



ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης

2007-2013

Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
ΜΕΛΕΤΕΣ



ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ

www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

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

Νόσημα: Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή (ΓΑΔ)

Ομάδα εργασίας: Δρ. Δημητρούλα Προκοπιάδου
(Συντονίστρια)

Δρ. Μαρίνα Μαυρογιαννάκη (Αναπληρώτρια Συντονίστρια)
Ελισσάβητ Κουτουξίδου (Επιστημονικός Συνεργάτης)

Επιστημονικός Υπεύθυνος: Καθηγητής Χρήστος Λιονής



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

Κλινική Κοινωνικής & Οικογενειακής
Ιατρικής
Τ.Θ. 2208, 71003 Ηράκλειο, Κρήτη

UNIVERSITY OF CRETE
FACULTY OF MEDICINE

Clinic of Social and Family Medicine
P.O Box 2208, Heraklion 71003,
Crete, Greece





Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.ygeia-pronoia.gr

Σύνθεση της ομάδας ανασκόπησης:

ΛΙΟΝΗΣ ΧΡΗΣΤΟΣ	Καθηγητής Γενικής Ιατρικής και Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Επιστημονικός Υπεύθυνος έργου
ΠΡΟΚΟΠΙΑΔΟΥ ΔΗΜΗΤΡΟΥΛΑ	Γενική Ιατρός, Συντονίστρια της ομάδας ανασκόπησης
ΜΑΥΡΟΓΙΑΝΝΑΚΗ ΜΑΡΙΝΑ	Γενική Ιατρός - Ψυχοθεραπεύτρια, Αναπληρώτρια συντονίστρια της ομάδας ανασκόπησης
ΚΟΥΤΟΥΞΙΔΟΥ ΕΛΙΣΣΑΒΕΤ	Σύμβουλος Ψυχικής Υγείας, Επιστημονικός συνεργάτης

Σύνθεση της ομάδας ομοφωνίας (κατ' αλφαβητική σειρά):

ΓΚΑΡΜΙΡΗ ΒΑΣΙΛΙΚΗ	Γενική Ιατρός, Εκπρόσωπος της Ελληνικής Εταιρείας Γενικής Ιατρικής (ΕΛΕΓΕΙΑ)
ΜΑΡΚΑΚΗ ΛΙΛΛΙΑΝ	Ψυχίατρος, Εκπρόσωπος της Ελληνικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (ΕΨΕ)
ΜΠΕΛΛΑΛΗ ΘΑΛΕΙΑ	Νοσηλεύτρια Ψυχικής Υγείας, Εκπρόσωπος Ένωσης Νοσηλευτών Ελλάδος (ΕΝΕ)
ΜΠΙΤΣΙΟΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ	Ψυχίατρος, Εκπρόσωπος της Ελληνικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (ΕΨΕ)
ΜΠΟΥΖΙΑΝΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ	Ψυχολόγος, Εκπρόσωπος Ασθενών
ΝΟΜΙΔΟΥ ΝΙΚΗ-ΕΛΕΝΗ	Πρόεδρος της Πανελλήνιας Ομοσπονδίας Συλλόγων-Οργανώσεων για την Ψυχική Υγεία (Π.Ο.Σ.Ο.Ψ.Υ.), Εκπρόσωπος Ασθενών
ΠΟΛΥΧΡΟΝΟΠΟΥΛΟΥ ΑΓΓΕΛΙΚΗ	Εκπρόσωπος Διεύθυνσης Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας
ΣΥΜΕΩΝΙΔΗΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ	Γενικός Ιατρός, Εκπρόσωπος της Ελληνικής Εταιρείας Γενικής Ιατρικής (ΕΛΕΓΕΙΑ)
ΣΠΙΝΘΟΥΡΗ ΜΑΡΙΑ	Εκπρόσωπος 7 ^{ης} Υ.Πε. Κρήτης
ΧΑΤΖΗΧΑΡΑΛΑΜΠΟΥΣ ΕΥΣΤΡΑΤΙΟΣ	Εκπρόσωπος Διεύθυνσης Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας
ΧΡΥΣΟΒΙΤΣΑΝΟΥ ΧΡΥΣΑ	Ειδική νοσηλεύτρια, Εκπρόσωπος της Ένωσης Νοσηλευτών Ελλάδος (ΕΝΕ)



ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
ΜΕΛΕΤΕΣ



ΕΣΠΑ
2007-2013
πρόγραμμα για την ανάπτυξη
ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ

www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

IVBIJARO GABRIEL

Γενικός Ιατρός, Εκπρόσωπος του Working Party on Mental Health (WONCA)

MENDIVE JUAN

Γενικός Ιατρός, Εκπρόσωπος του Working Party on Mental Health (WONCA)

SPIEGEL WOLFGANG

Γενικός Ιατρός, Εκπρόσωπος του Working Party on Mental Health (WONCA)



ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ
ΔΙΑΚΥΒΕΡΝΗΣΗ

2007-2013



ΕΣΠΑ
2007-2013
πρόγραμμα για την ανάπτυξη
ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ

www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

Περιεχόμενα

	Πρόλογος	5
1.	Εισαγωγή	6
2.	Ορισμός Γενικευμένης Αγχώδους Διαταραχής	7
3.	Κλινικά ερωτήματα	9
4.	Μεθοδολογία	11
5.	Τελικές Συστάσεις, βαθμός τεκμηρίωσης και σύστασης με υποστηρικτικό κείμενο	17
6.	Πρακτικός Αλγόριθμος	33
7.	Επίλογος	35
8.	Βιβλιογραφία	37



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.ygeia-pronoia.gr

Πρόλογος

Είναι μεγάλη χαρά στο πλαίσιο του έργου με τίτλο «Ανάπτυξη 13 Κατευθυντηρίων Οδηγιών Γενικής Ιατρικής για τη διαχείριση των πιο συχνών νοσημάτων και καταστάσεων υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Διοικητική Μεταρρύθμιση 2007-2013» να προλογίζω ως Επιστημονικός Υπεύθυνος την παρούσα Κατευθυντήρια Οδηγία.

Είναι σημαντικό που για πρώτη φορά στη χώρα μας συντάχθηκαν Κατευθυντήριες Οδηγίες για τη Γενική Ιατρική ως αποτέλεσμα συστηματικής αναζήτησης της βιβλιογραφίας και συμφωνίας με εκπρόσωπους Επιστημονικών Εταιρειών (Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρεία), ιατρών (Ελληνική Εταιρεία Γενικής Ιατρικής) και νοσηλευτών (Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδας), ασθενών και εκπροσώπων της κεντρικής/περιφερειακής διοίκησης καθώς και Ευρωπαϊκών δικτύων. Στο έργο αυτό χρησιμοποιήθηκε μεθοδολογία που αναπτύχθηκε στο πλαίσιο του συγκεκριμένου έργου και αποτελεί σύνθεση δοκιμασμένων εμπειριών και τεχνολογιών από Αμερική, Ευρώπη και Αυστραλία.

Η παρούσα έκδοση παρουσιάζει τα αποτελέσματα της συστηματικής ανασκόπησης που ολοκλήρωσε η ομάδα εργασίας για τη Γενικευμένη Αγχώδη Διαταραχή. Σε αυτήν ο ιατρός γενικής ιατρικής και επαγγελματίας υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) μπορεί να αναζητήσει απαντήσεις σε κλινικά ερωτήματα που τίθενται συχνά στην καθ' ημέρα πράξη και να λάβει αποφάσεις που είναι σύμφωνες με τη διεθνή βιβλιογραφία αλλά και τη γνώμη των ασθενών.

Θα επιθυμούσα να ευχαριστήσω όλους εκείνους που συνέβαλαν στην ολοκλήρωση αυτού του έργου και ιδιαίτερα τα μέλη της ομάδας έργου (κ. Δήμητρα Προκοσιάδου που συντόνισε την ομάδα εργασίας, κ. Μαρίνα Μαυρογιαννάκη, κ. Ελισσάβητ Κουτουζίδου) που διάβασαν συστηματικά τη βιβλιογραφία και συνέταξαν το παρόν κείμενο, καθώς και την κ. Ειρήνη Βασιλάκη για τον ουσιαστικό της ρόλο στο συντονισμό του έργου. Ιδιαίτερες ευχαριστίες και στους εκπρόσωπους του WONCA Working Party on Mental Health, Prof. Gabriel Ivbijaro, Dr. Wolfgang Spiegel και Dr. Juan Mendive.

Θα είναι τιμή και χαρά για όλους μας εάν αυτές οι οδηγίες χρησιμοποιηθούν επ' ωφελεία των ασθενών και των υπηρεσιών υγείας, των ιατρών και των νοσηλευτών στην ΠΦΥ.

Με εκτίμηση,

Ο Επιστημονικός Υπεύθυνος του έργου

Χρήστος Λιονής
Καθηγητής Γενικής Ιατρικής & Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας
Διευθυντής Κλινικής Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής
Τμήμα Ιατρικής
Πανεπιστήμιο Κρήτης



ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ



www.ygeia-pronoia.gr

Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης

2007-2013

Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
ΜΕΣΤΡΩΣΕΩΝ



www.espa.gr

1. Εισαγωγή

Οι ψυχικές παθήσεις έχουν μεγάλη επίπτωση στην κοινωνία και τεράστια κόστη που υπολογίζονται στις ΗΠΑ γύρω στα \$57,5 δις δολάρια το 2006¹. Μια αποτελεσματική πολιτική υγείας για τις ψυχικές παθήσεις στοχεύει όχι μόνο στην αντιμετώπιση του επειγόντος, αλλά και στην ανάπτυξη αποτελεσματικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας². Η ανάπτυξη υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας για την ψυχική υγεία είναι μεγάλης σημασίας στην αντιμετώπιση των ψυχικών παθήσεων³, καθώς συνδέεται με μικρότερη θνητότητα, χαμηλότερα ποσοστά ιδρυματοποίησης και βελτιωμένα αποτελέσματα ιατρικών εκβάσεων.

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. Στην Ευρώπη, ο επιπολασμός 1 έτους υπολογίζεται στο 1-2.5%, ο δια βίου επιπολασμός στο 2-6.5 % και η επίπτωση >10% στην Π.Φ.Υ.⁵.

Συνολικά, η Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή είναι μια συχνή πάθηση, με χρονιότητα και λειτουργική έκπτωση⁶ που αυξάνει τον κίνδυνο για σωματική και ψυχιατρική συννοσηρότητα και αποτελεί αιτία για τη συνέχιση της θεραπείας σε πολλές περιπτώσεις^{6,7,8}.



ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ



www.ygeia-pronoia.gr

Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.espa.gr

2. Ορισμός Γενικευμένης Αγχώδους Διαταραχής

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 επηρεάζεται⁹.

Διαγνωστικά Κριτήρια

Σύμφωνα με το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών DSM- 5¹⁰ που έχει δημιουργηθεί και εκδοθεί από την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία το Μάιο του 2013, η διάγνωση της Γενικευμένης Αγχώδους Διαταραχής ορίζεται ως εξής:

(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,



ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ



www.ygeia-pronoia.gr

Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.espa.gr

- 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 Γ' 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.



ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ



www.ygeia-pronoia.gr

Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.espa.gr

3. Κλινικά ερωτήματα

Τα κλινικά ερωτήματα που διατυπώθηκαν από τις επιμέρους ομάδες ανασκόπησης ομαδοποιήθηκαν βάσει ενός κοινού πλαισίου αναφοράς. Για το λόγο αυτό σχηματίστηκαν ενιαίες κατηγορίες. Η ταξινόμηση των κλινικών ερωτημάτων έγινε σε πέντε ομάδες αναφορικά με: τη διάγνωση και τα διαγνωστικά εργαλεία, τις παρεμβάσεις (φαρμακευτικές και μη), την πρόληψη, την παραπομπή, τους επαγγελματίες υγείας και τις υπηρεσίες υγείας. Βασική προϋπόθεση της προσπάθειας αυτής ήταν τα ερωτήματα να προέρχονταν από την κλινική εμπειρία σε δομές Π.Φ.Υ. και να διατυπώνονταν με τέτοιο τρόπο ώστε να ανταποκρίνονταν στην ελληνική πραγματικότητα.

Τα μείζονα κλινικά ερωτήματα που εν τέλει διατυπώθηκαν από την ομάδα ανασκόπησης της ΓΑΔ στην αρχή του έργου (Παραδοτέο 1.1) και κατεύθυναν τη διατύπωση των συστάσεων ήταν τα ακόλουθα:

Αναφορικά με τη διάγνωση και τα διαγνωστικά εργαλεία:

1. Ποιά συμπτώματα θα πρέπει να αναζητήσει ο γιατρός γενικής ιατρικής στην Π.Φ.Υ. για τη διάγνωση της ΓΑΔ και τα οποία συνοδεύονται από υψηλή διαγνωστική αξία;
2. Υπάρχει κάποιο σύντομο διαγνωστικό εργαλείο (σταθμισμένο ή μη) για την αξιολόγηση της ΓΑΔ στην Π.Φ.Υ.; Ποια διαγνωστικά εργαλεία τα οποία είναι σύντομα, έγκυρα και αξιόπιστα χρησιμοποιούνται για την εκτίμηση (διάγνωση) της ΓΑΔ στις υπηρεσίες Π.Φ.Υ.;

Αναφορικά με τις παρεμβάσεις (ψυχολογικές και φαρμακολογικές):

3. Ποιοί είναι οι θεραπευτικοί στόχοι στην αντιμετώπιση της ΓΑΔ στην Π.Φ.Υ.;
4. Ποιές φαρμακολογικές θεραπείες είναι αποτελεσματικές στη ΓΑΔ στην ΠΦΥ;
5. Ποιές ψυχολογικές θεραπείες είναι αποτελεσματικές στη ΓΑΔ στην Π.Φ.Υ.;
6. Ποιές συμπληρωματικές/εναλλακτικές θεραπείες είναι αποτελεσματικές στη ΓΑΔ στην Π.Φ.Υ.;



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

7. Είναι αποτελεσματικός ο συνδυασμός φαρμακοθεραπείας και ψυχοθεραπείας στη ΓΑΔ στην Π.Φ.Υ.;
8. Σε ποίο βαθμό διαφοροποιούνται οι θεραπευτικές παρεμβάσεις σε περίπτωση συννοσηρότητας στη ΓΑΔ στην Π.Φ.Υ.;
9. Υπάρχει κάποιο εργαλείο για την εκτίμηση της απάντησης στη θεραπεία της ΓΑΔ στην Π.Φ.Υ.;
10. Τι πρέπει να καταγράφεται και να ελέγχεται από τον γενικό γιατρό, σχετικά με τη ΓΑΔ σε κάθε τακτικό έλεγχο (follow up) οποιουδήποτε ασθενή;

Αναφορικά με την πρόληψη:

11. Ποιός είναι ο προσυμπτωματικός έλεγχος (screening) για την πρόληψη της ΓΑΔ στην Π.Φ.Υ.;

Αναφορικά με την παραπομπή:

12. Πότε συστήνεται η παραπομπή των ασθενών με ΓΑΔ σε εξειδικευμένο γιατρό (ψυχίατρο) ή άλλο εκπαιδευμένο επαγγελματία ψυχικής υγείας;

Αναφορικά με τους επαγγελματίες υγείας και τις υπηρεσίες υγείας:

13. Είναι αποτελεσματική η εμπλοκή του νοσηλευτή/τριας στην ανίχνευση και παρακολούθηση της ΓΑΔ στην Π.Φ.Υ.;
14. Ποιές είναι οι δεξιότητες των επαγγελματιών υγείας στην Π.Φ.Υ., για την καλύτερη διαχείριση της ΓΑΔ στην Π.Φ.Υ.;
15. Είναι αποτελεσματική η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας στην Π.Φ.Υ. για τη διαχείριση της ΓΑΔ;
16. Ποιά είναι η δυνατότητα χρήσης υπηρεσιών υγείας της Π.Φ.Υ. για τη ΓΑΔ σε ειδικές πληθυσμιακές ομάδες (κατοίκους απομακρυσμένων περιοχών, μετανάστες, ανέργους, άπορους);



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.ygeia-pronoia.gr

4. Μεθοδολογία

Σκοπός της Κ.Ο. για τη ΓΑΔ

Στην Ελλάδα παρουσιάζεται μεγάλη διακύμανση στην εφαρμογή των ιατρικών πρακτικών. Η υιοθέτηση από τους παρόχους της Π.Φ.Υ. κοινών κατευθυντηρίων οδηγιών υψηλής τεκμηρίωσης ως οδηγός για τη λήψη ιατρικών αποφάσεων για την αντιμετώπιση της ΓΑΔ κρίθηκε μείζονος σημασίας, δεδομένου ότι ενισχύουν την υπευθυνότητα, μειώνουν τις αποκλίσεις στις ιατρικές πράξεις, εξοικονομούν πόρους και παρέχουν ως ένα βαθμό διαφάνεια^{19,20}.

