειακά Ιατρεία, τα πολυϊατρεία του ΠΕΔΥ, τα ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα και τους ιδιώτες γιατρούς. Στην ΠΦΥ συγκαταλέγονται και η πρωτοβάθμια ψυχιατρική περίθαλψη και η οδοντιατρική κάλυψη. Ιατρεία γειτονιάς (2015) πιλωτικά σε 50 δήμους. Οικογενειακός ιατρός υποχρεωτικά για πολίτες

ΠΦΥ στην Ψυχιατρική

- Πρόληψη παιδοψυχιατρικών διαταραχών, επιλόχειας κατάθλιψης, δισεπίλυτου πένθους, κατανάλωσης οινόπνευματων
- Παρεμβάσεις στα σχολεία, ατομική συμβουλευτική γονέων
- Δευτεροβάθμια πρόληψη, καθώς συχνά επισκέπτονται γενικό ιατρό άτομα για σωματικό ή οργανικό πρόβλημα υγείας και δεν αναγνωρίζεται η ψυχιατρική διαταραχή τους. Για αυτό ανάπτυξη εκπαιδευτικών προγραμμάτων για βελτίωση ικανότητας αναγνώρισης και αντιμετώπισης ψυχικών διαταραχών στο πλαίσιο της ΠΦΥ- για αυτό εκπαίδευση ειδικών, διαμόρφωση εκπαιδευτικού υλικού, εκστρατείες ενημέρωσης κοινού

Πρωτοβάθμια περίθαλψη ψυχικής υγείας:

- Παροχή ιατρικών υπηρεσιών σε εξωτερική βάση (π.χ. εξωτερικά ιατρεία) και παρεμβάσεις στο επίπεδο της κοινότητας, τις οποίες παρέχουν οι κοινοτικές δομές

Νόμος 2716/1999:

- Έβαλε τα θεμέλια για ανάπτυξη και εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, «με βάση τις αρχές της τομεοποίησης, κοινοτικής ψυχιατρικής και εθελοντικής αρωγής της κοινότητας στην προαγωγή της ψυχικής υγείας»

Τομεοποίηση

- Ανάπτυξη Τομέων (sector, catchment areas ή secteurs), για παροχή πρωτοβάθμιας περίθαλψης ψυχικής υγείας σε επίπεδο κοινοτικών δομών, με υποστήριξή τους από Ψυχ. Τμ. Γεν. Νοσοκομείου ή Ψυχ. Νοσοκομείο ή από Πανεπιστημιακό Ψυχ. Νοσοκομείο ή Κλινική
- Τομείς: για το νομό Αττικής έντεκα ΤΟ.Ψ.Υ. (200.000 έως 400.000 κατοίκους), για την υπόλοιπη Ελλάδα 60

Με την τομεοποίηση επιδιώκεται:

- Γεωγραφική προσεγγισιμότητα των πληθυσμών στις διαθέσιμες υπηρεσίες
- Διαθεσιμότητα και ισότιμη παροχή των υπηρεσιών ανά περιοχή
- Ολοκληρωμένη παροχή υπηρεσιών (comprehensiveness)
- Συνέχεια στη φροντίδα (continuity of care)
- Διασύνδεση μεταξύ υπηρεσιών
- Δυνατότητα αξιολόγησής τους

Ψυχική Υγεία

- Ψυχική υγεία (κατά ΠΟΥ, 2011): «Κατάσταση ευεξίας, όπου το άτομο συνειδητοποιεί τις ικανότητές του, μπορεί να αντιμετωπίσει τα συνήθη άγχη της ζωής, μπορεί να εργασθεί παραγωγικά και αποτελεσματικά και είναι ικανό να συμβάλλει θετικά στην κοινωνία».
- Η ψυχική υγεία αποτελεί προϋπόθεση για τη σωματική υγεία.

Προαγωγή Ψυχικής Υγείας

- Θεωρείται σήμερα από τις πλέον σημαντικές προσπάθειες για τον περιορισμό της αύξησης των ψυχικών διαταραχών, συμβάλλοντας στην πρωτοβάθμια κυρίως αλλά και στη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια πρόληψη
- Στοχεύει όχι απλώς στην καταπολέμηση των παραγόντων κινδύνου αλλά κυρίως στην ενίσχυση των παραγόντων, οι οποίοι φαίνεται να σχετίζονται με την ενδυνάμωση και την προστασία της υγείας

ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΘΕΤΙΚΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

- α) σε γενικό πληθυσμό μέσω ανάπτυξης χαρακτηριστικών προσωπικότητας, (πχ ρεαλιστική αντιμετώπιση προβλημάτων-στρεσογόνων καταστάσεων, δυνατότητα ανεξάρτητης διαβίωσης, κατανόησης, συμπάθειας, άντλησης ευχαρίστησης από έρωτα, εργασία κλπ),
- β) με εκπαιδευτικές παρεμβάσεις σε ειδικές ομάδες (κληρικοί, εκπαιδευτικοί κλπ),
- γ) με προάσπιση ανθρωπίνων δικαιωμάτων, αποστιγματοποίηση,
- δ) με συνεργασία με κρατικούς φορείς, οικογενειακούς ιατρούς, κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας κλπ

ΠΨΥ και εκπαίδευση I

- Εκπαίδευση για ευαισθητοποίηση και ενίσχυση ψυχικής υγείας ατομικά και δημόσια
- Ατομικά, ενίσχυση ατομικών δεξιοτήτων και ικανοτήτων για αντιμετώπιση στρες.
- Σε δημόσιο επίπεδο: 1) Ευαισθητοποίηση κοινοτικών φορέων-πολιτικών, δημοσιογράφων, νομικών, αξιωματικών στρατού-αστυνομίας-κληρικών, εκπαιδευτικών, άλλων επαγγελματιών, που έρχονται σε επαφή με το κοινό, με σειρά οργανωμένων εκπαιδευτικών σεμιναρίων από ειδικούς της ψυχικής υγείας. Μέσω της ευαισθητοποίησης αυτής μπορούν να συμβάλλουν στη διαμόρφωση κοινωνικο-πολιτικών θεσμών και πολιτικών υγείας, που σχετίζονται θετικά με την ψυχική υγεία, μπορεί να μεταβάλει τις στάσεις (attitudes) έναντι της ψυχικής νόσου, με συνέπεια τη μείωση του στιγματισμού και τη δημιουργία αποτελεσματικών υπηρεσιών στήριξης των ψυχικά πασχόντων, των οικογενειών και των φροντιστών τους, όπως αποκαταστασιακών δομών στην κοινότητα, ξενώνων, συλλόγων συγγενών κλπ. Επίσης, η ευαισθητοποίησή τους συμβάλλει στην ευαισθητοποίηση του κοινού, απευθείας από τους ίδιους ή μέσω των μέσων μαζικής ενημέρωσης, με συνέπεια την ενίσχυση των κοινωνικών υποστηρικτικών δικτύων, την προστασία του φυσικού περιβάλλοντος, την ενδυνάμωση των παραγόντων που σχετίζονται με βελτίωση της ψυχικής υγείας

