

Ανασκόπηση Review

Οικονομική κρίση και ψυχική υγεία

Ο. Γιωτάκος

Ψυχιατρική Κλινική, 414 Στρατιωτικό Νοσοκομείο, Αθήνα

Ψυχιατρική 2010, 21:195–204

Οι περισσότερες από τις μελέτες που διερευνούν τις επιπτώσεις των οικονομικών κρίσεων στην ποιότητα ζωής των ατόμων δείχνουν συσχέτιση ανάμεσα στην ανεργία ή άλλους οικονομικούς δείκτες και τα επίπεδα γενικής νοσηρότητας, θνητότητας, κατάθλιψης και αυτοκτονικότητας. Οι κύριες συνέπειες μιας οικονομικής κρίσης είναι η ανεργία, η μείωση του εισοδήματος, η γενικευμένη αβεβαιότητα και η περικοπή των δημοσίων δαπανών, περιλαμβανομένων των δαπανών για την υγεία. Σε συνθήκες οικονομικής κρίσης οι φτωχοί αποτελούν ομάδα κινδύνου αφού είναι οι πρώτοι που πλήττονται. Παράλληλα, τα άτομα που ήδη νοσούν από ψυχικά νοσήματα, λόγω της υπάρχουσας έκπτωσης στη λειτουργικότητα, αποτελούν επίσης ομάδα υψηλού κινδύνου, δημιουργώντας έτσι έναν φαύλο κύκλο όπου η φτώχεια ευνοεί τις ψυχικές διαταραχές αλλά και το αντίστροφο. Προτεραιότητα για κάθε χώρα που αντιμετωπίζει οικονομική κρίση είναι η προστασία της ποιότητας ζωής των ατόμων που βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο. Έχει φανεί ότι πρωταρχική στρατηγική αποτελεί η υποστήριξη κοινωνικών δικτύων ασφαλείας. Σημαντικό επίσης ρόλο παίζουν τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του ατόμου που σχετίζονται με την αυξημένη ευαλωτότητα στην ψυχοκοινωνική απειλή, όπως χαμηλή ανοχή στη ματαίωση ή χαμηλή αυτοεκτίμηση. Σε οργανωτικό επίπεδο, θα πρέπει να διερευνώνται οι πρακτικές και πολιτικές που χρησιμοποιούν οι εργοδοτικοί φορείς για να ανταποκριθούν στις μεταβαλλόμενες συνθήκες. Η οικονομική ύφεση αποτελεί συγχρόνως ευκαιρία ώστε να προστατευθούν ουσιώδεις υπηρεσίες της κοινωνίας που απευθύνονται στους εύλωτους πληθυσμούς, να υποστηριχθεί το κράτος πρόνοιας και να προωθηθούν έγκαιρες παρεμβάσεις όπως η καταγραφή ατόμων υψηλού κινδύνου, η επανένταξη ανέργων και ατόμων με ψυχιατρικά προβλήματα, η εκπαίδευση ιατρών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, η ανίχνευση και θεραπεία της κατάθλιψης και άλλων συνήθων διαταραχών, και η καλύτερη πρόσβαση στο σύστημα παροχής ψυχικής υγείας.

Λέξεις ευρετηρίου: οικονομική κρίση, οικονομική ύφεση, ψυχική υγεία, κατάθλιψη, αυτοκτονία

Εισαγωγή

Η τρέχουσα οικονομική κρίση μπορεί να συγκριθεί με τις μεγαλύτερες οικονομικές κρίσεις του περασμένου αιώνα. Η διεθνής ιστορική εμπειρία έχει στην ουσία να προβάλλει τρεις σοβαρές υφέσεις κατά την τελευταία εκατονταετία. Το κραχ του '29, την οικονομική κατάρρευση των πρώην Σοβιετικών χωρών στις αρχές του '90 και την ασιατική οικονομική κρίση στην εκπνοή του αιώνα. Αν και κάθε κρίση είχε διαφορετικά χαρακτηριστικά, μπορούμε να θυμηθούμε τις μαζικές αυτοκτονίες χρηματιστών στο «κραχ» του '29 και τη «μαύρη ζώνη θανάτου» της Ρωσίας λόγω της δραματικής αύξησης των αυτοκτονιών, ανθρωποκτονιών και βίαιων θανάτων.¹

Αν και υπάρχουν διφορούμενες απόψεις για τις επιπτώσεις στη γενική υγεία, όλοι σχεδόν οι ερευνητές συμφωνούν ότι η ψυχική υγεία επηρεάζεται δυσμενώς σε περιόδους οικονομικών κρίσεων. Υπάρχει σαφής και εκφρασμένη ανησυχία ότι τα προβλήματα ψυχικής υγείας θα αυξηθούν και στην παρούσα οικονομική κρίση, αφού όπως αναφέρει σε πρόσφατες εκθέσεις η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας: «Δε θα πρέπει να εκπλαγούμε αν δούμε αύξηση ψυχικών διαταραχών και αυτοκτονιών», «οι φτωχοί και οι ευάλωτοι θα είναι οι πρώτοι που θα υποφέρουν», «η προάσπιση των κονδυλίων για την υγεία θα γίνει πιο δύσκολη». Τέτοιοι φόβοι υποστηρίζονται και από πληθώρα επιδημιολογικών μελετών που δείχνουν θετική συσχέτιση μεταξύ χαμηλότερου εισοδήματος ή ανεργίας και επιβαρυσμένης ψυχικής υγείας.¹⁻⁴

Οι επιπτώσεις της ανεργίας στην υγεία

Πολλές επιδημιολογικές μελέτες δείχνουν τις επιπτώσεις της ανεργίας, τόσο στη γενική όσο και στην ψυχική υγεία. Μελέτες στη Βρετανία, κατά τις δεκαετίες του '70 και '80, έδειξαν ότι οι άνεργοι είχαν ποσοστό θνησιμότητας 25% μεγαλύτερο σε σχέση με τους εργαζόμενους ισοδύναμης κοινωνικοοικονομικής ομάδας.⁵ Επιπλέον, η διάρκεια της ανεργίας δείχνει να αυξάνει τον κίνδυνο θνησιμότητας, αφού περιληφθούν παράγοντες όπως ηλικία, φυλή, γάμος, εισόδημα και επαγγελματική τάξη.⁶ Περιορισμένοι πόροι μπορεί να οδηγήσουν σε φτωχή διατροφή και περιορισμένη πρόσβαση στην ιατρική φροντίδα, γεγονός που οδηγεί σε αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα.⁷