Λαμβάνοντας υπόψη τις παραπάνω παραμέτρους, ως κύριος σκοπός της προσπάθειας σύνταξης των πρώτων Κ.Ο. όσον αφορά την διαχείριση της ΓΑΔ στην Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα, τέθηκε η διατύπωση συστάσεων αναφορικά με τη διαχείριση της ΓΑΔ στοχεύοντας αφενός στην ανάπτυξη παρεμβάσεων προαγωγής υγείας και αφετέρου στην πρώιμη διάγνωση της νόσου και στην πρόληψη της επιδείνωσής της.

Σε ποιούς απευθύνεται

Οι συστάσεις που διατυπώνονται στην παρούσα Κατευθυντήρια Οδηγία για τη ΓΑΔ απευθύνονται στους παρόχους υγείας που εργάζονται σε δομές Π.Φ.Υ. στην ελληνική επικράτεια. Πρωταρχικοί αποδέκτες είναι οι γενικοί ιατροί και οι άλλοι ιατροί στην Π.Φ.Υ., ωστόσο η Κ.Ο. απευθύνεται και στους άλλους επαγγελματίες υγείας στην Π.Φ.Υ. (νοσηλεύτές/ριες, φυσιοθεραπευτές, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, διαιτολόγοι, φαρμακοποιοί κ.α.) ώστε να τους βοηθήσει να αναγνωρίζουν έγκαιρα και συνεπώς να αντιμετωπίζουν αποτελεσματικότερα τους ασθενείς με ΓΑΔ στα πλαίσια της Π.Φ.Υ.

Μεθοδολογία ανάπτυξης της Κ.Ο.

Στο πλαίσιο των εργασιών για τις ανάγκες του παρόντος έργου, δημιουργήθηκε ένα εγχειρίδιο της μεθοδολογίας για την Ανάπτυξη Κατευθυντήριων Οδηγιών Γενικής Ιατρικής για τη διαχείριση των πιο συχνών νοσημάτων και καταστάσεων υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Σε αυτό, περιγράφεται αναλυτικά η διαδικασία και τα επιστημονικά εργαλεία που ακολούθησε η κάθε επιστημονική ομάδα. Στη συνέχεια επιχειρείται μια σύντομη περιγραφή των υιοθετηθέντων βημάτων.



Με την συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης

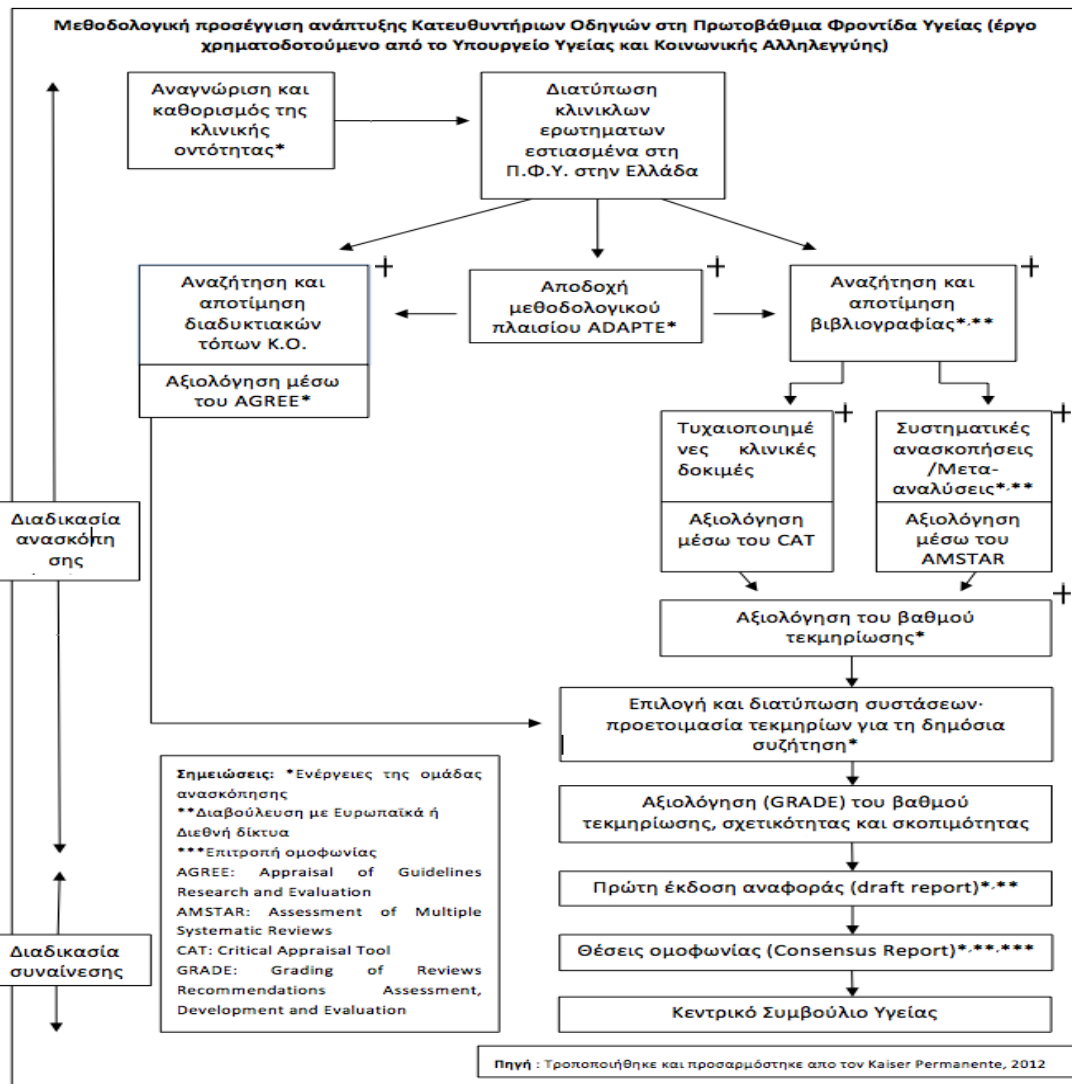


www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε για την ανάπτυξη των Κ.Ο. διαμορφώθηκε με την προσαρμογή του εργαλείου ADAPTE¹¹ (www.adapte.org) και τη χρήση προσαρμοσμένου στα ελληνικά αλγόριθμου που έχει αναπτυχθεί από το μη κερδοσκοπικό οργανισμό Kaiser Permanente¹², ο οποίος τροποποιήθηκε και προσαρμόστηκε στις ανάγκες του έργου και παρουσιάζεται στο παρακάτω Διάγραμμα.

Διάγραμμα: Αλγόριθμος της Μεθοδολογίας που ακολουθήθηκε





Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.ygeia-pronoia.gr

Πηγή: Kaiser Permanente, 2012, χρησιμοποιείται μετά από άδεια και κατάλληλη προσαρμογή+

Σύμφωνα με τον αλγόριθμο, το πρώτο στάδιο της διαδικασίας περιέλαβε την αναγνώριση και τον καθορισμό της κλινικής οντότητας και ακολούθησε η διατύπωση κλινικών ερωτημάτων αναφορικά με τη διαχείριση της ΓΑΔ στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα.

Στη συνέχεια η ομάδα εργασίας, στην προσπάθεια της σύνταξης των συστάσεων αναφορικά με τη διαχείριση της ΓΑΔ στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα, προέβει σε συστηματική ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας σχετικής με τα κλινικά ερωτήματα. Η στρατηγική αναζήτησης που υιοθετήθηκε, βασίστηκε σε δύο πηγές:

α) Επιλεγμένους ιστοτόπους οι οποίοι αποτελούν αξιόπιστες πηγές αναζήτησης και διανέμουν Κατευθυντήριες Οδηγίες. Για την επίτευξη του πρώτου στόχου, η ομάδα ανασκόπησης αναζήτησε Κατευθυντήριες Οδηγίες σε διαδικτυακούς τόπους σύμφωνα με δημοσιευμένο άρθρο²¹ του Επιστημονικά Υπεύθυνου του έργου, κ. Χ. Λιονή, όπου έχει διαμορφωθεί ένας κατάλογος Επιστημονικών Εταιριών ή Κολεγίων Γενικών Ιατρών με εμπειρία στην ανάπτυξη Κατευθυντήριων Οδηγιών. Η ομάδα ανασκόπησης επέκτεινε την αναζήτηση αυτή και σε άλλους ευρωπαϊκούς και διεθνείς πλέον διαδεδομένους ιστότοπους κολλεγίων και οργανισμών Γενικής Ιατρικής και διεθνών επιστημονικών Ψυχιατρικών Εταιρειών. Εν συνεχεία, οι εντοπισθείσες κατευθυντήριες οδηγίες αξιολογήθηκαν από τα μέλη της ομάδας. Απώτερος σκοπός, ήταν να επιλεχθούν προς αξιολόγηση οι Κατευθυντήριες Οδηγίες που ήταν προϊόν συμφωνίας ειδικών (consensus), ήταν επιστημονικά τεκμηριωμένες (evidence based), είχαν δημοσιευτεί την τελευταία πενταετία, παρουσίαζαν μεγαλύτερη συνάφεια με το σκοπό του παρόντος εγχειρήματος και μπορούσαν να εφαρμοστούν στην ελληνική πραγματικότητα.

Η ποιότητα των Κ.Ο. αξιολογήθηκε με το εργαλείο AGREE¹³ (έκδοση Ι). Τέσσερις Κ.Ο. κρίθηκαν ως αποδεκτής ποιότητας και χρησιμοποιήθηκαν για την διατύπωση των συστάσεων.

β) Επιπρόσθετα, διενεργήθηκε συστηματική ανασκόπηση σε ηλεκτρονικές βάσεις βιβλιογραφικών δεδομένων υψηλής ποιότητας, όπως στην PUBMED (<http://www.pubmed.com/>) και Cochrane Library (<http://www.cochrane.org/>), με σκοπό να απαντήσουμε στα κλινικά ερωτήματα αναφορικά με τη νόσο. Για το σκοπό αυτό δημιουργήθηκαν ξεχωριστοί αλγόριθμοι αναζήτησης για κάθε κλινικό ερώτημα συνδυάζοντας τις λέξεις-κλειδιά (key-words) και χρησιμοποιώντας ως επί το πλείστον



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

ιατρικές θεματικές επικεφαλίδες (Mesh terms) συνδυαστικά με άλλες τεχνικές αναζήτησης (Boolean προσέγγιση, φίλτρα αναζήτησης). Οι αλγόριθμοι που δημιουργήθηκαν ήταν κοινοί για την αναζήτηση και στις δύο βάσεις δεδομένων. Τα κριτήρια εισαγωγής που τέθηκαν κατά τη συστηματική ανασκόπηση των εργασιών, ήταν ο τύπος μελέτης (συστηματικές ανασκοπήσεις, μετα-αναλύσεις και τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές), το χρονικό διάστημα δημοσίευσης (πενταετία), και η γλώσσα του κειμένου (αγγλικά).

Στη συνέχεια, ανασκοπήθηκαν από τα μέλη της ομάδας τα επιλεγμένα βάσει των κριτηρίων άρθρα. Η ανασκόπηση περιελάμβανε την ανάγνωση του τίτλου καθώς και της περίληψης των άρθρων που προέκυπταν από τον αλγόριθμο αναζήτησης ανά κλινικό ερώτημα και στις δύο βάσεις δεδομένων. Εντοπίστηκαν τα άρθρα που ήταν κοινά και στις δύο βάσεις ώστε να αποφευχθούν διπλο-εγγραφές.

Η συνάφεια των μελετών με το εκάστοτε κλινικό ερώτημα, την ΠΦΥ και τη γενική ιατρική διαδραμάτισε καθοριστικό ρόλο στην επιλογή των εργασιών των οποίων η ποιότητα εκτιμήθηκε με τα αντίστοιχα εργαλεία αξιολόγησης και εκτιμήθηκε ο βαθμός τεκμηρίωσής τους. Αναλυτικότερα και ανάλογα με το είδος της βιβλιογραφικής αναφοράς χρησιμοποιήθηκαν κατάλληλα εργαλεία για την αποτίμηση αυτή. Έτσι, για την αξιολόγηση των Κ.Ο. χρησιμοποιήθηκε το εργαλείο AGREE¹³, για τις Μετα-αναλύσεις και τις Συστηματικές Ανασκοπήσεις το AMSTAR¹⁴, για τις Διαγνωστικές Μελέτες το Diagnostic Study Appraisal Work Sheet of Centre of Evidence-based Medicine¹⁴ (Oxford University), για τις Τυχαιοποιημένες Ελεγχόμενες Κλινικές Δοκιμές το Critical Appraisal Sheet of Centre of Evidence Based Medicine¹⁵ (Oxford University).

Μετά την εφαρμογή του εργαλείου AMSTAR επιλέχθηκαν συνολικά 2 Μετα-αναλύσεις και 6 Συστηματικές Ανασκοπήσεις. Στη συνέχεια, με τη χρήση του δελτίου κριτικής αποτίμησης για Τυχαιοποιημένες Ελεγχόμενες Κριτικές Δοκιμές (RCTs' Critical Appraisal Sheet) και του δελτίου αποτίμησης Διαγνωστικών Μελετών (Diagnostic Study Appraisal Work Sheet) του Centre of Evidence Based Medicine του Πανεπιστημίου της Οξφόρδης, επιλέχθηκαν 17 Τυχαιοποιημένες Ελεγχόμενες Κλινικές Δοκιμές.