ΠΨΥ και εκπαίδευση II

- 2) Εκπαίδευση των γιατρών και επαγγελματιών υγείας για απόκτηση γνώσης για εγκαίρη διάγνωση, αποτελεσματική αντιμετώπιση συνήθων ψυχικών διαταραχών. Επί παραδείγματι, για κατάθλιψη, που είναι από τις συνηθέστερες ψυχιατρικές διαταραχές, η εκπαίδευση των γενικών γιατρών για την πρωταρχική αναγνώριση, αντιμετώπισή, αποστιγματοποίησή της και εν συνεχεία την παραπομπή των ασθενών σε ειδικές υπηρεσίες, με διακριτικότητα, είναι υψίστης σημασίας. Επίσης, οι επαγγελματίες υγείας μέσω της εκπαίδευσής τους μπορούν να συμβάλλουν σε μια αρχική ψυχοεκπαίδευση των ασθενών. Εκπαίδευσή των επαγγελματιών υγείας στην ανάπτυξη δεξιοτήτων για την ενίσχυση των ψυχικών δυνάμεων όχι μόνο των ψυχικά πασχόντων αλλά και των σωματικά πασχόντων, για ορθολογική αντίληψη και αποδοχή των προβλημάτων της νόσου, αντιμετώπιση αισθημάτων μειονεξίας, φόβου, αβοηθητότητας.

ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΠΡΩΙΜΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΕ ΠΡΟΛΗΨΗ

- **Γενετική ψυχιατρική.**
- **Πρώιμες παρεμβάσεις σε ψύχωση** (πρόδρομη φάση, πρώτο ψυχωσικό επεισόδιο, μικρός χρόνος μη θεραπευόμενης ψύχωσης (duration of untreated psychosis –DUP)).
- **Υπο-ουδική κατάθλιψη** (τουλάχιστον για 2 βδομάδες καταθλιπτικά συμπτώματα αλλά όχι πλήρη διαγνωστικά κριτήρια μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής ή δυσθυμίας) – επίπτωση 10-24% - μέρος του συνεχούς των καταθλιπτικών διαταραχών-κίνδυνος ανάπτυξης μείζονος κατάθλιψης στο μέλλον

Μοντέλο κλινικής σταδιοποίησης για βελτίωση έκβασης πρώτου ψυχωσικού επεισοδίου

- 23.000.000 άνθρωποι με ψύχωση
- Μοντέλο κλινικών σταδίων για πρόληψη-αντιμετώπιση
- Στάδιο 0: Πρωτοβάθμια επιλεκτική (Selective) πρόληψη σε ασυμπτωματικές υποομάδες
- Στάδιο 1: Πρωτοβάθμια παρέμβαση σε κλινικά υψηλού κινδύνου για ψύχωση ομάδες
- Στάδιο 2: Στρατηγικές πρώιμης παρέμβασης και δευτεροβάθμιας πρόληψης στο χρόνο ενός πρώτου ψυχωσικού επεισοδίου (μείωση DUP, βελτίωση απάντησης στη θεραπεία, αύξηση ικανοποίησης ασθενούς από θεραπεία, μείωση χρήσης ουσιών, πρόληψη υποτροπών)
- Στάδιο 3: Πρώιμη παρέμβαση και τριτοβάθμια πρόληψη σε μη πλήρη ύφεση του επεισοδίου (ανθεκτικότητα στη θεραπεία, βελτίωση ποιότητας ζωής, κοινωνικών δεξιοτήτων, μείωση επιβάρυνσης, θεραπεία συνοσηρότητας, πρόληψη πολλαπλών υποτροπών και εξέλιξης της νόσου)

TIPS

- Τις τελευταίες δεκαετίες αυξανόμενο ενδιαφέρον για πρώιμη ανίχνευση και παρέμβαση σε πρώτο ψυχωσικό επεισόδιο, (FEP). Με τα χρόνια τέθηκε το ερώτημα αν η πρώιμη ανίχνευση της ψύχωσης θα μπορούσε να βελτιώσει την πρόγνωση της. Ίσως η εφαρμογή υπαρχουσών θεραπειών για τη σχιζοφρένεια θα μπορούσε να μειώσει ή να ελαττώσει την επιδείνωση (McGlashan & Johannessen, 1996).
- Η Scandinavian early Treatment and Intervention in Psychosis Study (TIPS) (Νορβηγία, Δανία) δημιούργησε ένα πρόγραμμα πρώιμης ανίχνευσης της ψύχωσης που είχε στόχο τη μείωση του χρόνου μη θεραπευόμενης ψύχωσης (duration of untreated psychosis - DUP) μέσω ομάδων πρώιμης ανίχνευσης και εντατικών εκστρατειών πληροφόρησης. Το πρόγραμμα διήρκεσε για πάνω από 17 χρόνια. Συγκρίθηκε από το 1997 έως το 2000 η περιοχή όπου ασκούνταν το πρόγραμμα αυτό με περιοχή όπου δεν ασκούνταν. Στην περιοχή όπου ασκούνταν η DUP μειώθηκε από 26 σε 4.5 βδομάδες, ενώ στην άλλη περιοχή ήταν 16 βδομάδες.

Αποτελέσματα TIPS

- Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι καλά σχεδιασμένα και πολυεπίπεδα προγράμματα εκστρατειών πληροφόρησης επαναλαμβανόμενα σε τακτική βάση για το γενικό πληθυσμό και σε πληθυσμούς στόχους (πχ GPs, οικογένειες, δασκάλους, μαθητές γυμνασίου-λυκείου) είναι σημαντικά συστατικά για ανίχνευση ασθενών με FEP σε πρώιμη φάση της νόσου
- Ασθενείς από την περιοχή που εφαρμόσθηκε το πρόγραμμα είχαν στατιστικά σημαντικό χαμηλότερο επίπεδο συνολικών συμπτωμάτων, λιγότερη αυτοκτονική συμπεριφορά κατά την ένταξη στη μελέτη, ηπιώτερα αρνητικά συμπτώματα στο χρόνο και ηπιώτερα αρνητικά και γνωσιακά στα δύο και πέντε χρόνια follow up και το καλύτερο αποτέλεσμα για τους ασθενείς συντηρήθηκε και 10 χρόνια μετά με ένα στατιστικά σημαντικό υψηλότερο βαθμό ανάνηψης (recovery rate) (OR > 2.5).