Η ανεργία φαίνεται επίσης να σχετίζεται με υιοθέτηση λιγότερο υγιεινών συνηθειών, όπως το κάπνισμα. Πρόσφατη εκτενής έρευνα διαπίστωσε στενή σχέση ανάμεσα στο χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο και σε μια σειρά επιβλαβών συνηθειών υγείας στις αναπτυγμένες χώρες, αλλά αρκετά υψηλότερη στις αναπτυσσόμενες χώρες.⁸ Για παράδειγμα, στους άνεργους βρέθηκε σημαντικά υψηλότερη αύξηση σωματικού βάρους, χρήση καπνού και αλκοόλ, καθώς και κακής διατροφής, σε σύγκριση με τους εργαζόμενους. Άλλες έρευνες βρήκαν ότι τα υψηλά επίπεδα ανεργίας συνοδεύονται από μεγαλύτερη επίπτωση ψυχικών διαταραχών, ψυχοσωματικών διαταραχών, αυτοκτονιών και παρααυτοκτονιών.^{9,10} Η μετα-ανάλυση των Paul & Moser¹¹ έδειξε ότι οι άνεργοι βιώνουν πιο συχνά ψυχικές διαταραχές, σε σύγκριση με τους εργαζόμενους (34% έναντι 16%), παρουσιάζοντας μεικτά συμπτώματα κατάθλιψης, άγχους, ψυχοσωματικών συμπτωμάτων και μειωμένη αυτοεκτίμηση. Παράγοντας που φαίνεται να μεγεθύνει τον αντίκτυπο της ανεργίας στην ψυχική υγεία είναι η φύση της εργασίας και το επίπεδο εξειδίκευσης. Για παράδειγμα, άτομα με χειρωνακτική εργασία δείχνουν να βιώνουν μεγαλύτερη δυσφορία σε σχέση με τους υπαλλήλους. Άλλος παράγοντας είναι η διάρκεια της ανεργίας, αφού έχει βρεθεί ότι όσο μεγαλύτερη είναι αυτή τόσο πιο δυσμενείς οι επιπτώσεις που παρουσιάζονται. Επίσης, η διαβίωση σε χώρες με αδύναμο επίπεδο οικονομικής ανάπτυξης, άνιση κατανομή εισοδήματος ή αδύναμα προγράμματα προστασίας κατά της ανεργίας, δείχνει να αυξάνει σημαντικά τις πιθανότητες ψυχολογικής επιβάρυνσης.¹²

Οι επιπτώσεις των οικονομικών κρίσεων στη γενική υγεία

Ο αντίκτυπος των οικονομικών κρίσεων στη γενική υγεία ποικίλλει αφού εξαρτάται από διάφορους παράγοντες, ενώ απαιτείται προσοχή στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων των σχετικών ερευνών. Για τις χώρες υψηλού εισοδήματος, η θνησιμότητα και το προσδόκιμο επιβίωσης δείχνουν απίθανο να επηρεαστούν. Ενίοτε μάλιστα αναφέρονται και θετικές επιδράσεις, αφού η μείωση της υπερκατανάλωσης έχει θετικά αποτελέσματα. Κάποιοι ερευνητές τονίζουν ότι οι βραχυπρόθεσμες επιπτώσεις μιας οικονομικής κρίσης στη γενική υγεία ενδέχεται να είναι και θε-

τικές. Για παράδειγμα, έρευνες σε ΗΠΑ και Ευρώπη έδειξαν αύξηση της θνησιμότητας κατά την οικονομική ανάπτυξη και μείωση κατά την οικονομική ύφεση. Συγκεκριμένα, η ύφεση δείχνει να σχετίζεται με λιγότερους θανάτους από τροχαία ατυχήματα, λιγότερους θανάτους σχετιζόμενους με το αλκοόλ και λιγότερες εισαγωγές στα νοσοκομεία.^{13,14}

Άλλες έρευνες σε ευρωπαϊκές χώρες,^{15,16} που διερεύνησαν τις οικονομικές διακυμάνσεις με δείκτες όπως το ποσοστό ανεργίας και τη μεταβολή του ΑΕΠ, βρήκαν θετική σχέση μεταξύ της οικονομικής ύφεσης και του κινδύνου θνησιμότητας για τους άνδρες, ενώ οι γυναίκες έδειξαν να μην επηρεάζονται. Οι Economidou et al (2008)¹⁷ βρήκαν σημαντική συσχέτιση μεταξύ των ποσοστών ανεργίας και των 5 από τις 6 αιτίες θανάτου που διερεύνησαν, και συγκεκριμένα των ισχαιμικών καρδιοπαθειών, του καρκίνου της τραχείας, των βρόγχων και του πνεύμονα, κακοήθων νεοπλασιών, ανθρωποκτονιών, αυτοκτονιών και αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών. Η χαμηλή κοινωνικο-οικονομική στάθμη του ατόμου, όπως αυτή προσδιορίζεται από το χαμηλό εισόδημα, η χαμηλή εκπαίδευση, η εργασία χαμηλών δεξιοτήτων και ο κοινωνικός αποκλεισμός, έδειξε να συνδέονται με κακή σωματική υγεία,¹⁸ κακή ψυχολογική και συναισθηματική υγεία^{19,20} και αυξημένο κίνδυνο θνησιμότητας.^{21,22}

Οι περισσότερες μελέτες αναφέρουν αύξηση θνησιμότητας κατά τις περιόδους οικονομικών κρίσεων. Σε μια πρόσφατη μελέτη των Falagas et al²³ ανασκοπήθηκαν μελέτες που διερεύνησαν τη θνησιμότητα στο γενικό πληθυσμό διαφόρων χωρών σε περιόδους οικονομικής κρίσης, σε σύγκριση με περιόδους πριν ή μετά την κρίση. Οι περίοδοι των οικονομικών κρίσεων σχετίστηκαν με αύξηση στη θνησιμότητα από όλες τις αιτίες στις 7 από τις 8 μελέτες, και με αύξηση στη θνησιμότητα από καρδιαγγειακά νοσήματα στις 6 από τις 7 μελέτες. Αύξηση στη θνησιμότητα λόγω αναπνευστικών λοιμώξεων, χρόνιας ηπατικής νόσου, αυτοκτονιών, ανθρωποκτονιών, καθώς και στη θνησιμότητα των βρεφών παρατηρήθηκε κατά τη διάρκεια των οικονομικών κρίσεων σε όλες τις μελέτες. Αντίθετα, η θνησιμότητα από τροχαία ατυχήματα έδειξε να ελαττώνεται σε 5 από τις 6 μελέτες.