Μετά την ολοκλήρωση των προαναφερθέντων βημάτων, τα αποτελέσματα της επιλεγμένης βιβλιογραφίας χρησιμοποιήθηκαν για την διατύπωση των συστάσεων. Στο στάδιο αυτό πραγματοποιήθηκε και η εκτίμηση του επιπέδου τεκμηρίωσης της κάθε σύστασης σύμφωνα



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.ygeia-pronoia.gr

με το σύστημα που προτείνεται από το National Health and Medical Research Council της Αυστραλίας.

(Παράρτημα 3).

Προκειμένου να διευκολυνθεί η διαδικασία συλλογής και αποθήκευσης, δημιουργήθηκε σημείο καταχώρησης και αποθήκευσης (dropbox) των επιλεγμένων Κ.Ο. και μελετών.

Οι διαμορφωθείσες συστάσεις απεστάλησαν ηλεκτρονικά μαζί με μια επτάβαθμη βαθμολογημένη κλίμακα (Α' κύκλος DELPHI) στα μέλη του consensus panel προκειμένου να γίνει μια πρώτη εκτίμηση και διατύπωση σχολίων που θα συνέβαλαν καθοριστικά στην τελική συνάντηση ομοφωνίας στην Κρήτη. Τα σχόλια που διατυπώθηκαν συνέβαλαν στην αναδιαμόρφωση ορισμένων συστάσεων, ενώ πραγματοποιήθηκε και μια πρώτη εκτίμηση του βαθμού σύγκλισης των απόψεων των πάνελιστ.

Στη συνέχεια, οι επαναδιατυπωμένες συστάσεις παρουσιάστηκαν στα μέλη του consensus panel στη συνάντηση ομοφωνίας που πραγματοποιήθηκε για τη ΓΑΔ η οποία είχε ως σκοπό την επίτευξη της συναίνεσης μεταξύ εμπειρογνομόνων και στην οποία συμμετείχαν: 2 εκπρόσωποι της ΕΛΕΓΕΙΑ, 2 εκπρόσωποι της ΕΨΕ, 2 εκπρόσωποι της ΕΝΕ, 3 εκπρόσωποι των αντίστοιχων διεθνών δικτύων Π.Φ.Υ. (WONCA), 2 εκπρόσωποι της Διεύθυνσης Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και 2 εκπρόσωποι φορέα ασθενών.

Την πρώτη μέρα στη συνάντηση ομοφωνίας πραγματοποιήθηκε εκτενής συζήτηση αναφορικά με το περιεχόμενο και τη διατύπωση κάθε σύστασης στην ελληνική και αγγλική γλώσσα. Την δεύτερη μέρα, τα μέλη της συνάντησης ομοφωνίας κλήθηκαν να βαθμολογήσουν τις διαμορφωθείσες συστάσεις βάσει του Δελτίου Αξιολόγησης των συστάσεων του Εθνικού Συμβουλίου Υγείας και Ιατρικής Έρευνας (National Health and Medical Research Council) της Αυστραλίας. Η αξιολόγηση των συστάσεων των Κ.Ο. που προέκυψαν από τη συνάντηση ομοφωνίας και η εκτίμηση του βαθμού τεκμηρίωσής τους, βασίστηκε στο σύστημα αξιολόγησης του National Health and Medical Research Council (NHMRC)¹⁷ της Αυστραλίας με τη χρήση του σχετικού δελτίου (NHMRC Evidence Statement Form)¹⁸ που ζυγιάζει διάφορες παραμέτρους της σύστασης για την εκτίμηση (βαθμολόγηση) του επιπέδου σύστασης που αντιπροσωπεύει την δυνατότητα εφαρμογής της στην κλινική πρακτική. Κάθε σύσταση αξιολογήθηκε αναφορικά με την τεκμηρίωσή της, τη συνοχή της, την κλινική της επίδραση, τη δυνατότητα γενίκευσής της και τη δυνατότητα



ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
ΜΕΣΤΡΩΣΕΩΝ



ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ

www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

εφαρμογής της. Από το άθροισμα των βαθμολογιών των επιμέρους αυτών στοιχείων, προέκυψε το επίπεδο τεκμηρίωσης κάθε σύστασης (A= Το σύνολο των τεκμηρίων μπορεί να θεωρηθεί αξιόπιστο στην πράξη, B=Το σύνολο των τεκμηρίων μπορεί να θεωρηθεί αξιόπιστο στην πράξη στην πλειοψηφία των περιπτώσεων, C=Το σύνολο των τεκμηρίων ενισχύει μερικώς τις συστάσεις αλλά πρέπει να δίνεται προσοχή στην εφαρμογή του, D= Το σύνολο των τεκμηρίων δεν έχει μεγάλη ισχύ και πρέπει να εφαρμόζεται με προσοχή).

Οι εργασίες που περιλαμβάνει η μεθοδολογία ολοκληρώθηκαν με την έγκριση των συστάσεων των Κατευθυντηρίων Οδηγιών από το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας.

Δήλωση συμφερόντων

Όλοι οι συνεργάτες που συνέβαλαν στη συγγραφή της παρούσας Κ.Ο. δηλώνουν ότι δεν υπόκεινται σε σύγκρουση συμφερόντων και βεβαιώνουν ότι δεν απασχολούνται στη φαρμακευτική βιομηχανία.



ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ



www.ygeia-pronoia.gr

Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.espa.gr

5. Τελικές Συστάσεις, βαθμός τεκμηρίωσης και σύστασης με υποστηρικτικό κείμενο

Διάγνωση και διαγνωστικά εργαλεία

Διάγνωση της Γενικευμένης Αγχώδους Διαταραχής (ΓΑΔ)

Σύσταση 1: Συστήνεται στους Γενικούς Ιατρούς και στους άλλους Ιατρούς στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, να σκέφτονται και να εκτιμούν τη διάγνωση της Γενικευμένης Αγχώδους Διαταραχής (ΓΑΔ) σε άτομα που επισκέπτονται συχνά τις Υπηρεσίες Π.Φ.Υ. για πολλαπλά χρόνια σωματικά συμπτώματα, εμφανίζουν συνεχές άγχος και ανησυχούν επανειλημμένα για μια σειρά διαφορετικών θεμάτων.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: III-2

Βαθμός Σύστασης: A

Οι Κ.Ο. του NICE¹⁹ και πρόσφατες μελέτες παρατήρησης,^{20,21,22} αναφέρουν ότι οι ασθενείς με ΓΑΔ στην Π.Φ.Υ. παραπονιούνται περισσότερο για σωματικά συμπτώματα, παρά για ψυχολογικά ή για επαναλαμβανόμενο άγχος. Οι ασθενείς με ΓΑΔ απευθύνονται κυρίως στην Π.Φ.Υ. με συμπτώματα άγχους, διαταραχές ύπνου και σωματικές διαταραχές. Τα σωματικά προβλήματα υγείας αφορούν συνήθως χρόνιες παθολογικές καταστάσεις, όπως θωρακικό άλγος, Χρόνιο Σύνδρομο Κόπωσης, Σύνδρομο Ευερέθιστου Εντέρου, Αρτηριακή Υπέρταση, Σακχαρώδη Διαβήτη, και καρδιολογικές παθήσεις. Η διάγνωση της ΓΑΔ είναι πιθανή σε αυτούς τους ασθενείς που επισκέπτονται συχνά την Π.Φ.Υ. και έχουν την παραπάνω συμπτωματολογία.

Διαγνωστικά εργαλεία της Γενικευμένης Αγχώδους Διαταραχής

Σύσταση 2: Συστήνεται στους Γενικούς Ιατρούς και στους άλλους Επαγγελματίες Υγείας στην Π.Φ.Υ., να λαμβάνουν υπόψη - πριν την ανίχνευση της νόσου - τη χρήση των παρακάτω ερωτήσεων:



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.ygeia-pronoia.gr

α) Ανησυχείτε υπερβολικά για καθημερινά πράγματα όπως την οικογένεια, την υγεία, τη δουλειά ή τα οικονομικά σας; Σας λένε οι φίλοι ή η οικογένειά σας ότι ανησυχείτε υπερβολικά;

β) Έχετε δυσκολία να ελέγξετε την ανησυχία σας και επηρεάζει το άγχος σας την εργασία σας, τις δραστηριότητες, τις σχέσεις σας ή την σωματική σας υγεία;

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: III-2

Βαθμός Σύστασης: B

Οι Ισπανικές Κατευθυντήριες Οδηγίες²⁷ προτείνουν την χρήση συγκεκριμένων ερωτήσεων συνέντευξης κατά τη διάρκεια λήψης του ιατρικού ιστορικού προκειμένου να βοηθηθούν οι ιατροί της Π.Φ.Υ. στην ανίχνευση της ΓΑΔ. Αυτές οι ερωτήσεις προέρχονται από τις Καναδικές Κατευθυντήριες Οδηγίες²⁸ και είναι χρήσιμες, ειδικά σε χώρες όπως η Ελλάδα, όπου το GAD-2 και GAD-7 δεν έχουν επίσημα σταθμιστεί.

Σύσταση 3: Εάν υπάρχει υποψία ΓΑΔ, συστήνεται στους Γενικούς Ιατρούς και στους άλλους Ιατρούς στην Π.Φ.Υ., η χρήση των διαγνωστικών ερωτηματολογίων GAD-2 (Generalized Anxiety Disorder-2) ή GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder-7).

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: III-2

Βαθμός Σύστασης: B

Τα ερωτηματολόγια GAD-2 και GAD-7 παρουσίασαν υψηλή ευαισθησία και ειδικότητα για την ανίχνευση της ΓΑΔ στην ΠΦΥ. Είναι σύντομα, εύχρηστα και είναι τα πλέον εφαρμοζόμενα εργαλεία διαλογής (screening) στην ΠΦΥ,^{23,24} σε αντίθεση με τα ερωτηματολόγια PHQ-9 και HADS που είναι μεγαλύτερα, πιο χρονοβόρα και δεν έχουν διαπολιτισμική εγκυρότητα.^{25,26,27}

Παρεμβάσεις (Ψυχολογικές και Φαρμακευτικές)

Ψυχολογικές Θεραπείες

Σύσταση 4: Συστήνεται οι Γενικοί Ιατροί, οι άλλοι Ιατροί καθώς και οι Επαγγελματίες Υγείας στην Π.Φ.Υ., να ξεκινούν, εφόσον είναι κατάλληλα εκπαιδευμένοι, Γνωστική Συμπεριφορική Θεραπεία ή και τεχνικές χαλάρωσης πριν ή/και παράλληλα με την έναρξη της



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.ygeia-pronoia.gr

φαρμακευτικής αγωγής για ΓΑΔ ή να παραπέμπουν σε ειδικό θεραπευτή ή Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: I

Βαθμός Σύστασης: A

Σύμφωνα με τις Κατευθυντήριες Οδηγίες του NICE¹⁹ που βασίζονται σε 21 RCT's και με άλλες πρόσφατες RCT's,^{29,30} υποστηρίζεται ότι η Γνωστική Συμπεριφορική Θεραπεία είναι η πιο αποτελεσματική ψυχολογική παρέμβαση για τη θεραπεία της ΓΑΔ στην ΠΦΥ. Ανταπόκριση στη θεραπεία και ύφεση των συμπτωμάτων της ΓΑΔ (κυρίως του άγχους) παρατηρήθηκαν άμεσα και τείνουν να παραμένουν και μετά από 6 έως 12 μήνες παρακολούθησης.

Σύμφωνα με πρόσφατες μετα-αναλύσεις και ανασκοπήσεις,^{31,32,33,34,35} η CBT είναι αποτελεσματική στη θεραπεία του άγχους βραχύχρονα και μακρόχρονα. Επίσης, είναι αποτελεσματική στη διατήρηση του θεραπευτικού οφέλους για περισσότερο από ένα χρόνο.

Άλλες ψυχολογικές θεραπείες και τρόπος ζωής

Σύσταση 5: Άλλες ψυχολογικές παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση της ΓΑΔ, όπως η Καθοδηγούμενη Αυτοβοήθεια, η Μη-Διευκολυνόμενη Αυτοβοήθεια και οι Ομάδες Ψυχοεκπαίδευσης, συστήνονται να γίνονται από κατάλληλα εκπαιδευμένους Ιατρούς Γενικής Ιατρικής και άλλους Επαγγελματίες Υγείας της Π.Φ.Υ. πριν την έναρξη της φαρμακευτικής αγωγής ή συγχρόνως με αυτή.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: I

Βαθμός Σύστασης: A

Σύμφωνα με τις Κατευθυντήριες Οδηγίες του NICE¹⁹ και δύο πρόσφατες μετα-αναλύσεις,^{36,37} άλλες ψυχολογικές θεραπείες, όπως η Καθοδηγούμενη Αυτοβοήθεια, η Μη-Κατευθυνόμενη Αυτοβοήθεια και η Ψυχοεκπαίδευση έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικές στους ασθενείς με ΓΑΔ στην Π.Φ.Υ. κυρίως στα συμπτώματα του άγχους και σε απουσία συννοσηρότητας.



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.ygeia-pronoia.gr

Σύσταση 6: Συστήνεται στους Γενικούς Ιατρούς και στους άλλους Επαγγελματίες Υγείας της Π.Φ.Υ. να προτείνουν τη διακοπή του καπνίσματος, την τακτική σωματική άσκηση και γενικά έναν υγιεινό τρόπο ζωής σε όλους τους ασθενείς με ΓΑΔ για τη μείωση των συμπτωμάτων άγχους.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: I

Βαθμός Σύστασης: A

Σε μια συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση από 26 μελέτες παρατήρησης¹³⁴ μελετήθηκε το άγχος, η Κατάθλιψη, η Μικτή Αγχώδης και η Καταθλιπτική Διαταραχή, η ποιότητα ζωής, οι θετικές επιδράσεις και τα επίπεδα στρες σε αυτούς που διέκοψαν το κάπνισμα, σε σχέση με εκείνους που συνέχισαν να καπνίζουν. Η διακοπή καπνίσματος σχετίζεται με μείωση της κατάθλιψης και του άγχους, με βελτίωση της διάθεσης και της ποιότητας ζωής.

Η φυσική άσκηση μπορεί να παρέχει σημαντική βοήθεια σε ασθενείς με ΓΑΔ. Σύμφωνα με μια RCT,⁶³ η φυσική άσκηση είναι μια εφικτή, χαμηλού κινδύνου παρέμβαση με αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητα στη μείωση των αγχωδών συμπτωμάτων, η οποία είναι ωφέλιμη στη μακροχρόνια θεραπεία της ΓΑΔ.

Σε μια συστηματική ανασκόπηση⁶⁴ διερευνήθηκαν τα θεραπευτικά αποτελέσματα της φυσικής άσκησης -αεροβικής και μη-αεροβικής- στις αγχώδεις διαταραχές. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η φυσική άσκηση είναι αποτελεσματική στη μείωση των συμπτωμάτων του άγχους. Ωστόσο, χρειάζονται περισσότερες, καλά σχεδιασμένες μελέτες που να προσδιορίζουν το είδος και τη συχνότητα της άσκησης και να τεκμηριώνουν την αποτελεσματικότητά της.