Ορισμοί ψυχικής κατάστασης σε κίνδυνο

- **McGorry και Singh, 1995: «ψυχική κατάσταση σε κίνδυνο» (“at risk mental state” - ARMS):** Κλινική εικόνα, η οποία χαρακτηρίζεται από χαμηλής έντασης και διαφοροδιαγνωστικής σημασίας συμπτώματα και σημεία, η οποία δεν συνοδεύεται οπωσδήποτε από ψυχωσική συνδρομή
- Αποτελεί **state**, με κίνδυνο έναρξης ψύχωσης γρήγορα (εντός δυετίας) και **όχι trait** παράγοντα κινδύνου

Ορισμός προδρομικής ψυχωσικής συνδρομής

- **Προδρομική ψυχωσική συνδρομή:** Κλινική εικόνα, η οποία χαρακτηρίζεται από χαμηλής έντασης και διαφοροδιαγνωστικής σημασίας συμπτώματα και σημεία, τα οποία προηγούνται του πρώτου ψυχωσικού επεισοδίου, η οποία συνοδεύεται οπωσδήποτε από ψυχωσική συνδρομή
- Η διάγνωση «προδρομική ψυχωσική συνδρομή» τίθεται αναδρομικά, μετά την εκδήλωση του πρώτου ψυχωσικού επεισοδίου
- Κλινικό ανάλογο: προδρομική συνδρομή ιλαράς → βήχας, ρινική καταρροή (μη ειδικές εκδηλώσεις), στοματικές κηλίδες Koplick (εξειδικευμένη εκδήλωση)

Προσέγγιση Εξαιρετικά υψηλού κινδύνου (Ultra High Risk Approach)

- Στρατηγική Πλησιάσματος (close-in strategy):
- Η στρατηγική αυτή έχει δύο φάσεις
- Πρώτα επιλέγονται περιστατικά αυξημένου κινδύνου, (πχ άτομα, τα οποία εκτιμήθηκαν ως UHR από ενημερωμένους κλινικούς σε πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας, άτομα σε ηλικία μέγιστου κινδύνου (14-30 ετών) ή με συγγενείς πρώτου βαθμού με ψύχωση).
- Μετά επιλέγονται από αυτά τα περιστατικά για παρακολούθηση όσα πληρούν κριτήρια λίκαν υψηλού κινδύνου, με χρήση ψυχομετρικών εργαλείων, προκειμένου να διαπιστωθεί το ποσοστό των ατόμων, το οποίο τελικά εκδηλώνει ψυχωσική διαταραχή.
- Υπόθεση ότι ο κίνδυνος ανοίγματος προς ψύχωση είναι άμεσος (1-2 χρόνια)
- Πράγματι, εκδήλωση ψυχωσικής συνδρομής όχι σε όλους αλλά για το πρώτο έτος, σε ποσοστό 10-50% (200-1000 φορές μεγαλύτερος κίνδυνος από του γενικού πληθυσμού)

Μονάδες έγκαιρης παρέμβασης στην Ψύχωση

- Νέο ΦΕΚ – αλλαγή φιλοσοφίας-μετατόπιση ενδιαφέροντος προς τα πρώτα πέντε χρόνια από την εμφάνιση πρώτου ψυχωσικού επεισοδίου και στις πρόδρομες ψυχωσικές καταστάσεις
- Μονάδες σε όλη την Ελλάδα με πρωταρχική τη Μονάδα του Αιγινητείου στην Πειραιώς
- Έγκριση χρηματοδότησης των μονάδων – προσλήψεις προσωπικού – δημιουργία guidelines για τις μονάδες (πχ <http://psych.gr/kateythyntiries-odigies-gia-tis-monades-egkairis-paremvasis-stin-psychoxi/> στο site της ΕΨΕ)

Ψύχωση

- Ψυχιατρική κατάσταση, στην οποία μπορεί να υπάρχει:
- -σοβαρή διαταραχή της σκέψης (παραλήρημα)
- -της αντίληψης (ψευδαισθήσεις)
- -απώλεια του ελέγχου της πραγματικότητας
- -έλλειψη επίγνωσης από το άτομο της κατάστασης του (έλλειψη εναισθησίας)
- -ασυνήθιστη ή διαταραγμένη συμπεριφορά
- -έκπτωση στην επαγγελματική και κοινωνική λειτουργικότητα
- -δυσλειτουργία στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής του

Είδη ψυχωσικών συνδρομών ή διαταραχών

- Βραχεία ψυχωσική διαταραχή
- Σχιζοφρενικόμορφη διαταραχή
- Σχιζοφρένεια
- Σχιζοσυναισθηματική διαταραχή
- Παραληρητική διαταραχή
- Διπολική διαταραχή ή μανιοκατάθλιψη
- Κατάθλιψη με ψυχωσικά στοιχεία
- Οργανικά ψυχοσύνδρομα

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

Διαταραχές της σκέψης

Διαταραχές της αντίληψης

Διαταραχές του συναισθήματος

Διαταραχές της βούλησης και της ψυχοκινητικότητας

Διαταραχές στις άλλες λειτουργίες (μνήμη, προσοχή)

Διαταραχές ειδικής προέλευσης

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΣΚΕΨΗΣ

Α) Διαταραχές στη δομή και οργάνωση της σκέψης

Χάλαση συνειρμών, ασάφεια-αοριστία, ιδεόρροια – ιδεοφυγή
Αποσυγκεκριμενοποιημένος, κατ' εφ'απτομένη, ατέρμων, συμβολικός λόγος
Εμμονές, επαναλήψεις
Εκτροχιασμός λόγου, νεολογισμοί, ασχετολογία, μωρολογία
Σαλάτα λέξεων

Β) Διαταραχές στη ροή της σκέψης

Ανακοπή (όχι αναστολή-κατάθλιψη)

Γ) Διαταραχές στον έλεγχο και κατοχή

Υποκλοπή σκέψης
Παρεμβολή ξένων σκέψεων
Ηχηρές, εκπεμπόμενες σκέψεις

Δ) Διαταραχές περιεχομένου σκέψης

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟΥ ΣΚΕΨΗΣ

Παραληρητικές ιδέες

διωκτικές, μεγαλείου, υποχονδριακές, αποκαλυπτικές,
ερωτομανιακές, ζηλοτυπικές

Σύνδρομα παραληρητικών παραγνωρίσεων:

Capgrass, Fregoli, σωματοψυχικής μεταμόρφωσης, υποκειμενικού σωσίου

Οι παραληρητικές ιδέες ως **πρωτογενές**
ή αυτόχθων **παραλήρημα**
ή **δευτερογενές**
ή επεξηγηματικό

Ιδέες αυτοαναφοράς ή συσχέτισης

Ιδέες παθητικότητας ή επίδρασης

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΑΝΤΙΛΗΨΗΣ

Ψευδαισθήσεις:

Ακουστικές, οπτικές, απτικές, οσφρητικές, γευστικές

Παραισθήσεις

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΟΣ

Αμφιθυμία

Συναισθηματική δυσαρμονία

Συναισθηματική έκπτωση (αδιαφορία, απάθεια)

Άλλες συναισθηματικές διαταραχές

(κατάθλιψη, ευφορία, άγχος, αμηχανία, συναισθηματική ακαμψία,
αποπρωσοποίηση/αποπραγματοποίηση)

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΒΟΥΛΗΣΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ

Αβουλησία-αμφιβουλησία Κατατονικά συμπτώματα:

Θέση-στάση σώματος
(στερεότυπες θέσεις, στάσεις, κηρώδης ευκαμψία-προκλητή υποβολιμότητας)

Ομιλία
(ηχωλαλία, αλαλία, στερεότυπες επαναλήψεις)
Εκφραστικότητα προσώπου
(ανέκφραστο πρόσωπο, υποκινητικό βλέμμα,
μορφασμοί-συνοφρυώσεις, κινήσεις χειλέων κ.λ.π.)