Σημαντικές όμως φαίνεται να είναι οι επιπτώσεις των οικονομικών υφέσεων και στα παιδιά. Πρώιμες

αντίξοες εμπειρίες μπορεί να τροποποιήσουν τη δομική και λειτουργική ανάπτυξη του εγκεφάλου του παιδιού, συμβάλλοντας στην αρνητική έκβαση της ψυχικής υγείας στο μέλλον.²⁴ Έρευνες έδειξαν ότι η κακή κοινωνικοοικονομική κατάσταση των γονέων σχετίζεται με χαμηλή ικανότητα εστίασης της προσοχής των παιδιών,²⁵ ενώ παιδιά που μεγαλώνουν σε ιδρύματα βρέθηκε να έχουν σημαντικά μεγαλύτερο όγκο αμυγδαλής.²⁶ Είναι γνωστό επίσης ότι η πρώιμη έκθεση της μητέρας σε στρες λόγω κατάθλιψης, άγχους ή υποσιτισμού κατά την εγκυμοσύνη, αυξάνει τη δραστηριότητα του άξονα υποθάλαμος-υπόφυση-επινεφρίδια στο βρέφος, με αποτέλεσμα την τροποποιημένη απάντηση στα στρεσογόνα ερεθίσματα, ένα γεγονός που παραμένει σε όλη τη διάρκεια της ζωής του.²⁷ Ο υποσιτισμός του ίδιου του βρέφους μπορεί επίσης να παίξει σημαντικό ρόλο. Για παράδειγμα, η έλλειψη του ρετινοϊκού οξέος, παραγώγου της βιταμίνης Α, έχει αρνητική επίδραση στη νοητική ανάπτυξη, η έλλειψη των ω-3 λιπαρών οξέων σχετίζεται με μεγαλύτερη επίπτωση κατάθλιψης και Διαταραχή Ελαττωματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ),²⁸ ενώ η έλλειψη σιδήρου διαταράσσει τη διαδικασία της μυελίνωσης.²⁹

Κοινωνικο-οικονομικές μελέτες έδειξαν ότι οι κυβερνήσεις των χωρών που λαμβάνουν βοήθεια από το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο (ΔΝΤ) αναγκάζονται σε περιστολή των δημοσίων κοινωνικών δαπανών, με παράλληλη επιβάρυνση των ασθενών για το κόστος της υγειονομικής τους περίθαλψης. Ήδη από τα μέσα της δεκαετίας του '80 η UNICEF, με την αναφορά "Adjustment with a human face", είχε επισημάνει ότι «τα προγράμματα του ΔΝΤ στερούν δικαιώματα από τους φτωχούς, συχνά κόβοντας τη χρηματοδότηση δικτύων κοινωνικής προστασίας, η οποία είναι απαραίτητη προκειμένου οι φτωχοί να έχουν εκπαίδευση, ιατρική φροντίδα και άλλα βασικά δημόσια αγαθά».³⁰ Οι λίγες μελέτες για τις συνέπειες του δανεισμού από το ΔΝΤ στην υγεία δε δείχνουν σαφή αποτελέσματα. Μερικές δείχνουν ουδέτερα αποτελέσματα, κάποιες αρνητικά, αλλά πάντως καμία θετικά. Για παράδειγμα, μία μελέτη για τη φυματίωση σε χώρες του πρώην ανατολικού μπλοκ βρήκε ότι οι χώρες που εκτέθηκαν στα προγράμματα του ΔΝΤ βίωσαν μεγαλύτερες περικοπές των δαπανών (-7,5%), μείωση του αριθμού ιατρών ανά άτομο (-7%) και

λιγότερη κάλυψη του πληθυσμού στο αντιφυματικό πρόγραμμα της ΠΟΥ.³¹ Η συμμετοχή σε ένα πρόγραμμα του ΔΝΤ σχετίστηκε με αύξηση κατά 14% στην επίπτωση, 13% στον επιπολασμό και 17% στη θνησιμότητα από φυματίωση, μετά από στάθμιση για παραμέτρους όπως το επίπεδο της οικονομικής ανάπτυξης και τις παρελθοντικές τάσεις της νόσου. Όταν οι χώρες έβγαιναν από το ΔΝΤ, τα ποσοστά της φυματίωσης έπεφταν περίπου κατά 31% ή επανέρχονταν στα επίπεδα που βρίσκονταν πριν την είσοδο στο ΔΝΤ. Οι ερευνητές βρήκαν επίσης ότι ο δανεισμός από άλλες πηγές, που δεν επέβαλαν τόσο αυστηρούς όρους, σχετιζόταν με χαμηλότερα ποσοστά θνησιμότητας από φυματίωση, ενώ υπήρχε ουδέτερη επίδραση στο σύστημα υγείας.³²

Οι επιπτώσεις των οικονομικών κρίσεων στην ψυχική υγεία

Η σημασία των ψυχικών και ιδιαίτερα των συναισθηματικών διαταραχών για τη δημόσια υγεία φαίνεται από το γεγονός ότι κατατάσσονται ανάμεσα στις πρώτες αιτίες που προκαλούν σημαντική ανικανότητα, ενώ οι διαταραχές αυτές αναμένεται να αυξηθούν και να γίνουν μέχρι το 2020 δευτέρες σε συχνότητα μετά την ισχαιμική καρδιοπάθεια (ΠΟΥ).³³ Όλες σχεδόν οι έρευνες δείχνουν τον αντίκτυπο των οικονομικών υφέσεων στην ψυχική υγεία. Ακόμα και όταν οι συνολικοί δείκτες υγείας, όπως η συνολική θνησιμότητα και το προσδόκιμο επιβίωσης δεν επηρεάζονται, τα ποσοστά ειδικών αιτίων θνησιμότητας δείχνουν να επηρεάζονται από τη σοβαρότητα της κρίσης. Για παράδειγμα, η αύξηση των αυτοκτονιών, ανθρωποκτονιών, κατάχρησης αλκοόλ, ψυχιατρικών διαταραχών, ηπατικών κιρρώσεων και ελκών του πεπτικού αυξάνονται σε συνθήκες απότομης αύξησης της ανεργίας.³⁴ Οι ειδικοί εκφράζουν ανησυχία για τις επιπτώσεις της τρέχουσας κρίσης στην ψυχική υγεία και συνιστούν την ετοιμότητα των συστημάτων υγείας να τις αντιμετωπίσουν. Πρόσφατο άρθρο στο *Lancet*³⁵ αναφέρει ότι αναμένεται κατακόρυφη αύξηση των καταθλιπτικών διαταραχών και των αυτοκτονιών. Στο Ηνωμένο Βασίλειο αναμένεται τριπλασιασμός των ψυχικών επεισοδίων, διπλασιασμός της κατάχρησης αλκοόλ και δι ή τριπλασιασμός των καταθλιπτικών επεισοδίων,³⁶ ενώ πρόσφατες αναφορές δείχνουν ήδη αύξηση των αυτοκτονιών στην Ιαπωνία στην παρούσα κρίση.³⁷