Σύσταση 7: Συστήνεται στους Γενικούς Ιατρούς και στους άλλους Ιατρούς της Π.Φ.Υ. να προτείνουν στους ασθενείς με ΓΑΔ και με κάποιες στοιχειώδεις γνώσεις στο διαδίκτυο τη Γνωστική Συμπεριφορική Θεραπεία μέσω Διαδικτύου (i-CBT), μια σχετικά καινούργια θεραπευτική παρέμβαση με μέχρι τώρα καλά αποτελέσματα στη ΓΑΔ που πρέπει να διενεργείται από κατάλληλα Εκπαιδευμένους Επαγγελματίες Υγείας.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: I

Βαθμός Σύστασης: B



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.ygeia-pronoia.gr

Η Γνωστική Συμπεριφορική Θεραπεία μέσω Διαδικτύου υποστηριζόμενη από θεραπευτή είναι μια σχετικά καινούργια θεραπευτική προσέγγιση με αποτελεσματικότητα στη ΓΑΔ, ευρεία αποδοχή ιδίως σε νεαρά άτομα και με διάρκεια θεραπευτικού οφέλους που παραμένει για 1-3 χρόνια. Αποτελεί μια πρακτική εναλλακτική προσέγγιση, ιδιαίτερα για εκείνους που διαφορετικά θα παρέμεναν χωρίς θεραπεία. Τα παραπάνω αποτελέσματα τεκμηριώνονται από μία μετα-ανάλυση³⁸ και από πρόσφατες RCT's.^{39,40,41}

Φαρμακευτική θεραπεία 1ης γραμμής

Σύσταση 8: Συστήνεται στους Γενικούς Ιατρούς και σε άλλους Ιατρούς στην Π.Φ.Υ., η έναρξη της φαρμακευτικής αγωγής σε ασθενείς με ΓΑΔ να γίνεται με ένα αντικαταθλιπτικό από την ομάδα των εκλεκτικών αναστολέων επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRI's) ή νοραδρεναλίνης (SNRI's).

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: I

Βαθμός Σύστασης: A

Σύμφωνα με δύο πρόσφατες συστηματικές ανασκοπήσεις,^{42,43} οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης και νοραδρεναλίνης αποδείχθηκαν η πιο αποτελεσματική φαρμακευτική θεραπεία για ασθενείς με ΓΑΔ. Συγκεκριμένα, τα πιο αποτελεσματικά φάρμακα για τη θεραπεία της ΓΑΔ είναι: η σερτραλίνη, η εσιταλοπράμη, η παροξετίνη, η ντουλοξετίνη και η βενλαφαξίνη. Η σύγκριση των παραπάνω φαρμάκων δεν ανέδειξε σημαντικές κλινικές διαφορές όσον αφορά στην ανταπόκριση στη θεραπεία.

Ο αλγόριθμος IPAP⁴⁴ και οι Κ.Ο. του NICE¹⁹ προτείνουν ένα SSRI ή SNRI ως αρχική θεραπεία της ΓΑΔ. Σε μη ικανοποιητική ανταπόκριση στη θεραπεία, μπορεί να χρησιμοποιηθεί μια άλλη φαρμακευτική ουσία της ίδιας κατηγορίας (SSRI's/SNRI's).

Βενζοδιαζεπίνες

Σύσταση 9: Συστήνεται στους Γενικούς Ιατρούς και στους άλλους Ιατρούς της Π.Φ.Υ., σε περίπτωση που αποφασίσουν να συνταγογραφήσουν σε ασθενείς με ΓΑΔ βενζοδιαζεπίνες σε συνδυασμό με SSRI's, να συνταγογραφούν για διάστημα όχι μεγαλύτερο των δύο



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.ygeia-pronoia.gr

εβδομάδων για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της ΓΑΔ ή κατά τη διάρκεια αναμονής της ανταπόκρισης στη θεραπεία με αντικαταθλιπτικά.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: I

Βαθμός Σύστασης: B

Σε δώδεκα RCT's του NICE,¹⁹ βρέθηκε ότι οι βενζοδιαζεπίνες είναι αποτελεσματικές στην οξεία φάση της ΓΑΔ. Νεότερες ανασκοπήσεις επιβεβαίωσαν επίσης την αποτελεσματικότητα και την ταχεία δράση τους σε ασθενείς με ΓΑΔ.^{48,49} Ο Baldwin⁵⁰ υποστηρίζει την βραχείας διάρκειας θεραπεία με βενζοδιαζεπίνες μέχρι τέσσερις εβδομάδες, με σκοπό την αποφυγή του κινδύνου της εξάρτησης και των ανεπιθύμητων ενεργειών. Έχει παρατηρηθεί ότι η χρήση των βενζοδιαζεπινών σε ηλικιωμένους ασθενείς προκαλεί σύγχυση και έκπτωση των γνωστικών λειτουργιών και αυξάνει την πιθανότητα πτώσεων και καταγμάτων, ιδιαίτερα του ισχίου. Προτείνεται η συνταγογράφηση βενζοδιαζεπινών από τους Ιατρούς Γενικής Ιατρικής στη μικρότερη δυνατή δόση και για χρονικό διάστημα μικρότερο των 2-4 εβδομάδων, ειδικά όταν ο σκοπός είναι ο άμεσος έλεγχος των συμπτωμάτων, ενώ αναμένεται η απάντηση στη θεραπεία με αντικαταθλιπτικά^{19,48,49,50,51,52}

Σε μια μεταανάλυση του Mugunthan⁵³ υποστηρίζεται ότι η βραχεία παρέμβαση με βενζοδιαζεπίνες μακράς δράσης είναι αποτελεσματική στη μείωση ή τη διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής, δίχως να προκαλεί ανεπιθύμητες ενέργειες.

Άλλες φαρμακευτικές επιλογές

Σύσταση 10: Σε περίπτωση μη ανταπόκρισης στη φαρμακευτική θεραπεία, συστήνεται στους Γενικούς Ιατρούς και στους άλλους Ιατρούς της Π.Φ.Υ., η συνταγογράφηση πρεγκαμπαλίνης ή βενλαφαξίνης ή αζαπρόνης ή τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: I

Βαθμός Σύστασης: A

Σύμφωνα με τις Κατευθυντήριες Οδηγίες του NICE¹⁹ σε μη ανταπόκριση στη θεραπεία 1^{ης} γραμμής, έχει αποδειχθεί ότι η πρεγκαμπαλίνη αποτελεί μια αποτελεσματική φαρμακευτική θεραπεία στη ΓΑΔ, περισσότερο αποτελεσματική στα αγχώδη από ότι στα σωματικά συμπτώματα. Άλλες φαρμακευτικές ουσίες έχουν δείξει επίσης αποτελεσματικότητα, όπως η ντουλοξετίνη, οι αζαπρόνες, η βουπροπριόνη, οι



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.ygeia-pronoia.gr

βενζοδιαζεπίνες και η μιπραμίνη. Πρόσφατες μελέτες επιβεβαιώνουν τα παραπάνω συμπεράσματα.^{43,46,47}

Σε μια ανασκόπηση κλινικών δοκιμών⁴⁸ υποστηρίζεται ότι οι αζαπρόνες είναι χρήσιμες στη θεραπεία της ΓΑΔ, ιδιαίτερα σε ασθενείς που δεν είχαν λάβει πριν βενζοδιαζεπίνες. Σύμφωνα με μια άλλη ανασκόπηση⁵⁴ οι αζαπρόνες πιθανόν δεν υπερέχουν των βενζοδιαζεπινών και δεν είναι τόσο αποδεκτές όσο οι τελευταίες. Οι ανεπιθύμητες ενέργειές τους φαίνονται να είναι ήπιες, όχι σοβαρές και εμπεριέχουν σωματικά συμπτώματα όπως τάση προς έμετο και ζαλάδα.^{19,48,54} Δεν μπορούμε να συμπεράνουμε ότι οι αζαπρόνες είναι περισσότερο αποτελεσματικές από τις βενζοδιαζεπίνες, τα αντικαταθλιπτικά, την ψυχοθεραπεία, την υδροξυζίνη ή την κάβα-κάβα, όπου χρειάζονται περισσότερες μελέτες με σκοπό την απόδειξη της αποτελεσματικότητάς τους.

Η βουσπιρόνη σπάνια χρησιμοποιείται ως μονοθεραπεία στην αντιμετώπιση της ΓΑΔ. Συχνότερα χρησιμοποιείται ως συμπληρωματική φαρμακολογική θεραπεία με πρώτης γραμμής φαρμακευτικές ουσίες, λόγω της αργής έναρξης της δράσης της και της απουσίας πλεονεκτημάτων σε περίπτωση συνοσηρότητας, ειδικά σε κατάθλιψη.^{51,55}

Άτυπα αντιψυχωσικά

Σύσταση 11: Η συνταγογράφηση άτυπων αντιψυχωσικών φαρμάκων σε ασθενείς με ΓΑΔ, συστήνεται να διενεργείται με επιφύλαξη από Ιατρούς Γενικής Ιατρικής και άλλους Ιατρούς της Π.Φ.Υ. και μετά από συμβουλή ειδικού ή από μέλος της Ομάδας Ψυχικής Υγείας.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: II

Βαθμός Σύστασης: B

Στο παρελθόν, κάποιες τυπικές αντιψυχωσικές φαρμακευτικές ουσίες έχουν εγκριθεί για τις αγχώδεις διαταραχές και πρόσφατες μελέτες προτείνουν ότι τα άτυπα αντιψυχωσικά φάρμακα μπορούν να παίξουν κάποιο ρόλο στη θεραπεία της ΓΑΔ. Η πλειονότητα των μελετών συγκρίνουν την κουετιαπίνη σε αντιδιαστολή με εικονικό φάρμακο, με σκοπό τον έλεγχο της αποτελεσματικότητάς της ως μονοθεραπεία σε δόσεις των 50-150 mg/day,^{56,57} όμως η κουετιαπίνη δεν μπορεί ακόμη να συσταθεί ως θεραπεία ρουτίνας. Χρειάζονται περισσότερες μελέτες σχετικές με την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητά της στην Π.Φ.Υ., κυρίως λόγω του κινδύνου του μεταβολικού συνδρόμου και των ανεπιθύμητων



ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ



www.ygeia-pronoia.gr

Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης

2007-2013

Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
ΜΕΣΤΡΩΣΕΙΣ



www.espa.gr

ενεργειών όπως ξηρότητα του στοματικού βλεννογόνου, ζάλη, αυπνία, κόπωση και κεφαλαλγίες. Παρόλα αυτά, η χρήση της κουετιαπίνης θα μπορεί να ληφθεί υπόψη μελλοντικά για τη θεραπεία της ΓΑΔ, αν άλλες κατηγορίες φαρμάκων αποδειχθούν αναποτελεσματικές ή όταν εμφανίζονται σοβαρά συμπτώματα.

Σε μια ανοικτού τύπου RCT,⁵⁸ σε 33 ασθενείς που διαγνώστηκαν με κάποια αγχώδη διαταραχή μεταξύ των οποίων και ΓΑΔ, και έλαβαν για τουλάχιστον οκτώ εβδομάδες αντικαταθλιπτικά ή/και βενζοδιαζεπίνες, προστέθηκε στη συνέχεια ρισπεριδόνη. Η μελέτη, αν και έχει περιορισμούς, ανέδειξε ότι η προσθήκη ρισπεριδόνης σε χαμηλή δόση στους παραπάνω ασθενείς, μπορεί να αποτελέσει μια καλή εναλλακτική λύση σε ασθενείς με αγχώδεις διαταραχές.

Σε μια πρόσφατη διπλή τυφλή RCT⁵⁹ η ολανζαπίνη, η ρισπεριδόνη και η κουατιαπίνη χρησιμοποιήθηκαν στη θεραπεία του άγχους στη ΓΑΔ και στη Διπολική Διαταραχή, αλλά τα αποτελέσματα δεν είχαν διάρκεια. Αντίθετα, η κουατιαπίνη βραδείας αποδέσμευσης 150 mg/day ως μονοθεραπεία πέτυχε αγχολυτικά αποτελέσματα διαρκείας. Σε μια θεραπεία 52 εβδομάδων σε ασθενείς με ΓΑΔ, η κουατιαπίνη βραδείας αποδέσμευσης αποδείχτηκε καλύτερη από την εικονική θεραπεία στην πρόληψη των υποτροπών της ΓΑΔ. Συνολικά, τα άτυπα αντιψυχωσικά ήταν καλά ανεκτά, εμφανίζοντας συνηθισμένες ανεπιθύμητες ενέργειες όπως υπνηλία. Ωστόσο, σε αντίθεση με τα αντικαταθλιπτικά και τις βενζοδιαζεπίνες, οι μακρόχρονοι κίνδυνοι και τα ωφέλη των ατυπικών αντιψυχωσικών στη θεραπεία της ΓΑΔ μένει ακόμη να καθορισθεί.

Συννοσηρότητα

Σύσταση 12: Συστήνεται στους Γενικούς Ιατρούς και στους άλλους Ιατρούς της Π.Φ.Υ., σε περίπτωση που θέτουν τη διάγνωση της ΓΑΔ ή σε περίπτωση απόφασης χορήγησης θεραπείας, να λαμβάνουν υπόψη τους τη συννοσηρότητα της ΓΑΔ με άλλες ψυχικές διαταραχές καθώς και με σωματικά νοσήματα.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: III-2

Βαθμός Σύστασης: A

Η ΓΑΔ είναι μια πάθηση με συχνή συννοσηρότητα με άλλες ψυχικές παθήσεις, όπως με συναισθηματικές διαταραχές (κυρίως Κατάθλιψη) και με άλλες αγχώδεις ή σωματόμορφες



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.ygeia-pronoia.gr

διαταραχές, ανεξήγητα σωματικά συμπτώματα, χρήση ουσιών, κατάχρηση αλκοόλ και άλλες ψυχιατρικές παθήσεις. Η ΓΑΔ σχετίζεται επίσης με σωματικές παθήσεις, όπως καρδιοπάθειες, γαστρεντερολογικές και αναπνευστικές παθήσεις (όπως Άσθμα), θυρεοειδοπάθειες, αρθρίτιδες και άλλες ασθένειες με χρόνια σωματικό άλγος, όπως υποστηρίζεται σε πρόσφατες μελέτες παρατήρησης,^{84,85} στις Κ.Ο. του NICE¹⁹ και στις Ισπανικές Κ.Ο.²⁷

Θεραπεία συννοσηρότητας

Σύσταση 13: Συστήνεται στους Γενικούς Ιατρούς και στους άλλους Ιατρούς της Π.Φ.Υ., σε ασθενείς με ΓΑΔ και συννοσηρότητα με άλλες ψυχικές διαταραχές, η θεραπεία να ξεκινά από την πιο σοβαρή διαταραχή που επηρεάζει την λειτουργικότητα του ασθενή. Σε περίπτωση συννοσηρότητας της ΓΑΔ με σωματικές παθήσεις, συστήνεται η ταυτόχρονη θεραπευτική αντιμετώπιση.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: III-2

Βαθμός Σύστασης: A

Δεδομένου του γεγονότος ότι η ΓΑΔ έχει υψηλή συννοσηρότητα με Κατάθλιψη και άλλες αγχώδεις διαταραχές, η ερώτηση που εγείρεται είναι, ποια διαταραχή οφείλεται να θεραπεύεται πρώτη. Στις παλαιότερες ΚΟ του NICE του 2004⁸⁶ προτείνεται αρχικά να θεραπεύεται η Κατάθλιψη, ενώ αντίθετα στις νεότερες ΚΟ του NICE του 2009⁸⁷ υποστηρίζεται ότι η αγχώδης διαταραχή είναι αυτή που θεραπεύεται πρώτη, λαμβάνοντας υπόψη ότι η μείωση του άγχους βελτιώνει την κατάθλιψη.