Κίνηση
(αυτόματη συμμόρφωση, μίμηση, άσκοπες επαναλήψεις,
αμφιταλάντευση, ανακοπές κίνησης, γελοιογραφικές συμπεριφορές)

Διαταραχές στο σύνολο της ψυχοκινητικότητας:

Κατατονική εμβροντησία (stupor)

Κατατονική διέγερση

Παρορμητικές πράξεις

Αρνητισμός

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΑΠΟ ΑΛΛΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ

A) Μνήμης (δευτεροπαθείς):

Εκμνησίες

Παραμνησίες

B) Προσοχής:

Αδυναμία συγκέντρωσης

Ευμεταβλητότητα

Συρρίκνωση

Γ) Συνείδησης:

Ψευδοσυγχυτική εικόνα

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ DSM-V ΓΙΑ ΤΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

- Α. Χαρακτηριστικά συμπτώματα: Δύο ή περισσότερα από τα ακόλουθα, το καθένα από τα οποία είναι παρόν επί αρκετό χρόνο κατά τη διάρκεια ενός μηνός (ή λιγότερο αν αντιμετωπίστηκε επιτυχώς). Τουλάχιστον ένα από αυτά είναι (1), (2) ή (3).

(1) Παραληρητικές ιδέες, (2) Ψευδαισθήσεις, (3) Αποδιοργάνωση του λόγου, (4) Έντονα αποδιοργανωμένη ή κατατονική συμπεριφορά, (5) Αρνητικά συμπτώματα (πχ συναισθηματική επιπέδωση ή αβουλησία)
- Β. Για σημαντικό χρόνο από έναρξη διαταραχής κατώτερο επίπεδο λειτουργικότητας και πριν την έναρξη σε έναν ή περισσότερους τομείς λειτουργικότητας όπως η εργασία, οι διαπροσωπικές σχέσεις, αυτομέριμνα ή αποτυχία αναμενόμενων διαπροσωπικών, σχολικών κλπ επιτευγμάτων αν η έναρξη στην παιδική ηλικία
- Γ. Διάρκεια: Συνεχή σημεία της διαταραχής επιμένουν για τουλάχιστον 6 μήνες. Αυτή η περίοδος των 6 μηνών πρέπει να περιλαμβάνει τουλάχιστον 1 μήνα συμπτωμάτων (ή λιγότερο εφόσον αντιμετωπίστηκαν επιτυχώς) που πληρούν το κριτήριο Α (ενεργός φάση) και μπορεί να περιλαμβάνει περιόδους με πρόδρομα ή υπολειμματικά συμπτώματα. Κατά τη διάρκεια της πρόδρομης ή της υπολειμματικής φάσης, η διαταραχή μπορεί να εκδηλώνεται μόνο με αρνητικά συμπτώματα ή με δύο ή περισσότερα συμπτώματα που συγκαταλέγονται στο κριτήριο Α, αλλά σε εξασθενημένη μορφή (π.χ. παράδοξες πεποιθήσεις, ασυνήθη αντιληπτικά βιώματα).
- Δ. Αποκλεισμός σχιζοσυναισθηματικής διαταραχής και διαταραχή της διάθεσης
- Ε. Αποκλεισμός επίδρασης ουσιών / σωματικής νόσου
- ΣΤ. Σχέση με διάχυτη αναπτυξιακή διαταραχή: Αν υπάρχει ιστορικό διαταραχής αυτιστικού φάσματος ή διαταραχή επικοινωνίας, η επιπρόσθετη διάγνωση της σχιζοφρένειας τίθεται μόνο αν υπάρχουν επίσης προεξάρχουσες παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις για τουλάχιστον ένα μήνα (ή λιγότερο αν αντιμετωπίστηκαν επιτυχώς).

Φαρμακοθεραπεία: αντιψυχωσικοί παράγοντες

- Κλασικοί
 - Αποκλεισμός των D_2 υποδοχέων
 - Μη ειδικοί για τη mesolimbic area
 - Μικρή συγγένεια για τους $5-HT_2$ υποδοχείς
- Άτυποι
 - Αποκλεισμός των D_2 υποδοχέων
 - Πιο ειδικοί για τη mesolimbic area έναντι των βασικών γαγγλίων
 - Αποκλεισμός των $5-HT_2$ υποδοχέων
 - Δράσεις σε άλλους υποδοχείς

Αντιψυχωσικά ή μείζονα ηρεμιστικά I (ντοπαμινεργικοί ανταγωνιστές)

- **Κλασικά αντιψυχωσικά (ή νευροληπτικά)-1ης γενιάς αντιψυχωσικά** (συγγενείς χημικές ενώσεις με αλκαλοειδή ραουβόλφιας-ρεσερπίνη)
 - 1) **Φαινοθειαζίνες** (φαινοθειαζινικός πυρήνας τριπλού δακτυλίου-διαφέρουν ως προς τις πλευρικές αλυσίδες, οι οποίες συνδέονται με άτομο αζώτου στο μέσο δακτύλιο)

α) Αλειφατικές

Χλωροπρομαζίνη (Largactil), 200-600mg/ημέρα

Λεβοπρομαζίνη (Nozinan 50-160mg/ημ, amp Tisercin),

Προμαζίνη (Sparine)

β) Πιπεριδινικές

Θειοριδαζίνη (Melleril), 200-600mg/ημ

γ) Πιπεραζινικές

Τριφθοριοπεραζίνη (Stelazine), 5-40mg/ημ

Θειοπροπεραζίνη (Majeptil), 5-40mg/ημ

Αντιψυχωσικά ή μείζονα ηρεμιστικά II

Κλασικά αντιψυχωσικά (ή νευροληπτικά) (συνέχεια)

2) Βουτυροφαινόνες

(πχ Αλοπεριδόλη(Aloperidin),5-20mg/ημ, drops 2mg/ml, 10mg/ml (1 ml=20 σταγόνες), amp decanoate 150mg/3ml/2-4βδ~7.5mgPO)

Πιπαμπερόνη(Dipiperon),40-10mg/ημ

πενφλουριδόλη(Flupidol),20-60mg/βδ)

3) Θειοξανθένια (αντί για άζωτο, στο μέσο δακτύλιο των φαινοθειαζινών, ένα άτομο άνθρακα)