Πολλές έρευνες δείχνουν τη συσχέτιση μεταξύ της οικονομικής ανέχειας και της κατάθλιψης.^{38,39} Μια μελέτη από τη Χιλή βρήκε ισχυρή σχέση μεταξύ απότομης μείωσης του εισοδήματος και εμφάνιση ψυχιατρικών διαταραχών, με τη μείωση του εισοδήματος να λαμβάνει χώρα σε διάστημα 6 μηνών πριν από την εκδήλωση συμπτωμάτων.⁴⁰ Επίσης, το οικονομικό χρέος είναι ιδιαίτερα σημαντικός παράγοντας που προδιαθέτει σε κατάθλιψη. Μια μελέτη σε Αγγλία, Σκωτία και Ουαλία έδειξε σαφή σχέση χρέους και κακής ψυχικής υγείας.⁴¹ Πρόσφατη ανασκόπηση, επίσης, τεκμηριώνει τη συσχέτιση μεταξύ φτώχειας και ψυχικών διαταραχών. Η συσχέτιση μάλιστα αυτή προέκυψε με όλους τους δείκτες φτώχειας που χρησιμοποιήθηκαν. Παράμετροι όπως το χαμηλό εισόδημα, η ανασφάλεια, η απελπισία, η κοινωνική μεταβολή, το στίγμα-διάκριση-κοινωνικός αποκλεισμός, η συννοσηρότητα με σωματικά νοσήματα και κυρίως η περιορισμένη εκπαίδευση εξηγούν τη μεγαλύτερη ευαλωτότητα των φτωχών στα ψυχικά νοσήματα.^{42,43} Σε συνθήκες οικονομικής κρίσης οι φτωχοί αποτελούν ομάδα κινδύνου, αφού είναι οι πρώτοι που πλήττονται. Παράλληλα, τα άτομα που ήδη νοσούν από ψυχικά νοσήματα λόγω της υπάρχουσας έκπτωσης της λειτουργικότητάς τους, αποτελούν επίσης ομάδα υψηλού κινδύνου. Με τον τρόπο αυτό δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος όπου η φτώχεια ευνοεί τις ψυχιατρικές διαταραχές αλλά και το αντίστροφο.⁴⁴

Οικονομική κρίση και αυτοκτονία

Οι Chang et al⁴⁵ εξέτασαν τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης κατά το διάστημα 1997–1998 σε ανατολικές/νοτιοανατολικές ασιατικές χώρες όπως η Ιαπωνία, το Χονγκ Κονγκ, η Νότια Κορέα, η Ταϊβάν, η Σιγκαπούρη και η Ταϊλάνδη. Χρησιμοποιήθηκαν δεδομένα για τις αυτοκτονίες και τον πληθυσμό για την περίοδο 1985–2006. Η θνησιμότητα από τις αυτοκτονίες ελαττώθηκε στα τέλη της δεκαετίας του '80 και στις αρχές του '90 αλλά στη συνέχεια αυξήθηκε αισθητά σε όλες τις χώρες εκτός από τη Σιγκαπούρη, η οποία είχε σταθερά μειούμενα ποσοστά αυτοκτονιών. Σε σύγκριση με το 1997, τα ποσοστά αυτοκτονιών των ανδρών το 1998 αυξήθηκαν κατά 39% στην Ιαπωνία, 44% στο Χονγκ Κονγκ και 45% στην Κορέα. Η αύξηση στις αυτοκτονίες από γυναίκες ήταν λιγότερο αισθητή. Η οικονομική κρίση είχε ως αποτέλε-

σμα 10.400 περισσότερες αυτοκτονίες το 1998 από το 1997 στην Ιαπωνία, το Χονγκ Κονγκ και την Κορέα. Παρόμοιες αυξήσεις των αυτοκτονιών δεν καταγράφηκαν σε Ταϊβάν και Σιγκαπούρη, δύο χώρες στις οποίες η οικονομική κρίση είχε μικρότερη επίδραση στο ΑΕΠ και την ανεργία. Αυτά τα ευρήματα υποδεικνύουν την ύπαρξη συσχέτισης της ασιατικής οικονομικής κρίσης με την απότομη αύξηση στους θανάτους από αυτοκτονίες στις περισσότερες ανατολικοασιατικές χώρες. Η αύξηση αυτή στις αυτοκτονίες φαίνεται να συνδέεται πιο στενά με την αύξηση του δείκτη ανεργίας.⁴⁶

Σε αντίστοιχη έρευνα στην Κίνα,⁴⁷ βρέθηκε ότι οι κοινωνικές αλλαγές, περιλαμβανομένων των μεγάλων οικονομικών απωλειών σε ατομικό επίπεδο, του αυξημένου κόστους υγειονομικής περίθαλψης, της εξασθένησης των οικογενειακών δεσμών, της μετανάστευσης σε αστικές περιοχές προς αναζήτηση εργασίας και των ανισοκατανομών του εισοδήματος, συνεισφέρουν στην αύξηση των ποσοστών αυτοκτονιών κυρίως μέσω της αύξησης των καταθλιπτικών διαταραχών, οι περισσότερες από τις οποίες διατρέχουν χωρίς θεραπεία. Παρόμοια, οι μαζικές αυτοκτονίες αγροτών στην Ινδία μετά από την αλλαγή της αγρονομικής πολιτικής και την οξεία μείωση του εισοδήματος περί τα μέσα της δεκαετίας του '90, παρέχει μια ακόμη καλή αποτύπωση του αντίκτυπου της οικονομικής ανασφάλειας στην ψυχική υγεία.⁴⁸

Οι Stuckler et al⁴⁹ μελέτησαν σε 26 χώρες της Ευρώπης για το διάστημα 1970–2006 τον τρόπο που οι οικονομικές μεταβολές επηρέασαν τα ποσοστά θνησιμότητας στην Ευρώπη κατά τις τελευταίες τρεις δεκαετίες, καθώς επίσης και τον τρόπο που οι κυβερνήσεις θα μπορούσαν να περιστείλουν τις δυσμενείς επιπτώσεις τους. Βρήκαν ότι για κάθε αύξηση 1% στην ανεργία, υπήρχε αύξηση 0,8% στις αυτοκτονίες στις ηλικίες κάτω των 65 ετών, καθώς και αύξηση 0,8% στις ανθρωποκτονίες. Αντίθετα, τα τροχαία ατυχήματα ελαττώθηκαν κατά 1,4%. Επίσης, αύξηση πάνω από 3% στην ανεργία είχε αντίστοιχα ακόμη μεγαλύτερη επίδραση στις αυτοκτονίες (αύξηση >4%) στις ηλικίες κάτω των 65 ετών, καθώς και στους θανάτους από χρήση αλκοόλ. Τέλος, βρήκαν ότι τα αυξανόμενα ποσοστά ανεργίας δεν είχαν καμία επίπτωση στο ποσοστό των αυτοκτονιών όταν οι δαπάνες σε ενεργά προγράμματα στήριξης της αγοράς εργασίας, τα οποία αποσκοπούν στη διατή-

ρηση θέσεων εργασίας και την επανένταξη των απολυόμενων, ήταν πάνω από 190\$/άτομο/έτος.