Σε περίπτωση συννοσηρότητας με κατάχρηση αλκοόλ, προτείνεται να θεραπεύεται πρώτα η κατάχρηση, γιατί σύμφωνα με τις πιο πρόσφατες ΚΟ του NICE¹⁹ (2011) η θεραπεία του αλκοόλ μπορεί να οδηγήσει σε σημαντική μείωση των συμπτωμάτων της ΓΑΔ.

Γενικότερα βασικός σκοπός είναι αρχικά να θεραπεύεται η πιο σοβαρή διαταραχή, έτσι ώστε να επιτευχθούν για τον ασθενή υψηλότερα επίπεδα λειτουργικότητας.

Παρακολούθηση της συννοσηρότητας της ΓΑΔ



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.ygeia-pronoia.gr

Σύσταση 14: Συστήνεται στους Γενικούς Ιατρούς και στους άλλους Ιατρούς της Π.Φ.Υ., να επανεκτιμούν συνεχώς τους ασθενείς με ΓΑΔ για τυχόν συννοσηρότητα με κατάθλιψη, κατάχρηση ουσιών ή σωματικό νόσημα.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: III-2

Βαθμός Σύστασης: A

Σύμφωνα με τις Κ.Ο. του NICE¹⁹ οι οποίες στηρίζονται σε επιδημιολογικές μελέτες,^{48,49,50,51,52,53,54,55} σαν ένα μέρος της συνολικής εκτίμησης της ΓΑΔ και δεδομένου του γεγονότος ότι η συννοσηρότητα επηρεάζει την ανάπτυξη και τη σοβαρότητα της νόσου, η συννοσηρότητα με κατάθλιψη, η χρήση ουσιών, οι διαταραχές προσωπικότητας και η σωματική νόσος συστήνεται να λαμβάνονται υπόψη ειδικά σε ασθενείς με φτωχή ή καθόλου ανταπόκριση στη θεραπεία.

Πρόληψη

Πρόληψη στον γενικό πληθυσμό

Σύσταση 15: Συστήνεται στους Γενικούς Ιατρούς και στους άλλους Επαγγελματίες Υγείας της Π.Φ.Υ., να ενθαρρύνουν το γενικό πληθυσμό για υιοθέτηση δραστηριοτήτων και τρόπου ζωής που μειώνουν την πιθανότητα εμφάνισης ΓΑΔ.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: II

Βαθμός Σύστασης: A

Σύμφωνα με μία RCT των Mrazek και Haggerty⁹⁶ προτείνεται η παρέμβαση για την πρόληψη των ψυχικών διαταραχών να γίνεται ανάλογα με τον πληθυσμό στόχο. Το προτεινόμενο μοντέλο πρόληψης μπορεί να βοηθήσει στον εντοπισμό των ατόμων που βρίσκονται στο κατώφλι της νόσου και διατρέχουν υψηλό κίνδυνο να αναπτύξουν Μείζονα Κατάθλιψη και αγχώδεις διαταραχές. Επίσης στοχεύει στο να μειώσει τη ένταση των συμπτωμάτων και το χρόνο που δαπανάται στο κατώφλι της νόσου.^{97,98,99,100,101,102}

Σε μια πρόσφατη RCT¹⁰³ εκτιμήθηκε η αποτελεσματικότητα ενός προγράμματος πρόληψης για την κατάθλιψη και τις αγχώδεις διαταραχές σε 170 ηλικιωμένους ασθενείς, 75 χρονών και άνω, που είχαν κάποια συμπτώματα, αλλά δεν εκπλήρωναν τα κριτήρια για τη διάγνωση κατάθλιψης ή αγχώδους διαταραχής. Το πρόγραμμα διαβαθμισμένης προληπτικής φροντίδας βρέθηκε αποτελεσματικό στη μείωση του κινδύνου έναρξης αυτών



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.ygeia-pronoia.gr

των διαταραχών. Ωστόσο, έχει εφαρμοστεί μόνο σε ηλικιωμένο πληθυσμό και τα αποτελέσματά του δεν μπορούν να γενικευτούν. Αποτελεί, ωστόσο ένα χρήσιμο πρόγραμμα για περαιτέρω μελέτες.

Πρόληψη σε ομάδες υψηλού κινδύνου

Σύσταση 16: Συστήνεται στους Γενικούς Ιατρούς και στους άλλους Επαγγελματίες Υγείας της Π.Φ.Υ., να εντοπίζουν άτομα με υψηλό κίνδυνο για ΓΑΔ και να αναλαμβάνουν συγκεκριμένες δράσεις.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: II

Βαθμός Σύστασης: B

Σύμφωνα με μία RCT των Mrazek και Haggerty⁹⁶ προτείνεται η παρέμβαση για την πρόληψη των ψυχικών διαταραχών να γίνεται ανάλογα με τον πληθυσμό στόχο. Το προτεινόμενο μοντέλο πρόληψης μπορεί να βοηθήσει στον εντοπισμό των ατόμων που βρίσκονται στο κατώφλι της νόσου και διατρέχουν υψηλό κίνδυνο να αναπτύξουν Μείζονα Κατάθλιψη και αγχώδεις διαταραχές. Επίσης στοχεύει στο να μειώσει τη ένταση των συμπτωμάτων και το χρόνο που δαπανάται στο κατώφλι της νόσου.^{97,98,99,100,101,102}

Παραπομπή

Σύσταση 17: Συστήνεται στους Γενικούς Ιατρούς και στους άλλους Ιατρούς της Π.Φ.Υ., η παραπομπή σε Ειδικό Ψυχικής Υγείας του ασθενή με ΓΑΔ που παρουσιάζει σοβαρού βαθμού άγχος και έκπτωση λειτουργικότητας σε συνδυασμό με κίνδυνο αυτοτραυματισμού ή αυτοκτονικότητας ή σημαντική συννοσηρότητα ή παραμέληση προσωπικής φροντίδας ή μη ικανοποιητική ανταπόκριση στις προηγούμενες ψυχολογικές και φαρμακολογικές παρεμβάσεις.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: III-2

Βαθμός Σύστασης: A

Σύμφωνα με τις Κατευθυντήριες Οδηγίες του NICE,¹⁹ θα πρέπει να εξεταστεί η παραπομπή του ασθενούς σε Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας, όταν ο ασθενής υποφέρει από δριμύ άγχος και σημαντική λειτουργική έκπτωση, συνδυασμένα με: Κίνδυνο αυτοτραυματισμού ή



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.ygeia-pronoia.gr

αυτοκτονίας, ή σημαντική συνοσηρότητα (όπως κατάχρηση ουσιών, διαταραχές προσωπικότητας ή επιπλεγμένα θέματα σωματικής υγείας), ή παραμέληση της φροντίδας του εαυτού, ή ανεπαρκή ανταπόκριση στο 3^ο στάδιο των θεραπευτικών παρεμβάσεων του μοντέλου Διαβαθμισμένης Φροντίδας.

Κατά τις Ισπανικές Κ.Ο.,²⁷ τα κριτήρια παραπομπής είναι: Δυσκολία/αβεβαιότητα στη διάγνωση, ή ψυχιατρική ή σωματική συνοσηρότητα (Μείζονα Κατάθλιψη, εξάρτηση από το αλκοόλ ή/και χρήση ουσιών), αυτοκτονικός ιδεασμός (επείγουσα παραπομπή), ή επίμονο και σημαντικό άγχος για περισσότερο από 12 εβδομάδες φαρμακολογικής ή/και ψυχοθεραπευτικής υποστήριξης, ή σοβαρά συμπτώματα που οδηγούν σε ανικανότητα (κοινωνική ή/και εργασιακή προσαρμογή).

Επαγγελματίες υγείας και υπηρεσίες υγείας

Ρόλος Νοσηλευτών και άλλων Επαγγελματιών Υγείας της ΠΦΥ

Σύσταση 18: Συστήνεται στους εκπαιδευμένους Νοσηλευτές και στους άλλους Επαγγελματίες Υγείας στην Π.Φ.Υ., να αναλαμβάνουν ενεργό ρόλο στην ανίχνευση και εκτίμηση της ΓΑΔ, στην εκπαίδευση του ασθενή και της οικογένειάς του σχετικά με την ασθένειά του, στην πληροφόρηση για τις θεραπευτικές επιλογές, στην εφαρμογή τους και στη συνεχή παρακολούθηση και αξιολόγηση των αποτελεσμάτων των παρεμβάσεων.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: III-2

Βαθμός Σύστασης: C

Οι μελέτες που εστιάζουν στις νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε ασθενείς με αγχώδεις διαταραχές είναι περιορισμένες.

Σύμφωνα με μία πρόσφατη μελέτη παρατήρησης¹⁰⁴ (ποιοτική), διερευνήθηκαν και περιγράφηκαν παρεμβάσεις νοσηλευτών ψυχικής υγείας (30 συμμετέχοντες) από δύο Ψυχιατρικά Τμήματα, σε ασθενείς που βίωναν άγχος. Τα αποτελέσματα αναγνωρίζουν τη σημαντικότητα της συνεισφοράς του νοσηλευτή στην ανίχνευση και στην αξιολόγηση της νόσου, στην ανάπτυξη θεραπευτικής σχέσης με τον ασθενή και στην ενσυναισθητική κατανόησή του, στην εκπαίδευση του ασθενή σχετικά με τη φύση της ασθένειας, στην ενημέρωση για τις θεραπευτικές επιλογές και στη συνεχή παρακολούθηση.



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.ygeia-pronoia.gr

Παρόμοιες με τα παραπάνω συμπεράσματα είναι και οι οδηγίες του Βασιλικού Κολλεγίου Νοσηλευτών σε έναν Οδηγό¹⁰⁵ που αναπτύχθηκε το 2011 για ειδικά εκπαιδευμένες νοσηλεύτριες σε θέματα ψυχικής υγείας της Π.Φ.Υ. του Ηνωμένου Βασιλείου.

Εκπαίδευση επαγγελματιών υγείας στη ΓΑΔ

Σύσταση 19: Συστήνεται στους Γενικούς Ιατρούς, σε άλλους Ιατρούς, καθώς και στους Επαγγελματίες Υγείας στην Π.Φ.Υ. να αναλαμβάνουν, μετά από εκπαίδευση, δράσεις συμβουλευτικής, ψυχοθεραπευτικής υποστήριξης και ενσυναίσθησης για την παρακολούθηση και αντιμετώπιση της νόσου.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: II

Βαθμός Σύστασης: B

Σύμφωνα με μια μελέτη¹⁰⁶ των Κατευθυντήριων Οδηγιών του NICE και πρόσφατες μελέτες παρατήρησης,^{107,108,109,110} βρέθηκε ότι υπάρχουν δυσκολίες στην ανίχνευση, στη διάγνωση και στη διαχείριση του άγχους και της κατάθλιψης από τους Γενικούς Ιατρούς.

Ένα εκπαιδευτικό πακέτο για Επαγγελματίες Υγείας σχετικά με τη διάγνωση και τη διαχείριση των αγχωδών διαταραχών στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας του Καναδά,¹¹¹ υποστηρίζει ότι οι συνιστώμενες δεξιότητες των Επαγγελματιών Υγείας στην Π.Φ.Υ. για την καλύτερη διαχείριση της Γενικευμένης Αγχώδους Διαταραχής είναι η ανίχνευση της ΓΑΔ, η διαφορική διάγνωση σε σχέση με άλλες αγχώδεις και ψυχικές διαταραχές, και η ικανότητα να δημιουργήσουν θεραπευτική σχέση μέσα από ενδυνάμωση, αποδοχή, εμπιστοσύνη και διάθεση συνεργασίας με τον ασθενή. Όλοι αυτοί οι τομείς περιγράφονται σε ποικίλες μελέτες παρατήρησης σχετικά με τις ικανότητες των Επαγγελματιών Υγείας στην Π.Φ.Υ. για τη διαχείριση της ΓΑΔ.^{112,113,114}

Σύμφωνα με πρόσφατη τυχαίοποιημένη κλινική δοκιμή,¹¹⁵ εκτιμήθηκε η αποτελεσματικότητα ενός εκπαιδευτικού προγράμματος για δεξιότητες συνέντευξης στη διαχείριση ασθενών με κατάθλιψη και άγχος μεταξύ Κινέζων Γενικών Ιατρών. Τα αποτελέσματα ανέδειξαν ότι μόνο συγκεκριμένες δεξιότητες επικοινωνίας, όπως η ενεργή ακρόαση και η διευκόλυνση της ανταπόκρισης του ασθενή, μπορούν να διδαχθούν στη διαχείριση της ΓΑΔ.



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.ygeia-pronoia.gr

Ποικίλες μελέτες παρατήρησης από την ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία^{116,117,118,119,120} σημειώνουν ότι η γνώση και η στάση των Γενικών Ιατρών σε ότι αφορά την ανίχνευση, και τη φαρμακευτική και ψυχολογική θεραπεία των αγχωδών διαταραχών, μπορούν να τους επηρεάσουν στην κλινική τους πράξη. Θα πρέπει να σχεδιαστούν και να δοθούν αποτελεσματικές εκπαιδευτικές παρεμβάσεις και συστάσεις στους Επαγγελματίες Υγείας πάνω σε αυτά τα πεδία.

Η αναφορά¹²¹ του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO) και της Παγκόσμιας Οργάνωσης Εθνικών Κολλεγίων και Οργανισμών για τη Γενική-Οικογενειακή Ιατρική, αναφέρει ότι ένα Εκπαιδευτικό Πρόγραμμα Π.Φ.Υ. για την ψυχική υγεία είναι πιο αποτελεσματικό όταν: είναι προσαρμοσμένο στις τοπικές ανάγκες, είναι σχεδιασμένο για το πρωτοβάθμιο πλαίσιο φροντίδας και εστιασμένο σε αυτούς που το χρειάζονται, είναι ικανό να υιοθετηθεί από το πληθυσμό-στόχο (Επαγγελματίες Υγείας, ασθενείς), είναι συνδεδεμένο με το υπάρχον Σύστημα Ψυχικής Υγείας (εκπαίδευση σχετικά με το πλαίσιο παραπομπής και περαιτέρω παραπομπής) και τέλος, υποστηρίζεται από συνεχή παρακολούθηση.¹²²

Χρήση Υπηρεσιών Υγείας σε ειδικές πληθυσμιακές ομάδες

Σύσταση 20: Συστήνεται στους Γενικούς Ιατρούς και στους άλλους Επαγγελματίες Υγείας της Π.Φ.Υ., να επιδεικνύουν ιδιαίτερη προσοχή και να διευκολύνουν την πρόσβαση στις Υπηρεσίες Υγείας ασθενών ειδικών πληθυσμιακών ομάδων (μετανάστες, Ρομά, ηλικιωμένοι, κάτοικοι απομακρυσμένων περιοχών) λαμβάνοντας υπόψη τις πολιτισμικές και κοινωνικές τους ιδιαιτερότητες και το εκπαιδευτικό τους επίπεδο.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: III-2

Βαθμός Σύστασης: B

Σύμφωνα με πρόσφατες μελέτες παρατήρησης, διαπιστώνεται μειωμένη χρήση των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας ανάμεσα στους ηλικιωμένους¹²³ και σε άλλες πληθυσμιακές ομάδες.¹²⁴ Η κλινική οντότητα της ΓΑΔ διαφοροποιείται κυρίως λόγω των σωματικών συμπτωμάτων¹²⁵ και της μεγαλύτερης πιθανότητας μη σωστής λήψης της φαρμακευτικής αγωγής από τους ασθενείς αυτούς.¹²⁶ Οι θεραπευτικές επιλογές οφείλουν να ταιριάζουν με το πολιτισμικό πλαίσιο του ασθενή¹²⁷ (για παράδειγμα Γνωστική Συμπεριφορική Θεραπεία μέσω Διαδικτύου σε νέους μετανάστες) και σύμφωνα με πρόσφατη



ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ



www.ygeia-pronoia.gr

Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.espa.gr

Τυχαιοποιημένη Κλινική Δοκιμή,¹²⁸ οφείλουν να είναι αποτελεσματικές σε αυτές τις ομάδες.