(πχ ζουκλοπενθιξόλη(Clorixol),50-400mg/ημ, οξαλοξική (acutard), 50-150mg/2-3ημ, Decanoate 50-100-200mg, 200-400mg/2-4βδ)

4)Βενζαμίδες

(πχ Σουλπιρίδη (Dogmatyl, 200-1600mg/ημ), Τιαπρίδη (Tiapridal))

5)Διφαινυλοβουτυλοπιπεριδίνες

(πχ Πιμοζίδη (Pirium, 4-20mg/ημ))

Αντιψυχωσικά ή μείζονα ηρεμιστικά III

Άτυπα αντιψυχωσικά-2ης γενιάς αντιψυχωσικά

- Κλοζαπίνη (Leponex) 300-600mg
- Ρισπεριδόνη (Risperdal) 4-6mg
- Ολανζαπίνη (Zyprexa) 10-20mg
- Κουετιαπίνη (Seroquel) 400-600mg
- Ζιπρασιδόνη (Geodon) 80-160mg
- Αριπιπραζόλη (Abilify) 10-30mg
- Αμισουλπιρίδη (Solian) 100-1200 (παραλλαγή σουλπριίδης (Dogmatyl))
- Σερτινδόλη (Serdolect), αποσύρθηκε

Θεραπεία με αντιψυχωσικά I

- Επισήμανση συμπτωμάτων στόχων (θετικά, αρνητικά κλπ)
- Επιλογή αποτελεσματικών φαρμάκων κατά το παρελθόν
- Προτίμηση μονοθεραπείας
- Πλέον, πάντα πρώτη επιλογή τα άτυπα
- Επιλογή αντιψυχωσικού σε **αρχική-οξεία φάση** με βάση συμπτώματα (πχ σε ανησυχία → φάρμακα με πιο κατασταλτική-υπνωτική δράση κλπ), ανεπιθύμητες ενέργειες (πχ σε απάθεια, απόσυρση αποφεύγονται τα κατασταλτικά, σε παχείς, επικίνδυνους για διαβήτη όσα προκαλούν αύξηση βάρους κλπ), μορφή σκευάσματος (πχ σε μη συμμόρφωση προτίμηση υγρής ή ταχείας απορρόφησης μορφής ή amp ή οξείκη ζουκλοπενθιζόλη σε αρχική-οξεία φάση/2-3 ημέρες – όχι παρατεταμένης αποδέσμευσης εξαρχής λόγω κινδύνου υπερευαισθησίας)
- Σε μη συμμόρφωση, επιθετικότητα, αυτοκαταστροφικότητα, σε αρχική-οξεία φάση, εξάρσεις → σκέψη για θεραπεία σε νοσηλεία
- Στην αρχική φάση, πρώτα χαμηλή δοσολογία-ιδίως αν προεξάρχει αρνητική συμπτωματολογία-αυξάνεις μέχρι ενδεικνυόμενη δόση ανταπόκρισης σε λίγες ημέρες-περιμένεις εκεί για 4-6 βδ-σε μη ανταπόκριση παραγωγικών αυξάνεις κατά 25-50%-πάλι περιμένεις 2-3 βδ-πάλι αυξάνεις μέχρι ανώτερη συνιστώμενη δόση ή αντικαθιστάς με φάρμακο άλλης οικογένειας ή αντικαθλ ή βενζο ή Li επιβοηθητικά (ιδίως εάν συνυπάρχει διαταραχή στο συναίσθημα)

Θεραπεία με αντιψυχωσικά II

- Αρχική δοσολογία οξείας φάσης - μετά χαμηλή δοσολογία συντήρησης
- Μετά ύφεση οξείας φάσης (σε 4 βδ περίπου, αφού βρεθεί η δόση ανταπόκρισης → μείωση δόσης σε 20-50% αρχικής ή λιγότερο (δόση συντήρησης). Έτσι για 6 μήνες τουλάχιστον. Αν μόνο 1-2 ψυχωσ επεισόδια, σταθερότητα → μείωση κατά 50% σε 3-6 μήνες. Με ίδιο ρυθμό μείωση 3 φορές. Σε στρες ^, 2-3 ψυχωσ επεισόδια → συνεχής χορήγηση. Εκτίμηση σε 4-5 χρόνια για μείωση. Καλή δόση συντήρησης 5mg Alopiperidin και τα ισοδύναμά της
- Σε μη συμμόρφωση, σκευάσματα μακράς δράσης σε συντήρηση IM
- Στην αρχική-οξεία φάση τα κλασσικά βοηθούν στο 25-50%, όμως καλή καταστολή, δράση σε +. Μαζί με αντιχολινεργικά
- Νεότερα (άτυπα) δρούν και σε -, διάθεσης, γνωσιακά, μειωμένες κινητικού τύπου παρενέργειες, καλύτερη πορεία μεγαλύτερου αριθμού ασθενών
- Ανθεκτικές μορφές → συνδυασμός ατύπων (πιο δοκιμασμένος ρισπεριδόνης και ολανζαπίνης) ή κλασσικού και ατύπου ή ΗΣΘ (κατατονικά, θετικά, συναισθηματική συμμετοχή, πρόσφατη έναρξη).
- Τέλος κλοζαπίνη (σε νοσηλεία) → ανταπόκριση 50-60% ανθεκτικών σε θεραπεία

ΜΕΘΟΔΟΙ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

- Προγράμματα ψυχοεκπαίδευσης
- Παρεμβάσεις σε οικογένειες
- Γνωσιακή- συμπεριφορική θεραπεία
- Διαχείριση περιστατικού (case management)
- Αυτοεπιβεβαιωτικές κοινωτικές θεραπείες (self-assertive community treatments)
- Θεραπεία συμμόρφωσης (Compliance therapy)

Σχήμα 3: Θεραπευτικός αλγόριθμος για ασθενείς α΄ ψυχωσικού επεισοδίου

- Συμφωνία επιλογής αντιψυχωσικού φαρμάκου με τον ασθενή και τον φροντιστή

-Εάν αυτό δεν είναι δυνατό:

Τιτλοποίηση στην ελάχιστη θεραπευτική δόση



Προσαρμογή της δοσολογίας σύμφωνα με την απάντηση και την ανοχή



Εκτίμηση του αποτελέσματος σε διάρκεια 6-8 εβδομάδων



Αποτελεσματική παρέμβαση	Μη αποτελεσματική παρέμβαση	Μη ανοχή ή φτωχή συμμόρφωση
▼	▼	▼
<ul style="list-style-type: none">• Συνέχιση της αγωγής στην αποτελεσματική δοσολογία	<ul style="list-style-type: none">• Αλλαγή φαρμάκου με την ίδια παραπάνω διαδικασία	<ul style="list-style-type: none">• Σε μη-συμμόρφωση οφειλόμενη σε μη-ανοχή αλλάζουμε το φάρμακο
	<ul style="list-style-type: none">• Επιλογή άλλου άτυπου αντιψυχωσικού ή κλασσικού αντιψυχωσικού	<ul style="list-style-type: none">• Σε μη συμμόρφωση οφειλόμενη σε άλλους λόγους αλλάζουμε το φάρμακο σε ενέσιμο μορφή βραδείας αποδέσμευσης με παράλληλη ψυχοεκπαιδευτική παρέμβαση