Επιβαρυντικοί παράγοντες

Μια οικονομική κρίση προκαλεί ψυχολογική επιβάρυνση τόσο σε ατομικό όσο και σε συλλογικό επίπεδο. Σύμφωνα με τον Probst (2005),⁵⁰ το οικονομικό αυτό στρες περιλαμβάνει τις πλευρές της οικονομικής ζωής που λειτουργούν ως δυνητικά στρεσογόνα ερεθίσματα για τους εργαζόμενους και τις οικογένειές τους και αποτελούνται τόσο από υποκειμενικά όσο και αντικειμενικά συστατικά. Τα στρεσογόνα αυτά ερεθίσματα αφορούν σε δύο βασικές παραμέτρους, στην εργασιακή κατάσταση και το ατομικό εισόδημα. Για παράδειγμα, η παράμετρος «εργασιακή κατάσταση» αφορά τόσο στην ανεργία, που είναι αντικειμενικό στρεσογόνο ερέθισμα, όσο και στην εργασιακή ανασφάλεια που είναι υποκειμενικό. Παρομοίως, η παράμετρος «ατομικό εισόδημα», αφορά τόσο στην οικονομική ανέχεια που είναι η αντικειμενική ανικανότητα πλήρωσης των τρεχουσών οικονομικών αναγκών, όσο και στην οικονομική πίεση που αφορά στην υποκειμενική αίσθηση ανεπάρκειας του εισοδήματος. Έτσι εξηγείται γιατί σε μια κοινωνία σε οικονομική κρίση επηρεάζονται άμεσα και βαρύτερα οι φτωχοί και οι άνεργοι αλλά το άγχος και η δυσφορία επηρεάζουν και το υπόλοιπο, οικονομικά ισχυρότερο κομμάτι του πληθυσμού.⁵¹

Σε ατομικό επίπεδο, αξίζει να εξετάζονται τα αντικειμενικά στρεσογόνα ερεθίσματα όπως ανεργία, εισόδημα νοικοκυριού, αριθμός μελών οικογένειας, χρέος, ατομικές διαφορές στη διαχείριση των χρημάτων, όπως τάσεις εξοικονόμησης χρημάτων ή συσσώρευσης χρεών, καθώς και οι οικονομικές γνώσεις και ικανότητες. Η εργασιακή ανασφάλεια φαίνεται να επηρεάζει περισσότερο τους μεγαλύτερους σε ηλικία εργαζόμενους⁵² και τις γυναίκες.⁵³ Επίσης, η ύπαρξη κοινωνικής υποστήριξης και η υποστήριξη στο χώρο εργασίας από ανώτερους αλλά και συνεργάτες αποτελούν παράγοντες που επηρεάζουν το οικονομικό στρες. Σημαντικό επίσης ρόλο παίζουν τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του ατόμου που σχετίζονται με την αυξημένη ευαλωτότητα στην ψυχοκοινωνική απειλή, όπως νεύρωση ή χαμηλή ανοχή στη ματαίωση,⁵⁴ τα ατομικά χαρακτηριστικά που αντικατοπτρίζουν την ανάγκη αίσθησης ελέγ-

χου των καταστάσεων⁵⁵ και τα ατομικά χαρακτηριστικά που αφορούν στο γενικό αίσθημα αυτοεκτίμησης και προσωπικής αξίας.⁵⁶

Σε οργανωτικό επίπεδο, θα πρέπει να διερευνώνται οι πρακτικές και πολιτικές που χρησιμοποιούν οι εργοδοτικοί φορείς για να αποκριθούν στις μεταβαλλόμενες συνθήκες. Έχει βρεθεί για παράδειγμα ότι οι εργαζόμενοι στο Δημόσιο Φορέα παρουσιάζουν λιγότερη εργασιακή ανασφάλεια, ενώ οι εργαζόμενοι σε παρακαμάζουσες επιχειρήσεις είναι πιο ευάλωτοι. Επίσης, το πνεύμα δικαιοσύνης, η έγκαιρη ενημέρωση, οι διευκολύνσεις όπως άδειες άνευ αποδοχών και οι αποζημιώσεις δρουν προστατευτικά για την ψυχική υγεία των εργαζόμενων.⁵⁴

Σε μακροοικονομικό επίπεδο, θα πρέπει να διερευνώνται τα διεθνή οικονομικά συστήματα, οι κανόνες της αγοράς, οι τιμές των τροφίμων και των καυσίμων, οι διεθνείς οικονομικές συγκυρίες, η βιομηχανική παραγωγή και πολιτισμικά θέματα, όπως ο υπερκαταναλωτισμός και η χαμηλή ανοχή των κοινωνιών στην καινοτομία. Κοινωνίες με χαμηλή ανοχή σε απρόβλεπτες καταστάσεις τείνουν να δημιουργούν ισχυρά συστήματα κοινωνικής προστασίας και προασπίζουν την ασφάλεια της αγοράς εργασίας. Έτσι, για παράδειγμα οι άνεργοι Ελβετοί λαμβάνουν τουλάχιστον το 70% του κανονικού του εισοδήματος έως και 2 χρόνια, ενώ η υγειονομική ασφάλιση είναι υποχρεωτική ανεξαρτήτως της εργασιακής κατάστασης. Τέτοια οφέλη είναι αδιανόητα για τις ΗΠΑ όπου το επίδομα ανεργίας είναι κάτω από το όριο της φτώχειας, ενώ η απώλεια εργασίας συνεπάγεται και έλλειψη ασφάλισης.⁵⁷

Δυνατότητες αντιμετώπισης και πρόληψης

Στις περιόδους οικονομικών υφέσεων οι υπηρεσίες υγείας επηρεάζονται άμεσα μέσω της μείωσης κονδυλίων για την υγεία και τις δομές αποκατάστασης. Παράλληλα, η ανεργία, η έλλειψη ασφάλισης και η μείωση του εισοδήματος οδηγούν σε αποφυγή χρήσης των υπηρεσιών υγείας και φαρμάκων, σε υποθεραπεία των νοσημάτων και σε αύξηση των υποτροπών των χρόνιων νοσημάτων. Προτεραιότητα για κάθε χώρα που αντιμετωπίζει οικονομική κρίση είναι η προστασία της ζωής και της βιωσιμότητας των ατόμων που βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο, με πρωταρχική πολιτική δράση την υποστήριξη

κοινωνικών δικτύων ασφαλείας. Ένα σταθερό εύρημα των μελετών είναι ότι η ταχύτητα της οικονομικής μεταβολής αποτελεί σημαντικό κίνδυνο για την υγεία. Ο βαθμός στον οποίο οι οικονομικές μεταβολές επιδρούν στην υγεία επηρεάζεται από το βαθμό στον οποίο οι άνθρωποι είναι προστατευμένοι από την απειλή. Οι ειδικοί επικεντρώνονται στους ειδικούς παράγοντες κινδύνου, στο πλαίσιο κοινωνικής συνοχής (άτυπη πρόνοια) και στο πλαίσιο κοινωνικής προστασίας (επίσημη πρόνοια).¹

Σχετικά με τους ειδικούς παράγοντες κινδύνου, η ιστορία έδειξε ότι το «κραχ» του '29 δεν είχε ως αποτέλεσμα αύξηση του αλκοολισμού, αφού στις ΗΠΑ είχε ήδη κηρυχθεί η ποτοαπαγόρευση, σε αντίθεση με την πρώην ΕΣΣΔ όπου στην κρίση της δεκαετίας '80 ευνοήθηκε η δραματική αύξηση του αλκοολισμού. Παρόμοια, δύο από τις λίγες εταιρίες που συνεχίζουν να προσλαμβάνουν εργαζομένους στην τρέχουσα κρίση στις ΗΠΑ είναι τα Mac Donalds & Kentucky Fried Chicken, γεγονός που υποδεικνύει ότι ο κόσμος στρέφεται σε φτηνά και έτοιμα, πλην όμως ανθυγιεινά φαγητά. Οι Κουβανοί αντίθετα, μετά την πτώση της ΕΣΣΔ στράφηκαν σε φτηνά αλλά υγιεινά φαγητά, κυρίως σόγια, φρούτα και λαχανικά, με το αμερικανικό εμπόργκο να τους «προστατεύει» στην ουσία από την έκθεση στις αμερικανικές αλυσίδες ταχυφαγείων.

