

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΑΓΧΩΔΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΑΛΕΒΙΖΟΣ¹
ΗΛΙΑΣ ΑΛΕΒΙΖΟΣ²

Αν και οι αγχώδεις διαταραχές ήταν γνωστές από την εποχή του Ιπποκράτη, το ενδιαφέρον της Ψυχιατρικής για τις διαταραχές αυτές ήταν περιορισμένο καθόλη τη διάρκεια του 1ου μισού του 19ου αιώνα, διότι οι νευρωσικές διαταραχές θεωρούνταν ήπιες διαταραχές χωρίς οργανικό υπόστρωμα και η θεραπεία έπρεπε να βασιστεί στην ψυχοθεραπεία. Αργότερα, διαπιστώθηκε ότι έχουν τη μεγαλύτερη επικράτηση από όλες τις ψυχικές διαταραχές στον πληθυσμό και συνεπάγονται υψηλό κοινωνικό κόστος.

Έχει υπολογιστεί ότι κάθε ημέρα στις δυτικές κοινωνίες 11% του πληθυσμού, ηλικίας 16-54 ετών, πάσχει από αγχώδεις διαταραχές και 8% πάσχει από αγχώδεις διαταραχές και μία τουλάχιστον ακόμη ψυχική διαταραχή, όπως συναισθηματική διαταραχή, σχιζοφρένεια ή κατάχρηση ουσιών.¹

¹ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
«ΕΡΡΙΚΟΣ ΝΤΥΝΑΝ»

²ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΙΔΩΝ
«Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ»

Στην Ευρωπαϊκή Ένωση, η συνολική επικράτηση των αγχώδων διαταραχών σε άτομα ηλικίας 18-65 ετών υπολογίστηκε σε 41.408.000 πάσχοντες, σε σύνολο πληθυσμού 466.000.000 (8,89%) το 2004.² Στην Ελλάδα, ο συνολικός αριθμός των πασχόντων υπολογίστηκε σε 1.046.389 σε σύνολο πληθυσμού 10.538.000 (10%).

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ

Το ετήσιο οικονομικό κόστος στις ΗΠΑ στη 10ετία του 1990 υπολογίστηκε σε 1542 δολάρια κατά πάσχον άτομο και σε 256 δολάρια κατά εργαζόμενο πάσχοντα, από το οποίο το 88% αποδίδεται σε απώλεια παραγωγικότητας στην εργασία.³ Από το συνολικό οικονομικό κόστος, το 54% οφείλεται σε μη ψυχιατρικές δαπάνες, που προέρχονται από ακατάλληλη ή ανεπαρκή θεραπεία, από διαφυγή της διάγνωσης ή από λανθασμένες διαγνώσεις, ενώ το άμεσο ψυχιατρικό κόστος υπολογίστηκε στο 31% του συνόλου. Σε 10% υπολογίστηκε το έμμεσο κόστος στην εργασία, σε 3% η θνησιμότητα και σε 0,8% το κόστος της φαρμακευτικής θεραπείας. Αυτό σημαίνει ότι ένα σημαντικό ποσοστό του κόστους θα μπορούσε να αποφευχθεί με την κατάλληλη ψυχιατρική διάγνωση και θεραπεία.

Η διαταραχή πανικού και η μετατραυματική stress διαταραχή εμφανίζουν το υψηλότερο κόστος. Δεδομένου ότι μόνο 27% των ατόμων με αγχώδεις διαταραχές έχουν λάβει θεραπεία,⁴ η καλύτερη αναγνώριση και η αποτελεσματική θεραπεία των ασθενών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας είναι πιθανό να μειώσει σημαντικά το κόστος της νόσου. Η παραμονή χωρίς κατάλληλη θεραπεία του υπόλοιπου 73% των ασθενών θα αυξήσει σημαντικά το κόστος στο μέλλον, λόγω της χρονιότητας των αγχώδων διαταραχών και της επιδείνωσής τους στην πορεία του χρόνου, καθώς και λόγω των επιπλοκών κυρίως με κατάθλιψη και ουσιοεξαρτήσεις, οι οποίες συνεπάγονται αυξημένη χρήση των υπηρεσιών υγείας. Στο παραπάνω αριθμητικό κόστος θα πρέπει να προστεθεί και η νοσηρότητα των ατόμων ηλικίας κάτω των 15 και άνω των 55 ετών, η οποία συμβάλλει στο συνολικό οικονομικό κόστος. Η πρόωμη εκδήλωση αγχώδους διαταραχής στη νεαρή ηλικία συχνά επιπλέκεται με άλλη ψυχική διαταραχή σε μεταγενέστερη ηλικία ή οδηγεί σε μειωμένη σχολική επίδοση, απώλεια καριέρας, ασταθείς γάμους κ.ά., τα οποία συνεπάγονται πρόσθετο ατομικό και μακροπρόθεσμα αυξημένο κοινωνικό κόστος και μείωση της ποιότητας ζωής.