Μη αποτελεσματική παρέμβαση



Χορήγηση κλοζαπίνης

Κατευθυντήριες Οδηγίες Γενικής Ιατρικής για τη διαχείριση συχνών νοσημάτων στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

16/03/2017

«Ανάπτυξη 13 Κατευθυντήριων Οδηγιών Γενικής Ιατρικής για τη διαχείριση των πιο συχνών νοσημάτων και καταστάσεων υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας», Κωδικός MIS: 464637

Εγκρίθηκε από τον υπουργό Υγείας, Ανδρέα Ξανθό η απόφαση της ολομέλειας του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕΣΥ) που αφορά τις 13 Κατευθυντήριες Οδηγίες Γενικής Ιατρικής για τη διαχείριση των πιο συχνών νοσημάτων και καταστάσεων υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

Οι Κατευθυντήριες Οδηγίες καταρτίστηκαν από τον τομέα Κλινικής Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης, με επιστημονικό υπεύθυνο τον κ. Χρήστο Λιονή, Καθηγητή Γενικής Ιατρικής και Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και διευθυντή του παραπάνω τομέα.

Οι Κατευθυντήριες Οδηγίες αφορούν τα παρακάτω νοσήματα:

- Άσθμα
- Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή
- Δυσλιπιδαιμία
- Δυσπεψία
- Καρδιακή Ανεπάρκεια
- Κατάθλιψη
- Οστεοπόρωση
- Οσφυαλγία
- Σακχαρώδης Διαβήτης
- Στεφανιαία Νόσος
- Αρτηριακή Υπέρταση
- Χρήση Οινοπνεύματος
- Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια

Οι παραπάνω οδηγίες έχουν ήδη αποσταλεί στις δημόσιες δομές Υγείας και θα γίνει η σταδιακή εφαρμογή τους.

Διαταραχές διάθεσης κατά DSM-IV-TR

- Καταθλιπτικές διαταραχές

Μείζων καταθλιπτική διαταραχή- μοναδικό επεισόδιο

Μείζων καταθλιπτική διαταραχή υποτροπιάζουσα

Δυσθυμική διαταραχή

- Διπολικές διαταραχές

Διπολική διαταραχή I

Διπολική διαταραχή II

Ταχυφασική διπολική διαταραχή

Κυκλοθυμική διαταραχή

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

- Η κατάθλιψη αποτελεί ένα από τα πιο συχνά νοσήματα ψυχικής υγείας παγκοσμίως. Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (Π.Ο.Υ.) κατέχει την 4η θέση ως αίτιο απώλειας ετών ζωής, αναπηρίας, και κοινωνικής δυσλειτουργίας, από το 2020 κατέλαβε τη δεύτερη θέση αναπηρίας μετά την ισχαιμική καρδιοπάθεια.
- Εκτιμάται ότι μια στις πέντε γυναίκες και ένας στους οκτώ άνδρες θα αναπτύξουν κατάθλιψη κάποια στιγμή στη ζωή τους σύμφωνα με τα υπάρχοντα διεθνή στοιχεία. Για τη χώρα μας, πρακτικά αυτό σημαίνει ότι ανά πάσα στιγμή πάσχει από κατάθλιψη το 8% του πληθυσμού
- Κατά μέσο όρο έχει υπολογιστεί ότι αποτελεί τη δεύτερη συχνότερη χρόνια κατάσταση που αντιμετωπίζουν οι ιατροί της Π.Φ.Υ., καθώς το 12% κατά μέσο όρο των ασθενών της Π.Φ.Υ. πάσχει από μείζονα κατάθλιψη

Συμπτώματα κατάθλιψης, από ιστορικό

- καταθλιπτική διάθεση (θλίψη, μελαγχολία, κακοκεφιά, έχει τις μαύρες του) για μεγάλο χρονικό διάστημα,
- ανηδονία (αδυναμία βίωσης ευχαρίστησης),
- έλλειψη κινήτρου-μη ανοχή σε ματαίωση,
- φυτικά συμπτώματα (μειωμένη libido, ανορεξία-απώλεια βάρους, υπερφαγία-αύξηση βάρους, πτώση ενεργητικότητας-εύκολη κόπωση, διαταραχή εμμηνορυσιακού κύκλου, διαταραχή ύπνου – αϋπνία τύπου επέλευσης-πρώιμη αφύπνιση-υπερυπνία, ημερήσια διακύμανση),
- δυσκοιλιότητα,
- ξηροστομία,
- κεφαλαλγία

Συμπτώματα κατάθλιψης από εξέταση

- Γενική εμφάνιση, συμπεριφορά: ψυχοκινητική επιβράδυνση ή διέγερση, κακή βλεμματική επαφή, δάκρυα, αδιαφορία για εμφάνιση
- Ομιλία: ελάχιστη, μη αυθόρμητη ομιλία, χαμηλής έντασης, μονότονη
- Περιεχόμενο σκέψης: αυτοκτονικός ιδεασμός (60%), αυτοκτονία (15%), ιδεοληπτικός μηρυκασμός, απελπισία, αναξιότητα, ενοχή, αναποφασιστικότητα, συμβατές με διάθεση παραληρ ιδέες, ψευδαισθήσεις
- Γνωσιακά: απόσπαση προσοχής, δυσκολία συγκέντρωσης, διαμαρτύρεται για μνήμη, αποπροσανατολισμό, ελλειμματική αφαιρετική σκέψη,
- εναισθησία, κρίση ελλειμματική

Περιληπτικά κριτήρια μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου σε DSM-IV-TR

- Α. Πέντε ή περισσότερα από τα παρακάτω για συνεχές διάστημα 2 βδ και με μεταβολή σε λειτουργικότητα. Τουλάχιστον ένα από 1) καταθλιπτική διάθεση, 2) απώλεια ενδιαφερόντων ή ευχαρίστησης.
 - 1) Καταθλιπτική διάθεση για το μεγαλύτερο μέρος της μέρας, σχεδόν κάθε μέρα είτε υποκειμενικά είτε από παρατηρήσεις άλλων. Σε παιδιά και εφήβους μπορεί ευερεθιστότητα.
 - 2) Σημαντική μείωση του ενδιαφέροντος ή της άντλησης ευχαρίστησης
 - 3) Σημαντική απώλεια βάρους ή αύξηση βάρους
 - 4) Αϋπνία ή υπερυπνία
 - 5) Ψυχοκινητική διέγερση ή επιβράδυνση
 - 6) Κόπωση ή αίσθημα απώλειας ενεργητικότητας
 - 7) Αίσθημα αναξιότητας, ενοχής (έως παραλήρημα)
 - 8) Μείωση ικανότητας σκέψης, συγκέντρωσης, αναποφασιστικότητα
 - 9) Σκέψεις θανάτου, αυτοκτονικός ιδεασμός, απόπειρα.
- Β. Όχι κριτήρια μεικτού επεισοδίου
- Γ. σημαντική δυσφορία ή έκπτωση λειτουργικότητας
- Δ. Δεν οφείλονται σε ουσίες ή σωμα νόσο
- Ε. Δεν εξηγούνται καλύτερα ως πένθος (στο DSM-V δεν υπάρχει αυτό το κριτήριο)