Αρχείο φακέλων ασθενών

Σύσταση 21: Συστήνεται στους Γενικούς Ιατρούς και σε άλλους Ιατρούς της Π.Φ.Υ., η τήρηση φακέλου του ασθενούς με ΓΑΔ με σκοπό τον έλεγχο και την παρακολούθηση της φροντίδας του.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: III-2

Βαθμός Σύστασης: A

Σύμφωνα με μια πρόσφατη μελέτη παρατήρησης¹²⁹ η τήρηση ιατρικού φακέλου των ασθενών με αγχώδεις διαταραχές, είχε σαν αποτέλεσμα την καλύτερη αναγνώριση των αγχωδών διαταραχών από τους Ιατρούς Γενικής Ιατρικής.

Κατ' οίκον νοσηλεία

Σύσταση 22: Συστήνεται στους Γενικούς Ιατρούς και σε άλλους Επαγγελματίες Υγείας της Π.Φ.Υ. να συνεργάζονται με υπηρεσίες και προγράμματα κατ' οίκον νοσηλείας για την παροχή ολοκληρωμένης και συνεχούς φροντίδας στους ασθενείς με ΓΑΔ.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: IV

Βαθμός Σύστασης: B

Σύμφωνα με μια σύνοψη,¹³⁰ τονίζεται ότι η συνεργασία Ιατρών Γενικής Ιατρικής με άλλες Υπηρεσίες αποτελεί μια σημαντική παράμετρο του Συστήματος Υγείας στις ΗΠΑ. Προγράμματα συνεργασίας έχουν αναπτυχθεί με συμμετοχή Ιατρών της Π.Φ.Υ. και Ψυχιάτρων προκειμένου να παρέχουν φροντίδα και παρακολούθηση της πορείας των ασθενών. Τα προγράμματα αυτά έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικά για μια ποικιλία ψυχικών παθήσεων τις ΗΠΑ.

Υπηρεσίες Υγείας και Φροντίδας και Τεχνολογία



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.ygeia-pronoia.gr

Σύσταση 23: Συστήνεται στους Γενικούς Ιατρούς, σε άλλους Ιατρούς, όπως και σε άλλους Επαγγελματίες Υγείας στην Π.Φ.Υ., η χρήση της τηλεϊατρικής καθώς και των άλλων τεχνολογιών για την παροχή φροντίδας σε ασθενείς με ΓΑΔ.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: I

Βαθμός Σύστασης: B

Σε μια πρόσφατη ανασκόπηση¹³¹ καθορίστηκε η κλινική αποτελεσματικότητα της απομακρυσμένης ψυχοθεραπείας που παρέχεται από θεραπευτή. Ανευρέθησαν 13 μελέτες από τις οποίες οι δέκα αξιολόγησαν τη θεραπεία μέσω τηλεφώνου, δύο μέσω διαδικτύου και μία μέσω τηλεδιάσκεψης. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι τηλεφωνικές παρεμβάσεις είναι ιδιαίτερα δημοφιλείς και σαν θεραπευτικό μέσο μπορούν να προσφέρουν συγκεκριμένα οφέλη, διότι έχουν ευρεία εφαρμοσιμότητα και μετριάζουν την παρέμβαση.

Μια πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση ανασκοπήσεων¹³² αναφέρεται στην αποτελεσματικότητα της τηλεϊατρικής με ιδιαίτερη αναφορά στα αποτελέσματα και τις μεθοδολογίες για αξιολόγηση. 21 ανασκοπήσεις έδειξαν ότι η τηλεϊατρική είναι αποτελεσματική, όμως τα στοιχεία είναι ενθαρρυντικά αλλά ατελή. Υπάρχει μια συνεχής ανάγκη για μεγαλύτερες μελέτες.

Υπηρεσίες Υγείας και Μη-Κυβερνητικές Οργανώσεις

Σύσταση 24: Συστήνεται στους Γενικούς Ιατρούς, σε άλλους Ιατρούς, καθώς και στους άλλους Επαγγελματίες Υγείας της Π.Φ.Υ., να ενθαρρύνουν τη συμμετοχή των ατόμων με ΓΑΔ σε προγράμματα και δράσεις φορέων και συλλόγων με στόχο την κινητοποίησή τους και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους.

Επίπεδο Τεκμηρίωσης: III-1

Βαθμός Σύστασης: B

Μια ανοικτή κλινική δοκιμή¹³³ εξετάζει την αποδοχή, την εφικτότητα και την πρόδρομη αποτελεσματικότητα μιας καθορισμένης θεραπείας i-CBT που χορηγήθηκε από μια μη-κερδοσκοπική Μη-Κυβερνητική Οργάνωση, σε ασθενείς με συμπτώματα άγχους. Η παρούσα μελέτη τονίζει την πιθανότητα ότι με κατάλληλη εκπαίδευση και επίβλεψη, αυτοί οι οργανισμοί μπορεί να έχουν την ικανότητα να παρέχουν Γνωστική Συμπεριφορική Θεραπεία μέσω Διαδικτύου και να βελτιώσουν την πρόσβαση σε τεκμηριωμένες θεραπείες. Ωστόσο, χρειάζονται περισσότερες μελέτες.



ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
ΜΕΛΕΤΕΣ



ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ

www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

6. Πρακτικός Αλγόριθμος



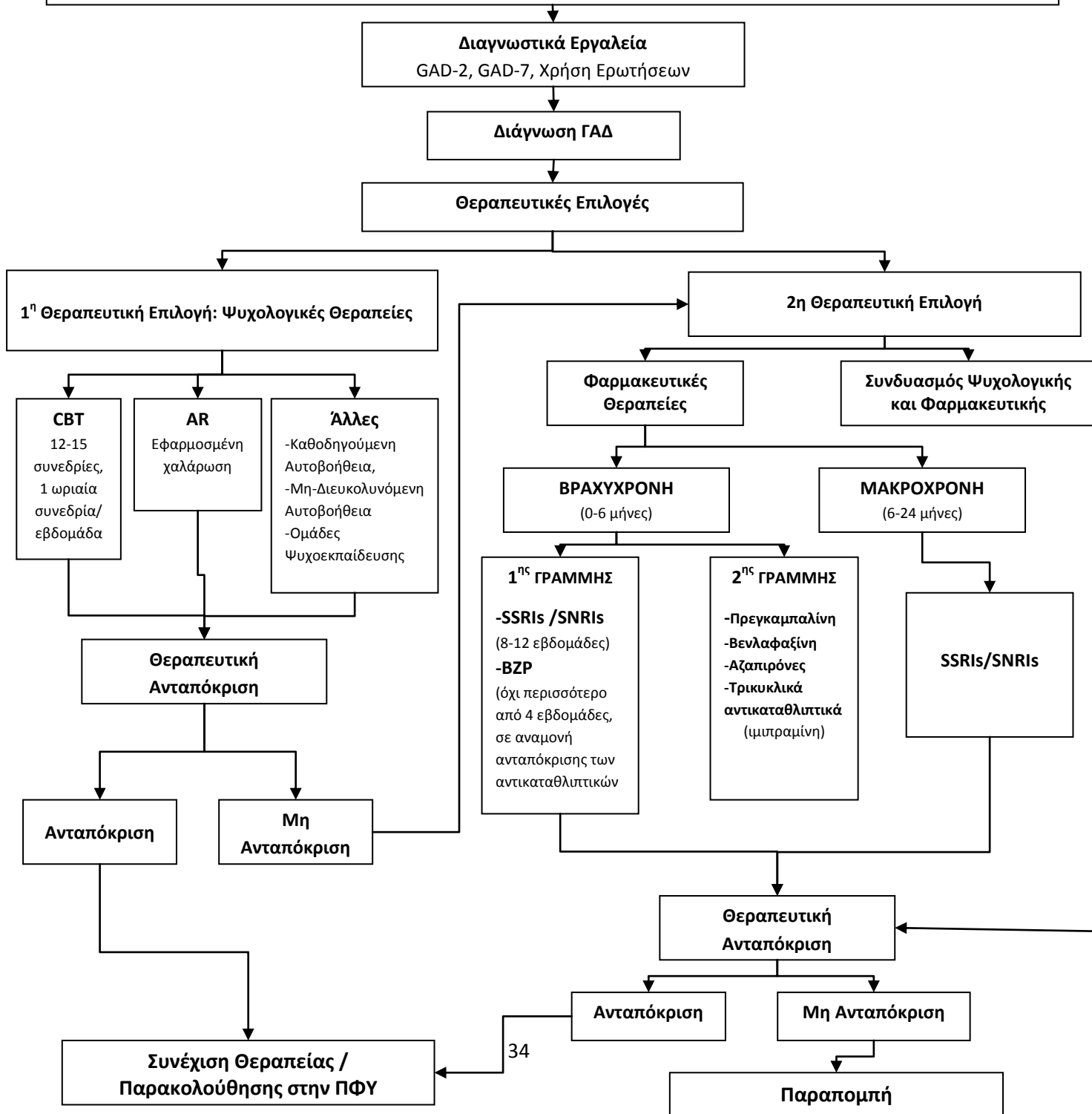
Με την συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

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.





Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

7. Επίλογος

Η παρούσα κατευθυντήρια οδηγία αποτελεί προϊόν μεθοδολογίας και επιστημονικής τεκμηρίωσης, καθώς συνοψίζει και αξιολογεί όλα τα διαθέσιμα επιστημονικά δεδομένα για τη Γενικευμένη Αγχώδη Διαταραχή. Σκοπός της είναι να βοηθήσει το γενικό ιατρό, τους άλλους ιατρούς και τους επαγγελματίες υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην παροχή φροντίδας που να βασίζεται στην τεκμηρίωση, συμβάλλοντας έτσι στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Αν και εκδίδονται σε τακτική βάση διεθνείς Κατευθυντήριες Οδηγίες υψηλής τεκμηρίωσης, υπήρχε μεγάλη ανάγκη σύνταξης εθνικών οδηγιών που να είναι προσαρμοσμένες στις συνθήκες που επικρατούν στην Ελλάδα, ως προς τους παράγοντες κινδύνου της νόσου, τις αντιλήψεις, τον τρόπο ζωής, τις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες και τη δομή του συστήματος υγείας.

Αναμένεται ότι οι ιατροί γενικής ιατρικής και οι άλλοι επαγγελματίες υγείας στη Π.Φ.Υ., κατά την άσκηση των καθηκόντων τους θα χρησιμοποιήσουν τις οδηγίες στη καθημερινή πρακτική και ιδιαίτερα στις κλινικές αποφάσεις τους. Αναμφίβολα, αυτές δεν μπορούν να υποκαταστήσουν τον θεράποντα ιατρό και την επιστημονική του κρίση, όπως επίσης και την ευθύνη στη διαχείριση των ασθενών του, ωστόσο αποτελούν ένα ευέλικτο εργαλείο για την υποστήριξη της κλινικής απόφασης που βασίζεται στη σύγχρονη επιστημονική γνώση και πληροφορία.

Εκ μέρους της ομάδας του έργου του Πανεπιστημίου Κρήτης, της ομάδας ανασκόπησης και της Ελληνικής Εταιρίας Γενικών Ιατρών θα καταβληθεί κάθε δυνατή προσπάθεια να καταστεί αποτελεσματική η εφαρμογή της παρούσας Κ.Ο. από τις δομές Π.Φ.Υ. της χώρας μας, μέσω της διανομής έντυπου υλικού με τις συστάσεις για τη διαχείριση της Γενικευμένης Αγχώδους Διαταραχής που θα απευθύνεται στους επαγγελματίες υγείας και σε όλους τους πιθανούς αποδέκτες, την ηλεκτρονική διάθεση της από ειδικό ιστότοπο που θα δημιουργηθεί για το σκοπό αυτό. Φυσικά η διάδοση και χρήση της οδηγίας αυτής εναπόκειται και στις ενέργειες του Υπουργείου Υγείας και ιδιαίτερα της Διεύθυνσης Π.Φ.Υ. που μετά της επιδοκμασία από το ΚΕ.Σ.Υ. αναλαμβάνει και τη συνολική ευθύνη της επιδοκμασίας και διανομής. Δέσμευση του Πανεπιστημίου Κρήτης, του Επιστημονικά Υπεύθυνου και της ομάδας σύνταξης αποτελεί ο εμπλουτισμός και η αναθεώρηση της



ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
ΜΕΛΕΤΗ



ΕΣΠΑ
2007-2013
Πρόγραμμα για την ανάπτυξη
ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ

www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

παρούσας Κ.Ο. με βάση τα νέα ερευνητικά και επιστημονικά δεδομένα στο μέλλον, καθώς και η συμβολή της, σε συνεργασία με την Ελληνική Εταιρία Γενικής Ιατρικής στην αξιολόγηση της εφαρμογής και της αποτελεσματικότητας αυτής της Κ.Ο.



ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ



www.ygeia-pronoia.gr

Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
ΜΕΛΕΤΕΣ



www.espa.gr

8. Βιβλιογραφία

- 1.Soni, Anita. *The Five Most Costly Conditions, 1996 and 2006: Estimates for the U.S. Civilian Noninstitutionalized Population*. Statistical Brief #248. July 2009. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD.
http://www.meps.ahrq.gov/mepsweb/data_files/publications/st248/stat248.pdf
- 2.World Health Organization [WHO urges more investments, services for mental health](#) WHO website, September 2007
- 3.Ivbijaro Gabriel and Funk Michelle. No mental health without primary care. *Mental Health in Family Medicine*, September 2008; 5(3):127-28.
- 4.Katzman, M.A. (2009) Current considerations in the treatment of generalized anxiety disorder. *CNS drugs*,23,103-120.
- 5.Lieb R, Becker E, Altamura C. The epidemiology of generalized anxiety disorder in Europe. *European Neuropsychopharmacology* 15 (2005) 445 – 452.
- 6.Pollack M.H. Refractory generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*,70 (Suppl 2), 453-467.
- 7.Weisberg R.B. Overview of generalized anxiety disorder: Epidemiology, presentation and course. *Journal of Clinical Psychiatry*,70, (Suppl 2), 4-9.
- 8.Allgulander Christer Generalized Anxiety Disorder: A Review of Recent Findings *Journal of Experimental and Clinical Medicine* 2012;4(2):88e91
- 9.Αυγουστάτος Γ. Ιωάννης, 2008
- 10.Diagnostic and statistical manual of mental disorders – DSM-5 (5th edition), American Psychiatric Association.
- 11.Η φόρμα μεταφράστηκε και αναθεωρήθηκε έχοντας ως βάση την πρωτότυπη: Canberra: National Health and Medical Research Council (2009). NHMRC Evidence Statement Form. Available at:
https://www.nhmrc.gov.au/_files_nhmrc/file/guidelines/developers/nhmrc_levels_grades_evidence_120423.pdf. Accessed November 23, 2012.