Οι κοινωνίες όμως διαφέρουν και στη διαθεσιμότητα κοινωνικής υποστήριξης. Έτσι, στην πρώην ΕΣΣΔ οι δυσμενείς για την υγεία επιπτώσεις της ταχείας οικονομικής αλλαγής έδειξαν να μειώνονται σημαντικά εκεί όπου τα άτομα ήταν μέλη κοινωνικών οργανώσεων, όπως εμπορικές ενώσεις ή αθλητικοί όμιλοι. Συστήματα κοινωνικής υποστήριξης ή αλλιώς «δίκτυα κοινωνικής ασφαλείας» αποτελούν επίσης οι φιλανθρωπικές οργανώσεις, η εκκλησία, η οικογένεια και οι φίλοι. Οι κοινωνίες επίσης δείχνουν να διαφέρουν και στα συστήματα κοινωνικής πρόνοιας. Για παράδειγμα, τα στοιχεία υποδεικνύουν ότι ο λόγος για τον οποίο η Μαλαισία δεν υπέφερε στη διάρκεια της ασιατικής κρίσης ήταν επειδή, σε αντίθεση με τις γειτονικές της χώρες, αγνόησε τη συμβουλή της διεθνούς οικονομικής κοινότητας να μειώσει τις δαπάνες της στην κοινωνική προστασία.⁵⁸

Οι δυνατότητες για πρωτογενή παρέμβαση στο οικονομικό στρες αφορούν στην προαγωγή της ερ-

γασίας και της οικονομικής υγείας μέσω προγραμμάτων οικονομικής επιμόρφωσης ή κρατικά επιδοτούμενων προγραμμάτων ανάπτυξης δεξιοτήτων. Αν και οι απολύσεις είναι η αρχική αντίδραση ενός οργανισμού στην οικονομική κρίση, εναλλακτικές στρατηγικές όπως μετακινήσεις θέσεων εργαζομένων, μείωση ωρών εργασίας ή άδειες άνευ αποδοχών, φαίνεται να μειώνουν το οικονομικό στρες. Επίσης, ανεξάρτητα από τη στρατηγική του εργοδότη, οι εργαζόμενοι θα πρέπει να είναι ενημερωμένοι για τη φύση των αλλαγών ώστε να μειώνεται η ματαίωση και να ενισχύεται η εμπιστοσύνη. Καλές δυνατότητες παρέμβασης έχουν οι κυβερνήσεις που μπορούν να σχεδιάζουν προγράμματα οικονομικής ανάπτυξης, να προσελκύουν τους εργαζόμενους σε εργασίες μεγάλης ζήτησης, να προσφέρουν άμεση βοήθεια σε ευάλωτα άτομα που χάνουν την εργασία και να επανεκπαιδεύουν τους απολυμένους με σκοπό την επανένταξή τους στη νέα αγορά εργασίας.

Η δευτερογενής παρέμβαση αφορά στην προαγωγή διαχείρισης του στρες στις ομάδες υψηλού κινδύνου, όπως για παράδειγμα συμβουλευτικά προγράμματα οικονομικής διαχείρισης, ψυχολογική υποστήριξη και οικονομικές διευκολύνσεις ή φοροελαφρύνσεις. Κλειδί στο επίπεδο της δευτερογενούς πρόληψης αποτελεί η ενίσχυση αντιμετώπισης των συνήθων ψυχιατρικών διαταραχών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Πρόσφατα στοιχεία έδειξαν την αποτελεσματικότητα και θετική σχέση κόστους-αποτελέσματος των ψυχολογικών και φαρμακολογικών παρεμβάσεων σε αναπτυσσόμενες χώρες.⁵⁹

Η τριτογενής παρέμβαση αφορά στην αποκατάσταση της οικονομικής υγείας των πληγέντων, για παράδειγμα με επιδόματα ανεργίας ή με ενεργά προγράμματα στήριξης της αγοράς εργασίας. Βρέθηκε ότι κάθε αύξηση 10 δολαρίων ανά άτομο στις επενδύσεις για προγράμματα στήριξης της αγοράς εργασίας μειώνει την επίπτωση της ανεργίας στις αυτοκτονίες κατά 0,04%. Οι Park et al⁶⁰ μελέτησαν τη σχέση μεταξύ των δημόσιων κοινωνικών δαπανών και των αυτοκτονιών στις 27 χώρες του Οργανισμού για την Οικονομική Συνεργασία και Ανάπτυξη (OECD) από το 1980 έως το 2003. Τα ευρήματά τους δείχνουν ότι τα προγράμματα κοινωνικής πρόνοιας μπορούν να αποτελέσουν ζωτικό

παράγοντα για την πρόληψη των αυτοκτονιών και ειδικά σε χώρες που βιώνουν κοινωνικο-οικονομική κρίση.⁴⁶

Ερευνητικοί περιορισμοί

Λόγω της αλληλεπικάλυψης των διαγνωστικών υποκατηγοριών των ψυχιατρικών διαταραχών, οι επιδημιολογικές έρευνες συχνά αναφέρουν τα ποσοστά των ψυχικών διαταραχών γενικά, χωρίς να μετρούν ξεχωριστά την κατάθλιψη ή τις αγχώδεις διαταραχές. Ερευνητικό πρόβλημα επίσης αποτελούν οι δείκτες που χρησιμοποιούνται για τον υπολογισμό της οικονομικής κρίσης. Για παράδειγμα, κάποιες έρευνες χρησιμοποιούν ως δείκτη το Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν (ΑΕΠ), ενώ δείκτες όπως η ανεργία και η εμπιστοσύνη των καταναλωτών αντικατοπτρίζουν καλύτερα την ανασφάλεια των πολιτών. Να σημειωθεί επίσης ότι δεν επηρεάζονται μόνο οι άνεργοι αλλά και όσοι απειλούνται με ανεργία, γεγονός που είναι δύσκολο να καταγραφεί. Πρόβλημα επίσης αποτελεί η εκτίμηση της υγείας χρησιμοποιώντας ως δείκτη τη θνησιμότητα ή ειδικότερα τις αυτοκτονίες. Ένα ακόμα ερώτημα στις έρευνες που συσχετίζουν ανεργία και αυτοκτονίες είναι ο ρόλος της προϋπάρχουσας ψυχικής νόσου, αφού άτομα που ήδη νοσούν είναι πιο πιθανό να χάσουν νωρίς την εργασία τους. Επίσης, υπάρχουν διαφορές σε ατομικό και σε συλλογικό επίπεδο. Έτσι, ενώ η ψυχική υγεία των ανέργων συνήθως επηρεάζεται, η ψυχική υγεία όσων εργάζονται μπορεί να μην επηρεάζεται (πολλές φορές μάλιστα επηρεάζονται και θετικά "healthy worker effect"), με αποτέλεσμα η ψυχική υγεία του συνολικού πληθυσμού να μην παρουσιάζει ιδιαίτερες μεταβολές.⁶¹