Συμπτώματα στη μανία, από ιστορικό

- **Επίμονα ανεβασμένη, διαχυτική ή ευερέθιστη διάθεση**
- Ακατάστατη, χωρίς αναστολές συμπεριφορά (υπέρμετρες δαπάνες, τυχερά παιχνίδια, παρορμητικά ταξίδια, υπερσεξουαλικότητα)
- Υπεραπασχόληση με άσχετες δραστηριότητες ή υπερβολική ανάληψη ευθυνών
- Χαμηλή ανοχή σε ματαίωση, εκρήξεις θυμού
- Νευροφυτικά (^ libido, απώλεια βάρους ή ανορεξία, αϋπνία - απουσία ανάγκης για ύπνο, υπερβολική ενεργητικότητα)

Συμπτώματα στη μανία, από εξέταση

- Γενική εμφάνιση-συμπεριφορά: Ψυχοκιν διέγερση, σαγηνευτική συμπεριφορά, πολύχρωμα ή παράδοξα ρούχα ή αδιαφορία για εμφάνιση, μακιγιάζ, διεισδυτική συμπεριφορά, διασκεδαστικοί, απειλητικοί ή σε υπερδιέγερση
- Συναίσθημα: ευμετάβλητο, έντονο
- Διάθεση: ευφορική, διαχυτική, ευερέθιστη, ερωτιάρικη
- Ομιλία: Πιεστική, δυνατή, δραματοποίηση, ασυναρτησία
- Περιεχόμενο σκέψης - αντίληψη: Υπέρμετρη αυτοεκτίμηση, ιδέες μεγαλείου, παραληρ ιδέες & σπάνια ψευδαισθήσεις συμβατές με διάθεση
- Ειρμός σκέψης: Φυγή ιδεών, ασυναρτησία, καλπάζουσα σκέψη, νεολογισμοί, ηχητικοί συνειρμοί, κατ' εφ'απτομένη λόγος
- Γνωσιακές ικανότητες: Διασπασμένη προσοχή, δυσκολία συγκέντρωσης
- Εναισθησία και κρίση: Εξαιρετικά ελλειμματικές, μέχρι πλήρη άρνηση νόσου και ανικανότητα λήψης λογικών ή οργανωμένων αποφάσεων

Περιληπτικά διαγνωστικά κριτήρια για μανιακό επεισόδιο

- Α. Τουλάχιστον μια εβδομάδα παθολογικά και επίμονα ανεβασμένης, διαχυτικής ή ευερέθιστης διάθεσης (σε νοσηλεία, οποιασδήποτε διάρκειας).
- Β. Τρία ή περισσότερα από τα ακόλουθα (τέσσερα σε ευερέθιστη διάθεση):
 - 1) ^ αυτοεκτίμηση ή αίσθημα μεγαλείου
 - 2) Μειωμένη ανάγκη για ύπνο
 - 3) Μεγαλύτερη ομιλητικότητα ή πίεση να μιλά
 - 4) Φυγή ιδεών, καλπάζουσες σκέψεις
 - 5) Απόσπαση προσοχής
 - 6) Αύξηση στοχοκατευθυνόμενης δραστηριότητας ή ψυχοκινητική διέγερση
 - 7) Υπέρμετρη εμπλοκή σε ευχάριστες δραστηριότητες με οδυνηρές συνέπειες
- Γ. Όχι μεικτό επεισόδιο
- Δ. Λειτουργική έκπτωση
- Ε. Όχι από ουσία ή γενική σωματική κατάσταση

Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή

- Η Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή περιγράφεται συνήθως σαν σοβαρή και χρόνια αγχώδης διαταραχή, η οποία είναι θεραπεύσιμη. Η Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή είναι μια χρόνια νόσος με υψηλό επιπολασμό στις ΗΠΑ, όπου ο δια βίου επιπολασμός υπολογίζεται γύρω στο 5.7% και ο επιπολασμός 1 έτους στο 3.1% αντίστοιχα⁴. Στην ΠΦΥ ο επιπολασμός της ΓΑΔ έχει παρατηρηθεί ότι είναι υψηλότερος από ότι στην κοινότητα, γεγονός που σημαίνει ότι η Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή είναι η συχνότερη αγχώδης διαταραχή στην Π.Φ.Υ.
- Η Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή (ΓΑΔ) είναι η ψυχική διαταραχή που χαρακτηρίζεται από ένα πλήθος ποικίλων οργανικών αντιδράσεων καθώς και από την ύπαρξη γενικευμένης, επίμονης και ακαθόριστης ανησυχίας, η οποία καλύπτει σχεδόν όλες τις δραστηριότητες του ατόμου. Πιο συγκεκριμένα, χαρακτηριστικό των ατόμων που πάσχουν από Γενικευμένη Αγχώδη Διαταραχή αποτελεί η υπερβολική ανησυχία για προβλήματα της καθημερινής ζωής. Πρόκειται για ύπαρξη διάχυτης και έντονης αρνητικής διάθεσης και ανησυχίας, η οποία είναι παρούσα στο μεγαλύτερο μέρος της ημέρας και της οποίας τα ακριβή αίτια συχνά δεν μπορούν να εντοπιστούν. Ως συνέπεια, η οικογενειακή ζωή, η επαγγελματική απόδοση, οι σχέσεις με τον κοινωνικό περίγυρο και η γενική λειτουργικότητα του ατόμου επηρεάζεται