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.ygeia-pronoia.gr

12. University of Oxford. Centre for Evidence Based Medicine. PICO Critical Appraisal Sheet [Internet]. Oxford: Centre for Evidence Based Medicine; [Date unknown]. Available at: <http://www.cebm.net/index.aspx?o=1157>. Accessed November 22, 2012.

13. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Critical Appraisal: Notes and Checklists [Internet]. Scotland: Scottish Intercollegiate Guidelines Network; [Date unknown]. Available at: <http://www.sign.ac.uk/methodology/checklists.html>. Accessed November 25, 2012.

14. National Institute for Health and Clinical Excellence. Data extraction sheet In: Methods for development of NICE public health guidance [Internet]. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2006. Available at: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CPHEMethodsManual.pdf>. Accessed November 22, 2012.

15. Nutbeam D. Evaluating Health Promotion-progress, problems and solutions. *Health Promotion International*; 1998 13 (1): 27-44.

16. Hilary Pinnock, Anders Østrem, Miguel Román Rodríguez, Dermot Ryan, Björn Stållberg, Mike Thomas, Ioanna Tsiligianni, Sian Williams, Osman Yusuf Prioritizing the respiratory research needs of primary care: the International Primary Care Respiratory Group (IPCRG) e-Delphi. Exercise. *. *Prim Care Respir J* 2012; 21(1): 19-27

17. "How to use the evidence: assessment and application of scientific evidence. Handbook series on preparing clinical practice guidelines" (PDF). National Health and Medical Research Council (NHMRC) 2000

18. "[NHMRC additional levels of evidence and grades for recommendations for developers of guidelines](#)" (PDF). *Australian Government*. National Health and Medical Research Council. Retrieved October 15, 2012

19. Generalised Anxiety Disorder in Adults, MANAGEMENT IN PRIMARY, SECONDARY AND COMMUNITY CARE, UK's National Institute for Care & Health Excellence, *The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists*, 2011.

20. Kartal M. Challenges and opportunities in Diagnosis and Management of Generalized Anxiety Disorder in Primary Care Anxiety and Related Disorders, 2011

21. Siegel R., Dickstein D. Anxiety in adolescents: Update on its diagnosis and treatment for primary care providers. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, 2011.



ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ



www.ygeia-pronoia.gr

Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.espa.gr

22. Culppepper L. Effective recognition and treatment of Generalized Anxiety Disorder in Primary Care Prim Care Companion J Clin Psychiatry 2004; 6(1): 35-41.
23. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, et al. Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity and detection. *Ann Intern Med* 2007; 146(5): 317–325.
24. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med* 2006; 166(10): 1092–1097.
25. Spitzer R, Kroenke K, Williams J. Validation and utility of a self-report version of the PRIME-MD. The PHQ primary care study. *JAMA* 1999; 282(18): 1737–1744.
26. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983; 67(6): 361–370.
27. Clinical Practice Guideline for Treatment of Patients with Anxiety Disorders in Primary Care. CLINICAL PRACTICE GUIDELINES IN THE SPANISH NHS.
28. Canadian Psychiatric Association, Clinical Practice Guidelines. Management of Anxiety Disorders. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 2006.
29. [Dugas MJ](#), [Brillon P](#), [Savard P](#), [Turcotte J](#), [Gaudet A](#), [Ladouceur R](#), [Leblanc R](#), [Gervais NJ](#). A randomized clinical trial of cognitive-behavioral therapy and applied relaxation for adults with generalized anxiety disorder. *Behav Ther*. 2010 Mar; 41(1):46-58. doi: 10.1016/j.beth.2008.12.004. Epub 2009 Jun 6.
30. [Stanley MA](#), [Wilson NL](#), [Novy DM](#), [Rhoades HM](#), [Wagener PD](#), [Greisinger AJ](#), [Cully JA](#), [Kunik ME](#). Cognitive behavior therapy for generalized anxiety disorder among older adults in primary care: a randomized clinical trial. *JAMA*. 2009 8;301(14):1460-7. doi: 10.1001/jama.2009.458.
31. Hofman SG, Smits JAJ. Cognitive-Behavioral Therapy for Adult Anxiety Disorder: A Meta-Analysis of Randomized Placebo-Controlled Trials. *J Clin Psychiatry*, 2008; 69 (4): 621-632.
32. Mitte K. Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for generalized anxiety disorder: a comparison with pharmacotherapy. *Psychol Bull* 2005; 131 :785–95.
33. Hunot V, Churchill R, Silva de Lima M, et al. Psychological therapies for generalized anxiety disorder. *Cochrane Database Syst Rev* 2007; 1:CD001848.



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.ygeia-pronoia.gr

34. Covin R, Ouimet AJ, Seeds PM, et al. A meta-analysis of CBT for pathological worry among clients with GAD. *J Anxiety Disord* 2008; 22 :108–16.
35. Hoyer J, Beesdo K, Gloster AT, Runge J, Hofler M, Becker ES. Worry Exposure versus Applied Relaxation in the Treatment of Generalized Anxiety Disorder. *Psychother Psychosom* 2009; 78: 106-115.
36. [Cuijpers P](#), [Donker T](#), [van Straten A](#), [Li J](#), [Andersson G](#). Is guided self-help as effective as face-to-face psychotherapy for depression and anxiety disorders? A systematic review and meta-analysis of comparative outcome studies. *Psychol Med.* 2010; 40(12):1943-57.
37. [Seekles W](#), [van Straten A](#), [Beekman A](#), [van Marwijk H](#), [Cuijpers P](#). Effectiveness of guided self-help for depression and anxiety disorders in primary care: A pragmatic randomized controlled trial. *Psychiatry Research* 2011; 187, 113–120.
38. Andrews G, Cuijpers P, Craske M. G, Mc Evoy P, Titov N. Computer Therapy for the Anxiety and Depressive Disorders Is Effective, Acceptable and Practical Health Care: A Meta-Analysis, *Plos One*, 2013, 5 (10): e13196.
39. Paxling B, Almlöv J, Dahlin M, PerCarlbring, Breitholtz E, Eriksson T & Andersson G. Guided Internet-Delivered Cognitive Behavior Therapy for Generalized Anxiety Disorder: A Randomized Controlled Trial, *Cognitive Behavioral Therapy*, 2011; 40(3): 159-73.
40. Nickolai Titov, Blake F. Dear, Genevieve Schwencke, Gavin Andrews, Luke Johnston, Michelle G. Craske, Peter McEvoy Transdiagnostic internet treatment for anxiety and depression: A randomized controlled trial *Behaviour Research and Therapy*, 2011; 49, 441-452.
41. Johnston L, Titov N, Andrews G, Spence J, Dear BF. A RCT of a transdiagnostic internet-delivered treatment for three anxiety disorders: examination of support roles and disorder-specific outcomes. *PloS One*, 2011, 6(11) : e28079.
42. Kapczinski FFK, Silva de Lima M, dos Santos Souza JJSS, Batista Miralha da Cunha AABC, Schmitt RRS. Antidepressants for generalized anxiety disorder (Review). *The Cochrane Library*.
43. Baldwin D, Woods R, Lawson R, Taylor D. Efficacy of drug treatments for generalised anxiety disorder: systematic review and meta-analysis *BMJ* 2011; 342 :d1199.



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

44. IPAP GAD Algorithm Flowchart, 2009.

45. The Clinical Global Impressions Scale: Applying a Research Tool in Clinical Practice by Joan Busner, Steven D. Targum. 2007

46. Huh J, Goebert D, Takeshita J, Brett Y. Lu and Kang M. Treatment of Generalized Anxiety Disorder: A Comprehensive Review of the Literature for Psychopharmacologic Alternatives to Newer Antidepressants and Benzodiazepines.

47. Boschen MJ. A Meta-Analysis of the Efficacy of Pregabalin in the Treatment of Generalized Anxiety Disorder. *Can J Psychiatry*. 2011; 56 (9): 558-566.

48. Mitte K, Noack P, Steil R, Hautzinger M. A meta-analytic review of the efficacy of drug treatment in generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology*. 2005; 25(2):141-150.

49. Chessick CA, Allen MH, Thase ME, daCunha BM, Kapczinski FFK, deLima MSML, dos Santos Souza JJSS. Azapirones for generalized anxiety disorder (Review).

50. Baldwin DS, Polkinghorn C. Evidence-based pharmacotherapy of generalized anxiety disorder. *International Journal of Neuropsychopharmacology* 2005; 8 , 293-302.

51. Davidson JR, Zhang W, Connor KM, Ji J, Jobson K, Lecrubier Y, McFarlane AC, Newport DJ, Nutt DJ, Osser DN, Stein DJ, Stowe ZN, Tajima O, Versiani M. A psychopharmacological treatment algorithm for generalized anxiety disorder (GAD). *J Psychopharmacol* 2010; 24(1) : 3-26.

52. Gale C, Herbison GP, Glue P, Coverdale J, Guaiana G. Benzodiazepines for generalised anxiety disorder (GAD). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 11.

53. Mugunthan K, McGuire T and Glasziou P. Minimal interventions to decrease long-term use of benzodiazepines in primary care: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice*, 2011.

54. Chessick CA, Allen MH, Thase ME, Batista Miralha da Cunha AABC, Kapczinski FFK, Silva de Lima M, dos Santos Souza JJSS. Azapirones for generalized anxiety disorder (Review) *The Cochrane Library*, 2009.



ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ



www.ygeia-pronoia.gr

Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.espa.gr

55. Pollack MH, Endicott J, Liebowitz M, Russell J, Detke M, Spann M, Ball S, Swindel R. Examining quality of life in patients with generalized anxiety disorder: Clinical relevance and response to duloxetine treatment. *Journal of Psychiatric Research* 42 (2008) ; 42(12) 1042-1029.

56. Katzman MA, Brawman-Mintzer O, Reyes EB, Olausson B, Liu S, Eriksson H. Extended release quetiapine (quetiapine XR) monotherapy as maintenance treatment for generalized anxiety disorder: a long-term, randomized, placebo-controlled trial. Int Clin Psychopharmacol. 2011 ;26(1):11-24.

57. Bandelow B, Chouinard G, Bobes J, Ahokas A, Eggens I, Liu S, Eriksson H. Extended-release quetiapine fumarate (quetiapine XR): a once-daily monotherapy effective in generalized anxiety disorder. Data from a randomized, double-blind, placebo- and active-controlled study. *The International journal of Neuropsychopharmacology*, volume 13, issue 3, April 2010 ; 13(3) : 305-320.

58. Simon NM, Hoge EA, Fischmann D, Worthington JJ, Christian KM, Kinrys G, Pollack MH. An open-label trial of risperidone augmentation for refractory anxiety disorders. *J Clin Psychiatry.* 2006; 67(3):381-5.

59. Gao K, Sheehan, Calabrese JR. Atypical antipsychotics in primary generalized anxiety disorder or co-morbid with mood disorders. *Expert Rev. Neurother.* 2009; 9(8). 1147-1158.

60. Baldwin DS, Huusom AK, Maehlum E. Escitalopram and paroxetine in the treatment of generalised anxiety disorder: randomised, placebo-controlled, double-blind study. *Evid Based Ment Health.* 2007; 10(2):45.

61. Rickels K, Rynn M, Iyengar M, Duff D. Remission of generalized anxiety disorder: a review of the paroxetine clinical trials database. *The Journal of Clinical Psychiatry.* 2006; 67(1):41-7.

62. Allgulander C, Florea I, Huusom AK. Prevention of relapse in generalized anxiety disorder by escitalopram treatment. *Int J Neuropsychopharmacol.* 2006; 9(5):495-505.

63. Herring M.P., Jacob M.L. , Suveg C., Dishman R.K., O'Connor P.J. Feasibility of Exercise Training for the Short-Term Treatment of Generalized Anxiety Disorder: A Randomized Controlled Trial *Psychother Psychosom* 2012; 81 :21–28.

64. Jayakody K., Gunadasa S., Hosker C. Exercise for anxiety disorders: systematic review. *Br J Sports Med,* 2013; 48(3) :187-96



ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ



www.ygeia-pronoia.gr

Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
ΜΕΛΕΤΕΣ



www.espa.gr

65.Saeed SA, et al. Herbal and dietary supplements for treatment of anxiety disorders. *Am Fam Physician*. 2007; 76(4):549-556.

66.Miyasaka LS, et al. Valerian for anxiety disorders. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006;(4):CD004515.

67.Miyasaka LS, et al. Passiflora for anxiety disorder. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;(1):CD004518.

68.Pittler MH, et al. Kava extract for treating anxiety. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003;(1):CD003383.

69.Sarris J, Davanagh DJ. Kava and St. John's Wort: Current Evidence for Use in Mood and Anxiety Disorders. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, Volume 15, Number 8, 2009, pp. 827-836.

70.Witte S, et al. Meta-analysis of the efficacy of the acetonetic kava-kava extract WS1490 in patients with non-psychotic anxiety disorders. *Phytother Res*. 2005; 19(3):183-188.

71.Amsterdam JD, Li Y, Soeller I, Rockwell K, Mao JJ, Shults J. A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial of Oral *Matricaria recutita* (Chamomile) Extract Therapy for Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, Volume 29, Number 4, August 2009.

72.Woelk, H., Arnoldt, K. H., Kieser, M., et al. (2007) Ginkgo biloba special extract EGb 761Reg. in generalized anxiety disorder and adjustment disorder with anxious mood: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Journal of Psychiatric Research*, 41, 472–480.

73.Hanus, M., Lafon, J. & Mathieu, M. (2004) Double-blind, randomised, placebo-controlled study to evaluate the efficacy and safety of a fixed combination containing two plant extracts (*Crataegus oxyacantha* and *Eschscholtzia californica*) and magnesium in mild-to-moderate anxiety disorders. *Current Medical Research and Opinion*, 20, 63–71.

74.Andreatini, R, Sartori, V. A., Seabra, M. L. V, et al. (2002). Effect of valepotriates (valerian extract) in generalized anxiety disorder: a randomized placebo-controlled study. *Phytotherapy Research*, 16, 650–654.



ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ



www.ygeia-pronoia.gr

Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.espa.gr

75. Herrera-Arellano, A., Jimenez-Ferrer, E, Zamilpa, A, et al. (2007). Efficacy and tolerability of a standardized herbal product from *Galphimia glauca* on generalized anxiety disorder. A randomized, double-blind clinical trial controlled with lorazepam. *Planta Medica*, 73, 713–717.
76. Woelk, H. & Schlafke, S. (2010). A multi-center, double-blind, randomised study of the lavender oil preparation silexan in comparison to lorazepam for generalized anxiety disorder. *Phytomedicine*, 17, 64–99.
77. Akhondzadeh S, Naghavi HR, Vazirian M, Shayeganpour A, Rashidi H, Khani M. Passionflower in the treatment of generalized anxiety: a pilot double-blind randomized controlled trial with oxazepam. *J Clin Pharm Ther.* 2001 Oct;26(5):363-7
78. Crits-Christoph P, Newman M. G, Rickels K, Gallop R, Connolly M. B, Gibbonsa, Jessica L. Hamiltona, Ring-Kurtza S, and Pastvad. A. M. Combined Medication and Cognitive Therapy for Generalized Anxiety Disorder *J Anxiety Disord.* 2011 December; 25(8): 1087–1094.
79. Roy-Byrne P, Craske MG, Sullivan G, Rose RD, Edlund MJ, Lang AJ, Bystritsky A, Welch SS, Chavira DA, Golinelli D, Campbell-Sills L, Sherbourne CD, Stein MB. Delivery of Evidence-Based Treatment for Multiple Anxiety Disorder in Primary Care. A Randomized Controlled Trial. *JAMA*, May 19, 2010, Vol. 303, No. 19.
80. Ipser JC, Carey P, Dhansay Y, Fakier N, Seedat S, Stein DJ. Pharmacotherapy augmentation strategies in treatment-resistant anxiety disorders. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006 Oct 18; (4).
81. McLeod, D. R, Hoehn-Saric, R, Porges, S. W, et al. (1992) Effects of alprazolam and imipramine on parasympathetic cardiac control in patients with generalized anxiety disorder. *Psychopharmacology*, 107, 535–540.
82. Rickels K, Shiovit TM, Ramey TS, Weaver JJ, Knapp LE, Miceli JJ. Adjunctive therapy with pregabalin in generalized anxiety disorder patients with partial response to SSRI or SNRI treatment. *Int Clin Psychopharmacol.* 2012; 27:142–150.



ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ



www.ygeia-pronoia.gr

Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.espa.gr

83. Pollack MH, Simon NM, Zalta AK, et al. Olanzapine augmentation of fluoxetine for refractory generalized anxiety disorder: a placebo controlled study. *Biol Psychiatry*. 2006; 59:211–215.
84. Jonathan R. T. Davidson, Douglas E. Feltner, and Ashish Dugar. Management of Generalized Anxiety Disorder in Primary Care: Identifying the Challenges and Unmet Needs. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2010; 12(2) PCC.09r00772.
85. Roy-Byrne PP, Davidson KW, Kessler RC, et al. Anxiety disorders and comorbid medical illness. *Gen Hosp Psychiatry*. 2008; 30(3):208–225.
86. NICE (2004a) *Anxiety: Management of Anxiety (Panic Disorder, with or without Agoraphobia, and Generalised Anxiety Disorder) in Adults in Primary, Secondary and Community Care*. Clinical Guideline 22. London: NICE.
87. NICE (2009b) *Depression: the Treatment and Management of Depression in Adults*. Clinical Guideline 90. London: NICE.
88. Carter, R. M., Wittchen, H.-U., Pfister, H., et al. One-year prevalence of subthreshold and threshold DSM-IV generalized anxiety disorder in a nationally representative sample. *Depression and Anxiety*, 2001 ; 13 , 78–88.
89. Hunt, C., Issakidis, C. & Andrews, G. (2002). DSM-IV Generalized anxiety disorder in the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. *Psychological Medicine*, 2002; 32 : 649–659.
90. Grant, B. F., Hasin, D. S., Stinson, F. S., et al. Prevalence, correlates, comorbidity, and comparative disability of DSM-IV generalized anxiety disorder in the USA: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychological Medicine*, 2005; 35 : 1747–1759.
91. Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., et al. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 2005b, 62 : 617–627.
92. Culpepper, L. Generalized anxiety disorder and medical illness. *Journal of Clinical Psychiatry*, 2009 ; 70 (Suppl 2), 20–24.



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

93. Roy-Byrne, P. P., Davidson, K. W., Kessler, R. C., *et al.* Anxiety disorders and comorbid medical illness. *General Hospital Psychiatry*, 2008; 30 : 208–225. Roy-Byrne *et al.*, 2008.
94. Sareen, J., Jacobi, F., Cox, B. J., *et al.* Disability and poor quality of life associated with comorbid anxiety disorders and physical conditions. *Archives of Internal Medicine*, 2006; 166 : 2109–2116.
95. Rickels, K. & Rynn, M. A. What is generalized anxiety disorder? *Journal of Clinical Psychiatry*, 2001; 62 (Suppl. 11) : 4–12.
96. Mrazek PJ, Haggerty RJ, eds; Committee on Prevention of Mental Disorders, Institute of Medicine. *Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research*. Washington, DC: National Academies Press; 1994.
97. Smit F, Ederveen A, Cuijpers P, Deeg D, Beekman A. Opportunities for cost effective prevention of late-life depression: an epidemiological approach. *Arch Gen Psychiatry*. 2006; 63(3):290-296.
98. Smit F, Comijs H, Schoevers R, Cuijpers P, Deeg D, Beekman A. Target groups for the prevention of late-life anxiety. *Br J Psychiatry*. 2007; 190 :428-434.
99. Schoevers RA, Smit F, Deeg DJ, Cuijpers P, Dekker J, van Tilburg W, Beekman AT. Prevention of late-life depression in primary care: do we know where to begin? *Am J Psychiatry*. 2006; 163(9):1611-1621.
100. Cuijpers P, Van Straten A, Smit F. Preventing the incidence of new cases of mental disorders: a meta-analytic review. *J Nerv Ment Dis*. 2005; 193(2):119-125.
101. Muñoz RF, Ying YW, Bernal G, Perez-Stable EJ, Sorensen JL, Hargreaves WA, Miranda J, Miller LS. Prevention of depression with primary care patients: a randomized controlled trial. *Am J Community Psychol*. 1995; 23(2):199-222.
102. Cole MG. Brief interventions to prevent depression in older subjects: a systematic review of feasibility and effectiveness. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2008; 16(6):435-443.
103. Petronella J. van't Veer-Tazelaar, Harm W. J. van Marwijk, Patricia van Oppen, Hein P. J. van Hout, Henriëtte E. van der Horst, Pim Cuijpers, Filip Smit, Aartjan T. F. Beekman.



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

Stepped-Care Prevention of Anxiety and Depression in Late Life A Randomized Controlled Trial. *Arch Gen Psychiatry*. 2009; 66(3):297-304.

104. S. Webste, S. Gallaghe, Peter Brown, J. Evans, M. Flynn, V. Lopez The perceptions of nurses in their management of patients experiencing anxiety *Journal of Nursing Education and Practice*, 2012 ; 2 (3).

105. Supporting people with depression and anxiety: a guide for practice nurses. The Royal College of Nursing, August 2011.

106. Rijswijk, E. V., Hout, H. V., Lisdonk, E. V. D., et al. Barriers in recognising, diagnosing and managing depressive and anxiety disorders as experienced by family physicians: a focus group study *BMC Family Practice*, 2009 ; 10 : DOI:10.1186/1471-2296-10-52.

107. Roy-Byrne, P. P. & Wagner, A. Primary care perspectives on generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 2004; 65 (Suppl. 13), S20-S26.

108. Wittchen, H.-U., Kessler, R. C., Beesdo, K., et al. Generalized anxiety and depression in primary care: prevalence, recognition, and management. *Journal of Clinical Psychiatry*, 2002; 63 (Suppl. 8), 24-34.

109. Wittchen, H.-U. & Jacobi, F. Size and burden of mental disorders in Europe: a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, 2005 ; 15 : 357-376.

110. Kessler, R. C, Gruber, M., Hettema J. M., et al. Co-morbid major depression and generalized anxiety disorders in the National Comorbidity Survey follow-up. *Psychological Medicine*, 2008 : 38 : 365-374.

111. Identification, Diagnosis & Treatment of Adolescent Anxiety Disorders. A Package for First Contact Health Providers, Kutcher and MacCarthy, 2011.

112. Mehtap Kartal, Ozlem Coskun and Nesrin Dilbaz. Recognizing and managing anxiety disorders in primary health care in Turkey Kartal *et al. BMC Family Practice* 2010, 11: 30.

113. Effective Recognition and Treatment of Generalized Anxiety Disorder in Primary Care, ACADEMIC HIGHLIGHTS, Prim Care Companion J Clin Psychiatry. 2004; 6(1): 35-41.

114. Postmontier B. Breiter D. Managing Generalized Anxiety Disorder in Primary Care The Journal for Nurse Practitioners, 2012; 8(4): 268-274.



ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ



www.ygeia-pronoia.gr

Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.espa.gr

115. [Wong SY](#), [Cheung AK](#), [Lee A](#), [Cheung N](#), [Leung A](#), [Wong W](#), [Chan K](#). Improving general practitioners' interviewing skills in managing patients with depression and anxiety: a randomized controlled clinical trial. 2007 ; 29(6): 175-83.

116. Λιονής Χρήστος. Συχνότητα των ψυχικών διαταραχών στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και ο ρόλος του Ιατρού Γενικής/ Οικογενειακής Ιατρικής: Εμπειρίες από την Ελλάδα.

117. Στυλιανίδης Σ., Ζήση Α. Η σημασία της συνεχιζόμενη κατάρτιση των επαγγελματιών της ΠΦΥ στην Ψυχιατρική: Το παράδειγμα της Κινητής Μονάδας Ψυχικής Υγείας στις ΒΑ και Δυτικές Κυκλάδες. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, 2005 ; 17 (4) : 165-173.

118. Casini F, Sighinolfi C, Tedesco P, Bandieri PV, Bologna M, Colombini N, Curcetti C, Magnani M, Morini M, Serio A, Tarricone I, Berardi D, Menchetti M. Primary care physicians' perspective on the management of anxiety and depressive disorders: a cross-sectional survey in Emilia Romagna Region. *BMC Fam Pract*. 2013 ; 7; 14:75.

119. Kartal M, Coskun O. and Dilbaz N. Recognizing and managing anxiety disorders in primary health care in Turkey. *Kartal et al. BMC Family Practice* 2010 ; (11) :30

120. Weisberg RB, Dyck I, Culpepper L, Keller MB: Psychiatric treatment in primary care patients with anxiety disorders: a comparison of care received from primary care providers and psychiatrists. *Am J Psychiatry* 2007; 164(2):276–282.

121. Integrating mental health into primary care. A global perspective World Health Organization and World Organization of Family Doctors (Wonca) 2008.

122. Gask L, Goldberg D, Lewis B. Teaching and learning about mental health. In: Gask L, Lester H, Kendrick T, Peveler R, eds. *Handbook of primary care mental health*. London, Gaskell. The Royal College of Psychiatrists, 2009.

123. [Byers AL](#), [Areal PA](#), [Yaffe K](#). Low use of mental health services among older Americans with mood and anxiety disorders. *Psychiatr Serv.*, 2012 ; 63(1):66-72.

124. [Lee SY](#), [Martins SS](#), [Keyes KM](#), [Lee HB](#). Mental health service use by persons of Asian ancestry with DSM-IV mental disorders in the United States. *Psychiatr Serv.* 2011 ; 62(10):1180-1186.



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.ygeia-pronoia.gr

125. [Wolitzky-Taylor KB](#), [Castriotta N](#), [Lenze EJ](#), [Stanley MA](#), [Craske MG](#) Anxiety disorders in older adults: a comprehensive review. [Depress Anxiety](#). 2010 ; 27(2):190-211.

126. [Brenes GA](#), [Knudson M](#), [McCall WV](#), [Williamson JD](#), [Miller ME](#), [Stanley MA](#).

Age and racial differences in the presentation and treatment of Generalized Anxiety Disorder in primary care *J Anxiety Disord*. 2008 ; 22(7): 1128–1136.

127. Schraufnagel T. J, Wagner A. W, Miranda J, Peter P. Roy-Byrne. Treating Minority Patients With Depression and Anxiety: What Does the Evidence Tell Us? *J Anxiety Disord*. 2008 ; 26(4):488-501.

128. [Suveg C](#), [Hudson JL](#), [Brewer G](#), [Flannery-Schroeder E](#), [Gosch E](#), [Kendall PC](#). Cognitive-behavioural therapy for anxiety-disordered youth: secondary outcomes from a randomized clinical trial evaluating child and family modalities. *J Anxiety Disord*. 2009 ; 23(3):341-9.

129. Janssen [E H.C.](#) , van de Ven [P M.](#), [Terluin B](#), Verhaak [Peter F.M.](#) , van Marwijk [H W.J.](#), [Smolders](#) Mirrian, [van der Meer](#) Klaas, Penninx [B W.J.H.](#), van Hout Hein P.J Recognition of anxiety disorders by family physicians after rigorous medical record case extraction: Results of the Netherlands Study of Depression and Anxiety *General Hospital Psychiatry*, 2012 ; 34 : 460–467.

130. Unützer Jürgen, Harbin Henry, Schoenbaum Michael, Druss Benjamin. The Collaborative Care Model: An Approach for Integrating Physical and Mental Health Care in Medicaid Health Homes , Information Recourse Center, 2013.

131. Bee Penny E, Bower Peter, Lovell Karina, Gilbody Simon, Richards David, Gask Linda and Roach Pamela. Psychotherapy mediated by remote communication technologies: a meta-analytic review *BMC Psychiatry*, 2008 ; 8 :60.

132. [Ekeland AG](#), [Bowes A](#), [Flottorp S](#). Effectiveness of telemedicine: a systematic review of reviews. [Int J Med Inform](#). 2010 ; 79(11) : 736-771.



ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
ΜΕΛΕΤΕΣ



ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ

www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

133. Kirkpatrick Terry, Manoukian Linda, Dear Blake F., Johnston Luke, Titov Nickolai. A feasibility open trial of internet-delivered cognitive-behavioural therapy (iCBT) among consumers of a non-governmental mental health organisation with anxiety.

134. Taylor G., Mc Neil Ann, Girling Alan, Farley Amanda, Lindson-Hawley N., Aveyard P. Change in mental health after smoking cessation: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2014; 348: g1151



ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



Ε.Π.
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
ΥΠΕΡΒΑΘΜΙΣΗ



ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ

www.espa.gr

www.ygeia-pronoia.gr

Παράρτημα 1: Γλωσσάριο

ΠΟΥ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
Π.Φ.Υ.	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
ΓΑΔ	Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή



Με την συγχρηματοδότηση
της Ελλάδας και της
Ευρωπαϊκής Ένωσης



www.ygeia-pronoia.gr

"Αυτό το έγγραφο έχει παραχθεί για τις ανάγκες του έργου με τίτλο «Ανάπτυξη 13 Κατευθυντήριων Οδηγιών Γενικής Ιατρικής για τη διαχείριση των πιο συχνών νοσημάτων και καταστάσεων υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» και αντιπροσωπεύει τις απόψεις των συντακτών του. Οι απόψεις αυτές δεν έχουν υιοθετηθεί ή εγκριθεί με οποιοδήποτε τρόπο από την Ειδική Υπηρεσία του τομέα Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης και της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και δεν πρέπει να εκλαμβάνονται ως θέσεις του Υπουργείου ή της Επιτροπής. Η Ειδική Υπηρεσία δεν εγγυάται την ακρίβεια των στοιχείων που περιλαμβάνονται στο παρόν έγγραφο, ούτε αποδέχεται την ευθύνη για οποιαδήποτε χρήση των πληροφοριών αυτών. "