Στην Ευρωπαϊκή Ένωση, το ετήσιο οικονομικό κόστος των αγχώδων διαταραχών κατά πάσχοντα υπολογίστηκε το 2004 σε 1804 € για τη διαταραχή γενικευμένου άγχους, σε 350 € για την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, σε 967 € για τη διαταραχή πανικού, σε 941 € για την αγοραφοβία, σε 517 € για την ειδική φοβία και σε 937 € για την κοινωνική φοβία.²

Οι αντίστοιχοι δείκτες για την Ελλάδα υπολογίστηκαν σε 1.710 €, 316 €, 868 €, 834 €, 469 € και 857 €.

Το κόστος υπολογίστηκε σε άμεσο κόστος ιατρικής φροντίδας (νοσηλεία, εξωνοσοκομειακές επισκέψεις, φάρμακα), σε άμεσο μη ιατρικό κόστος (κοινωνική φροντίδα, μετακινήσεις κ.ά.) και σε έμμεσο κόστος (απώλεια ημερών εργασίας λόγω απουσίας, πρόωρης συνταξιοδότησης, πρόωρου θανάτου και απώλειας παραγωγικότητας).

Το συνολικό κόστος των αγχώδων διαταραχών υπολογίστηκε σε 41.372 εκατομμύρια € για την Ευρωπαϊκή Ένωση και σε 794 εκατομμύρια € για την Ελλάδα. Το αντίστοιχο κόστος για τη σχιζοφρένεια υπολογίστηκε σε 35.000 εκατομμύρια € για την Ευρωπαϊκή Ένωση.

ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η ανικανότητα ορίζεται ως «περιορισμοί ή έλλειψη ικανότητας να επιτελέσει το άτομο μια δραστηριότητα κατά κάποιο τρόπο ή μέσα σε ένα εύρος που θεωρείται κανονικό για έναν άνθρωπο» (WHO, 1980). Το DSM-IV αναφέρεται στην ανικανότητα ως «έκπτωση σε μία ή περισσότερες περιοχές της λειτουργικότητας» ή ως επακόλουθο της ψυχικής νόσου. Το DSM-IV⁵ εισάγει τη «Σφαιρική Εκτίμηση της Λειτουργικότητας» (Global Assessment of Functioning, GAF) για να εκτιμήσει ένα άτομο αναφορικά με την ψυχολογική, κοινωνική και επαγγελματική του λειτουργικότητα.

Σε αρχικές μελέτες, η λειτουργικότητα των ασθενών με αγχώδεις διαταραχές εκτιμήθηκε έμμεσα με μέτρηση της βαρύτητας των συμπτωμάτων με κλίμακες, όπως της Σφαιρικής Εκτίμησης (Clinical Global Impression)⁶ και της κλίμακας Hamilton (Hamilton Anxiety Rating Scale).⁷ Δεδομένου όμως ότι το επίπεδο λειτουργικότητας παρέχει σημαντικές πληροφορίες για τη θεραπεία και για την πρόβλεψη της θεραπευτικής έκβασης, αναπτύχθηκαν ειδικές κλίμακες μέτρησης της έκπτωσης και της ανικανότητας, όπως η Sheehan Disability Scale (SDS)⁸ και η SF-36 Questionnaire.⁹

Η μέτρηση της λειτουργικότητας και της ευεξίας (well being) σε ασθενείς με αγχώδεις διαταραχές αποσκοπεί στην επίτευξη μιας εμπειριστατωμένης εκτίμησης της νόσου, της λειτουργικότητας και του αποτελέσματος της θεραπείας.