Διαγνωστικά κριτήρια ΓΑΔ

- (Α) Υπερβολικό άγχος και ανησυχία, που εμφανίζονται για περισσότερες από μία ημέρες σε περίοδο 6 μηνών τουλάχιστον, και σε έναν αριθμό περιστάσεων ή δραστηριοτήτων (όπως η εργασία ή η σχολική απόδοση).
- (Β) Το άτομο δυσκολεύεται να ελέγξει την ανησυχία.
- (Γ) Το άγχος και η ανησυχία είναι σχετικά με τρία (ή περισσότερα) από τα παρακάτω έξι συμπτώματα (με τουλάχιστον μερικά συμπτώματα παρόντα για περισσότερες της μίας ημέρες για τους προηγούμενους έξι μήνες) (σημ.: μόνο ένα σύμπτωμα χρειάζεται στα παιδιά): -κινητική ανησυχία ή το άτομο νιώθει τεντωμένο(η) ή σε «αναμμένα κάρβουνα», -εύκολη κόπωση, -δυσκολία στη συγκέντρωση ή το μυαλό αδειάζει λόγω άγχους, -ευερεθιστότητα, -μυϊκή ένταση, -αναστάτωση του ύπνου (δυσκολία να κοιμηθεί ή να παραμείνει κοιμισμένος(η)), ή -ανήσυχος μη ικανοποιητικός ύπνος
- (Δ) Το επίκεντρο του άγχους και της ανησυχίας δεν περιορίζεται στα χαρακτηριστικά μίας διαταραχής του Άξονα Ι' για παράδειγμα, το άγχος ή η ανησυχία του ατόμου δεν αφορούν στο μήπως πάθει μια προσβολή πανικού (όπως στη διαταραχή πανικού), μήπως νιώσει αδυναμία σε δημόσιο χώρο (όπως στην κοινωνική φοβία), μήπως μολυνθεί (όπως στην ψυχαναγκαστική-καταναγκαστική διαταραχή), μήπως βρεθεί μακριά από το σπίτι ή τους κοντινούς συγγενείς (όπως στη διαταραχή άγχους αποχωρισμού), μήπως πάρει βάρος (όπως στη ψυχογενή ανορεξία), μήπως έχει πολλαπλά σωματικά συμπτώματα (όπως στην σωματοποιητική διαταραχή) ή μήπως προσβληθεί από κάποια σοβαρή ασθένεια (όπως την υποχονδρίαση), και το άγχος και η ανησυχία δεν εμφανίζονται μόνο κατά τη διάρκεια διαταραχής μετά από ψυχοτραυματικό στρες.
- (Ε) Το άγχος, η ανησυχία, ή τα φυσικά συμπτώματα δημιουργούν μια κλινικά σημαντική δυσκολία ή αδυναμία σε κοινωνικούς, επαγγελματικούς ή άλλους σημαντικούς τομείς.
- (ΣΤ) Η διαταραχή δεν οφείλεται στις άμεσα φυσιολογικές επιδράσεις κάποιας ουσίας (π.χ. στην κατάχρηση ναρκωτικής ουσίας, στην επίδραση λήψης φαρμάκου) ή σε μια γενική παθολογική κατάσταση (π.χ. υπερθυρεοειδισμός), και δεν εμφανίζεται αποκλειστικά κατά τη διάρκεια κάποιας διαταραχής της διάθεσης, ή βαριάς εκτεταμένης διαταραχής της ανάπτυξης

Αλγόριθμος αντιμετώπισης ΓΑΔ στην ΠΦΥ

- Εκτιμήστε την πιθανότητα για ΓΑΔ σε άτομα που: Επισκέπτονται συχνά τα ιατρεία ΠΦΥ, εμφανίζουν άγχος και ανησυχούν επανειλημμένα για διάφορα θέματα, ενώ παράλληλα ζητούν διαβεβαίωση για χρόνια σωματικά συμπτώματα.
- Διαγνωστικά Εργαλεία GAD-2, GAD-7, Χρήση Ερωτήσεων
- Διάγνωση ΓΑΔ
- Θεραπευτικές Επιλογές:
- 1^η Θεραπευτική επιλογή: Ψυχοθεραπεία: CBT 12-15 συνεδρίες, 1 ωριαία συνεδρία/ εβδομάδα, AR Εφαρμοσμένη χαλάρωση. Άλλες: Καθοδηγούμενη Αυτοβοήθεια, Μη-Διευκολυνόμενη Αυτοβοήθεια, Ομάδες Ψυχοεκπαίδευσης.
- Θεραπευτική Ανταπόκριση → Συνέχιση Θεραπείας / Παρακολούθησης στην ΠΦΥ
- 2^η Θεραπευτική Επιλογή: Φαρμακευτικές Θεραπείες - Συνδυασμός Ψυχολογικής και Φαρμακευτικής Θεραπείας. SSRIs/SNRIs ΒΡΑΧΥΧΡΟΝΗ (0-6 μήνες) ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΗ (6-24 μήνες). 1ης ΓΡΑΜΜΗΣ: SSRIs /SNRIs (8-12 εβδομάδες) -BZP (όχι περισσότερο από 4 εβδομάδες, σε αναμονή ανταπόκρισης των αντικαταθλιπτικών) 2ης ΓΡΑΜΜΗΣ: Πρεγκαμπαλίνη -Βενλαφαξίνη -Αζαπιρόνες - Τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά (ιμιπραμίνη)
- Θεραπευτική Ανταπόκριση → Συνέχιση Θεραπείας / Παρακολούθησης στην ΠΦΥ
- Μη Ανταπόκριση → Παραπομπή

Κατανάλωση αλκοόλ

- Η τελευταία επιδημιολογική μελέτη στον γενικό πληθυσμό για τη χρήση των οινοπνευματωδών έγινε το 2004 από το ΕΠΙΨΥ. Τα σημαντικότερα αποτελέσματα της έρευνας αυτής ήταν τα εξής:
 - ☐ Σχεδόν όλοι οι Έλληνες (ηλικίας 12-64 ετών) έχουν δοκιμάσει έστω και μία φορά στη ζωή τους κάποιο οινοπνευματώδες ποτό.
 - ☐ Ποσοστό 74,1% έχουν καταναλώσει έστω και ένα οινοπνευματώδες τον τελευταίο χρόνο, ενώ το 65,8% έστω και μια φορά τον τελευταίο μήνα.
 - ☐ Ποσοστό 10% αναφέρει υπερβολική κατανάλωση (τουλάχιστον 5 οινοπνευματώδη στην καθισιά, τουλάχιστον μία φορά τον τελευταίο μήνα) και το 12,2% τουλάχιστον ένα περιστατικό μέθης τον τελευταίο χρόνο

Εκτίμηση του τρόπου χρήσης οινόπνεύματος στην ΠΦΥ - Αλγόριθμος

- Χρήση Ερωτηματολογίου AUDIT
- AUDIT score < 8 Χαμηλού κινδύνου χρήση οινόπνεύματος: Πρόληψη και Προαγωγή της υγείας - Συμβουλευτική
- AUDIT score 8-15 Επισφαλής χρήση οινόπνεύματος (hazardous use): Εκτίμηση συννοσηρότητας - Βραχείες παρεμβάσεις - Φαρμακευτική αγωγή (κάτω από ειδικές περιστάσεις)
- AUDIT score >15 Επιβλαβής χρήση οινόπνεύματος (harmful use): Εκτίμηση συννοσηρότητας - Βραχείες παρεμβάσεις - Φαρμακευτική αγωγή (κάτω από ειδικές περιστάσεις) - Εκτίμηση προόδου - Παραπομπή σε ειδικό - Συνεχιζόμενη παρακολούθηση – follow up.
- Πιθανή εξάρτηση από οινόπνευμα (AUDIT >20): Παραπομπή σε ειδικό – Εξειδικευμένη θεραπεία - Συνεχιζόμενη παρακολούθηση – follow up.