Επίσης, οι σχετικές έρευνες μετρούν συνήθως τις βραχυπρόθεσμες επιπτώσεις μιας οικονομικής κρίσης μέχρι τη στιγμή που οι δείκτες και οι αγορές ανακάμψουν, αλλά η ανησυχία των ατόμων, όπως η αναζήτηση ιατρικής φροντίδας ή οι προϋπολογισμοί για την υγεία ίσως να μην επανέρχονται άμεσα ή ποτέ στο προηγούμενο επίπεδο. Εξίσου δύσκολο για τις έρευνες είναι να καταγράψουν και τις υπόλοιπες «κρυμμένες» επιπτώσεις των υφέσεων. Μερικές από τις ιδιαιτερότητες της παρούσας κρίσης όπως η ταχύτητά της, η μετάδοσή της και η μη προβλεψιμότητά της, περιορίζουν την ικανότητα των ειδικών να χρησιμοποιήσουν συμπεράσματα από τις προηγού-

μενες εμπειρίες. Ακόμα και για τις ΗΠΑ, που έδειξαν ήδη σημάδια ανάκαμψης και υπέρβασης της κρίσης, η εξαιρετικά υψηλή ανεργία και το πάγωμα της αγοράς ακινήτων δυσχεραίνουν την κατάσταση και η οικονομική δίνη συνεχίζεται. Είναι σκόπιμο να λαμβάνεται πάντα υπόψη ότι κάθε χώρα έχει διαφορετική απόκριση στα εξωγενή «σοκ» και επομένως διαφο-

ρετική στάση απέναντι στην αντιμετώπιση θεμάτων υγείας. Η στάση αυτή εξαρτάται από τα υπάρχοντα συστήματα πρόνοιας, τη δυνατότητα ανάπτυξης κοινωνικών δικτύων ασφαλείας, τα προγράμματα πρόληψης, την κουλτούρα καταγραφής δεδομένων και τη δυνατότητα συντονισμού των πολιτικών δυνάμεων.¹

Financial crisis and mental health

O. Giotakos

Psychiatric Department, 414 Army Hospital, Athens, Greece

Psychiatriki 2010, 21:195–204

Most studies investigating the effects of the economic crisis on the quality of life indicate a correlation between unemployment or other economic indexes and the general levels of death rates, depression, and suicide tendencies. The most common effects of an economic crisis are unemployment, spending power cuts, general insecurity and public spending retrenchment, including health related budget cuts. Under conditions of economic crisis, the poor represent a high risk group since they are the first ones to be put at risk. At the same time, due to their pre-existing functionality reduction, individuals already experiencing psychiatric diseases also represent a high risk group, thus creating a vice circle where poverty nurtures psychiatric disorders and vice-versa. For every country in the midst of a recession, protecting high risk target groups is the first priority. In these cases, research showcases that social security networks' reinforcement represents the first strategic priority. Other factors, for instance personality features related to increased vulnerability to psychosocial threat –such as low tolerance to frustration or low self esteem– also play an important role. At the organizational level, one has to research practices and policies that employers use to respond to changing conditions. An economic recession is a chance to revamp essential services toward weaker populations that need to be protected. This translates into a buttressing of the social welfare system while promoting timely interventions. Amongst others, the registration of high risk population groups, the rehabilitation and social inclusion of unemployed individuals and individuals with psychiatric problems, the training of first responders and primary care physicians, the tracing and curing of depression and other usual disorders, as well as an improved access to the psychiatric-health provision system.

Key words: financial crisis, financial recession, mental health, depression, suicide