Η «ποιότητα ζωής» ορίζεται ως η ικανοποίηση του ατόμου σε συγκεκριμένες περιοχές της ζωής που είναι σημαντικές για το άτομο. Η έννοια της ποιότητας ζωής εφαρμόστηκε αρχικά στην Ιατρική για να προσδιορίσει αν οι διαθέσιμες θεραπείες του καρκίνου θα μπορούσαν να αυξήσουν όχι μόνο την επιβίωση των ασθενών αλλά και το αίσθημα ευεξίας.¹⁰ Περικλείει την υποκειμενική εμπειρία του ασθενούς και περιλαμβάνει διαστάσεις όπως η ικανοποίηση από τη ζωή, η ευεξία και αντιλήψεις των συνθηκών ζωής, αλλά και κοινωνικούς δείκτες, όπως η επαγγελματική και η κοινωνική λειτουργικότητα και οι συνθήκες ζωής. Η σχε-

τιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής αναφέρεται στην επίδραση της νόσου και της θεραπείας (π.χ. μειωμένη επαγγελματική λειτουργικότητα λόγω της νόσου). Κατά τον Aaronson,¹¹ η εκτίμηση της ποιότητας ζωής πρέπει τουλάχιστον να περιλαμβάνει: (α) την κατάσταση της σωματικής λειτουργικότητας, (β) τη νόσο και τα σωματικά συμπτώματα από τη θεραπεία, (γ) την ψυχολογική λειτουργικότητα και (δ) την κοινωνική λειτουργικότητα. Άλλες πρόσθετες διαστάσεις που σχετίζονται με δημογραφικά, πολιτισμικά και κλινικά στοιχεία (π.χ. σεξουαλική λειτουργία, εικόνα του σώματος, ύπνος) μπορεί να χρειάζεται να περιληφθούν στην εκτίμηση της ποιότητας ζωής.

Έχουν αναπτυχθεί ειδικές κλίμακες για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής, που μετρούν αντικειμενικές και υποκειμενικές διαστάσεις της ποιότητας ζωής, και άλλες που εκτιμούν την ειδική επίδραση της νόσου και της θεραπείας.^{12,13}

Οι περισσότερες μελέτες για την ποιότητα ζωής στους πάσχοντες από αγχώδεις διαταραχές χρησιμοποιούν αυτοαναφερόμενα ερωτηματολόγια για την άντληση πληροφοριών που σχετίζονται με τον ασθενή.¹⁴

ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΑΝΙΚΟΥ

Σοβαρή ανικανότητα και λειτουργική έκπτωση και σημαντική μείωση της ποιότητας ζωής συνδέονται με τη διαταραχή πανικού.¹⁵ Η διαταραχή πανικού περιλαμβάνεται ανάμεσα στις 5 ψυχικές διαταραχές με τη μεγαλύτερη έκπτωση αναφορικά με απώλεια ημερών εργασίας και μείωση της ποιότητας ζωής¹⁶ και φαίνεται ότι η έκπτωση αυτή είναι μεγαλύτερη από εκείνη που προκαλούν κοινές χρόνιες σωματικές νόσοι. Η ποιότητα ζωής επιβαρύνεται περαιτέρω από χαμηλή κοινωνική στήριξη, από τη δυσφορία και από τη σοβαρότητα του προκάρδιου άλγους. Οι ασθενείς με διαταραχή πανικού έχουν επίσης μεγαλύτερο κίνδυνο να αυτοκτονήσουν σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό, καθώς και μεγαλύτερη γενική νοσηρότητα και θνησιμότητα.¹⁷

Οι περιοχές που χρησιμοποιήθηκαν σε επιδημιολογικές μελέτες για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής σε ασθενείς με διαταραχή πανικού ήταν η υποκειμενική αναφορά της κατάστασης της υγείας, η ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα και η οικονομική εξάρτηση.¹⁸ Η σύγκριση της ποιότητας ζωής μεταξύ ασθενών με διαταραχή πανικού, ασθενών με μείζονα κατάθλιψη και μη πασχόντων από τις παραπάνω νόσους ατόμων, σε επιδημιολογικές μελέτες στην κοινότητα, έδειξε ότι 35% των ασθενών με διαταραχή πανικού ανέφεραν μέτρια ή κακή σωματική υγεία και 38% κακή συναισθηματική υγεία. Στους πάσχοντες από μείζονα κατάθλιψη οι παραπάνω δείκτες ήταν συγκρίσιμοι (29% και 39%, αντίστοιχα), ενώ στους μη πάσχοντες από τις παραπάνω νόσους ήταν χαμηλότεροι (24% και 16%, αντίστοιχα).