Βιβλιογραφία

1. Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Mc Kee M. The health implications of a financial crisis: a review of the evidence. *Ulster Med J* 2009, 78:142–145
2. Catalano R, Bellows B. If economic expansion threatens public health, should epidemiologists recommend recession? *Intern J Epidemiol* 2005, 34:1212–1213
3. Murphy GC, Athanasou JA. The effect of unemployment on mental health. *J Occup Organ Psychol* 1999, 72:83–99
4. Gallo WT, Bradley EH, Falba TA et al. Involuntary job loss as a risk factor for subsequent myocardial infarction and stroke: Findings from the health and retirement survey. *Am J Ind Med* 2004, 45:408–416
5. Moser K et al. Unemployment and mortality. In: Goldblatt P (ed) *Longitudinal study: mortality and social organisation*. England and Wales, 1971–1981. London, Stationery Office, 1990:81–108
6. Morris K et al. Loss of employment and mortality. *BMJ* 1994, 308:1135–1139
7. Valkonen T, Martikainen P. The association between unemployment and mortality: causation or selection? In: Lopez AD, Casell G, Valkonen T (eds) *Adult mortality in developed countries: from description to explanation*. Oxford: Clarendon Press, 1995: 201–222
8. Mackenbach et al. Tackling health inequalities: an integrated approach. EUROTHINE Final report. Erasmus MC-University Medical Centre Rotterdam, 2007
9. Junankar PN. Unemployment and Mortality in England and Wales: A Preliminary Analysis. *Oxford Economic Papers* 1991, 43:305–320
10. Ungváry G et al. Health Risk of Unemployment. *Centr Eur J Occupat Environ Med* 1999, 5:91–112
11. Paul K, Moser K. Unemployment impairs mental health: meta-analyses. *J Vocat Behav* 2009, 74:264–282
12. Uutela A. Economic crisis and mental health. *Cur Opin Psych* 2010, 23:127–130
13. Tapia Granados JA. Recessions and mortality in Spain, 1980–1997. *Europ J Popul* 2005, 21:393–422
14. Gerdtham U, Ruhm CJ. Deaths rise in good economic times: evidence from the OECD. *Econ Human Biol* 2006, 4:298–31611
15. Gerdtham U, Johannesson M. Business cycles and mortality: Results from Swedish microdata. *Soc Scien Med* 2005, 60:205–218
16. Svensson M. Do not go breaking your heart: do economic upturns really increase heart attack mortality? *Soc Scien Med* 2007, 65:833–841
17. Economou A et al. Are recessions harmful to health after all? Evidence from the European Union. *J Econ Stud* 2008, 35:368–384
18. Blakely TA et al. Metropolitan Area Income Inequality and Self-rated Health-A Multi-level Study. *Soc Sci Med* 2002, 54:65–77
19. Everson SA et al. Epidemiologic Evidence for the Relation between Socioeconomic Status and Depression, Obesity, and Diabetes. *J of Psychos Res* 2002, 53:891–895
20. Theodosiou I. The Effects of Low-pay and Unemployment on Psychological Well-being: A Logistic Regression Approach. *J Health Econ* 1998, 17:85–104
21. Gardner J, Oswald A. How is Mortality Affected by Money, Marriage and Stress? *J Health Econ* 2004, 23:1181–1207
22. Van Rossum CTM. Socioeconomic Status and Mortality in Dutch Elderly People-The Rotterdam Study. *Eur J Pub Health* 2002, 10:255–261
23. Falagas ME, Vouloumanou EK, Mavros MN et al. Economic crises and mortality: a review of the literature. *Int J Clin Pract* 2009, 63:1128–1135
24. Tomalski Pr, Johnson M. The effects of early adversity on the adult and developing brain. *Cur Opin in Psych* 2010, 23:233–238
25. Kishiyama MM, Boyce WT, Jimenez AM et al. Socioeconomic disparities affect prefrontal function in children. *J Cogn Neurosci* 2009, 21:1106–1115
26. Tottenham N, Hare TA, Quinn BT et al. Prolonged institutional rearing is associated with atypically large amygdala volume and difficulties in emotion regulation. *Dev Sci* 2009, 13:46–61
27. Lupien SJ, Mc Ewen BS, Gunnar MR, Heim C. Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behavior and cognition. *Nat Rev Neurosci* 2009, 10:434–445
28. Ramakrishnan U, Imhoff-Kunsch B, Di Girolamo AM. Role of docosahexanoic acid in maternal and child mental health. *Am J Clin Nutr* 2009, 89:958–962
29. Beard JL. Why iron deficiency is important in infant development. *J Nutr* 2008, 138:2534–2536
30. UNICEF. Adjustment with a Human Face. Protecting the Vulnerable and Promoting Economic Growth. Clarendon Press, Oxford, 1987
31. Stuckler D, Basu S, King L. International Monetary Fund programs and tuberculosis outcomes in post-communist countries. *Public Libr Sci Med* 2008, 5:143
32. Stuckler D, Basu S. The International Monetary Fund's effects on global health: before and after the 2008 financial crisis. *Internat J Health Serv* 2009, 39:771–781
33. WHO. Mental Health in Europe. Copenhagen, Denmark, WHO, 2001a
34. Marmot MG, Bell R. How will the financial crisis affect health? *BMJ* 2009, 338:1314
35. Stuckler D. Protecting health during the economic crisis. *Lancet* 2008, 372:1520 (Editorial)
36. Samaritans. Samaritans report 25% increase in calls as financial crisis hits, UK. Medical News Today 2008. <http://www.medicalnewstoday.com/articles/123937.php> (accessed June 30, 2009)
37. Ryall. Japanese suicides rise as world recession hits country's businessmen. Telegraph (London), 2009
38. Butterworth P, Rodgers B, Windsor TD. Financial hardship, socio-economic position and depression: results from the PATH Through the Life survey. *Soc Sci Med* 2009, 69:229–237
39. Scutella R, Wooden M. The effects of hardship and joblessness on mental health. *Soc Sci Med* 2008, 67:88–100
40. Araya R, Lewis G, Rojas G et al. Education and income: which is more important for mental health? *J Epidem Comm Health* 2003, 57:501–505
41. Jenkins R, Bhugra D, Bebbington P et al. Debt, income and mental disorder in the general population. *Psycholog Med* 2008, 38:1485–1493
42. Patel V, Kleinman A. *Poverty and common mental disorders in developing countries*. Bulletin of the WHO, 2003
43. Patel V, Gwanzura F, Simunyu E et al. The explanatory models and phenomenology of common mental disorder in Harare, Zimbabwe. *Psychol Med* 1995, 25:1191–1199
44. Aro S, Aro H, Keskimäki I. Socio-economic mobility among patients with schizophrenia or major affective disorder. A 17-year retrospective follow-up. *Brit J Psych* 1995, 166:759–767
45. Chang SS, Gunnell D, Sterne JAC et al. Was the economic crisis 1997–1998 responsible for rising suicide rates in east/

- southeast Asia? A time-trend analysis for Japan, Hong Kong, South Korea, Taiwan, Singapore and Thailand. *Soc Sci med* 2009, 69:1322-1331
46. Uutela A. Economic crisis and mental health. *Cur Opin Psychiatry* 2010, 23:127-130
 47. Phillips MR, Liu H, Zhang Y. Suicide and social change in China. Culture. *Med Psych* 1999, 23:25-50
 48. Sundar M. Suicide in farmers in India. *Brit J Psych* 1999, 175: 585-586
 49. Stuckler D, Basu S, Suhrcke M et al. The public health effect of economic crisis and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet* 2009, 374:315-323
 50. Probst TM. Economic stressors. In: Barling J, Kelloway K, Frone M (eds) *Handbook of work stress*. Thousand Oaks, CA, Sage, 2005:267-297
 51. Sinclair R, Sears L, Zajack M et al. A multilevel model of economic stress and employee well-being, contemporary occupational health psychology 2004, 1:1-20
 52. Finegold D, Mohrman S, Spreitzer GM. Age effects on the predictors of technical workers' commitment and willingness to turnover. *J Organ Beh* 2002, 23:655-674
 53. Rugulies R, Aust B, Burr H et al. Job insecurity, chances on the labour market and decline in self-rated health in a representative sample of the Danish workforce. *J Epidemiol & Commun Hlth* 2002, 62:245-250
 54. Tivendell J, Bouronnais C. Job insecurity in a sample of Canadian civil servants as a function of personality and perceived job characteristics. *Psycholog Rep* 2008, 87:55-60
 55. van Hoof EAJ, Crossley CD. The joint role of locus of control and perceived financial need in job search. *Int J Select Assessm* 2008, 16:258-271
 56. Judge TA, Bono JE. Relationship of core self-evaluations traits-self-esteem, generalized self-efficacy, locus of control, and emotional stability-with job satisfaction and job performance: A meta-analysis. *J Applied Psychol* 2001, 86:80-92
 57. König CK, Probst TM, Staffen S et al. Do people in Switzerland react differently to job insecurity compared to people in the US? Paper presented at the Fourteenth European Congress of Work and Organizational Psychology, Santiago de Compostela, Spain, 2009
 58. Hopkins S. Economic stability and health status: evidence from east Asia before and after the 1990s economic crisis. *Health Policy* 2006, 75:347-357
 59. Patel V, Chisholm D, Rabe-Hesketh S et al. Efficacy and cost-effectiveness of drug and psychological treatments for common mental disorders in general health care in Goa, India: a randomised controlled trial. *Lancet* 2003, 361:33-39
 60. Park Y, Kim M, Kwon S et al. The Association between public social expenditure and suicides: evidence from OECD countries. *J Prev Med Pub Health* 2009, 42:123-129
 61. Tyrer P. The case for cothymia: mixed anxiety and depression as a single diagnosis. *Brit J Psych* 2001, 179:191-193

Αλληλογραφία: Ο. Γιωτάκος, Ψυχίατρος, Διευθυντής Ψυχιατρικής Κλινικής, 414 Στρατιωτικό Νοσοκομείο, Εριφύλης 2, 116 34 Αθήνα
 Τηλ.: 210-72 90 496, 694 546 4619
 E-mail: Info@obrela.gr